

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

“SIMBOLIZAR LA MUERTE: MANIFESTACIONES DEL DESEO DE VIDA EN UNA NIÑA CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA”

Autor: Gabriela Guzmán López

Tesis presentada para obtener el título de:
Mtria. En Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y la Adolescencia

Nombre del asesor:
Dra. Ruth Vallejo Castro

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación “Dr. Silvio Zavala” que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo “Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada”, se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





**Universidad vasco de Quiroga
Facultad de Psicología, Coordinación de Posgrados**

TESIS

**“Simbolizar la muerte: manifestaciones del deseo de vida en
una niña con leucemia linfoblástica aguda”**

Presenta

Gabriela Guzmán López

Para obtener el grado de

**Maestra en psicoterapia psicoanalítica de la infancia y la
adolescencia**

Asesora: Dra. Ruth Vallejo Castro

Comité revisor

Mtra. Arcelia Espinoza Ruiz

Dra. Maria Del Carmen Manzo Chávez

ACUERDO MAES160610

CLAVE 16PSU0023Y

Morelia, Michoacán, 12/11/2021

Índice

Agradecimientos	0
Resumen.....	0
Abstract	0
Introducción	1
Justificación	3
Antecedentes	5
I. Marco teorico.....	14
1.2 El cáncer infantil como condición biopsicosocial	14
1.2. Simbolización y fantasía mecanismos estructurales y organizadores de la vida mental.....	28
1.3. Las pulsiones y su manifestación: entre la vida y la muerte	43
1.4. En el juego de los deseos	60
II. Método	76
2.1. Tipo de studio.....	76
2.2. Problematización	76
2.3 Procedimiento.....	77
2.4 Pronunciamiento metodológico	78
2.5. Objetivos	79
2.6. Planteamiento del problema	80
2.7. Pregunta de investigación	80
2.8. Ejes temáticos	80
2.9. Participantes	81
2.10. Escenario	81
2.11. Instrumentos y mediciones	82
2.12. Cuestiones éticas	83
2.13. Plan de análisis y confiabilidad de la investigación.....	84
2.14. Confiabilidad y validez del estudio.....	84
2.15. Presentación del caso	84
III. Análisis de resultados.....	88
3.1. Manifestaciones del deseo de vida en la niña y su implicación con el deseo de los padres	88

3.2. El proceso de simbolización como una posibilidad para el tránsito por la enfermedad	102
3.3. El deseo del analista desplegado en el proceso psicoanalítico	129
IV. Conclusiones.....	147
V. Alcances y limitaciones.....	155
VI. Sugerencias.....	157
Referencias	159
Anexos	178

Agradecimientos

Primeramente gracias a Dios por la vida, por las capacidades y la oportunidad de concluir esta etapa.

A mis padres por su amor y apoyo constante, por los valores y la educación que me han brindado; gracias David por tu amor y tu guía, por enseñarme que las metas se pueden alcanzar, por mostrarme que nada es imposible; gracias María por ser mi inspiración, porque siempre me acercaste a los libros y a los lugares en que pudiera realizarme y me motivaste a luchar por las cosas que yo deseaba, porque siempre has apostado por mí y me has dado tu mano y respaldo en todo momento, gracias por enseñarme que el amor es importante y vital para todo lo que se desea realizar, eres una gran mujer; me siento orgullosa de que sean mis padres. A mis hermanos, a toda mi familia y amigos, que son mi soporte, parte vital de mi desarrollo y crecimiento personal, gracias por su amor y confianza. Lulú, gracias por ser un gran apoyo y fuente de amor para mí, por siempre estar y ayudarme a alcanzar mis sueños.

A ti Ruth Vallejo Castro, por ser mi amiga, por darme respaldo y cobijo en mi formación, pero también por darme un espacio tan especial en lo personal, gracias por tu cariño; por tu apoyo, compromiso, paciencia, disponibilidad y sobre todo por acompañarme en este caminar al aceptar ser mi asesora de tesis; agradezco toda la guía de investigación y análisis. Gracias por compartir tus conocimientos, por ser quien me inspira: de ti aprendí que con constancia y determinación se pueden alcanzar las metas.

Nuevamente Dra. Ruth gracias por ser mi supervisora, de igual forma a ti Dra. Judith Harders por ser una de las supervisoras del caso que aquí presento, gracias a ambas por permitirme ver los puntos ciegos; por las observaciones y sugerencias; fueron muy importantes para mi formación y la praxis A mis lectoras por revisar mi trabajo y guiarme en las observaciones y aportes importantes para poder presentar mi tesis y sobre todo para aprender cada día un poco más.

A la Universidad Vasco de Quiroga, a las y los profesores que me instruyeron y me brindaron los conocimientos y herramientas necesarias para mi desarrollo profesional, cada uno marcó mi vida de forma especial.

A AMANC, Michoacán, por permitirme ser parte de su equipo de trabajo y por aprobar la utilización de la información que cito en el desarrollo de esta tesis. Gracias al espacio he logrado perfilarme como psicoterapeuta de niños y adolescentes en condición de vulnerabilidad. En este espacio he aprendido a trabajar temas de gran relevancia en el ser humano, como es la vida y la muerte, la salud y la enfermedad y con ello, los duelos, las crisis, las intervenciones de urgencia y cuidados paliativos; la infancia, la adolescencia y la adultez en el acercamiento tanto con el paciente oncológico, como con los padres. Gracias, ha sido un privilegio y todo un reto.

Gracias de manera muy especial a las personas con quienes se realizó este análisis y a las cuales dedico mi trabajo, porque su vida me movilizó a buscar estrategias de intervención, a investigar, a supervisar y a escribir, porque un psicoanálisis continúa hasta en las letras, es otra manera de cerrar y concluir; posicionada como analista puedo decir que este trabajo fue la forma de tramitar la experiencia, de simbolizar el hecho de cruzarme en su camino y entrar en su historia como psicoanalista. Les respeto y les agradezco todo el aprendizaje.

Gracias.

Resumen

En la presente investigación se llevó a cabo un estudio de caso, en el cual se realizó el análisis en torno a la simbolización de las fantasías de muerte y la manifestación del deseo de vida en una niña de 5 años, diagnosticada con cáncer. El análisis se desarrolló tomando como referencia la escuela francesa de psicoanálisis, desde los planteamientos de Françoise Dolto.

Se mostró la efectividad del proceso de simbolización y la fantasía como mecanismos que permiten el desarrollo de la subjetividad, el atravesamiento por la enfermedad, la elaboración de las pérdidas y el desarrollo de los procesos de estructuración psíquica; gracias a estos procesos la niña logró resignificar, apropiarse la experiencia y promover su devenir sujeto, su historización y el encuentro con su deseo. Se evidenció la importancia de un análisis con niños y la utilidad analítica del juego para el despliegue de la fantasía, a través del dibujo, el modelado y el discurso, pues permiten un acercamiento a los conflictos, sin resultar intolerables para el niño. Se expuso la importancia del análisis personal y la supervisión ante la formación y el deseo del analista, así como la manifestación de los procesos transferenciales que se producen en el campo de la relación psicoanalítica con niños.

Cáncer infantil, estudio de caso, simbolización, fantasías, muerte.

Abstract

In the present investigation, a case study was carried out, in which the analysis was carried out around the symbolization of death fantasies and the manifestation of the desire for life in a 5-year-old girl, diagnosed with cancer. The analysis was developed taking as a reference the French school of psychoanalysis, from the approaches of Françoise Dolto.

The effectiveness of the symbolization process and fantasy were shown as mechanisms that allow the development of subjectivity, the going through the disease, the elaboration of losses and the development of psychic structuring processes; Thanks to these processes, the girl managed to resignify, appropriate the experience and promote her becoming a subject, its historicization and the encounter with her desire. The importance of an analysis with children and the analytical utility of the game for the deployment of fantasy was evidenced, through drawing, modeling and speech, since they allow an approach to conflicts, without being intolerable for the child. The importance of personal analysis and supervision before the training and desire of the analyst, as well as the manifestation of the transference processes that occur in the field of the psychoanalytic relationship with children, was exposed.

Childhood cancer, case study, symbolization, fantasies, death.

Introducción

El cáncer representa una enfermedad crónico degenerativa que genera un impacto significativo en la vida del sujeto que lo padece al confrontarlo con la muerte, no sólo como posibilidad, sino como algo que se encuentra en lo real, en tanto es testigo de la muerte de otros que también tienen cáncer y al vivir de manera frecuente situaciones que lo colocan al borde de la muerte; además de situaciones de pérdida a las que se enfrenta; éstas vivencias en el plano orgánico, también se encuentran atravesadas por la fantasía, en donde se devela el deseo.

La presente investigación giró en torno a la simbolización que una niña realizaba, ante el padecimiento de cáncer, con el objetivo de dilucidar cuáles eran las principales fantasías que se generaban durante el proceso de enfermedad y tratamiento, y cómo estas fantasías, eran tramitadas por la menor. Se analizó la función de la simbolización debido a que representa un mecanismo que permite la estructuración psíquica. También se analizaron los medios que la niña utilizaba para simbolizar, lo que permitió conocer cómo la niña atravesó la etapa de enfermedad.

Se utilizó como herramienta el juego, el dibujo libre, el modelado y el discurso que desplegaba durante las sesiones analíticas, donde se develó el deseo de la niña. También se realizó un análisis del deseo del analista, en tanto se trabajó con un estudio de caso.

El marco teórico que sustentó esta investigación, está compuesto por cuatro temas. En el primer tema se abordan las generalidades del cáncer desde una mirada biopsicosocial, centrando la atención en el cáncer infantil y de forma especial, la leucemia; en el segundo tema se abordó la construcción de la fantasía y la simbolización desde Freud y la escuela francesa del psicoanálisis; en el tercer tema se trabajó lo tocante a la muerte; en el último tema se abordó el deseo en el análisis: el deseo que compete a la niña, a los padres y el deseo del analista. Estos dos últimos temas del marco teórico se trabajaron desde la postura teórica del psicoanálisis francés, principalmente desde los postulados de Francoise Dolto.

La segunda parte de esta tesis está conformada por el método, dónde también se describe el estudio de caso, que representa el método propio de la investigación psicoanalítica, posteriormente se realizó la presentación del caso a partir de las herramientas de recolección de datos como la entrevista anamnésica, los encuentros con los padres y el material clínico de las sesiones con la niña.

En el tercer capítulo se presenta el análisis de resultados a partir del marco teórico que sustenta esta investigación y el estudio del caso; se realizó un tejido teórico-clínico partiendo de los siguientes temas de análisis: manifestaciones del deseo de vida en la niña y su implicación en el deseo de los padres; el proceso de simbolización como una posibilidad para el tránsito por la enfermedad; y, el deseo del analista desplegado en el proceso psicoanalítico. Lo que nos permitió llegar a las conclusiones finales sobre los hallazgos obtenidos que demostraron la eficacia de la simbolización como mecanismo que le permitió el atravesamiento por la etapa de enfermedad a la niña en la confrontación con la muerte y su deseo por vivir frente al padecimiento de cáncer.

Justificación

El cáncer es una enfermedad que tiene impacto significativo en la calidad de vida de quien lo padece, debido a que produce cambios en la relación consigo mismo, la familia y la sociedad, principalmente por las hospitalizaciones y prescripciones médicas, las varias limitaciones, así como la pérdida de independencia y los daños colaterales del tratamiento.

Las consecuencias de la enfermedad confrontan al sujeto a profundos cambios a nivel corporal, y por consiguiente, en sus funciones vitales; esta experiencia, aunque se desarrolla en el plano orgánico, impacta el estado emocional y psicológico de quien lo padece; por lo cual se tuvo como objetivo el análisis de la simbolización a fin de conocer cuáles eran las principales fantasías que se atravesaban en la psique de una paciente con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda y su relación con el deseo de vivir.

Se realizó la investigación dirigida a conocer cómo era la vivencia de la enfermedad y cómo la paciente simbolizaba la experiencia; se analizaron las principales fantasías y los medios de los que se valía la niña para poder simbolizar; se tomó como eje principal la simbolización ya que representa un medio para escuchar lo que el sujeto dice y porque se encontró poca evidencia de trabajos que se han ocupado por el discurso, en su mayoría se han centrado en intervenciones de contención a nivel corporal y biológico y muy poco en el plano de la experiencia.

Por otro lado, se pretendía mostrar la importancia de brindar al menor un espacio para el trabajo psicoanalítico, en donde se pueda desarticular y articular la experiencia, promoviendo la enunciación. Ya que para que una vivencia se tramite debe ser simbolizada, apalabrada, de lo contrario queda cosificada, sin palabra, y al quedar registrada así, puede provocar un conflicto psíquico significativo. Desde esta mirada, se pretendió promover también la búsqueda de un bienestar o como se ha denominado, una adecuada calidad de vida, y a diferencia de otras intervenciones centradas en brindar herramientas de afrontamiento; la presente

investigación se orientó a hacerlo desde la apropiación de la experiencia y su resignificación.

Trabajar desde el psicoanálisis es trabajar con el inconsciente del sujeto, con su discurso, con sus proyecciones (pruebas, dibujos, modelados, etc.), es escuchar un decir del que el sujeto no se da cuenta, pero que devela el inconsciente y que enuncia una realidad propia. El objetivo de profundizar en las fantasías, era conocer su función como móvil del sujeto y como mecanismo que promueve una concepción diferente del paciente oncológico, dando cuenta desde la subjetividad, desde lo que ellos sienten, piensan y desean, respecto a su realidad.

Actualmente las investigaciones e intervenciones centradas en los pacientes oncológicos giran en torno a mecanismos de reducción del dolor, sobar y acallar síntomas. Los tratamientos de contención y afrontamiento han brindado grandes aportes, pero han dejado de lado la escucha del discurso, especialmente en niños, de ahí la importancia del presente trabajo, que intentó llenar ese hueco en la investigación. De igual forma se abordó el tema del deseo, dado que es importante no dejar de lado los aspectos que se mueven en torno al proceso de análisis, tanto desde el paciente y sus padres, como del analista.

Antecedentes

Enfermar constituye una experiencia difícil, el enfermo sufre debido a las limitaciones en cuanto a sus facultades vitales y el cambio radical al que se enfrenta en su estilo de vida. El cáncer es una de las enfermedades que afecta la vida del paciente debido a los padecimientos crónico-degenerativos que provoca; es la principal causa de muerte a nivel mundial, los tipos de cáncer que se presentan en la infancia y adolescencia ocurren de manera repentina, sin síntomas evidentes, pero con grandes posibilidades de curación si son detectados a tiempo (Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática, 2018).

Ya en el 2004, la Organización Mundial de la Salud puntualizó que los objetivos primarios de la atención del cáncer son: la curación, la prolongación de la vida y el mejoramiento de la calidad de vida, estableciendo que éste último debe ser considerado un elemento integral y esencial de un programa nacional contra el cáncer. Actualmente la atención del cáncer sigue siendo un problema de creciente importancia, por lo que la OMS puntualiza nuevamente que para planificar eficazmente la lucha contra el cáncer hacen falta datos exactos, esto hace referencia a registros, programas de seguimiento y evaluaciones de garantía de calidad; describe que para aplicar un plan nacional de lucha contra el cáncer se requieren recursos suficientes y dispositivos adecuados, adheridos a un sistema de salud eficaz; propone a los diversos estados que adopten medidas de atención integrativa (Organización Mundial de la Salud, 2016).

La necesidad de instituir mecanismos de intervención integral en la atención del paciente oncológico, demanda el diseño de intervenciones desde diferentes disciplinas; referentes al cuidado de la salud mental; recibir el diagnóstico de cáncer se relaciona con mal pronóstico, sufrimiento y muerte, condiciones que provocan alteraciones psicológicas y emocionales, así como estrés y ansiedad en la persona que lo padece, alterando la calidad de vida del sujeto (Moral de la Rubia y Martínez-Rodríguez, 2009).

La calidad de vida se entiende como la relación entre la percepción y el mundo objetivo, en donde el ser humano manifiesta un bienestar emocional, bienestar material, salud, trabajo, capacidad de realizar actividades, sanas relaciones familiares y sociales, y seguridad e integración con la comunidad; en términos generales se entiende como la apreciación que el ser humano hace de su vida y la satisfacción con su nivel de funcionamiento físico, mental y social (Riveros, Sánchez y Del Águila, 2009).

La calidad de vida se ve alterada ante el padecimiento de cáncer, por lo que desde hace tiempo se ha trabajado en mejorar las condiciones de vida en el paciente oncológico, esto ha demandado el desarrollo de estrategias integradoras, tomando en cuenta la mayor parte de los aspectos que rodean al cáncer.

Haciendo un recorrido por la historia de la atención psicológica en el paciente oncológico, ésta se remonta al año 1948 siguiendo la modalidad de grupo de apoyo, en donde los pacientes que habían padecido cáncer compartían su experiencia con personas que estaban atravesando la misma situación, los primeros en preocuparse por la atención de los aspectos psicológicos fueron los trabajadores sociales y enfermería, ellos fueron la primera línea en atención clínica y en las primeras investigaciones de psicooncología; en 1955 el grupo psiquiátrico del Hospital General de Massachusetts y un grupo de investigación psiquiátrica realizaron los primeros informes de adaptación psiquiátrica al cáncer y su tratamiento, forjando los lazos clínicos y de investigación con cirujanos, radioterapeutas y oncólogos, estableciendo las bases de la psicooncología (Robert, Álvarez y Valdivieso, 2013).

La especialidad de psicooncología se formalizó en 1970, cuando se comenzó a trabajar directamente con los pacientes respecto a sus vivencias ante el cáncer; posteriormente se comenzó a trabajar en el proceso de adaptación a la enfermedad, adaptación al tratamiento y en la búsqueda de técnicas de manejo de dolor, cuidados paliativos y los problemas psicofarmacológicos; ésta intervención se centró en la búsqueda de estrategias de apoyo pre y post tratamiento (Robert, et al, 2013). En México la psicooncología se inició hace 30 años, está tiene tres objetivos:

la promoción de la salud y la prevención, apoyo en la curación y control, así como, la optimización de la calidad de vida (Cruzado, 2017).

Robert, et al (2013), en *Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial*, llevaron a cabo un análisis de las condiciones psicológicas en las que se encuentra la población oncológica, encontrando que hay casos en que se detectan trastornos psiquiátricos graves prevalentes ante el diagnóstico de cáncer, por lo que se reconoce la vulnerabilidad psíquica que demanda consideración y adecuación a las necesidades del paciente por parte del equipo de salud.

Siguiendo en esta línea, Villoría, Fernández, Padierna y González (2015), en *La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura*, realizaron una investigación en la cual efectuaron una revisión de las intervenciones en pacientes con cáncer, encontrando que la intervención psicológica, desde sus diversas perspectivas, ha logrado mejorar el bienestar de los pacientes. Por lo que se reconoce la relevancia del trabajo psicológico desde la demanda y los resultados de intervención.

Desde la psicología de la salud, se pretende devolver la mirada al sujeto y sus necesidades, no solo desde la evaluación de tratamientos y variables biomédicas sino desde un enfoque integral, remarcando que se debe tomar en cuenta la percepción del paciente para el desarrollo de planes de intervención; mirada que reclama un cambio de paradigma y la necesidad de escuchar al sujeto (Fonseca, Schlack, Mera, Muñoz y Peña, 2013).

Dentro de los estudios que más se han documentado sobre este tema se destacan cuatro tipos de intervenciones: la terapia cognitiva (con varianza de sesiones); técnicas de relajación; identificación y reestructuración de pensamientos; y, planeación de actividades. Estas investigaciones van encaminadas a buscar la mejor calidad de vida en el paciente oncológico, brindando resultados favorables, sin embargo, en algunos casos existe evidencia sobre el problema en cuanto a la aplicación de los procedimientos, lo cual ha representado dificultades respecto a la

efectividad que se relaciona con mal aplicación o condiciones que no son aptas para este tipo de terapia (Landa, Andrew, Vite, Sánchez y Riveros, 2014).

Actualmente y dado que el número de supervivientes aumenta, también se ha encontrado evidencia de investigaciones en esta nueva población de estudio, los temas que actualmente se reportan están enfocados a las secuelas y efectos tanto a nivel emocional como a nivel cognitivo y social (Medín, 2009).

Marín, et al (2010), en *Calidad de vida en pacientes en tratamiento de cáncer de mama*, llevaron a cabo una revisión de las investigaciones que se han realizado sobre la evaluación de calidad de vida en pacientes oncológicos, encontrando que ésta se ha centrado en tratamientos inmediatos, de contención, manejo del dolor y paliativos, debido a la demanda que los propios pacientes requieren, con intervenciones oportunas; sin embargo, los autores proponen que la investigación trascienda más allá de la supervivencia y tratamientos biomédicos, apostando en el cuidado de las variables psicológicas.

Fonseca, et al (2013), en *Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal*, aplicaron evaluaciones que les permitieron conocer la percepción en la calidad de vida, encontrando que la percepción de una buena vida depende de variables específicas, lo cual hace que existan variaciones de acuerdo a variables sociodemográficas, específicamente la edad y tipo de cáncer.

En *¿Qué es la calidad de vida para un paciente con cáncer?*, se realizó otra investigación en donde aplicaron entrevistas para conocer la percepción de la calidad de vida, concluyendo que ante la ausencia y/o presencia de determinadas variables, la calidad de vida puede ser buena o mala, esto depende de las necesidades de la población bajo estudio. Concluyeron su estudio mencionando que, el contar con una red de apoyo y poder establecer relaciones afectivas representa un elemento determinante en la percepción de una buena vida; dentro del apoyo figura, de manera significativa, el apoyo psicológico (Sánchez, Sierra y Martín, 2015).

Lluch, Almonacid y Garcés (2017), en *Cáncer e imagen: el duelo corporal*, realizaron una investigación desde un enfoque biopsicosocial, se analizaron las variables que rodean al cáncer, encontrando que el padecimiento se ve alterado por un gran número de situaciones y condiciones tanto físicas, como biológicas y psicológicas; por lo que instan al desarrollo de intervenciones con un enfoque biopsicosocial, destacando que en el proceso de salud-enfermedad del paciente oncológico se presentan problemas de autoimagen y problemas corporales que provocan fuerte impacto a nivel psicológico y emocional; describe la necesidad de brindar un espacio de atención donde se brinde información, posibilidad de expresión de emociones, atención de necesidades y espacio de soporte emocional, es decir, una búsqueda de intervenciones más integrales.

La evidencia muestra que cada vez son más los estudios enfocados en la atención psicológica de pacientes con cáncer y poco a poco se preocupan más por la percepción del sujeto. En *Fantasía y muerte*, se llevó a cabo un estudio, que da cuenta de los resultados obtenidos en terapia utilizando el psicodrama como técnica; el objetivo fue utilizar el psicodrama para abordar el tema de la muerte, se realizó con pacientes terminales con ideación suicida, los resultados mostraron que a partir de imágenes y actuaciones el paciente puede expresar su sentir ante su propia muerte, de igual forma se encontró que los pacientes terminales añoran la muerte como descanso, como un escape del sufrimiento, no temen a la muerte, sino al vivir y no tener los recursos necesarios para hacer frente a la decadencia (Ramos, 2013).

Actualmente la psicología lleva un camino avanzado en la atención del paciente oncológico. En la bibliografía existen una diversidad de investigaciones e intervenciones enfocadas en mejorar la atención psicológica; estas investigaciones se realizan desde el enfoque humanista, sistémico y de manera muy especial desde el enfoque cognitivo conductual; investigaciones enfocadas especialmente a la disminución de síntomas pre y post tratamiento oncológico; disminución del estrés postraumático; reestructuración cognitiva y manejo del dolor, aunque se han

empezado a reportar investigaciones centradas en la escucha del dolor (Cruzado, 2017).

En esta línea, el psicoanálisis se ocupa de problemas que suscitan respuestas de angustia del sujeto, el cáncer es un evento altamente angustiante pero existe poca evidencia del trabajo psicoanalítico en pacientes oncológicos, en especial con niños, por lo que es necesario brindar una mirada psicoanalítica a la población oncológica, además de acallar y controlar síntomas y diseños de programas de adaptación; se requiere ir al discurso del propio sujeto, seguir caminos hacia la comprensión de cómo estos pacientes intentan apalabrar y simbolizar la experiencia de enfermedad y en los significados personales que le dan a ésta. Es importante entender cómo los pacientes atraviesan la experiencia, no como un trauma, sino como un proceso elaborado, simbolizado, ante la amenaza que supone para la vida y el encuentro con la posibilidad de la muerte (Medín, 2009).

Se encontraron algunas investigaciones con un enfoque psicoanalítico, Sotelo (2014), en *Contribuciones al trabajo de la angustia de recaída en pacientes con cáncer a través de la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*, analiza la relevancia de la psicoterapia psicoanalítica como una posibilidad de trabajar la angustia ante la recaída de cáncer; realiza un estudio de caso de una paciente con leucemia mieloide aguda; los resultados muestran que ante el trabajo de una psicoterapia es posible trabajar la angustia a la recidiva, promueve la adaptación a la etapa de remisión y la preparación a una eventual recaída en la enfermedad, así como disminuir el sufrimiento y potenciar el bienestar físico y psicológico.

Capulín (2014) en *Un Desafío a la Feminidad*, encontró antecedentes importantes que reportan la implicación de las fantasías en torno al cáncer de mama, en donde se ve alterada en gran medida la concepción de la feminidad, debido a la complejidad subjetiva de lo que los senos representan. En este estudio se realizó un análisis interpretativo-discursivo de testimonios, en él se enfatiza la necesidad de dar apertura a espacios para el trabajo psicoanalítico con estas pacientes, dado que en el discurso dan cuenta del deseo de ser escuchadas y apoyadas.

Baeza y Ulloa (2018) en *Aproximación a la conformación de la subjetividad femenina a partir de la imagen corporal en mujeres mastectomizadas*, abordan la subjetividad como elemento importante para simbolizar el ser mujer ante el proceso de mutilación. Se realizaron dos entrevistas semiestructuradas a dos mujeres de 38 y 45 años, se les brindó la escucha como técnica para que pudieran hablar de su angustia; el objetivo fue indagar en su vivencia y posición subjetiva frente al cáncer, el pecho y la mutilación de éste. Como resultados se describe que la escucha psicoanalítica ayuda en el proceso de subjetivación y les ayuda a modificar la percepción ante la pérdida del pecho y la percepción de ser mujer.

También se reporta la importancia del psicoanálisis en el trabajo con pacientes oncológicos, no como un análisis profundo sino como un dispositivo de contención y acompañamiento, dando apertura al discurso y todo lo que éste sostiene, mostrando la eficacia en el paciente y la familia; se enfatiza sobre la diversidad de casos y demandas en el ámbito hospitalario, lo que reclama una modalidad particular de atención; en especial respecto al duelo, puesto que los pacientes con diagnóstico de cáncer se enfrentan a una experiencia dolorosa, la cual requiere ser simbolizada; pues la noticia de cáncer y el desenlace de la enfermedad promueve la presencia de altos niveles de angustia ante la certeza sobre lo que acontecerá, fenómenos de significación personal, inadecuación en el cuerpo y en el pensamiento (fenómenos pre-delirantes) y certeza de la condición corporal y la significación personal. Esto genera una pérdida en la topografía estructural del sujeto, lo cual ha sido poco estudiado (Vera-Molina y Trujillo-Eljuri, 2017).

Por otro lado, respecto a la simbolización en psicoanálisis, Freidin (2015) en *La simbolización y sus límites*, realiza un análisis en torno a la simbolización desde la perspectiva de diferentes autores, uno de los aportes importantes es que posicionan la simbolización como elemento de la práctica clínica y su íntima correlación entre las relaciones objetales y las estructuras de personalidad.

Palacios-Espinosa, Lizarazo, Moreno y Ospino (2015) en *El significado de la vida y de la muerte para mujeres con cáncer de mama*, realizaron una investigación para conocer el significado de la vida y la muerte en un grupo de once mujeres con cáncer

de mama, se aplicó una entrevista semiestructurada y se clasificaron las respuestas en categorías con base en el enfoque procesual de las representaciones sociales; este estudio permitió aproximarse a la comprensión tanto del cáncer de mama como de los cambios que genera en el significado de la vida y de la muerte, encontrando que representa algo que inminentemente sucederá pero consideran que no morirán de cáncer, el significado de su vida les permite luchar y afrontar el proceso. Así mismo, permitió comprender la importancia de la familia y red de apoyo para hacer frente a la condición de salud-enfermedad.

Vera (2017) en *Clínica psicoanalítica para pacientes con cáncer*, realiza una investigación con pacientes que acuden al hospital oncológico a psicología posterior a ser diagnosticados, en esta investigación cuestiona si el psicoanálisis es una opción clínica para los pacientes con cáncer; los resultados muestran que el psicoanálisis permite una mirada subjetiva del paciente y del cáncer, lo cual les brinda la posibilidad de tramitar el proceso y subjetivarlo, por lo que sugiere que el psicoanálisis es viable e importante en el trabajo con pacientes oncológicos.

Chamorro (2015) en *Una lectura psicoanalítica de los cuidados paliativos*, realiza una reflexión en torno al concepto de conciencia de enfermedad, describe que es importante no dar respuestas al paciente en un estado terminal (y en cualquier estado), dado que es él el que tiene su verdad y la única verdad que importa; describe que el terapeuta no debe dar respuestas, su función es ayudar al paciente a encontrar sus propias respuestas, el terapeuta acompaña y escucha, ayuda al otro en su proceso, pero no le puede resolver nada; aquí reside la importancia de las intervenciones no directivas.

En *La subjetivación del duelo en Freud y Lacan*, se presenta una investigación en la que se propone que es necesario realizar la subjetivación del duelo ante una pérdida y no un trabajo de duelo, ya que el primero habla de subjetivar lo que se pierde y no solo el trabajo de soltar lo que ya no está, describe la importancia de la subjetivación como elemento importante para evitar secuelas o alteraciones psicológicas (Elmijer, 2010).

Existen investigaciones desde el psicoanálisis pero son pocas o bien, no se han documentado lo suficiente, lo que representa un área de oportunidad, ya que es importante conocer cómo los pacientes oncológicos subjetivan su experiencia y cuáles mecanismos utilizan para ello. Existen algunos trabajos relevantes que reportan la eficacia de conocer el discurso del paciente; señalan que ésto les ayuda a simbolizar y subjetivar el proceso, la enfermedad, el tratamiento y todo lo que ello conlleva; ponen de manifiesto que más allá de los distintos abordajes hay un elemento siempre presente: las marcas, es decir, el registro de los significados personales que los pacientes brindan a la experiencia (Medín, 2009).

Después de una investigación documental exhaustiva se encontró poca evidencia de investigaciones en pacientes oncológicos con una mirada psicoanalítica en torno a la simbolización, en especial en la infancia, los artículos recientes encontrados abordan la simbolización y fantasía desde la escuela inglesa, principalmente siguiendo a Klein; existe poca evidencia de investigaciones desde la escuela francesa, hay poco trabajo en investigaciones sobre cáncer infantil. Por lo cual se abre una línea de investigación poco analizada, una nueva mirada, apuntalada a la escucha del sujeto oncológico, escucha ante lo que quiere decir, simbolizar y subjetivar.

I. Marco teorico

1.2 El cáncer infantil como condición biopsicosocial

En el presente apartado se hará un recorrido teórico en torno al cáncer infantil desde una mirada médico biológica, social y psicológica, a fin de comprender los procesos y situaciones que el sujeto enfrenta ante el cáncer. Hipócrates (460-370 a.C.) inicialmente utiliza el término de *karcinos*, *karkinos*, *carcinos* y *carcinoma*. Del griego cangrejo, por sus características invasoras, que sugerían las patas de un crustáceo o por que el dolor simula la mordedura de un cangrejo. El cáncer consiste en una proliferación celular excesiva e incontrolada, que limita la función del organismo a través de la invasión de células cancerígenas en órganos y tejidos (Brannon y Feist, 2013).

El cáncer infantil representa un grupo amplio y heterogéneo de enfermedades, ocurre cuando el ADN se daña y comienza a dar instrucciones equivocadas a las células, provocando que crezcan y se dividan sin control, lo que provoca la acumulación de células malignas en determinadas partes del cuerpo (CureSearch for children's cancer, 2011).

Puede entenderse como la acumulación de diferentes alteraciones genéticas al interior de una célula, en ocasiones esta acumulación se produce por años; dichas alteraciones conducen a una proliferación celular anormal y a la expansión clonal, lo que puede llevar a la invasión en otros tejidos (Carrasco, Lapunzina y Pérez-Martínez, 2017).

En la mayoría de los casos, las lesiones genéticas que promueven la formación tumoral se producen en células somáticas y no implican alteraciones adquiridas por vía germinal; se considera que hay ciertas predisposiciones genéticas, sin embargo, existen casos en que dichos criterios no se cumplen; la predisposición al cáncer se debe a mutaciones que están presentes en todas las células del organismo, se denominan mutaciones germinales porque han sido adquiridas por vía germinal, son precigóticas y pueden haberse heredado o pueden ser el resultado de una mutación

nueva en una de las células germinales de los progenitores (óvulo o espermatozoide) (Carrasco, et al, 2017).

Estas alteraciones dan lugar a una variedad de tumores diferentes; en la infancia los más comunes son la leucemia, el cáncer cerebral, el linfoma y los tumores sólidos; en los países más desarrollados más del 80% de los casos se curan y poseen buenas condiciones de salud, en los países de ingresos más bajos solo el 20% se curan, sin embargo, gracias al trabajo de la ciencia el porcentaje va en aumento (OMS, 2016).

Se sabe que el cáncer infantil es una enfermedad multifactorial, con base genética aún no del todo conocida, que presenta una gran implicación del sistema inmunológico y una modulación por la exposición al medioambiente, el cual es factor determinante (Carrasco, et al, 2017).

Representa una enfermedad crónica que cada año está alcanzando cifras significativas en la población, por lo que constituye un problema de salud pública. La mayoría de la población oncológica se ubica en los países en desarrollo, ocupando el segundo lugar como causa de muerte, y en el Estado de Michoacán, se detectan más de 100 nuevos casos por año (Secretaría de Salud, 2018).

Se reporta que en 2013 el cáncer, específicamente tumores malignos, es la principal causa de morbilidad en la población de 0 a 19 años; y representa la tasa más alta en letalidad hospitalaria. En México durante 2013, la morbilidad hospitalaria más alta por tumores malignos (población que egresa de un hospital por dicha enfermedad) es por cáncer en órganos hematopoyéticos, tanto en mujeres como en hombres menores de 20 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática, 2107).

Entre 2008 y 2014 en Michoacán se presentaron 2,542 casos de cáncer en menores de 18 años, las leucemias ocupan el primer lugar con un 51.6%; en segundo lugar, los linfomas 15.2%; y en tercer lugar, los tumores germinales, trofoblásticos y gonadales 8.3% (Secretaría de Salud, 2014).

Respecto a la causa precisa del cáncer se desconoce, por lo que se ha clasificado como una neoplasia de origen multifactorial; pero también se ha asociado a una mutación somática con relación a diversos agentes químicos y físicos como la radiación, microbios, virus e inflamación crónica; sin embargo, primero debe haber un suceso desencadenante que produce daño al ADN de las células (Villarreal-Cruz y Güitron-Ocaranza, 2015).

Por su parte, las leucemias agudas son un grupo heterogéneo de padecimientos caracterizado por la proliferación desordenada de una clona de células hematopoyéticas; este grupo se ha dividido por su morfología en dos tipos de leucemias: Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) y Leucemia Mieloblástica Aguda (LMA), estas se posicionan como la neoplasia maligna más frecuente en pediatría. La LLA representa del 75% al 80% de las leucemias, frecuentemente aparece entre las edades de 3 y 4 años, presentando mayor incidencia en niños que en niñas (Marsán et al, 2017).

La leucemia linfocítica aguda (LLA) es un trastorno linfoproliferativo clonal que afecta la médula ósea; la proliferación celular maligna reemplaza las células sanas en órganos y tejidos, provocando diferentes grados de falla medular e infiltración extramedular; las sintomatologías reflejan el grado de falla medular y lo extenso de la afectación extramedular; la aparición de estos varía en cuanto a la duración y nivel de manifestación; los síntomas son: presencia de fiebre, sangrado, linfadenopatía, esplenomegalia y dolor óseo; en las leucemias mieloides todos estos síntomas están presentes más la hepatoesplenomegalia (Angarita, Duitama, Hurtado, Córdoba y Guzmán, 2013).

En México, las Leucemias agudas representan alrededor de 40% de todas las neoplasias, mientras que en otros países constituyen entre 30 y 34%. La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es la más común en los niños entre 2 y 15 años y representa cerca de 85% de los casos. Las manifestaciones clínicas se relacionan con la infiltración de los blastos en la médula ósea, el sistema linfático y/o sitios extramedulares, como el sistema nervioso central. El diagnóstico se realiza a través de la demostración de una blastosis medular que iguale o supere el 25% de la

totalidad celular; el estudio morfológico óptico, citoquímico, inmunológico y citogenética detallada son fundamentales para etiquetar el tipo de Leucemia aguda; se estima que en un 60% de las leucemias existe una alteración cromosómica, las cuales influyen directamente en el pronóstico del paciente porque se asocian con la respuesta al tratamiento (Vargas, et al, 2011).

La LLA es una enfermedad inmunofenotípicamente heterogénea que representa expansiones clonales de linfoblastos en diferentes estadios de maduración. Estos se expanden clonalmente y sustituyen progresivamente a los componentes normales de la médula ósea, invaden la sangre periférica e infiltran distintos órganos y tejidos, dando lugar a la aparición de síntomas y signos clínicos; para realizar el estudio de las células citogenéticas se utilizan técnicas morfológicas, citoquímicas, citogenéticas, de biología molecular e inmunológicas (técnicas de inmunofenotipaje celular), dichos estudios permiten identificar la línea específica de origen de las células leucémicas, su nivel de maduración y en algunos casos la clonalidad del proceso; los resultados demuestran que la LLA pediátrica es una enfermedad biológica y clínicamente heterogénea, lo cual pudiera explicar las diferencias entre la evolución y la respuesta terapéutica de los enfermos (Marsán, et al, 2008)

Es importante conocer las características fenotípicas de las células leucémicas para el diagnóstico de los tipos de la LLA, para comprender las diferentes formas clínicas de expresión de la enfermedad, definir el tratamiento específico en cada caso y predecir el pronóstico, la evolución y la sobrevida de los enfermos. La mayoría de las leucemias linfoblásticas agudas en la infancia son esporádicas y no se considera una enfermedad hereditaria; existe un porcentaje de 5% de una predisposición genética, no hay evidencia suficiente que demuestre el riesgo familiar para LLA en la infancia (Carceller, Ruano, Madero, López y Lassaletta, 2017).

Algunos factores determinantes en el pronóstico de los niños con leucemias agudas, están relacionados con la biología, los subtipos de leucemia y los factores de índole social. La mortalidad por leucemia aguda pediátrica es un indicador trazador del acceso y efectividad de la atención en salud; su análisis permite identificar los

factores involucrados en el proceso de la enfermedad que pueden influir en la condición final de los niños (Vera, Pardo, Duarte y Suárez, 2012).

La leucemia en la edad pediátrica puede presentarse de manera inespecífica, esto hace compleja su detección oportuna, el diagnóstico es complejo dado que presenta síntomas que pueden confundirse con artritis, otras enfermedades y cuestiones propias de la infancia (gripe, anemia, infecciones, dolor muscular y cansancio asociado al crecimiento, entre otras), el diagnóstico se confirma a través de un aspirado de médula ósea que muestra el porcentaje de blastos inmaduros infiltrados en la médula (Ruiz, Moreira y Vargas, 2018).

Las primeras manifestaciones clínicas de cáncer en la población pediátrica suelen ser inespecíficas; las más comunes son fiebre, cefalea, vómito, palidez, fatiga, dolor óseo o articular, cambio en el tono de la piel, manchas o moretones (petequias), pérdida de peso y sangrado, entre otras; las cuales dependen del tipo de cáncer. Como consecuencia del carácter inespecífico, las neoplasias no son consideradas entre los primeros diagnósticos presuntivos; es por esto que los niños permanecen sintomáticos por un periodo de tiempo que varía de paciente a paciente (Miranda, et al, 2011).

El diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda en la infancia tiene un mejor pronóstico que en la adolescencia, esto se debe a la diferencia biológica de cada etapa, se reconocen diferentes respuestas al tratamiento; los inmunofenotipos de peor pronóstico son más frecuentes conforme la edad aumenta: en adultos predominan los linajes T y B maduro. Las alteraciones citogenéticas consideradas de buen pronóstico (hiperdiploidias) son más frecuentes en niños y las de mal pronóstico (Phi+) en adultos, existiendo evidencia de menos índice de recaídas en la niñez que en la adolescencia (López, et al, 2008).

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es 4 veces más frecuente que la leucemia linfoblástica mieloide y representa tres cuartas partes del total. A pesar de los avances terapéuticos, las leucemias aún constituyen la causa principal de muerte por enfermedades malignas, es decir, enfermedades secundarias al

cáncer; cerca de 25% de los pacientes con LLA presentan una recaída y cuando esta ocurre en un momento precoz y con infiltración medular, la sobrevida es menor de 10% (López, et al, 2008).

El tratamiento de las leucemias agudas en la edad pediátrica comenzó a realizarse en Cuba, a partir del año 1973. La primera enfermedad que se trató con un protocolo común fue la leucemia linfoblástica aguda (LLA). En los últimos 30 años ocurrieron numerosos avances en el conocimiento de la biología de la enfermedad que han permitido el establecimiento de factores pronósticos, tanto clínicos como citomorfológicos; además de la caracterización inmunofenotípica y el estudio de las alteraciones citogenéticas y moleculares. El conocimiento de la mayor cantidad de factores pronósticos desde el momento del diagnóstico permite, en la mayoría de los casos, predecir la evolución de la enfermedad y ofrece la posibilidad de modificar el tratamiento en los pacientes de alto riesgo (González, et al, 2014).

Cómo se puede evidenciar, la leucemia representa una condición biológica de origen multifactorial, asociada a la alteración en la coordinación del ciclo de vida celular, que produce una alteración genética al interior de las células hematopoyéticas, lo que genera una proliferación anormal; provocando una multiplicación de linfoblastos, los cuales se expanden y sustituyen los componentes normales de la médula ósea, invadiendo la sangre periférica y distintos órganos y tejidos, lo que provoca la aparición de los síntomas y signos de la leucemia. Por tanto se puede describir la leucemia como una falla en la información celular ubicada en la médula ósea, lo cual invade la sangre de células cancerígenas que atacan a todo el organismo, la sangre contaminada como el principal enemigo; el tratamiento y pronóstico depende de la respuesta del organismo y sus condiciones hereditarias.

Aunque el cáncer infantil tiene un alto nivel de curación, se reportan fracasos en la recuperación, lo cual se debe al diagnóstico tardío, rechazo y abandono del tratamiento, falta de medicamentos y el déficit de medidas de soporte; todo ello provoca recaídas, muertes por cáncer o por complicaciones del tratamiento, condiciones que en ocasiones pueden ser previsibles, pero en otros no (Buendía-Hernández, Loboguerrero-Compagnoli y Lozano-León, 2010).

Dentro de los aspectos característicos del cáncer es que difieren en su tipo de presentación y aparición, son enfermedades de crecimiento y propagación rápida, de gran invasividad, provocan hipersensibilidad a los tratamientos por el nivel de agresión de estos, el tratamiento puede desencadenar otras reacciones y enfermedades debido a su nivel de invasión; por otro lado al cáncer se le puede clasificar en diferentes estadios que dependen de la extensión y gravedad de la enfermedad, estos permiten determinar el tipo de tratamiento adecuado y estimar el pronóstico (Saz- Roy, 2018).

Por lo que la detección oportuna e intervención de monitoreo es determinante, actualmente los tratamientos contra el cáncer infantil son eficientes y han producido grandes avances en la recuperación, sin embargo, se han mantenido estancados debido a la complejidad del cáncer infantil; hay falta de conocimiento respecto a sus causas y las reacciones del sistema inmunitario. Actualmente se conoce el nivel de riesgo de algunos cánceres: la leucemia mieloide (MLL) es un tipo muy agresivo y resistente al tratamiento; el sarcoma de Edwin afecta a niños y adolescentes, representa el 60% de los tumores de huesos en niños menores de 15 años, es un tipo de tumor óseo y tiene mucha capacidad de diseminarse; el cáncer cerebral es un diagnóstico complejo debido a que existen pocos tratamientos efectivos, difieren a los de los adultos lo cual los hace difíciles de tratar (CRIS: Fundación para la investigación contra el cáncer, 2019).

Por lo cual se describe que la eficacia del tratamiento oncológico depende de múltiples factores farmacológicos y biológicos: la comprensión a nivel molecular de los mecanismos de acción y de los de resistencia a fármacos, la sensibilidad de los distintos subtipos tumorales a cada fármaco, sus implicaciones farmacodinámicas y, la identificación de los patrones normales de toxicidad en cada órgano. Los tratamientos más frecuentes en cáncer infantil son: quimioterapia, radioterapia, trasplante de progenitores hematopoyéticos y cirugías (Fernández- Plaza y Reques-Llorente, 2016).

Existen diversas modalidades de tratamiento, que dependen de la respuesta y severidad de la enfermedad, sin embargo, cualquier tipo de tratamiento limita las

actividades básicas de la vida cotidiana y social del paciente (Díaz, Peñaloza y Parada, 2009).

El tratamiento del cáncer tiene como objetivo principal obtener y mantener la remisión clínica completa, esta debe ser de 3 a 5 años después de finalizado el tratamiento. En la infancia el objetivo del tratamiento es desarrollar estrategias que minimicen la toxicidad terapéutica para reducir la morbilidad; se basa principalmente en la administración de fármacos antineoplásicos (quimioterapia), radioterapia y cirugía, independientemente o combinadas entre ellas en función de la tipología y estado de evolución de la enfermedad. Los medicamentos se denominan antineoplásicos o quimioterápicos. Puede administrarse por vía oral, intravenosa, intramuscular, subcutánea o intratecal, es decir, inyectada en el espacio que rodea a la médula espinal. Actúa sobre las células cancerosas, pero afecta a algunas células sanas, sobre todo a aquellas que tienen una gran capacidad de crecimiento (células de la sangre, del aparato digestivo, de los cabellos), produciendo efectos secundarios que dependerán principalmente del tipo de fármaco, de la dosis y de la susceptibilidad individual (Saz- Roy, 2018).

La leucemia se trata con quimioterapia, la cual es un tratamiento contra el cáncer en donde se usan medicamentos para interrumpir el crecimiento de las células cancerosas/malignas, ya sea mediante su destrucción o impidiendo su multiplicación; puede ser administrada de forma oral o inyectada, la quimioterapia debe llegar a las células cancerosas de todo el cuerpo; existe también la quimioterapia directa en el líquido cefalorraquídeo (intratecal), los medicamentos atacan principalmente las células cancerosas pero pueden afectar las células sanas; la quimioterapia combinada es un tratamiento en el que se usa más de un medicamento contra el cáncer (Lassaletta, 2012).

La radioterapia por su parte es un tratamiento en que se utiliza radiación de alta energía para destruir las células cancerosas o impedir que crezcan, hay dos tipos de radioterapia: radioterapia interna: se usa una sustancia radioactiva sellada en agujas, semillas, cables o catéteres, que se coloca directamente en el área afectada, y la radioterapia externa: se usa una máquina fuera del cuerpo que envía

la radiación hacia el cáncer, ésta es la más utilizada para tratar la LLA; otra técnica es la terapia dirigida, es un tratamiento para atacar las células cancerosas sin dañar las sanas; se utilizan inhibidores de tirosina, se utiliza para las leucemias de alto riesgo. Respecto al tiempo de duración, el tratamiento por lo general dura dos años, si se complica se extiende hasta por cinco años (Lassaletta, 2012).

En la infancia hay una tasa más alta de curación a través de quimioterapia y radioterapia, pero tanto los procedimientos diagnósticos y terapéuticos así como la propia enfermedad provocan en el niño temor y ansiedad (Villarreal-Cruz y Güitron-Ocaranza, 2015).

La enfermedad y los tratamientos provocan síntomas de dolor, náusea o vómito, falta de apetito, dolor muscular y somnolencia, que se convierten en un reto a manejar. Los síntomas de náuseas representan una experiencia subjetiva caracterizada por la sensación de querer vomitar; el vómito como tal, es la descarga de contenido gástrico vía oral; ambos son efectos persistentes y graves ya que en ocasiones conducen a otros problemas de salud. El dolor por su parte puede ser provocado por el tratamiento (quimioterapias) o una combinación de factores, como la propia enfermedad y otros problemas de salud así como la respuesta del organismo; el dolor se define como una experiencia sensorial multidimensional con varianza de intensidad/gravedad y subjetiva. Los síntomas pueden ser aislados o presentarse simultáneamente, también uno puede ser el detonante de otro (Díaz-Morales, Reyes-Arvizu, Morgado-Nájera y Everardo-Domínguez, 2019).

El dolor es una de las principales causas de sufrimiento y que impacta considerablemente en la vida, es estimado como uno de los peores aspectos de la enfermedad sobre todo cuando es resultado de procedimientos médicos, los cuales son numerosos y frecuentes (algunos de ellos son análisis de sangre, administración de medicamentos o algunas pruebas diagnósticas como la punción lumbar o aspiración de la médula ósea), caracterizados por ser invasivos y de cuidado prolongado se consideran más dolorosos y ansiógenos que la propia enfermedad y requieren continuas visitas al hospital y diversos cuidados en el hogar (Orgilés, Méndez y Espada, 2010).

Un aspecto que se ha detectado en la administración de quimioterapia y radioterapia es la respuesta del organismo como toxicidad cardiovascular, esta manifestación es frecuente en muchos esquemas terapéuticos, lo cual representa un problema en cuanto a la intervención y curación del cáncer infantil, esto aunado a los problemas propios de la enfermedad es un problema que impacta en la sobrevida (López-Fernández, et al, 2017).

El riesgo de sufrir toxicidad se asocia con el área irradiada, el método, la técnica y dosis de radiación que se aplica, así como los tratamientos relacionados y la cirugía; además de ello, existen indicaciones que se deben seguir ante la administración de estos medicamentos, dado que dañan otras partes sanas del cuerpo, se debe monitorear periódicamente la funcionalidad de los demás órganos y sistemas del organismo (Lluís, Artigas y Marzo-Castillejo, 2015).

La vincristina que es un tipo de quimioterapia se administra para tratar la leucemia linfoblástica aguda, la dosis que se administra depende del peso y edad del paciente, está asociada a daño sensorial y motor, debido a que produce daño axonal y pérdida neuronal con desmielinización (Díaz et al., 2009).

Estos temas conllevan a cuestiones en torno a la posibilidad de muerte, la mortalidad se asocia mayormente a la leucemia mieloide, los tumores cerebrales y el neuroblastoma, disminuye para la los linfomas y la leucemia linfoblástica aguda; también existe riesgo de muerte por recaída con progresión de la enfermedad; muertes por toxicidad del tratamiento de quimioterapia y efectos secundarios (Buendía, Loboguerrero y Lozano, 2010).

Sin embargo, la leucemia linfoblástica aguda es una de las enfermedades potencialmente curables, el éxito en la curación depende de variables como el diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno; el retraso en el diagnóstico es el periodo que transcurre desde el inicio de los síntomas hasta que se brinda atención médica; si se comienza con está a tiempo el pronóstico es favorable; las manifestaciones clínicas que pueden dar cuenta de posible leucemia y que son de

fácil detección parte de los otros, son fiebre, cefalea, vómito, palidez, fatiga, dolor óseo o articular, pérdida de peso y sangrado (Miranda, et al, 2011).

Las células neoplásicas son muy invasivas pero también son muy sensibles a la radioterapia y quimioterapia favoreciendo la respuesta a los tratamientos, los cuales no solo destruyen las células anómalas sino que también está presente la destrucción de células normales con una gran capacidad de crecimiento provocando efectos secundarios al tratamiento: alopecia, mucositis, diarrea, estreñimiento, náuseas, vómito; hiperpigmentación cutánea, alteraciones ungueales, fotosensibilidad, dermatitis, toxicidad hematológica, mielosupresión, anemia, trombocitopenia, toxicidad cardíaca, gonadal, vasicular y cardiovascular, entre otros tipos de toxicidad (Saz- Roy, 2018).

Debido a la manifestación de síntomas y los procedimientos médicos del cáncer; enfermar constituye una de las experiencias más difíciles, el enfermo sufre debido a las limitaciones en cuanto a sus facultades vitales y el cambio radical al que se enfrenta en su estilo de vida. El cáncer es una de las enfermedades que afecta significativamente la vida del paciente, debido a los padecimientos crónico degenerativos que provoca, es la principal causa de muerte a nivel mundial, los tipos de cáncer que se presentan en la infancia y adolescencia ocurren de manera repentina, sin síntomas evidentes, pero con altas posibilidades de curación (INEGI, 2018).

Respecto a las fases por las que atraviesa el cáncer, se encuentra el diagnóstico, la fase de tratamiento; la vigilancia, la cual hace referencia al estado en que ya no hay alteraciones celulares y tampoco manifestación de células cancerígenas, la fase de vigilancia se realiza como monitoreo y control para que no aparezcan las células cancerígenas; y la alta, proceso que lleva de 10 a 15 años, durante este tiempo se espera que el paciente no tenga recaídas y sane por completo.

Sin embargo este proceso es variable y depende del nivel de riesgo de la leucemia, de la eficacia de los tratamientos y de la resistencia del cuerpo ante el cáncer y los tratamientos; durante el tiempo en que el individuo es sometido a tratamiento puede

haber recaídas, etapas de alto riesgo, otras enfermedades secundarias por el bajo nivel del sistema inmunológico y la toxicidad e incluso estar al borde de la muerte (Astigarraga, Calvo-Escribano, Ramírez-Villar y Márquez-Vega, 2016).

En el aspecto afectivo, el cáncer irrumpe en todas las áreas e vida del paciente y de la familia, se presenta un inmenso miedo a la muerte, al dolor, a la pérdida de independencia, pérdida del atractivo/cuerpo modificado, temor al sufrimiento asociado al tratamiento y el proceso de enfermedad (Rosenfeld, 2011). El cáncer es una enfermedad que determina una ruptura, un punto importante entre un antes y un después, el enfermo es un sujeto que debe integrar la enfermedad a su vida, lo cual resulta complejo y, demanda una modificación y reorganización en los diversos ámbitos como lo son el ámbito familiar, el ámbito personal y social (López-Ibor, 2009).

El niño oncológico sufre ante los síntomas físicos de la enfermedad y del tratamiento, lo que provoca alteraciones psicológicas, se enfrenta a emociones como miedo, ira, soledad, depresión o ansiedad, sin olvidar el dolor provocado por el cáncer y los tratamientos. El impacto de estas depende de las estrategias de afrontamiento que se utilicen, al conocer el diagnóstico los niños se cuestionan sobre la posible muerte y asocian su padecimiento como consecuencia de conductas como mal comportamiento; de acuerdo a su edad se les facilita o dificulta la expresión de sus emociones y sentimientos. En los niños más pequeños usualmente lo que les provoca estrés es la preocupación ante el dolor y el miedo a separarse de sus padres y las condiciones de su entorno durante las hospitalizaciones (Méndez, Orgilés, López-Roig y Espada, 2004).

Los niños pequeños debido a su etapa de desarrollo, cuentan con un repertorio limitado de conductas de dolor; no saben expresar verbalmente las sensaciones dolorosas y, cuando adquieren la capacidad de expresar o reconocer la fuente de dolor, no tienen autonomía suficiente para llevar a cabo acciones para eliminarla. El niño se enfrenta al dolor provocado por la enfermedad y los procedimientos médicos, el cual en ocasiones les es complejo nombrar; en la manifestación emocional del niño suelen ser frecuentes emociones como: tristeza, irritabilidad,

aislamiento, falta de interés por las actividades de juego, problemas de sueño, entre otras (Méndez et al., 2004).

Otro de los aspectos del cáncer y los tratamientos es que siempre existe la posibilidad de recaída, posterior a la vigilancia o alta, lo cual aumenta el nivel de angustia, en especial para las edades en que se tiene mayor consciencia respecto al padecimiento; la población es vulnerable a secuelas relacionadas con la propia enfermedad o sus tratamientos, algunas secuelas son previsibles e identificables pero otras no se manifiestan hasta varios años después, la posible recaída se asocia a los estilos de vida, las prácticas laborales y sociales así como el envejecimiento y el nivel de respuesta del organismo (Astigarraga, Calvo-Escribano, Ramírez-Villar y Márquez-Vega, 2016).

Al ser diagnosticado con cáncer, el niño se ve enfrentado a signos y síntomas que le es complejo integrar, unos más que otros, lo cual impacta considerablemente en su estado subjetivo y afectivo; se enfrenta a una lucha diaria ante los síntomas y los dolores de la enfermedad así como del tratamiento; también se modifican las dinámicas de relaciones, el niño puede manifestar bajo estado de ánimo, miedo a la muerte, dolor ante necesidades insatisfechas, ansiedad por el cambio de vida; alteraciones emocionales ante las concepciones que el niño tiene de la muerte o la enfermedad. (Escobar, 2013).

Otro de los aspectos que impacta de manera considerable en la vida del niño con cáncer es el cambio de vida, debe sumar a su vida actividades que anteriormente no realizaba, sobre todo sumergirse en el mundo médico; se ve enfrentando a explicaciones médicas, terminología nueva, experiencias ante hospitalizaciones e intervenciones invasivas y dolorosas; se ve también sumergido en un mundo de enfermedad, donde no es el único enfermo, hay otros, a los que ve sufrir y en decadencia, hay un contexto totalmente nuevo, que debe integrar a su vida (Méndez, 2004).

El cáncer representa una enfermedad que tiene fuertes implicaciones a nivel corporal y emocional; es una condición biológica que lleva al individuo a enfrentarse

con situaciones que tiene que ver con lo más humano, con lo carnal, lo corpóreo, con el dolor, con la vida y con la muerte; ésta última como acto que sucede en los otros, en tanto ve a otros en enfermos de cáncer morir y como condición a la que podría llegar en su experiencia propia, pues el enfermo de cáncer continuamente es colocado en riesgo de muerte ya sea por efectos colaterales del tratamiento o por avance de la enfermedad.

Vivir con una enfermedad cancerígena como la leucemia lleva al individuo a situaciones que no sólo quedan a nivel corporal, sino que atraviesan el plano afectivo, por lo que es importante analizar cómo, el niño oncológico, transita estas experiencias y cuál es la forma en que hace frente a la enfermedad y sus tratamientos. Desde esta postura, la fantasía y la simbolización representan mecanismos estructurantes en la vida del sujeto, por lo que a continuación se aborda este tema.

1.2. Simbolización y fantasía mecanismos estructurales y organizadores de la vida mental

Etimológicamente la palabra simbolizar proviene del latín parábola, comparación, símil, que proviene del griego, *parabolé/paraballo* (yo comparo, poner al lado), se traduce como comparación, alegoría y representación. Simbolizar hace referencia al símbolo, el cual proviene de *symbolum*, que significa hacer coincidir. Ambas palabras se refieren a una sustitución. El símbolo entre los griegos y los Romanos representaba un pacto, un elemento que se entregaba como recordatorio/sustitución de una promesa o un mensaje (Pereira, 2007; Ungar, 2017).

La Real Academia Española en 2019 define el concepto de simbolizar como la acción de utilizar una cosa para hacer referencia a otra, con la condición de que ambas tengan algo en común; asocia la simbolización con referir a partir de la semejanza.

Por otro lado, la filosofía, la lingüística, la pragmática, el arte, la poesía, la literatura y el teatro, han empleado el símbolo, simbolismo y la simbolización con la connotación de semejanza para dar cuenta de un conocimiento; el psicoanálisis retoma estos conceptos en el mismo sentido, es decir, para dar cuenta de un saber, Freud los utiliza para hacer referencia al trabajo del inconsciente, se refiere al uso de representaciones e imágenes asociados a la imagen de un objeto (Casas de Pereda, 2007).

Del mismo modo, la palabra símbolo y simbolización (*die Symbolik*) es utilizada múltiples veces, en *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900/1991), para hacer referencia a la creación de una realidad a partir de representaciones, se refiere a un conjunto de símbolos cargados de significación que pueden encontrarse en diversas producciones del inconsciente; lo simbólico da cuenta de un saber (sexual), el cual tiene íntima relación con el objeto con el que se representa. La simbolización se relaciona con la condensación y el desplazamiento, ya que en un símbolo están contenidos muchos significados, a su vez, el símbolo ha sido seleccionado por desplazamiento.

Se puede comprender al simbolismo como un modo de representación indirecta de una idea, un conflicto o un deseo inconsciente, es decir, de toda formación sustitutiva; lo simbólico se utiliza para designar la relación que une el contenido manifiesto a un sentido latente (Laplanche y Pontalis, 2004).

En el psicoanálisis francés, lo primario es la estructura del sistema simbólico, la ligazón con lo simbolizado es secundaria y está impregnada de lo imaginario, por lo que el sentido de semejanza no es una condición. Ésta escuela es fuertemente influida por la escuela estructuralista francesa, la cual establece la tesis de un orden simbólico que estructura la realidad humana; Levi- Strauss basado en el modelo de la lingüística estructural, influido por Saussure describe que el significante lingüístico no tiene nexo con el significado, remite a una significación por el hecho de estar integrado a un sistema signifiante (sistema simbólico), es decir que los símbolos por sí mismos no tienen sentido, hasta que son cargados de significación por la cultura, la sociedad, las relaciones y los sistemas. El psicoanálisis desde esta perspectiva postula que lo simbólico se refiere a fenómenos estructurados como un lenguaje de cadenas significantes (Laplanche y Pontalis, 2004).

En esta línea, para que la simbolización pueda realizarse, es necesario que se establezca el lenguaje, los vínculos estructurantes del lenguaje se encuentran en la relación que une al lactante con su madre, nivel preverbal; los fonemas percibidos y repetidos con el sentido que ella les dio representan para el niño la memoria de su presencia benéfica y tutelar, la seguridad de saber que puede recuperarla por una evocación que convoca el mundo materno de seguridad; los sentimientos maternos constituyen un modo de lenguaje: la asistencia continua, así como su sobreprotección ansiosa dificultan la simbolización de su presencia; el lenguaje, por tanto, se establece en el juego de presencia y ausencia, que permite el desarrollo de la representación; así se origina la asociación entre la representación simbólica y la cosa que se ausenta, esto permite que el niño sea capaz de explicarse la realidad a través de la simbolización (Dolto, 2006).

La simbolización deviene de representaciones mentales que pueden ser expresadas a través del lenguaje verbal y no verbal. Las relaciones primarias entre

objetos permiten desarrollar las palabras y la forma en que se utilizan para construir un discurso (Amati, 2020). Aulagnier (citada por Sternbach, 2013), psicoanalista francesa propone que es imposible disociar representación y afecto; describe que la génesis de los pensamientos está incluida dentro de los procesos de subjetivación; el niño al nacer es insertado en un mundo con significantes establecidos que él apropia, el infante metaboliza, representa e inviste: metaboliza la información libidinal brindada por la madre y la simboliza.

Además el desarrollo de la función simbólica implica la transición de lo concreto a lo abstracto, de lo corporal a lo mental, y de los vínculos entre la representación de cosas y palabras, la simbolización requiere del lenguaje. La simbolización tiene tres etapas: Una fase *como si*, donde el niño toma los objetos como iguales, no hay separación, la cosa representa solo sensaciones; la segunda es la *representación pictórica*, en ésta, la cosa representa a la cosa que designa a partir de la semejanza (pictograma); y finalmente, la *representación simbólica*, el símbolo es diferente del objeto que está representando, hay vínculo, pero no necesariamente semejanza; la palabra se convierte en símbolo de una categoría, lo que determina el uso de símbolos abstractos para pensar; el lenguaje se convierte en un vínculo del pensamiento, aunque las representaciones no siempre se conectan con palabras (Amati, 2020).

La simbolización, entonces, se refiere a la capacidad del sujeto para poder sustituir, abriendo la posibilidad de un intercambio (tomar una cosa por otra); la posibilidad de entrar al orden simbólico está mediatizada por la falta que produce la pérdida del primer objeto de satisfacción, lo cual moviliza el armado de cadenas significantes y con ello la sustitución y la representación. Existen ciertas operaciones para producir la simbolización: la primera vivencia de satisfacción (necesidad de alimento/necesidad del Otro), esto provoca que se inscriba un resto de satisfacción que siempre será buscado -motor del deseo-; la posibilidad de que se instale el juego del *Fort-Da*, es decir, la operación de presencia y ausencia; y, la entrada del Nombre del Padre, la cual permite que se inscriba la falta (asociado a la ley). Estas tres operaciones marcan la posibilidad de que un objeto se inscriba y luego se

constituya como perdido, para luego poder encontrarlo, pero la condición es que exista la posibilidad de encontrarlo en el exterior del aparato psíquico. Esta es la premisa para que se desarrolle la capacidad simbólica, posteriormente la simbolización se va construyendo y constituyendo en el devenir de la construcción de la subjetividad (Micone, 2014).

El proceso de adquisición simbólica, no se ordena necesariamente en función de una temporalidad cronológica, si se encuentra subordinada a un orden lógico de constitución del sujeto, en el sentido en que requiere entrar al orden del contacto con la realidad y lo imaginario y la simbolización evoluciona en el proceso de desarrollo psíquico. El significante es la unidad constitutiva del orden simbólico, son los efectos que tiene el significante sobre el sujeto, los que conforman su inconsciente; originándose a partir de ellos las elaboraciones y manifestaciones que componen el psiquismo, el significante ejerce su función determinante en los diferentes momentos del desarrollo subjetivo; durante la elaboración edípica, la falta de un significante, que representa los lineamientos básicos para la relación dialéctica del sujeto con el resto de la cadena significativa, desarticula toda la adquisición simbólica posterior, tanto en relación a la cultura como a la adaptación. (Giménez, 2018).

Además de ello, la capacidad simbólica supone el desarrollo de las capacidades de discriminación, contacto con la realidad interna y externa, reparación y sublimación, es imprescindible para el pasaje del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, pasar del proceso primario al proceso secundario (Palacios, 2016).

Por otro lado un símbolo es todo objeto que adquiere capacidad representativa de otros objetos, representaciones y experiencias emocionales, sin confundirse con estos, el objeto puede ser elegido como símbolo por semejanza o porque se ha establecido una ligazón de significado por reiteración de experiencias emocionales. El objeto simbólico se recrea en las múltiples experiencias vinculares; el establecimiento simbólico de la palabra como continente simbólico es un logro posterior en la evolución, la concepción de la palabra como representante simbólico

de los objetos, emociones y vínculos, es el resultado del arduo proceso evolutivo de simbolización ya realizado (Palacios, 2016).

El símbolo representa el límite del ser humano, al usar la capacidad simbólica el sujeto se dirige a obtener gratificación a través del símbolo, envuelve la realidad en el orden simbólico y la sustituye por medio de representaciones (Minieri, 2019).

Para que los objetos puedan simbolizarse, debe instituirse una alucinación negativa de falta o pérdida, la cual representa el puente entre el nacimiento del pensamiento y la representación (Palacios, 2016); siguiendo esta premisa, la pérdida es determinante para promover el trabajo simbólico.

Los objetos son los medios por los cuales la pulsión busca alcanzar la satisfacción, la fantasía es una de las expresiones de la pulsión; la fantasía entendida como el escenario reservado a la satisfacción de los deseos, como resguardo de la renuncia al placer, no hay deriva pulsional sin operaciones de transformación (Alemán, 2017).

Metafóricamente hablando, la simbolización es como un telar, el tejedor evoca las infinitas cadenas significantes que pueden hacerse, la simbolización es una posibilidad de tercerización, porque hay un elemento al que remite, el objeto presente y otro que permite la interpretación: lo simbolizado es el objeto perdido, que precede a la ausencia, la pérdida provoca displacer, lo que empuja al aparato psíquico a la representatividad como logro sobre la ausencia (no se pierde, sigue presente al menos de manera simbólica), pues la falta y lo incognoscible es fuente de sufrimiento, de angustia y de síntomas; gracias a la simbolización se representa la ausencia y se crea una sustitución significativa, un armado de cadenas de textos, desplazamiento a la metáfora (García, 2007).

Los mecanismos básicos del lenguaje son la condensación y el desplazamiento; la metáfora es una condensación, donde se coloca la parte en el lugar del todo, es decir, la sustitución de una palabra por otra (el sentido se produce a partir del sin sentido); la metonimia es un desplazamiento, se va de un lugar a otro, porque hay

una conexión de una palabra con otra (significantes que dan continuidad) (Roca, 2013).

A través de la pérdida se estructura la representación y está a su vez permite el trabajo de simbolización, la energía psíquica utilizada es libidinal y remite a objetos primordiales; sin embargo, los elementos simbólicos no solo dependen de la estabilidad del vínculo con la madre sino también de los elementos simbolizantes que se le aporten, si el padre y/o la madre no aportan ideales ligados a la cultura, se produce un encierro libidinal que empobrece la capacidad simbolizante (Palacios, 2016).

Dado que el trabajo simbólico se da a partir de las vivencias que se dan en el encuentro-desencuentro con el otro y que en base a los movimientos metafóricos y metonímicos a nivel de representación, configuran las cadenas de representaciones que permiten la movilización del afecto a través de una malla que permite la reestructuración y movilidad, lo no simbolizado no cambia, bien por un exceso de ligazón o porque una desligazón no permite establecer las estructuras simbólicas susceptibles de organizar y dar sentido, hay representaciones que solo corresponden al registro perceptivo motriz o que se mantienen reprimidas sin poder establecer lazos con la palabra (Kancyper, 2019).

Lo no simbolizado es lo que no puede ser traducido en palabras, por no entrar ni en el orden de la ley ni en el orden de la cultura (Mannoni, 1992). Por tanto, es importante no confundir lo representable con lo simbólico, hay diversas modalidades de representación, pero no todas involucran el mismo desarrollo de la capacidad simbólica, puede haber experiencias tempranas sin que haya los elementos necesarios para una representación y lo representable a su vez puede no hablar de un saber/conflicto (Bronstein, 2018).

La simbolización consiste en la capacidad del sujeto para poder representarse mentalmente la realidad a partir de imágenes, palabras u objetos sustitutos, esta capacidad está asociada con la falta y el deseo, es decir, con la experiencia de malestar y frustración; es precisamente en el estado de malestar que la capacidad

simbólica ejerce su función principal, la de intentar restaurar de forma creativa cierto monto de bienestar, sin esto resultaría casi imposible sobrevivir, por ello se puede decir que el símbolo tiene un sentido terapéutico y liberador frente al aprisionamiento y acción esclavizante del deseo (Minieri, 2019).

El proceso de simbolización permite el desarrollo de la subjetividad, despliega la metáfora, la palabra y toma sentido libidinal, provee al sujeto de la permeabilidad psíquica suficiente para hacer del proceso de simbolización como el modo de dirigirse, el sujeto simboliza lo que rechaza, lo que duele y no agrada, las cosas más elementales de la vida requieren ser simbolizadas, como las relaciones familiares, al nacimiento, lo corporal, al amor, la sexualidad y la muerte (Garza, 2017).

La palabra tiene un sentido simbólico en sí misma, más allá del espacio y tiempo, por el lenguaje hablado, registrado, escrito en el ser, que aún sin la experiencia puede transmitirse; el niño es heredero simbólico del deseo de los progenitores, por lo que se establece que la simbolización antecede al ser, el niño es receptor (Dolto, 2013).

Dado que la comunicación es fuente de simbolización, es determinante entre los seres humanos ya que les permite la recepción de elementos de sus funciones simbólicas; desde este momento comienzan las fantasías, porque, aunque el otro deseado esté ausente, su imagen permanece en la memoria, y a partir de aquí va desarrollándose el lenguaje simbólico (Dolto, 1996).

Hay una prehistoria del sujeto, la historia que es transmitida por los padres; las fantasías inconscientes, son el contenido primario y latente de lo que se manifiesta secundariamente en los síntomas, que se ocultan por la censura de la represión y sólo son accesibles de manera indirecta, a través de la construcción en el análisis. Existe una paradoja: el sujeto es anterior al Orden simbólico y al mismo tiempo es su efecto. Cuando el sujeto entra al Orden simbólico, pierde la realidad natural y deja de ser un organismo biológico para pasar a constituirse como ser hablante, con lo cual queda constituido como sujeto de la enunciación; lo que somos se pierde al entrar en el mundo del lenguaje, que es el del Otro simbólico, en el cual hay un

atrapamiento debido a que el ser se inscribe en un mundo de significantes que le conduce a ocupar un lugar establecido que es lo más singular y la causa de deseo, el sujeto del deseo que de alguna manera recoge lo que es anterior al lenguaje. El orden simbólico tiene la función de posibilitar construir la realidad a través de un discurso simbólico que habla de ella, porque separa de lo real, que es lo traumático insoportable que el sujeto humano no puede asumir en su socialización, que no puede tolerar y que le produce angustia, la simbolización permite transformar esa realidad que angustia; por lo que es considerada un elemento estructurante de la vida del sujeto, su actividad es la que modela y organiza el psiquismo del deseo a partir de representaciones (Roca, 2013).

En el análisis todo símbolo encierra un contenido latente que quiere dar cuenta de un conflicto; el conflicto aparece porque algo de la vida psíquica no pudo ser simbolizado; la situación analítica es otra oportunidad donde se espera que algo del orden simbólico pueda dar un sentido, la forma de recordar es volver a vivir en la transferencia. La función de lo simbólico es penetrar en lo desconocido y establecer, paradójicamente, la comunicación con lo incomunicable; lo simbólico constituye el fundamento de la fantasía y la sublimación (Knobel, 2006).

Es decir, se requiere de la capacidad simbólica para poder crear la fantasía, ya que la fantasía es un mundo de representaciones; y a su vez, la fantasía es parte de la simbolización pero condensada debido a la sublimación. En el proceso de formación de la fantasía hay un objeto que se representa de una forma específica (sustitución), luego el sujeto se hace presente en la escena creada y finalmente la escena se crea y recrea. La fantasía es uno de los destinos de la pulsión, la pulsión no tiene objeto específico, por lo que se dirige a su búsqueda; el ser humano por su condición de desvalimiento está supeditado al Otro primordial (madre), pierde el objeto por entrar en el orden simbólico; el objeto de la pulsión es, por tanto, un objeto perdido; el Yo se opone a la pulsión a través de la fantasía, lo que implica interiorizar el objeto prohibido distorsionando la imagen a la que está ligada; con esto la pulsión se orientará entonces hacia algo que le recuerde al objeto oculto de la fantasía (Roca, 2013).

La simbolización es determinante para que se produzca la fantasía, la cual es parte de la representación mental de la pulsión y la actividad mental, que existe desde los primeros meses de vida en relación al primer objeto, fuente de gratificación y frustración; la simbolización y la fantasía estructuran porque gracias a ellas el sujeto se va constituyendo, las fantasías van llenando el mundo interno del niño (Amati, 2020).

En esta línea se puede entender que la fantasía requiere de la representatividad para crearse, y a su vez los elementos de la representación son modificados por el orden simbólico y la fantasía, lo que significa que el objeto que se representa nunca es el objeto real, no se crea la representación del objeto como tal, sino como se interioriza/ simboliza; estas dos funciones se complementan, la fantasía funciona como un medio para la pulsión, donde puede descargarse satisfaciendo parcialmente el deseo, puesto que se orienta a la interiorización del objeto prohibido a través de la distorsión del objeto oculto de la fantasía.

Siguiendo a Freud, la fantasía se produce al instaurarse el principio de realidad, una parte de actividad de pensamiento se desprende y queda sometida al principio del placer, los instintos insatisfechos son las fuerzas impulsoras de la fantasía y cada fantasía es una satisfacción de deseos; en el proceso de construcción de la fantasía la labor anímica se enlaza a una impresión actual susceptible de despertar los deseos del sujeto, activando el recuerdo de un suceso pasado, creando una realidad referida al futuro: el pretérito, el presente y el futuro están enlazados en el hilo del deseo (con todo lo vivido se proyecta una imagen del porvenir a través de una representación) (Freud, 1906/1992).

En la medida en que el deseo se entrelaza con la fantasía se convierte en el sitio de operaciones de defensa; hay una relación entre represión, formación de síntomas y fantasía, el acto imaginativo es defensivo y engañoso, la fantasía puede ser aterradora y dolorosa, pero enmascara pensamientos aún más aterradores (Fernández, 2018).

La fantasía se refiere al contraste entre imaginación y realidad, se presenta bajo diversas modalidades: fantasías conscientes o sueños diurnos, fantasías inconscientes contenido primario subyacentes a un contenido manifiesto y fantasías primordiales (escena primaria, castración y seducción), todas remiten al origen, son fantasías que funcionan como esquemas que imponen su ley al imaginario; lo que fue realidad o se creó como realidad en el pasado se habrá convertido en realidad psíquica. Represión, formación de síntomas y fantasía están entrelazados, una de las formas de la represión se logra a través de una actividad imaginativa (fantasía) (Roca, 2013).

Para poder entrar al orden social el ser humano debe entrar al principio de realidad, para ello debe renunciar de manera permanente o transitoria a diversos objetos y metas de placer, sin embargo, no hay renuncia, se ha reservado una actividad en que se concede a todas esas fuentes de placer resignadas; la fantasía aparece como una supervivencia, una forma de existencia que la emancipa del requisito de realidad; la fantasía es una práctica de defensa de la realidad que arroja cierto contenido al inconsciente, sin embargo, las fantasías inconscientes pueden haberlo sido desde siempre, haberse formado en lo inconsciente, o bien fueron una vez fantasías conscientes, sueños diurnos y se las olvidó intencionalmente, cayeron en lo inconsciente en virtud de la represión; al nacer se hereda lo normativo-simbólico que estructura la experiencia; ordena, clasifica y conceptualiza, incluye y excluye, que prescribe; al heredar una gramática también se hereda un mundo en construcción que nunca está hecho del todo pero que gobierna (Passerini, 2011).

Siguiendo la línea de la fantasía, esta permite refinar los recuerdos, se crea a partir de las cosas que fueron oídas/vividas con lo que se desea y no fue; lo oído constituye la marca, la inscripción y la huella del objeto voz e impone su relectura posterior con distintas posibilidades, es algo construido sobre la nostalgia de lo perdido y anhelado, lo que promueve el deseo; la formación de la fantasía es semejante a la formación del sueño, pero no es una regresión, sino una progresión dentro de la figuración; la realidad psíquica de la fantasía es una escena con estructura de ficción donde el deseo sueña su realización; deseo y fantasía están

entrelazados, pero, dado que la fantasía está impregnada de lo imaginario, el sujeto porta sin saberlo, el deseo del Otro; en el análisis se espera que el deseo del sujeto logre destrabar con todo aquello en lo que está trabado y, dado que la fantasía es uno de los destinos de la pulsión, la dirección del análisis gira hacia anudar la fuerza pulsional al deseo, para desanudar lo que está allí donde la enfermedad es repetición (Acuña, 2019).

Gracias al material simbólico, el inconsciente se manifiesta en los sueños, las fantasías, los juegos, los cuentos, en el discurso psicoanalítico y otras producciones del inconsciente (Knobel, 2006).

El arte y el juego se diferencian de los sueños al ser intentos de traducir la fantasía en realidad, el sueño y el juego tienen en común que son actividades mentales de elaboración. En la interpretación de los sueños, Freud describe que la fantasía y el sueño guardan similitudes en su estructura, ambos buscan la realización de un deseo (Ungar, 2017).

La fantasía es el guion imaginario en el que se halla presente el sujeto, y que representa en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y en último término, de un deseo inconsciente (Laplanche y Pontali, 2004. p. 13).

En su origen, la fantasía comienza como juego infantil y continúa como ensueño diurno. Lo que Freud describe como fantasía son los sueños y escenarios, episodios, novelas, ficciones que el sujeto se inventa mientras está despierto. Freud utiliza mucho el término de fantasía inconsciente para dar cuenta de las fantasías de las que el sujeto no sabe o no quiere saber cómo pueden ser los estadios psíquicos preliminares de los síntomas neuróticos, y la fantasía consciente como aquella que no es provocadora de síntomas y es aceptada (fantasía perversa) (Fernández, 2018).

En torno a la fantasía inconsciente como Freud describe, comienza como juego, el juego constituye uno de los elementos más característicos de la infancia, mediante

el que los niños se desarrollan emocional y cognitivamente, construyen su relación con el mundo externo e interno, pero también es el espacio proyectivo de la fantasía. A partir de él, el psicoanálisis infantil desarrolla una técnica terapéutica con el fin de trabajar las dificultades emocionales y conductuales; a través del juego, el niño manifiesta representaciones simbólicas de fantasías inconscientes que dan cuenta de una conflictiva (Ramírez, 2013).

A través del juego se pueden trabajar los conflictos emocionales; ya que dentro de él, se utilizan múltiples expresiones lúdicas, que son consideradas representaciones simbólicas de fantasías inconscientes y de distintos aspectos del mundo interno (Amati, 2020).

La simbolización que se proyecta en las actividades lúdicas representa una vía de acceso al mundo interno a partir de la proyección de los conflictos psíquicos que el niño despliega (Torres de Aryan y Cossu Giri, 2012).

El niño muestra sus fantasías a través del juego por medio de la proyección y desplazamiento, en el juego se ponen de manifiesto los fantasmas; en esta actividad es posible mantener una tregua con el conflicto, ya que este es menos violento y factible de ser desplazado al mundo externo; siendo también una vía que permite la descarga de ansiedad y sufrimiento, pues cuando se retira la represión se liberan las fantasías que permiten la expresión lúdica, lo que permite al niño tener mejor contacto con la realidad externa e interna (Chávez, 2017).

Freud dice que todo niño que juega se conduce como un poeta, creándose un mundo propio, la fantasía se pone en acto, sitúa las cosas de forma agradable y digerible para él, en el juego se colocan afectos y deseos; da cuenta de que no hay renuncia, solo hay sustitución, subrogación; se crea un mundo fantástico el cual se toma muy en serio, se diferencia de la realidad y el niño lo distingue. La antítesis del juego es la realidad, mucho de lo real que no causa placer, puede procurar placer en el juego de la fantasía. Los instintos insatisfechos son las fuerzas impulsoras de la fantasía y cada fantasía es una satisfacción de deseos, una rectificación de la realidad insatisfactoria (Freud, 1906/1992).

El juego infantil conlleva ganancia de placer a partir de la fantasía, tiene la función de resarcir el fracaso, la pulsión busca satisfacerse, cuando no hay objeto no hay satisfacción produciendo el surgimiento de la angustia, la fantasía funge como rectificación de la realidad y por medio de la simbolización, se satisfacen de manera sustitutiva los impulsos insatisfechos (Patri, 2017).

El niño puede representar una realidad simbólica para aceptar el mundo de la realidad; la imagen interior de la fantasía puede ser expresada, por ejemplo, a través de la música, es una simbolización de las emociones e intercambios humanos en un código artístico; también puede ser expresada a través de gestos, posturas, dibujos o modelado, entre otros medios; todo ser humano utiliza la fantasías para simbolizar, la simbolización puede ser auditiva, gustativa, olfativa, táctil y visual, y por tanto puede ser expresada de otro modo además de la palabra (Dolto, 2009).

La fantasía es utilizada por el niño para dar cuenta de una verdad, por lo cual se debe respetar y tomar seriamente, el chantaje y la fantasía representan una verdad; las fantasías son fabulaciones que corresponden a esas imaginaciones sexuales que frecuentemente tienen los niños en una fase del desarrollo, la fase donde tiene deseos de seducir a un otro (adulto). La fantasía es una fase inevitable del desarrollo y nunca se le debe tomar como una mentira, no es una mentira, es una ficción que se dice de broma por el placer de creer en ello, para soñar despierto sin riesgos, es novela, en ella están las cosas de verdad, con frecuencia son cosas que no comprenden los padres y los demás adultos (Dolto, 1978/ 1981).

La simbolización permite una resignificación de las escenas traumáticas de la historia del sujeto, está a su vez entrelazada con las historias inconscientes de los progenitores (génesis de procesos identificatorios). La resignificación abre las puertas del olvido y da lugar a la emergencia de representaciones acalladas, silenciadas y no significadas durante años o generaciones; la resignificación de lo potencialmente traumático acontece durante todas las etapas de la vida, se simboliza lo no significado, es un intento de interpretación, construcción e historización, de extraer renovada simbolización y comprensión del significado otorgado a ese evento traumático u oculto; el sujeto se define según cómo se

resignifique y resimbolice para reestructurar su biografía y transformarla en su propia historia (Kancyper, 2019).

Dado que el inconsciente está todo el tiempo en el lenguaje, no sólo en la palabra, lo preverbal es ya simbólico, es un intercambio, es expresión del ser humano que todavía no puede hablar; el niño logra hablar a través de su mímica y sí la mímica no es suficiente para ser escuchada, lo expresa con su cuerpo, el cuerpo es lenguaje, y si esto no se lee, el cuerpo habla de otras formas; fantasías que no se exteriorizan o hacen conscientes pueden devenir patógenas. Lo que no se habla encuentra otras vías de ser expulsado y se manifiesta en el cuerpo en forma de síntomas; sin embargo, algo del cuerpo es lenguaje y otro poco es órgano animal que no debe ser sobrevalorado (Dolto, 1996).

Con el goce corporal están cargadas las fantasías y ficciones, la fantasía ponen en escena el deseo del sujeto, a través de la palabra el sujeto se hace dueño de su deseo; el poder de la palabra es abundante, el lenguaje es portador de aquello que constituye al hombre, es también lo que le mantiene unido al núcleo original de la vida. Gracias al lenguaje simbólico mediatizado por la fantasía el sujeto puede simbolizarse y resimbolizarse (Mazzetti, 2017).

La simbolización es una forma de lenguaje, es dar palabra que permite representaciones que estructuran la vida mental del sujeto, el arte de simbolizar permite escribir y leer de una forma distinta, posicionarse de otra forma ante lo que angustia.

Como se puede evidenciar la simbolización y la fantasía son motor estructurante de la vida mental, gracias a estos mecanismos se logran resignificar las vivencias y los recuerdos, se recrea lo que se desea y no fue; como modo de sustitución o modificación de realidad psíquica, a través de la simbolización y el despliegue de la fantasía durante el análisis, se produce una lectura diferente de las vivencias, se da una significación diferente a lo traumático y se historiza de manera distinta.

Gracias a la simbolización también es posible encontrarse con el propio deseo y desprenderse del deseo del Otro, oportunidad para deshacerse de la condena de ese Otro; en este sentido el objetivo es que por medio de la simbolización, en el proceso analítico, el deseo del sujeto logre destrabar todo lo que está trabado, y dado que la simbolización está impregnada de la fantasía, la cual es uno de los destinos de la pulsión infantil, la dirección del análisis consiste, por lo tanto, en anudar la fuerza pulsional al deseo.

1.3. Las pulsiones y su manifestación: entre la vida y la muerte

En la mitología Griega se encuentra la historia de las tres parcas, habla del destino, de la vida y de la muerte: Eran tres hermanas que habitaban en el Hades y desde ese lugar tejían los hilos del destino de los hombres; Nona (vida) era la encargada de hilar el destino en una rueca; Décima determinaba el tiempo que duraría la vida, tenía control en cuanto a la longitud del hilo que Nona hilaba; Morta era la muerte, poseía unas enormes tijeras con las que rompía el hilo de la vida, ella decía qué tipo de muerte correspondía a cada ser humano, cuando cortaba el hilo la muerte en el hombre se hacía presente. Estas tres llegaban en el nacimiento y escribían el destino de los hombres en paredes de bronce, el cual una vez escrito era inapelable (Sánchez, 2020).

El hombre a lo largo de los años ha intentado dar explicaciones a todo lo que desconoce y no comprende; los mitos servían para explicarse la realidad y el destino, anteriormente se adjudicaba a los dioses el destino y era una forma asimilable de aceptarlo, actualmente el hombre aún se esfuerza por comprender lo que le motiva a conducirse de cierta forma y no de otra, frecuentemente se cuestiona por qué hace lo que hace y cómo lo hace; preguntas sobre qué es lo que dentro del campo de la enfermedad motiva a luchar por la vida o cómo dentro de la vida y la salud el cuerpo se impregna de enfermedad.

Desde la concepción biologicista existen explicaciones respecto a ello, como la evidencia científica de las posibles causas del cáncer infantil, y cómo es que el instinto lleva a la lucha por la vida; pero más allá de lo biológico, hay algo que explica el comportamiento y las motivaciones, el ser humano es más que un ente vivo, es un sujeto de lenguaje.

El lenguaje introduce a la especie humana en un mundo del que no puede escapar, sin bien una parte del ser humano es instinto, el mundo lo aliena, al aprender a usar el lenguaje, la cultura y lo simbólico modifican la psique; el riesgo de llevar la realidad a conceptos lingüísticos hace que nada sea suficiente para explicarla por completo, deja un vacío que el sujeto no es capaz de saciar a través de medios biológicos; al

convertirse en ser hablante, el instinto desaparece y el sujeto es motivado por otras cosas; en este punto se entra al plano de las pulsiones, el instinto busca la autoconservación, la pulsión busca la excitación al punto del agotamiento, el ser y hacer del sujeto está inducido por fuerzas entre lo psíquico y lo somático, lugar donde se forma la pulsión (Ballesteros, 2018).

Se puede decir que el destino no está dirigido por los dioses, pero sí está regido por las pulsiones y su manifestación (vida/muerte), no imperan como diosas, pero sí determinan el destino desde el principio hasta el final de la vida. Como menciona Freud en *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis: Angustia y vida pulsional*, “las pulsiones son seres míticos y grandiosos en su indeterminación, por lo tanto, la teoría de las pulsiones es una mitología” (Freud, 1936/1991, p.88).

Ahora bien ¿qué son las pulsiones? Hablar de pulsión convoca toda una discusión, en algunos textos se le confunde con instinto, pero existe una diferenciación; en la lengua alemana existen dos palabras *Instinkt* y *Trieb*, el término *Trieb* es de raíces germánica el cual se traduce como una fuerza interna, empuje (*treiben*) que se determina ella misma a la causalidad, Freud utiliza los dos términos: cuando habla de *Instinkt*, es para referir un comportamiento animal; el término *Trieb* se refiere a una función enérgica que busca la descarga según el principio de constancia (Laplanche y Pontails, 2004).

El término *instinkt* y *Trieb* al inicio no eran diferenciables, aparecen por primera vez en *Estudios sobre la histeria* (1893-1895), aquí, Freud se refiere a la pulsión como un concepto biológico de inicio orgánico, asociado al impulso sexual. También aparecen en el *Proyecto de una psicología para neurólogos* de 1950; el término *Trieb* propició el desarrollo de la noción de aparato psíquico; el establecimiento de la primera formulación psicoanalítica aparece en *Tres ensayos para una teoría sexual* de 1905, en este momento Freud ya tenía una hipótesis estructural sobre la sexualidad inconsciente, la pulsión sexual era el concepto fundamental de la teoría. Posterior a ello, encontró que existen otras fuerzas que se oponen a las pulsiones sexuales, a lo que llamó principio de realidad; en *Más allá del principio del placer* de 1922, Freud descubre tendencias antagónicas que hacen conflicto entre sí, unas

tienden al placer y otras a un más allá del placer, a las segundas las denomina pulsiones de muerte. Hasta este punto postula que las pulsiones son identificables por sus representantes psíquicos (*Vosterllung*) y el afecto (*affekt*) (Najede Pereira, 2018).

El término pulsión ha seguido todo un proceso de desarrollo, siempre ha sido el eje principal de la teoría psicoanalítica; al principio se agrupaban en pulsiones de auto-conservación y sexuales; en su segunda teoría de las pulsiones Freud dice que las pulsiones se dividen en pulsiones de vida y de muerte, finalmente se comprende que no hay pulsiones opuestas sino una dualidad; Freud inicialmente describió una clase de impulsos conocidos como instintos de vida y creía que estos impulsos eran los responsables de gran parte del comportamiento; sin embargo, en *Más allá del principio del placer* de 1920, concluyó que todas las pulsiones caen en una de las dos clases principales: de vida o de muerte, pero ello no significa que sean dos pulsiones separadas, es el comportamiento dual de la pulsión, la teoría de las pulsiones de Freud es siempre dualista (Cherry, 2020).

Lo humano está entretejido entre Eros y Tanatos, no hay movimiento sin quietud, no hay luz sin sombra, ni vida si no hay muerte, el hombre se dirige a estos límites para encontrar respuestas al vacío que alberga al estar encerrado en el lenguaje; no hay una sola vía, la pulsión se manifiesta en pulsiones de vida y muerte y es así como las pulsiones dirigen y rigen la vida.

Se pueden definir como un proceso dinámico que consiste en un empuje que dirige al organismo hacia un fin, a lo que se le conoce como meta, la pulsión tiene su fuente en una excitación corporal, supone una articulación entre las tensiones somáticas y algo psíquico; se anuda en tres elementos: la tensión somática, el objeto y el registro psíquico de la vivencia (Colín, 2015).

El fin de las pulsiones es múltiple y parcial y se dirigen a suprimir el estado de tensión de dónde emerge la pulsión, es decir de la fuente la cual es múltiple y susceptible de adquirir y mantener una función prevalente, las pulsiones parciales no se subordinan a la zona genital, siempre buscan un objeto que sacia (objeto de

la pulsión, que varía constantemente); la fuente puede ser externa o interna y constituyen el resorte funcional del aparato psíquico, pues la pulsión empuja al sujeto a realizar los actos que realiza. La pulsión es un concepto límite entre lo psíquico y lo somático y ligado a la noción de representante/agencia (representación objeto y representación palabra), es decir la representación psíquica de los estímulos; la pulsión no cesa, está en constante movimiento, la representación y el objeto operan continuamente y su representación está en el inconsciente (Laplanche y Pontails, 2004).

Las pulsiones son concomitantes de fenómenos químicos en el nivel orgánico, sólo se pueden estudiar en su objetivación, en su manifestación expresada frente al objeto de esta pulsión por el sujeto sede del deseo (Dolto, 2001).

Lo que disponemos del objeto son representaciones (representaciones de objeto), preconscientes o inconscientes y son el resultado de la representación-cosa inconsciente y la representación-palabra preconsciente-consciente; una representación-objeto tiene una realidad fuera del sujeto, se trata de una materialidad, una existencia en el mundo, pero, ya que el objeto está enlazado a la pulsión y al deseo, tiene un carácter metafórico simbólico. En la singularidad de cada sujeto el objeto es a la vez algo que existe y se construye, estas construcciones tienen un carácter metafórico-simbólico, que es el que nos permite operar en el mundo (García, 2009). "Una pulsión nunca puede pasar a ser objeto de la conciencia; sólo puede serlo la representación que es su representante. Ahora bien, tampoco en el interior de lo inconsciente puede estar representada si no es por la representación" (Freud, 1916/1992, p. 173).

Una agencia representante de pulsión es una representación o un grupo de representaciones investidas desde la pulsión con un determinado monto de energía psíquica (libido, interés), junto a la representación viene la pulsión, la pulsión no es una agencia representante psíquica de mociones somáticas, sino más bien como no-psíquica en sí misma, es decir, la pulsión no tiene representación (Freud, 1916/1992).

La pulsión busca su satisfacción, busca un objeto, pero el objeto está en otra parte no siempre confesado ni confesable, no debe confundirse el objeto con la satisfacción, el objeto es un fin para alcanzar la satisfacción, el objeto se asocia a la representación para poder significar (Alemán, 2017).

La pulsión es una fuerza constante con una exigencia de satisfacción, la cual lleva a operaciones de transformación, no hay deriva pulsional sin operaciones de transformación; la pulsión es el montaje a través del cual la sexualidad participa en la vida psíquica, articula al inconsciente con agujeros; alcanza la satisfacción, aún sin alcanzar la meta (Patri, 2017).

Hasta este punto se comprende que la vida está dirigida por fuerzas más allá de lo biológico y orgánico, está regida por fuerzas límites que pueden llevar al ser por distintos caminos, incluso en contra de la vida y la autoconservación, las pulsiones tienen un objeto, el objeto es representación simbólica, por lo cual siguen distintas vías, en la mayoría de las veces ilógicas, de acuerdo al objeto que buscan.

En ocasiones parecería que no hay pulsión de vida, en esta línea Freud designa a las pulsiones de muerte como categoría fundamental de pulsiones, es una vía que tiene el fin de reducir completamente las tensiones, o sea, volver al individuo vivo al estado inorgánico de quietud y reposo; lo cual es todo menos lógico. El muerto no reposa, simplemente dejó de ser un ser vivo, es sólo desecho inorgánico, de aquello que fue (Rodríguez, 2017).

Freud habla de las pulsiones de muerte como pulsiones de agresión dirigidas a dar muerte y que se vuelven contra el sujeto, pulsiones de deseo de no ser ya sujeto. Siguiendo a Dolto, la muerte no alcanza jamás al sujeto alcanza al individuo y al Yo; no es lo mismo el individuo, el sujeto y el yo: el individuo es biológico, es cuerpo; el Yo es estructura psíquica, más que un cuerpo, pero con más acceso al consciente; el sujeto es el sujeto de palabra, de deseo y del inconsciente. La muerte hace desaparecer al cuerpo humano y al Yo, pero no al sujeto, ya que el sujeto del deseo preexiste a la concepción y no desaparece con la muerte; la muerte real no es la

pulsión de muerte, porque las pulsiones son parte del deseo y el deseo es parte de la vida (Dolto 1984/ 2009).

La muerte es la pérdida total de los intercambios y sobretodo descreación y el comienzo de la descomposición, de la corrupción del cuerpo por la acción de la vida de otros organismos ante un cuerpo sin intercambios, por tanto, eso es asunto de los otros (Dolto, 2002, Pp. 13).

La pulsión de muerte en cambio se refiere a la falta de una imagen; es la ausencia de participación del sujeto del deseo, cuando el sujeto se pierde y no sabe que es ya sujeto, ausencia en el tiempo y el espacio, es acto puro, no es lo mismo muerte real que muerte simbólica; por otro lado, pulsiones de muerte procuran también la vida, ya que sin ellas el sujeto del deseo agotaría al ser humano en su narcisismo fundamental al abandonar la noción de su existencia (Dolto, 2009).

Lo orgánico y animal no es humano, son las pulsiones de muerte, en el sentido de muerte del sujeto del deseo, se muere cuando se deja de ser sujeto, hay vitalidad del individuo anónimo de la especie en cuanto mamífero, pero no sujeto de lenguaje, es decir, se requiere del lenguaje para constituirse sujeto, puesto que el lenguaje es simbolizante y estructurante, el lenguaje introduce al campo de la simbolización y por tanto al campo de las pulsiones (Dolto, 1996).

Cuando el sujeto puede ser humanizado por la madre, la vida se articula al cuerpo como sustancia gozante, enlace del cuerpo con la imagen corporal con la que el sujeto se identifica, tiene valor de vida, encarna la fuerza vital que será el sujeto, dado que la vida se da a partir de la imagen inconsciente, el sujeto puede imaginar su muerte. El primer objeto es determinante, al despejar el orden simbólico, el cuerpo es mortificado y la satisfacción se ubica de manera interna en ese orden (Salvatori, 2016).

Dolto (2009) aborda la importancia de éste primer objeto, describe que la privación materna conlleva la ausencia de caricias que delimitan el cuerpo, lo que altera el sentimiento de existencia, ya que el existir deviene gracias a las variaciones

sensoriales y la voz materna que permite al niño reconocerse, a sí mismo y a su madre. Cuando las madres se ausentan sin previo aviso, el niño se pierde como hijo, la separación es vivida como una muerte parcial, la muerte de sus sentidos en la existencia de sí mismo y en la comunicación; el niño pierde su cuerpo con la madre, si la madre regresa, el niño puede recuperar la imagen regresiva de su cuerpo de antaño. La pérdida de la madre representa la pérdida de un ser de seguridad que ha desaparecido del interior de él y que no puede simbolizar.

Dolto evoca la representación de la muerte como la división que evoca la separación de la placenta, separación de la madre; la renuncia a un estado de comodidad, hacerse cargo de la vida, la primera experiencia de muertes es el nacimiento, la placenta muere, que es vista por él bebe como una parte de él mismo, después de eso viene la vida, que es lo que transcurre en el tiempo y el espacio; la muerte es algo que el ser humano nunca vivirá y por eso siempre se habla de la muerte, porque compete a los otros: los que vemos morir, los que nos verán morir; sobre la experiencia de muerte solo se tienen fantasías, sentimientos ante aquellos que se ven morir; otro aspecto importante es que para el inconsciente no hay muerte, es una construcción de la imaginación lo que hace fantasear sobre la muerte, es decir, tener representaciones de lo que acompaña la postvida de los que dejan de vivir (Dolto, 2002).

La separación simbólica de la madre es representada de manera dramatizada como muerte, al igual que la angustia de castración alimenta el temor a la muerte, desmembramiento para la anulación carnal, es decir para la muerte, hablar sobre la muerte es tranquilizador porque a partir de la palabra se puede representar; la simbolización permite disminuir la angustia (Dolto, 1996).

Dolto describe que la madre permite crear una imagen del cuerpo, representación inconsciente donde se origina el deseo, la imagen del cuerpo da vida y es imagen potencial de comunicación en un fantasma, el niño fantasmaliza la imagen materna, es así como entra en contacto consigo mismo, esto gracias a la introyección que hace del fantasma de la relación narcisizante entre él y el otro. La pulsión de muerte es ausencia de palabra, ausencia de imagen del cuerpo, las palabras son

portadoras de una referencia de imagen, la imagen del cuerpo es aquello en lo cual se inscriben las experiencias relacionales de la necesidad y el deseo, valorizantes o desvalorizantes; se manifiestan como una simbolización de las variaciones de percepción del esquema corporal y de aquellas que inducen los encuentros con los otros (Dolto, 2013).

La relación primordial sirve de origen a la primera imagen de cuerpo del pre-yo; las satisfacciones orgánicas lo pueden colmar o desposeerlo en su imagen de cuerpo según los efectos de la madre, el esquema corporal y la imagen inconsciente es diferente, el esquema es universal para los seres humanos, la imagen es propia de cada sujeto y su historia; si la madre vuelca sobre el niño todo el deseo para sentirse entera lo posee el niño se convierte en sustituto fálico creando una imagen mutilada, lo despoja de su imagen en constitución; la persona de maternaje, símbolo de satisfacción sustancial, se convierte al mismo tiempo en símbolo de descorporificación mutiladora, produce ataques inconscientes a la imagen del cuerpo del niño; el cual se siente parte del cuerpo de la madre, su presencia es sentida como penetración angustiosa porque le roba un cuerpo, lo castra del cuerpo propio; hay una muerte simbólica cuando se lleva al extremo la utilización total de las fuerzas disponibles hasta el agotamiento de la energía libidinal, puesta en este caso al servicio de la protección narcisista (Dolto, 2006).

La muerte simbólica es un afecto de separación y rechazo, de castración y anulación, hablar de la muerte tiene la connotación de desagradable, por eso se le maquilla con el mito, dado que no se sabe sobre la muerte, el lado opuesto, la vida, de lo que se cree saber un poco más, es motivo de alegría y gozo, se muestra felicidad ante el nacimiento aunque el recién nacido no dé casi nunca la impresión de ser feliz; en la vida y la muerte son las emociones mágicas de lo aditivo y de lo sustractivo lo que está en juego subjetivamente. Desear la muerte a alguien es hacerle mal para sentirse uno mismo libre de haberlo rechazado, a causa del estado de posesión alienante o de desposesión mutiladora, se trata de romper con él el pacto de identificación, de reducirlo al estado de excremento (Dolto, 2001).

Para Dolto una castración es una prueba que se presenta y se supera; son fallas estructurantes a veces fallidas y a veces logradas, con efectos simbólicos promocionantes o patógenos. la castración es una operación generadora de aspectos positivos y humanizantes para el cuerpo del niño (Dolto y Nasio, 2006).

Hablar de la muerte es complejo porque no hay representación de ella, por eso es angustioso y hay algo ominoso (*unheimlich*) dentro de lo angustioso, personas y cosas, impresiones sensoriales, vivencias y situaciones, despiertan el sentimiento de lo ominoso, lo cual es aquella variedad de lo terrorífico, lo novedoso o no conocido, lo incierto, lo clandestino y lo oculto. Lo ominoso es algo dentro de lo cual no hay orientación, al no tener representación se crea una, no tan clara, pero que sostiene. En el momento en que las cosas ya no pueden ventilarse en público comienzan las maquinaciones ominosas y terroríficas. La angustia ante lo desconocido, es una angustia de castración, no se tiene conocimiento de eso que se tiene en frente (Freud, 1916/1992).

No es a la muerte a lo que se teme, ya que no existe en el inconsciente, sólo se teme al sufrimiento, a la decrepitud y a la separación de los seres que se ama; es preciso hablar de los muertos, hablar de la muerte cuando hay sentimientos amenazadores; mientras haya vida hay comunicación, por ello se debe prestar escucha a alguien que habla de su muerte, no callarlo aceptar el sufrimiento de una realidad posible para todos; al hablar de lo desconocido, de los sentimientos, de las angustias, poner en palabras las incertidumbres ayuda a sostenerse los unos a los otros; sobre la experiencia de la muerte solo es posible tener las fantasías y sentimientos de lo que provoca la muerte de los que un día se ven vivos y al otro día muertos (Dolto, 2002).

La muerte ha sido una preocupación constante a lo largo de la historia de la humanidad, por supuesto, revestida de diferentes rasgos y atributos según las épocas y culturas. Por ello, la vigencia de la muerte como temática o tópico adquiere significaciones particulares y suma múltiples análisis desde perspectivas disciplinares diversas (Mazzetti, 2017).

En la muerte no hay representación porque no hay representación para la falta, la muerte es lo irrepresentable; por tanto la pulsión de muerte se diferencia de las otras pulsiones porque no está adherida a una representación y no pulsa, no es revoltosa, no es tensional, por el contrario, es inadvertida y silenciosa, proviene del estado inanimado que busca volver al estado inicial; la meta de toda vida es la muerte, morir es volver a la nada, la materia vuelve a la nada, en la muerte se encuentra también algo del deseo, como lo irrepresentable: Tánatos es la máscara del orden simbólico ya que no se ha realizado, se construye de la fantasía, como la muerte no tienen imagen que la represente, se simboliza. (Colín, 2015 y Jacobo, 2010)

La muerte no tiene representación, pero gracias a la fantasía se crea una, la simbolización permite transformar una realidad que angustia, ahí se produce el goce y es alrededor del agujero del cual gira la pulsión en tanto a la muerte, el ser humano busca la excitación y la repetición aunque produzca dolor: pulsión de muerte, es un camino que busca la aniquilación de lo vivo para pasar a un estado de reposo absoluto, el goce absoluto que se busca porque se constituyó como perdido, no ha existido nunca, en realidad la pérdida que lo constituye sólo puede entenderse desde la dimensión simbólica: el símbolo es justamente una presencia hecha de ausencia (Roca, 2013).

Siguiendo esta línea, la falta introduce al registro de la muerte y de la lengua, sin falta no hay palabra/lenguaje, ahora bien, si la pulsión de muerte busca significantes, en este caso el significante es sólo repetición, el deseo de ser deseo del Otro, es decir se somete a la Ley del Otro: el niño requiere del otro para sobrevivir, para humanizarse, esto es pulsión invocante, implica ser invocado, escuchar y hacerse escuchar. En el origen, el niño reconoce el primer objeto que es la madre, éste le permite construir un cuerpo, que no es solo el somático, sino el imaginario, construido con la fantasía gracias al lenguaje. Cuando el niño pierde el objeto, no solo el objeto como tal, sino algo que se juega en la voz (objeto-cause de deseo) surge la angustia de ser, la angustia es la ausencia de palabras, la angustia de desaparecer, angustia de muerte. El niño evoca el fantasma de su propia muerte

en el lugar donde no puede responder por su origen, en ese lugar de falta, él se hace pulsión invocante (Colin, 2015).

La muerte por tanto es constitutiva del orden simbólico: el símbolo, por ocupar el lugar de la cosa que simboliza, es una suerte de equivalente a la muerte de esta última. Sólo gracias al significante, el hombre puede acceder a su propia muerte y concebirla. El significante también lo lleva al sujeto más allá de la muerte: dado que ya lo considera muerto, por naturaleza lo inmortaliza. En el orden simbólico, la muerte está relacionada con la muerte del Padre (o sea, con el asesinato ritual del padre de la horda, tal como se describe en *Tótem y tabú*, de Freud): el padre simbólico siempre es un padre muerto (Grippe, 2011).

La muerte es el vestigio de un modo arcaico de pensar oral, por el cual se teme a la muerte o al deseo de muerte (afecto de separación y de rechazo) bajo el pretexto de que la muerte es desagradable y de que el desagrado infligido al objeto se junte con el mito, mientras que no se sabe experimentalmente nada acerca de la muerte (Dolto, 2001).

En cuanto a la muerte en lo real, el ser se sabe vivo a condición de saberse mortal, la vida se define por la muerte, el nacimiento es muerte, la muerte es nacimiento, se teme a lo que define el estar vivo; el miedo a morir es miedo de vivir. Cuando el miedo a la muerte lo invade todo, los niños encuentran una resistencia más dura en el grupo social: la negación (Dolto, 1996). El temor a la muerte es normal, la inferioridad del ser con respecto a ella es real, pues no se sabe qué es lo que hará o lo que traerá, lo único real es su inminencia, desde el punto de vista clínico, un sujeto sano teme morir (Dolto, 1986).

La falta en el sujeto y la capacidad de representación envía al campo de la pulsión de vida, la que moviliza, Eros tiene por tanto una función objetualizante y Tanatos una función des-objetualizante, la muerte real que como experiencia subjetiva siempre remite a otro, la muerte hablada, la que está en los relatos y la cultura. La muerte en lo real remite a la pérdida, la cual le da al objeto verdadero valor, es decir, gracias a la pérdida, el sujeto puede representarse el objeto, es por eso que ante la

muerte se crean muchos rituales y conceptos, el concepto es envuelto en penumbras (García, 2009).

Los animales no temen a la muerte si no la prevén, es decir, cuando no se sienten amenazados, sólo cuando la ven en los otros, por ejemplo en los mataderos; el animal conoce la muerte tan solo cuando muere; el hombre se aproxima a ella con plena conciencia; en su propio proceso de desarrollo ve cambiar el cuerpo, que se aproxima a la muerte; si hay pérdidas, como perder un miembro, una parte muere, la separatividad de partes del cuerpo, castraciones que hacen al individuo simbólicamente más rico que antes, porque la muerte hace vivir, si el sujeto es consciente de ello, se da cuenta que se acerca a la muerte (Dolto, 1995/2002). En el proceso de desarrollo biológico y psicológico se va construyendo gradualmente la idea de muerte.

Para un bebé es ausencia y falta de movimiento, la palabra muerte se vuelve un concepto adulto después de los 8 años, antes, la muerte no es otra cosa que una ausencia provisional, temporal y reversible, cuando se comprende el término en el terreno de los adultos, se entiende como un evento irreversible e inminente, vinculado a lo vivo (todo lo vivo muere, yo muero), por tanto se vuelve más difícil de pensarlo (Cyrulnik, 2014).

El concepto está asociado a la realidad, la connotación afectiva depende de la experiencia, es decir cuántas veces y cómo ha enfrentado la muerte, cómo es vivida por los otros y en los otros, la amenaza de muerte que un niño percibe en su derredor es determinante en la representación que se hace, por ejemplo cuando cree que su padre matará a su madre en una discusión violenta, cuando vive hospitalización propia o de los otros, cuando alguien cercano muere, todo ello lo obliga a pensar en la muerte; también es importante el ritual que conoce respecto a ella según las distintas culturas y sus rituales. En general para los niños tiene connotación de vacío, siempre inminente, siempre posible, una amenaza de abandono equivale a muerte. Por tanto el concepto de muerte para un niño resulta de la transición en su desarrollo y el ritual que de la muerte se ha hecho en su

cultura, en su vida y en su ambiente, progresión de la representación de la palabra (Cyrulnik, 2014).

Dolto (1995/2002) sugiere que a los niños se les debe hablar de muerte en cuanto lo preguntan, lo cual describe, sucede en etapas muy tempranas y que tan temprano como pregunten entonces se les debe dar palabra y también se debe validar su pregunta, eso ayuda a que configuren representaciones en torno a ella y deje de ser angustioso.

En muchos niños se puede ver la angustia de muerte, la muerte es algo que no conoce, es lo impensable, por tanto, es una frustración de agresividad muscular y de agresividad afectiva; en el nivel de su comprensión: inmovilidad forzada muy larga y ausencia del ser amado (Dolto, 1986, pp. 124).

Por tanto la muerte para el niño es una castración afectiva. En el caso Paul, chico de 14 años, trabajado por Dolto en su texto de *Psicoanálisis y pediatría* (1986) se muestra la angustia ante la muerte: se trata de un chico a quien se le había diagnosticado meningitis grave, dificultad para respirar, posteriormente aparece insomnio por temor a morir al descuidar sus latidos de corazón; los cuales se trataban de síntomas histéricos por sugestión; Paul estudiaba un curso que estaba a punto de terminar y ser mecánico en la aviación militar, al igual que el padre (el cual obtuvo su pensión por problemas cardíacos -síntomas hipocondríacos-), el padre renunció a la guerra por temor a morir, Paul no quería graduarse, estaba en el curso porque se jugaba con aviones, pero en realidad no quería volarlos, por el temor a morir.

Paul al hablar mostraba una sofocación continúa, presente desde que intentó golpear en la cabeza a un niño grande "porque le caí mal", sin embargo él fue atacado por ese niño con una pedrada; después Paul vio un accidente de un avión contra un poste; habló de la muerte de los soldados que iban en ese avión y temía de que hubiera podido matar a sus amigos (refugiados de la guerra); el padre de Paul era agresivo, lo golpeaba constantemente; la madre era alcohólica y fría, lo

obligaba a estudiar y solo hablaba de lo mucho que gastaba en él, no lo escuchaba y tampoco le daba muestras de afecto; Paul se sentía solo y culpable.

Dolto da cuenta de la angustia de muerte sostenida por el temor a la castración ante el grande (el fuerte), Paul tenía fuertes sentimientos de inferioridad; en el ataque de la piedra manifiesta una fantasía de asesinato, como querer matar al grande que lo puede atacar (el responsable de su castración); al grande lo asoció con el avión, el cual puede derribar un poste -símbolo del falo-, él se identificaba con sus amigos refugiados en su condición de débil (identificación con el padre castrado, quien huyó para no morir); el accidente fue como la realización de los deseos de asesinato en sustitutos del adulto castrado.

Su única arma de defensa eran deseos mágicos de muerte centrados en los ensayos de vuelo, por ello no quería concluir el curso, dado que el juego era elaboración de representaciones y al terminarlo daría paso al acto. La omnipotencia real del adulto había provocado la omnipotencia mágica del pensamiento; la muerte realizada en el accidente atraía temores de muerte libidinal, de ahí los síntomas de muerte: dolor de la cara, anonadamiento de las pulsiones afectivas, plano oral pasivo vegetativo y bloqueo muscular respiratorio; el síndrome era una sublimación útil pues dejaba de ir a la escuela y había una regresión a 3 años, donde sólo jugaba.

En el trabajo de análisis el Chico logra descargar todas las pulsiones agresivas en Dolto, quien se lo permite, la angustia cesó gracias al espacio de descarga; pero al regresar a casa no encontraba esos espacios, ni amor del padre y de la madre. Paul no podía luchar más sino contra sí mismo, negando su vida, por eso aparece el síndrome/manifestación de muerte, la angustia de Paul es el resultado de la falla en el mecanismo de la represión de las pulsiones agresivas. El padre funge como castrador por angustia personal proyectada sobre el hijo, la madre es castradora por sadismo al masculino por fijación oral inconsciente con su madre.

En este caso, Dolto da cuenta de la angustia de muerte como frustración y castración ante el abandono de sus padres y los problemas de cada uno, la

transferencia de las angustias parentales; también da cuenta de los deseos de asesinato (dar muerte) a aquel con quien se identifica y lo coloca como castrado; y, cómo ante la angustia de muerte, el cuerpo se enferma.

La gente tiene derecho a la enfermedad, siendo esta una expresión, cuando algo no puede decirse con palabras, con sentimientos; es el cuerpo el que habla, la salud como la enfermedad son importantes, pero en la sociedad la enfermedad es vivida como una sanción, cuando un niño está enfermo además del sufrimiento de la enfermedad, se culpabiliza, se siente responsable de enfermar (Dolto, 1996).

Dolto dice que la muerte sucede porque se desea, en este sentido el que muere está de acuerdo en morir, no hay vida sin certeza de muerte, no se sabe de la muerte, pero tampoco de la vida, se conoce de ellas a través de los placeres y los dolores (Dolto, 1981).

En cuanto a la madre, dado que la mujer es creadora de vida, puede sentirse incluso dueña de la muerte; ante un hijo enfermo se ve imposibilitada para la proyección es decir, no puede proyectar en su hijo los anhelos y deseos que tenía, por lo que la relación amorosa madre-hijo tendrá un trasfondo de muerte negada, disfrazada de amor sublime, algunas veces de indiferencia patológica; en ocasiones, de rechazo consciente. La mujer se siente culpable y responsable por engendrar un hijo enfermo, el rechazo al hijo es recibido por ella como ataque a su propia persona, dado que trajo un niño enfermo al mundo su condena es cuidar de él, pero en el fondo hay un deseo de suicidio, de aniquilación, el niño corre el riesgo de quedar enredado en el deseo de la madre, quien volcará lo esencial de su dinamismo en los instintos de vida y muerte, puede tratar de cuidar y salvar o por el contrario de matar con su intransigencia (Mannoni, 1992).

En los sueños y fantasías de los enfermos la imagen y la sensación de la muerte están mezcladas de contenido latente de sueños y fantasías con una angustia vinculada a pulsiones sexuales, vinculación entre angustia de castración y de muerte, es un signo de neurosis, el temor a la muerte es un síntoma de angustia de castración, emoción de frustración libidinal provocada por un conflicto entre

pulsiones agresivas y pasivas puestas al servicio de la sexualidad devenidas del mundo exterior o del superyó. Cuando la actitud masoquista está permitida al Yo por el objeto sádico, el sujeto puede por identificación con el objeto, volverse su propio verdugo y el Yo teme la enfermedad, obstáculo de la vida o de la muerte, supresión de la vida, mecanismo hipocondríaco que neutraliza la angustia. Pero cuando la actitud masoquista no le está permitida por el mundo exterior en las relaciones objetales, el objeto debe bloquear su libido en sí mismo, enderezar sus pulsiones sin salida sustitutiva objetal contra sus propias pulsiones agresiva; ya no hay salida, hay frustración libidinal total, es decir, la muerte. La ausencia de satisfacciones libidinales es el sueño/ muerte. Sin psicoterapia y separación del medio familiar el riesgo es la psicosis; es decir la disolución del yo. Angustia es igual a muerte, igual a castración, temor mágico a temor obsesivo, a represión de pulsiones (Dolto, 1986).

Dolto dice que ante situaciones desbordantes los niños pueden volver a la imagen respiratoria dado que es la más arcaica porque se asocia a lo cardiovascular que es el lugar de la imagen de base y el lugar de las pulsiones de muerte, estas pulsiones liberan la pacificación en el sueño reparador, vegetativo no perturbado por el deseo; en el sueño las pulsiones de muerte pueden sin peligro ser aceptadas por el sujeto, por lo cual, cobra valor el sueño y el silencio, es importante y necesario dejar que sucedan cuando se trabaja con niños a los que el estupor los invade (Dolto y Nasio, 2006).

Hay una distancia que es difícil definir entre el saber objetivado de un mal objetivable, que la ciencia sabe cómo atacar, y lo que ese cuerpo sufriente (ese cuerpo que encuentra los límites de su goce en el sufrimiento) puede darle a entender al médico y revelarle al sujeto como verdad (verdad que huye), por eso es complejo comprender el comportamiento del organismo ante los males que lo aquejan; desde el psicoanálisis, todo síntoma habla; al nivel del dolor se sitúa en una forma de encuentro entre el médico y el enfermo un cierto privilegio a algo que es del orden de la estructura del sujeto que habla, es decir de ese sujeto deseante cuya verdad puede manifestarse en un lugar diferente de aquel donde la buscamos.

Esta verdad, censurada por la conciencia, surge en el síntoma o en las distorsiones del discurso, el síntoma es por tanto lenguaje, en donde el Otro se halla siempre implicado en lo que el sujeto se esfuerza por formular a través de su queja (Mannoni, 1981).

Desde esta perspectiva el cuerpo enfermo, el cuerpo que se invade de muerte, que crea síntomas, es un cuerpo que debe ser leído, destrabando y desarticulando el o los otros que se hallan implicados en el síntoma, es decir, construyendo el camino al propio deseo; por ello en el siguiente capítulo se analizará lo tocante al deseo y cómo el sujeto puede liberarse del deseo transferido por los progenitores, cuando en su caso es mortífero o patológico; también se abordará el tema del análisis, el cual es un camino para que el sujeto haga resurgir el deseo propio.

1.4. En el juego de los deseos

El deseo es un generador de tensión en la medida que pone en contacto con aquello que se quiere pero no se tiene, y entonces, para conseguir su satisfacción hay que valerse de la función simbólica que permite hacer lo ausente, mentalmente presente, o reconocerlo a través del símbolo como objeto sustituto. El símbolo es un mediador entre el deseo y el objeto real anhelado, lo cual significa que, la capacidad simbólica permite satisfacer el deseo en alguna medida y ayuda al ser humano a descubrir nuevos intereses, dado que le facilita transitar en medio de los símbolos, concebidos en un primer momento como sustitutos pero potencialmente, transformables en objetos de interés en sí mismos. De este modo la existencia humana es constantemente susceptible de ser interpretada y traducida, en un sistema simbólico (Minieri, 2019).

En su trabajo *El proyecto de una psicología para neurólogos* de 1895, Freud explica que el deseo siempre busca un objeto perdido, pero se considera perdido porque ese paraíso nunca existió. De este modo, para Freud, el deseo tiende a la regresión, a regresar hacia atrás buscando, en su nostalgia, ese objeto. Y, para él, este es el peligro del aparato psíquico: volver hacia atrás. El deseo, en el humano, es por definición insatisfecho, nunca puede colmarlo ningún objeto (porque no existe en lo real, es un objeto imaginario que en algún momento fue real), siempre queda un resto de insatisfacción; lo que no quiere decir que no haya momentos de plenitud; pero también puede haber alucinaciones, que son cumplimientos de deseo, como las fantasías (Daneri, 2015).

El psicoanálisis freudiano da importancia a la relación con los objetos primordiales en la constitución del ser; es decir da importancia al deseo en la constitución del sujeto y del objeto; se diferencia la necesidad de la demanda, la necesidad es lo que se quiere en el nivel consciente, la demanda es la articulación de la necesidad y corresponde al nacimiento del lenguaje, ambas son el punto de partida de la relación del niño con la madre; el deseo representa un vacío, una carencia que siempre queda inscrita, aunque sean satisfechas la necesidad y la demanda (la

necesidad es cubierta por la madre creyendo que la colma por lo que el niño tiene por medio del amor y los cuidados, olvidando lo que el niño no tiene) (Mannoni,1992).

Entonces, el deseo desde el psicoanálisis francés es concepto nuclear y constituyente de toda consideración posible de sujeto; cuando el niño llora su madre interpreta dicho llanto como una demanda, ante la cual responde; el llanto supone una demanda significativa del niño, la demanda tiene significación en el lenguaje, pues con la interpretación que construye, la madre introduce al niño en el campo de la palabra y de la demanda. No es sólo necesidad lo que se juega, aunque se inicie con eso, allí accede el niño al deseo; entonces, el deseo adviene más allá de la demanda, como falta de un objeto, falta inscrita en la palabra y efecto de la marca del significante en el ser hablante. La necesidad surge de un estado de tensión interna que encuentra satisfacción por acción específica que procura el objeto adecuado; el deseo por su cuenta es en cambio siempre propio de cada sujeto y no de la especie, y, a diferencia de la necesidad, no tiene que ver con la supervivencia y la adaptación (Barrionuevo, 2013).

El deseo es inconsciente y la demanda es consciente, la demanda encuentra objeto particular que la sacia, el deseo encuentra objeto el cual es variable y no sacia, solo elimina en cierta medida el estado de tensión (Dolto, 1996). El engaño puede satisfacer un deseo pero no una necesidad, debido a que el niño es un ser de lenguaje y deseo, distinto del cuerpo, el deseo se satisface temporalmente con un objeto, pero siempre se desplaza por la falta que lo constituye (Dolto, 2006).

La falta posibilita el deseo, la entrada del ser humano en lo simbólico lo transforma en un sujeto dividido, ya que por una parte es consciente y por otra inconsciente, el deseo apunta a lo inconsciente, es la diferencia entre lo que se pide (la demanda) y lo que se encuentra (que no corresponde nunca con el objeto imposible de la búsqueda). Lo que posibilita y hace indestructible al deseo es que su objeto en el fondo está vacío, su única existencia posible es ir desplazándose de un objeto a otro sin satisfacerse nunca plenamente, ya que siempre es deseo de Otra Cosa. Y paralelamente a esta metonimia del deseo, que se va desplazando de un lugar a

otro, están las metáforas del inconsciente, lo que hacen es colocar un significante en el lugar del otro, que está reprimido (Roca, 2013).

Por tanto, el deseo se estructura a partir del otro, la madre se constituye como el Otro primordial para que el niño estructure su deseo ya que de ella viene el significante; el niño desea ser el falo de la madre, deseo de ser deseado, la madre se percibe en falta, esto le da al niño la pauta de que la madre puede desear en el plano imaginario; el deseo se debe poder articular y debe atravesar el orden ya constituido de lo simbólico para poder dirigirse hacia un objeto. La palabra somete el deseo del sujeto a la ley (lenguaje) del deseo del Otro, tesoro del significante; la demanda que dirige el niño a este Otro materno, cobra valor simbólico, en tanto que la misma ha atravesado de esta manera la cadena significativa, el niño que ha constituido a su madre como sujeto por medio de esta primera simbolización, se encuentra a su vez sometido a la ley del Otro materno (por lo que algo del deseo depende de otra cosa y de quien la soporta) (Jiménez, 2018).

El encuentro, en el mismo lugar geográfico, espacial o corporal, de emociones pulsionales ligadas a la memorización de la inseguridad o de la seguridad materna provee de narcisismo o no, sostiene o no la ética de cumplimiento del deseo. Los niños (hombre y mujer) tienen como primer objeto de deseo a la madre, el objeto que los atrae fuera de sus límites corporales; la madre responde a este niño con cuidados o con indiferencia según su deseo (Dolto, 2001).

Se puede decir que el deseo se forma a partir de una primera experiencia de satisfacción, lo que constituye una huella mnémica, creando un lazo que asocia la imagen de una huella como resultado de una necesidad; al presentarse nuevamente la necesidad, esta se presenta en virtud de la ligazón a una moción psíquica que se dirige a recargar la imagen mnémica de dicha percepción y evocarla con el fin de restablecer la situación de la primera satisfacción; esta moción es lo que se denomina deseo (Laplanche y Pontalis, 2004).

El sujeto entonces siempre está supeditado al otro en tanto a su deseo, el deseo siempre busca restablecer esa primera experiencia, en donde el deseo es siempre

deseo del otro; los padres estructuran el deseo, pero a su vez los padres responden al niño bajo sus propias fantasías, es decir, bajo su propio deseo (Mannoni,1992).

Los niños que viven lo desearon, por tanto, están y existen, asumieron el deseo de sobrevivir. El deseo es de suma importancia, hay un deseo del niño y un deseo de los padres que ineludiblemente se materializa; un niño nace porque desea nacer, de otro modo no nace, y un niño siempre es deseado por los padres, por tanto es un sujeto de deseo: niño-deseo: él ha deseado nacer, mientras que sus padres no sabían que él lo deseaba, él es deseo perpetuamente, es significativo del deseo inconsciente de sus dos progenitores (Dolto, 1996).

Siguiendo esta premisa, el deseo de los padres es importante en tanto que es fuente de estructuración. Dolto (1994) dice que es importante que los dos padres deseen al hijo, el hijo deseado es, en realidad, el que viene por añadidura y a causa del deseo de una pareja; es necesario que los dos padres deseen realmente al hijo, pero también que sepan que cuando el hijo nace, es él quien los convierte en padres; a partir de ese momento el hijo no es ya un bebé, es un sujeto de deseo.

El deseo de tener un hijo no debe ser solo por lo que es el bebé, un hijo deseado también implica que se desee tener un hijo del otro (la intensidad sexual erógena es tan rica de presencia de imagen de la persona elegida que todo acto erógeno subjetivo es un acto creador imaginario); en un sentido más estricto, la relación sexual no siempre da como resultado un bebé, si no se es capaz de traer un niño al mundo (por medios biológicos) en el sentido de la responsabilidad, el verdadero deber es no tener hijos, no se debe hacer caer en la hipocresía a la pareja y fungir un papel que no desea (Dolto, 2001).

No hay vida sin la certeza de querer vivir; el deseo de dar la vida en el acto sexual no basta si el niño no desea nacer y sobrevivir, por lo que los padres deben tener claro que el querer un hijo no basta si el hijo no desea nacer: la vida se anuda en el deseo de tres (Dolto, 1981).

Los traumas psicógenos del niño pueden devenir de los progenitores como de los traumas de la madre a raíz del objeto de su deseo, ya sea el rechazo de su persona a consecuencia de su gestación; también pueden resultar de cualquier otro objeto del deseo sexual de la madre: pasional, edípico, remanente o transferido. Si un hijo es reconocido legalmente pero no deseado y aceptado con amor lo sabe y lo somatiza. En ocasiones las líneas ascendentes de los progenitores desaprueban la fertilidad de la madre, esto también es fuente de alteraciones en el niño; sin embargo, el rechazo más grave es indiscutiblemente el del progenitor que no quiere reconocer, simbólica y legalmente, al niño; es un rechazo simbólico de su humanización social (Dolto, 2001).

En ocasiones los padres parecen decepcionados con sus hijos porque éstos no son exactamente lo que habían deseado o soñado que fuesen, en ocasiones los padres colocan al hijo ante el deseo de que alcancen un desahogo material mayor; en este momento el niño sufre por no cumplir con el deseo de los padres, sufrirá porque sus padres no puedan ocuparse de él y también sufrirá las comparaciones (Dolto, 1994).

Es posible detectar clínicamente este tipo de amor por los fantasmas de los padres durante el período de gestación: un amor anticipado por su futura persona, para la cual los padres proyectan, cualquiera que sea el sexo del niño, un éxito orgánico y social en el futuro, como prolongación del doble linaje, materno y paterno, del que el pequeño ha surgido. Cuando falta éste amor, la vitalidad del nacido, soportada sin alegría, hace de este un símbolo de intruso tolerado como una animalidad parásita. Las catexis ulteriores, destinadas a domesticarlo, podrán enmascarar enseguida ese rasgo, que solamente se volverá a encontrar mediante el análisis (Dolto, 2001).

Mannoni (1992) describe que el deseo de un hijo se asocia con la propia infancia, la llegada de un niño ocupa un lugar de revancha en los sueños perdidos, es el encargado de alcanzar lo que quedó inconcluso en el pasado; el niño carga con la imagen fantasmática de los deseos maternos; tiene por misión establecer aquello que en la historia de la madre fue juzgado deficiente, sufrido como una carencia, o prolongar aquello a lo que ella debió renunciar; si ese niño, cargado de todos sus

sueños perdidos, llega enfermo hay una irrupción de la realidad de una imagen del cuerpo enfermo que causa un shock, pues no alcanza a llenar el vacío que llenaba el niño imaginario, el niño enfermo despierta los traumas e insatisfacciones anteriores e impide que la madre pueda resolver su propio problema de castración porque la madre no renuncia al niño fetiche del Edipo, lo resguarda porque es mejor que el niño enfermo.

El niño juega para la madre desde la concepción, un papel en el plano fantasmático, al ser un objeto sin deseo propio, su rol consiste en colmar la vida materna; la madre se engaña acerca de su hijo, el deseo de su hijo le llega desde su infancia; entonces el niño se convertirá, sin saberlo, en soporte de algo esencial para la madre, de donde surge un malentendido fundamental entre madre e hijo (Mannoni, 1992).

Esto debido a que los deseos de los padres fueron de un nivel de organización libidinal edípico o preedípico (culpabilidad endógena narcisista), las circunstancias de su realidad son tales que la legitimidad de su fertilidad está puesta en entredicho por su incapacidad de asumir la responsabilidad material y moral de dicha fertilidad (culpabilidad yoica, pragmático-social) o sus linajes ascendentes o descendentes se oponen de manera simbólica a su fertilidad, fantaseada como algo opuesto éticamente a ellos (culpabilidad superyoica genética) (Dolto, 2001).

Lo que demanda la madre del niño es la demanda de su deseo perdido, el niño no sabe que está llamado a desempeñar un rol para satisfacer el voto materno inconsciente (rol de superdotado, de débil o de enfermo); sin saberlo, es atrapado en el deseo de la madre (Mannoni, 1992).

El sujeto siempre está sujeto al deseo del otro, pero también es sujeto de deseo, cuando los padres no reconocen al sujeto como sujeto de deseo surge angustia debido a una castración simbólica (Mannoni, 1992). Cuando hay una extrema limitación en tanto al deseo, se constituyen hijos sin historia, sin lenguaje, sin campo relacional arraigado en lo simbólico; estos niños institucionalizan su sufrimiento en lugar de hacerse conscientes de que fueron mutilados cuando eran

niños, engañados sobre su derecho al deseo, engañados en tanto al amor, castrados ante el deseo (Dolto, 2001).

Dolto describe que es imposible que el niño no muestre alteraciones en su dinamismo en un hogar donde padre y madre viven continuamente en desacuerdo; en la vida infantil hay tres continuidades: la continuidad del cuerpo, de la afectividad y social. Lo que es continuo en el propio niño es su cuerpo y la afectividad, el cuerpo se construyó con los padres, es decir, por la relación que con ellos tuvo, si los padres se marchan el niño deja de encontrarse en su cuerpo, en sus referentes espaciales y temporales; el cuerpo se identifica con la casa que habita, si esta se destruye debido a la ausencia de un progenitor o a la ruptura, el niño afronta dos niveles de desestructuración: el nivel espacial referente al cuerpo y el nivel de la afectividad, disociando sentimientos. Cuando hay abandono de los padres o ruptura, el niño se muestra taciturno, no socializa y no se relaciona; esto es un modo de lenguaje que expresa que el niño no tiene palabras para expresar lo que siente, muestra un estado de fragmentación, manifestación de quebrantamiento profundo, pérdida de la imagen del cuerpo (Dolto, 1991).

El niño quien mediante sus síntomas encarna y hace presente las consecuencias de un conflicto viviente, familiar o conyugal, camuflado y aceptado por sus padres. El niño es quien soporta inconscientemente el peso de las tensiones e interferencias de la dinámica emocional sexual inconsciente de estos, cuyo efecto es más intenso cuanto mayor es el silencio y el secreto, el niño se convierte en portavoz de sus progenitores, los síntomas constituyen el reflejo de las propias angustias y procesos de reacción frente a la angustia de sus padres; la simbolización de sus pulsiones endógenas es la respuesta complementaria a los deseos reprimidos de padres insatisfechos con su vida social o conyugal y que esperan de sus hijos la curación o la compensación de su sentimiento de fracaso, si el niño no lo puede nombrar, lo actúa, pues donde el lenguaje se detiene lo que habla es la conducta (Mannoni, 1987, Pp. 2).

Un niño no reconocido por su padre se convierte en símbolo de incesto clandestino de su madre; un niño no reconocido por su madre, en símbolo de incesto clandestino

de su padre. Si un niño es abandonado solo por puro rechazo a su valor emocional es considerado insuficiente para mantener interés afectivo de la madre, puede sentirse símbolo de excremento para sus dos progenitores (Dolto, 2001).

Cuando el niño sostiene a los padres, su palabra está condenada a no entregar ningún mensaje, cuando el discurso del sujeto se opone a la realidad, lo que se escapa es la palabra verdadera y se la reemplaza por una máscara de engaño (síntoma); con niños enfermos, el discurso del niño revela siempre un lugar peculiar con la madre, constituye la angustia materna, el valor otorgado por la madre a la enfermedad transforma está en objeto de intercambio creando una situación en la que el niño tratará de escapar al dominio paterno; el niño se coloca dentro del mundo fantasmático de los padres ante el puesto que le reservan en las relaciones que establecen con él; en ocasiones el niño no tiene otra posibilidad que la de ocupar como sujeto, el puesto de muerto, esto por lo general ante enfermedades graves (Mannoni, 2007).

La historia de los padres y sus fantasías inconscientes son el contenido de lo que se manifiesta en los síntomas de los niños; estos pueden atrapar al niño y sujetarlo a una condena; el sujeto queda atrapado debido a que el ser se inscribe en un mundo de significantes, lo que lo lleva a ocupar un lugar establecido; pero a través de la construcción en el análisis se puede acceder a ellos y destrabar con aquello que está trabado, liberando el deseo del sujeto (Roca, 2013). Esta es la importancia de un análisis con niños, liberarlos de la condena del deseo de los padres, que a través del lenguaje, inscribieron en él.

Esta es una de las premisas Doltonianas, quien respondía a la necesidad de un análisis con niños; pues al niño se le debe posicionar como un sujeto de derecho y de deseo, digno de saber la verdad, de encontrarse con su verdad y ubicarse con su deseo ante esta.

En el trabajo con el psicoanalista, el niño puede y es capaz de decir lo que desea, aquí reside la importancia del análisis; es importante un espacio donde los niños puedan hacer las cosas que desearon, no las que los padres les empujan a hacer;

en ocasiones los padres insertan en el hijo la culpa si el deseo del hijo es diferente a los suyos; cuando se trata de niños superdotados, pese a que repriman su deseo, sale a flote, siempre buscan el camino, son activos, inquietos, constantes y finalmente derriban lo que impide su deseo. Un niño se hace eco de lo que siente el padre o la madre y lo apropia, los niños pueden encarnar el deseo de los padres, como sacrificio, cuando un niño enferma sostiene a sus padres, pero al sanar el niño, su libido y la libido de cada uno de los miembros de la familia es liberada, para que cada uno tome el lugar que le corresponde sufra y asuma (de manera inconsciente y de manera consciente) una mutación de su deseo (Dolto, (1994).

Al inicio del psicoanálisis, la infancia sólo figuraba como los recuerdos de una etapa que compartían los adultos como recuerdos reprimidos; de los niños solo se tomaba en cuenta la descripción que los adultos hacían de él; sin embargo, cuando el niño puede hablar y hablarse, puede designar palabras a aquello que los síntomas encubren, dar sentido a la enfermedad, logra aislar la marca de la palabra ante lo somático; para que un niño logre posicionarse de una forma distinta ante el síntoma, primero debe atravesar el campo del deseo parental para poder tener acceso al campo de su propio deseo; el niño se debe enfrentar con un orden de dificultades no resueltas de los padres, pues el síntoma siempre incluye al sujeto y al otro. Se trata de una situación en la cual el enfermo trata de entender, dando un rodeo a través de un fantasma de castración, la manera en que él se sitúa frente al deseo del Otro, lo que le hace cuestionarse "¿Qué quiere de mí este Otro?" es la pregunta que se plantea más allá de todo malestar somático (Mannoni, 2007).

Por lo que el deseo de análisis no es un deseo puro; es el deseo de obtener la diferencia absoluta, la que interviene cuando el sujeto, confrontado al significante primordial, accede por primera vez a la posición de sujeción a él; sólo allí puede surgir la significación de un amor sin límites, por estar fuera de los límites de la ley, único lugar donde puede vivir; por eso el entrar al trabajo de análisis requiere del deseo de análisis, ya que dicho trabajo puede ser nada placentero (Bustos, 2016).

Lo que produce la situación analítica es angustia, debido a que ésta tiene una estrecha relación con la forma en que el sujeto se sitúa ante el deseo del otro. El

niño del análisis es a quien le falta algo; va a reproducir en el analista la actitud que ha inducido en él la de sus padres, en este juego se corre el riesgo de encontrarse con una respuesta idéntica (el niño utiliza a sus padres provocando sus quejas y los propios padres tratan de enmascarar la angustia con sus quejas (Mannoni, 1992).

La angustia surge ante la imposibilidad de utilizar la palabra como mediador para traducir en palabras lo que siente, cuando lo traduce ya no hay angustia, el gran conflicto es no poder usar las palabras (Mannoni, 1992).

En este caso, ¿cuál sería la función del analista? el analista está presente para ser señalado y constituye el lugar del Otro, de donde puede surgir la angustia; ese vacío llama la angustia del analista ante su propia impotencia, en este sentido, el único enfoque terapéutico es no desear nada en el lugar del niño (para que el sujeto se encuentre confrontado a través de sus proyecciones con su propio mundo fantasmático, el descubrimiento del fantasma es la fuente de angustia), pues el niño siempre aspira a recibir del otro una respuesta que libere de la responsabilidad, pero ante esa respuesta el niño se evade de la angustia que es el camino hacia su deseo, si el analista responde a las demandas corre el riesgo de perder el análisis, problema que se presenta sobre todo en mujeres analistas, que pueden involucrarse en la ternura e intentar responder; solo vedando toda respuesta es como se conduce hacia una eventualidad, no de curación, pero sí de utilización máxima de sus posibilidades intelectuales, en un cuerpo reconocido por él, una apropiación del ser y del cuerpo (Mannoni,1992).

Entonces, el deseo del analista no es el deseo de ser analista, ello quiere decir que no está en la posibilidad de ejercer la posición de persona, o del profesional que actúa, sino en la presencia, y en el análisis profundo de todo lo que su presencia puede producir dentro y fuera del consultorio; incluso atravesando la vida del sujeto, es un acto de ser y estar, pero no desde el propio deseo (Bustos, 2016).

Para Dolto, la dimensión del deseo orienta y reorienta la comprensión clínica y teórica de la libido de Freud, referida a la función simbólica; el sujeto en Dolto tiene prolongaciones humanistas, en el sentido en que el lenguaje introduce al sujeto en

la cultura y lo humaniza; por tanto describe la primacía del lenguaje y la palabra, corazón de la experiencia analítica, fundamentalmente orientada por la palabra; para ella, la imagen inconsciente del cuerpo vincula al deseo, por ello se basa en la imagen o en lo imaginario, su clínica busca la reestructuración de dicha imagen; en su práctica con niños utiliza como técnica psicoterapéutica el dibujo y el modelado como mecanismos de la emergencia concreta de esa imagen (Guillerault, 2005).

En el niño el método de asociación libre no es posible, por lo cual se emplea el juego, el dibujo libre, la conversación para hacer emerger las manifestaciones de lo inconsciente, a través de ello corresponde la analista escuchar, mirar, observar sin omitir nada, gestos, expresiones, mímicas, todo acto que se produzca, intentando penetrar en las representaciones imaginativas, de la afectividad, del comportamiento y del simbolismo del sujeto. Todo símbolo sirve para elucidar el sentido de las representaciones, sin embargo, un símbolo no basta, se requiere la comprensión del contexto, la situación afectiva del sujeto, el momento en que lo trae y el discurso en que lo envuelve; al momento de interpretar se debe hacer en el mismo lenguaje, los mismos símbolos que el niño (usar su lenguaje simbólico y afectivo), pero modificando su sentido (Dolto, 1986).

La imagen inconsciente del cuerpo para Dolto, se rebela en las proyecciones y no es el esquema corporal, se refiere a la representación del propio sujeto (construcción simbólica), que puede ser muy distinto del esquema corporal, la relación de éste con la imagen del cuerpo está constituida por gran cantidad de intrincaciones pulsionales; la imagen inconsciente del cuerpo es la representación espacio temporal del sujeto, que en una primaria instancia se construye a través de la madre, la representación de esta se va construyendo y deconstruyendo gracias a la simbolización; la imagen se crea a través de la palabra fantasmada/simbólica, escuchar al niño significa hablarle en el nivel de las imágenes del cuerpo, por ello es importante buscar la comunicación en ese nivel (Dolto y Nasio, 2006).

Usar el mismo lenguaje simbólico y afectivo del niño sirve para fortalecer la transferencia, la cual sirve para estudiar las reacciones afectivas del sujeto en

relación con él, en base a ello deducir el diagnóstico o la terapia a recurrir, pues la terapia no pasará más que por la transferencia (Dolto, 1986).

Dolto busca la imagen inconsciente del niño, describe que además de la palabra y el dibujo, otro medio para representarla pueden ser los gestos, posturas, el modelado y la música; un niño expresa por estos medios la imagen interior de su fantasía, las mímicas son ya el resultado de representaciones internas (el psicoanálisis es la comunicación por todos los medios), pues todo ser humano se simboliza por medio de fantasías auditivas, gustativas, olfativas, táctiles y visuales; actos como ponerse la plastilina entre los dedos, tirarse al suelo, voltear la basura, entrar o salir, son comunicación, es por ello que al niño se le debe dar libertad, en ningún momento tiene que indicársele lo que debe hacer, por el contrario se le debe decir que tiene permiso de decir todo, pero no hacer todo; decir, significa expresarse, un niño comprende muy bien cuando se le dice: puedes decir con palabras, con modelado o con dibujos; el trabajo del analista cuando al niño se le dificulta hablar, consiste en poner en palabras lo que él hace y cuando haga algo que le haga pensar, señalar, asociar libremente con el niño (Dolto, 2009).

Para Dolto, el dibujo en análisis, representa la síntesis de experiencias emocionales ligadas a la historia del sujeto y articuladas al lenguaje propio de la vivencia sensorial y relacional; describe que los niños muestran la imagen inconsciente del cuerpo en el dibujo, por lo tanto el dibujo habla, pero es importante hacer hablar al dibujo, no explicarlo como tal, es importante que el niño escriba dónde se encuentra en el dibujo, pues este representa su relación con el mundo, el dibujo es un sueño, un fantasma que se ha vuelto vivo, porque hace existir la imagen inconsciente del cuerpo en su función mediadora (Dolto y Nasio, 2006).

La apuesta es construir la imagen del cuerpo, de una manera simbólica diferente, permitir que el sujeto se posicione de una manera distinta, ya que la imagen inconsciente es mediador de relaciones simbólicas. En éste punto se le brinda al niño la oportunidad de construir una identidad que no ha podido recibir de la persona que lo alimenta, una identidad que lleva a la vida y que sostiene el deseo (Dolto, 2002).

El esfuerzo del analista es lograr que la enfermedad hable, pues en esta se encuentra implicado el sujeto, su entorno y los otros, el analista se debe sumergir en el mundo fantasmático del paciente, si no se implica se queda afuera y solo podrá dar una descripción del fenómeno carente de utilidad curativa, el analista siempre se enfrenta a una historia familiar dado que el niño no está solo sino que ocupa un sitio en el fantasma de cada uno de los padres, por lo cual es común que desde el comienzo, haya resistencia de los padres y del analista (Mannoni, 2007).

Para Dolto, el psicoanalista no puede llevar a su analizando a un punto de desarrollo afectivo que él no ha alcanzado aún; por lo cual se debe partir de que no hay curación en análisis, sino el encuentro con el propio deseo, lo cual llevaría a sufrir menos; el analista debe prestar presencia afectiva de testigo reactivo sensible, mediador imparcial, contractual y pasajero (Dolto, 1986).

Dolto da peso a la transferencia, al igual que Freud, dice que en psicoanálisis, la forma de comprender el sufrimiento del otro está determinada por la transferencia; describe que su trabajo como psicoanalista consistía en cuestionarlo allí donde ella se sentía cuestionada, cuando se cuestionaba acerca del comportamiento del paciente y dónde se iba sintiendo cuestionada sobre todo por él, en la relación que el paciente creaba con ella; por lo cual establece que el trabajo de análisis consiste en una confrontación mutua, no solo de los lugares, sino también de los ritmos, las velocidades y sobre todo las imágenes del cuerpo (Dolto y Nasio, 2006).

En el análisis de niños se encuentran muchas transferencias (la del analista, la de los padres y la del niño), las reacciones de los padres forman parte del síntoma del niño, y en consecuencia la conducción de la cura del niño, si el lugar de los padres se ve amenazado habrá resistencia por parte de estos, toda demanda de cura del niño cuestiona a los padres y no puede guiarse el análisis sin tocar los problemas de los padres (su posición con respecto al sexo, a la muerte y a la metáfora paterna), la angustia del analista ante la relación parental le hace negar la posibilidad de una neurosis de transferencia. Cuando aparece la palabra del niño nos hace presentes a los padres, incluso si no se quiere tener nada que ver con ellos, a partir de la transferencia se puede desentrañar un sentido que las demandas ponen en juego,

el campo de juego de la transferencia no se limita a lo que sucede en la sesión analítica, no aparece siempre donde el analista cree que la puede encontrar, antes de que comience el análisis ya pueden estar dispuestos los índices de la transferencia y luego el análisis llena aquello que ya estaba previsto en el fantasma fundamental del sujeto: la partida ya se había jugado (Mannoni,2007).

Por lo que el analista debe operar haciendo entremezclar y entrechocar sus propias imágenes del cuerpo con las imágenes del cuerpo del niño con el fin de decodificar una imagen del cuerpo, hablar inconscientemente a través de la imagen del cuerpo el mismo código implícito en la imagen inconsciente del niño; decodificar la imagen del cuerpo exige estar de acuerdo con el otro, estar realmente al servicio del paciente con todo lo que se es, despierto o dormido, se debe estar mientras se esté con él (Dolto y Nasio, 2006).

El analista no sabe lo que dice, pero debe saber lo que hace, no dirige la vida de su paciente, pero toma en sus manos la dirección del análisis y eso implica no dejarlo a la deriva (Dolto, 2002).

La tarea consiste en hacer que rebote la interrogación que el sujeto formula sin saberlo, pero para ello es necesario que sea capaz de dirigir su escucha hacia otro lugar, diferente del sitio en que surge la crisis; el síntoma del niño se convierte en lenguaje cifrado cuyo secreto es guardado por el niño, una dirección de la cura se presenta como el desarrollo de una historia mítica, trazar el camino hacia el encuentro con la palabra de la madre vinculada con una emoción corporal en el niño, la marca de la que el discurso del sujeto conserva su importancia, el fantasma, el síntoma, mascara cuya función es la de ocultar el texto original o el acontecimiento perturbador; mientras el sujeto se encuentra alienado a su fantasma el desorden se deja sentir en el orden imaginario, lo que cuenta no es el acontecimiento como tal, sino el engaño del adulto acerca del incidente, el niño se encuentra ante el dilema de denunciar el engaño y salvarse o mistificarse como el soporte que el adulto necesita, en el desarrollo de la cura el sujeto es modificado por el lenguaje (Mannoni,2007).

La verdad y el dolor no son, en efecto, reconocidos sino en la medida en que el Otro acepte la pena a través de su propia angustia, a veces el lenguaje es utilizado para hablar de lo que angustia, en este caso la palabra del sujeto debe ser liberada de la mentira tras la cual se disfraza; es necesario que el analista pueda ir más allá del lenguaje objetivante, anónimo, para conducir al paciente al lenguaje de su deseo, es decir, al lenguaje primitivo en el cual, más allá de lo que dice acerca de sí mismo, ya habla sin saberlo y con los símbolos del síntoma inicial, el drama de un niño es por no ser tratado como sujeto de sus deseos (Mannoni (1992).

En el desarrollo de la cura el sujeto es modificado por el lenguaje, cuando en la cura se sitúa desde el principio a los padres y al niño ante el problema del deseo en la relación que cada uno de ellos con el Otro obtiene de los padres un cuestionamiento de sí mismos en su historia y el niño solicitado en cuanto sujeto se obtiene un discurso articulado, esto plantea el problema del lenguaje en relación con el otro y consigo mismo (Mannoni, 2007).

El deseo del analista se sostiene en una ética del deseo donde lo que lo causa se consolida como aquello que orienta la articulación significativa, habitando la intención más profunda de la acción; constituye un elemento simbólico que posibilita la tramitación de lo real a través de la posición del analista, permite hacer una lectura del caso que sitúe los puntos cruciales en la historia de un sujeto y el posicionamiento subjetivo adoptado por este (Lozano, 2011).

Dolto dice que el analista debe estar a la disposición y servicio del sujeto aun cuando se duerme en análisis, para poder sentir con él esa paz de la pulsión de muerte, pues cuando el sujeto hace esto en las sesiones, se injerta en el analista de una forma más profunda (transferencia placentaria -el niño vuelve a la vida fetal para reencontrarse con una imagen del cuerpo, en la cual, la persona que se ocupa de ellos se transforma en una placenta-), el sueño es algo que hay que respetar por sobre todo; hay sueños que son de acogimiento, de apertura a las pulsiones de muerte que liberan la pacificación; en este sentido la exigencia es situar el cuerpo del analista (imagen) en la cura, el cuerpo de éste está expuesto a la palabra del otro de manera permanente y es en extremo sensible a su presencia y constituye

uno de los lugares de la transferencia, el cuerpo del analista maneja el mismo lenguaje que el niño, por tanto es capaz de devolverle una palabra distinta que le permita el retorno a la ternura fusional (Dolto y Nasio, 2006).

El analista debe cuestionarse, no solo la causa patógena, sino la ubicación de los padres, del niño y el suyo como analista, preguntas que revelan de qué manera los fantasmas de uno necesitan del soporte del otro para desarrollarse; en el análisis la palabra al inicio puede ser negación y al final aceptación de la muerte, en la medida en que la palabra deja de ser mistificadora, se modifica la posición con respecto al deseo del otro, puede descolocarse del efecto imaginario del deseo inconsciente de muerte (el suyo y de sus padres); puesto que el síntoma se desarrolla con otro y para otro, y también el analista resulta implicado en el discurso del sujeto; en el fantasma así como en el síntoma el analista ocupa un puesto, en el análisis el sujeto está llamado a localizarse en relación con su deseo (Mannoni, 2007).

Ante la ausencia de deseos del adulto con relación al niño, éste responderá entonces manifestando sus propios deseos, pasa en niños abandonados, cuando el deseo de los padres hacia ellos desaparece. Mannoni (1992). Los niños tienen la tarea de formar su identidad, pues la identidad lleva la vida y sostiene el deseo, ese es el gran camino del análisis (Dolto y Nasio, 2006).

Como se puede evidenciar, el sujeto siempre se encuentra en el juego de deseos que se mezclan y se sostienen entre sí, el deseo propio y el de los otros, el deseo no es un deseo puro, siempre tiene que ver con los otros, cuando el peso del deseo de los otros lleva al sujeto al agotamiento, es preciso buscar un camino distinto, la apuesta por desanudarse de los deseos que enferman, camino que se encuentra en la construcción del análisis; donde los deseos se manifiestan y se confrontan, se cuestionan los posicionamientos y es una nueva oportunidad de obtener la diferencia absoluta, la que interviene cuando el sujeto, confrontado al significante primordial, accede por primera vez a la posición de sujeción a él.

II. Método

2.1. Tipo de estudio

De tipo cualitativo, la investigación cualitativa parte del hecho de que la interacción humana está constituida por significados y símbolos, por lo que la intersubjetividad es una parte importante de estudio; en esta vía la investigación representa el intento de obtener una comprensión de los significados y las definiciones de las relaciones interpersonales (Salgado, 2007).

La investigación cualitativa es un paradigma singular que engloba todos los acercamientos metodológicos no cuantitativos. Explica los fenómenos mediante el método hipotético-deductivo, que busca la justificación de hipótesis; mientras que el cualitativo busca comprender la realidad social por medio del razonamiento inductivo, cuyo fin es la construcción teórica. El procedimiento inductivo parte de lo particular para conducir a lo general; este enfoque metodológico se deriva de su flexibilidad y capacidad de adentramiento en el análisis de procesos sociales no susceptibles de ser abordados mediante la aplicación de encuestas y cuestionarios, y de penetrar en aquellos elementos, procesos, significados, características y circunstancias que no pueden ser medidos en términos de cantidad, frecuencia e intensidad (Izcara, 2014; Pp. 11).

2.2. Problematicación

El cáncer representa una enfermedad crónica-degenerativa de alto impacto que cruza el plano afectivo y psicológico, lo cual ha sido visibilizado y atendido por la psicología; las intervenciones han estado encaminadas desde diferentes enfoques, como se mostró a lo largo de este trabajo, intervenciones que han brindado resultados trascendentes respecto al cuidado de la salud mental; sin embargo, también se evidenció lo poco que se ha estudiado respecto al psicoanálisis infantil ante la experiencia del cáncer y sus tratamientos, la poca importancia que se da a la escucha y el trabajo de simbolización; si bien existen investigaciones dirigidas al

análisis del discurso y los procesos inconscientes, han sido en su mayoría desde la escuela inglesas y con adultos, es por ello que en el presente trabajo se tomó el análisis de la simbolización desde la escuela francesa en la experiencia de cáncer infantil, a fin de llenar este hueco en línea de investigación.

2.3 Procedimiento

En un primer momento se realizó la recepción de los padres y de la niña en la institución de atención a niños con cáncer, posteriormente fueron canalizados al departamento de psicología; donde se trabajó con los padres durante tres sesiones: en la primera sesión y antes de iniciar la intervención se les entregó el consentimiento informado (anexo 1. Pp. 178), en el que se estipulaba que el proceso giraría en torno a la condición de salud de la niña; la confidencialidad y resguardo de la información y que ésta sólo sería utilizada para fines de análisis, de intervención y de investigación, el cual fue firmado con aceptación, en estas tres primeras sesiones se puso de manifiesto una problemática familiar que parecía impactar en la salud de la niña, también se manifestó la demanda de atención por parte de la niña y la madre.

Debido a la relevancia de la situación, las cuestiones manifestadas y la demanda de atención, el caso fue considerado como tema de investigación, para lo cual se solicitó el permiso de la institución quien accedió; así mismo se les informó a los padres nuevamente que la información sería utilizada con fines de investigación, lo cual estaba estipulado en el consentimiento informado, a lo que no mostraron objeción, dando autorización.

Con los padres se trabajaron tres sesiones de manera formal donde se realizó la apertura de expediente y la aplicación de la entrevista anamnesica (A la cual solo se presentó la madre de la niña); y, tres informale, estas últimas consideradas así puesto que no eran citas agendadas, se presentaban ante momentos de crisis y necesidad de hablar; en estos encuentros el discurso de los padres puso de manifiesto problemáticas en torno a la muerte y aspectos de vida de la niña.

En una segunda fase se trabajó con la niña por un periodo de un año, en sesiones que oscilaron de 45 minutos a una hora a razón de una o dos veces por semana; el trabajo clínico realizado con ella fue constante y sin interferencias.

2.4 Pronunciamiento metodológico

Se abordó el análisis en torno a la simbolización de las fantasías de muerte y la manifestación del deseo de vida en una niña de 5 años, diagnosticada con leucemia linfoblástica aguda; el análisis se realizó a partir del esquema referencial de la escuela francesa del psicoanálisis, tomando como principal punto la teoría de Dolto. Se realizó la investigación con un enfoque cualitativo, utilizando el método clínico psicoanalítico y como técnica principal, el estudio de caso.

En lo tocante a la investigación de los fenómenos psíquicos, un dispositivo metodológico o técnica psicoanalítica es el estudio de caso, el cual es considerado el más completo en presentación y en equilibrio teórico-técnico; ha sido utilizado frecuentemente en la investigación psicoanalítica. Freud en todos sus análisis utilizaba una escritura a forma de sistematización profunda; la presentación del caso enfatiza, teoriza y transmite información clara y precisa; muestra la posibilidad de acceder a la constitución psíquica del sujeto mediante un análisis del caso, un material que nos encamina al descubrimiento del inconsciente; la elaboración de un caso permite investigar la subjetividad humana y los contextos discursivos en los que acontece, la producción de un discurso está controlado, seleccionado y redistribuido por una serie de procedimientos que tienen como función conjeturar sus poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad (Sánchez, 2016).

Se empleó como técnica de recolección de datos el material clínico de las sesiones; debido a que lo que se pretendió realizar era un análisis profundo de las fantasías de la menor, a partir de su enfermedad.

En cuanto al análisis del caso se realiza a la luz de lo que propone Dolto en el caso Dominic (1986), ella utiliza una metodología particular, en donde maneja los tiempos

el análisis, en cuanto al discurso del paciente y en cuanto a los pensamientos, reacciones del analista y las intervenciones; así como la contrastación teórica, este tejido permite la realización de un análisis clínico detallado y el esclarecimiento de las diversas manifestaciones del inconsciente, no solo del paciente, sino del analista, ya que ella considera que el análisis debe tomar en cuenta la imagen inconsciente del paciente y analista en la dirección de la cura.

Dolto realiza las interpretaciones a partir de las diversas producciones en la sesión, las cuales pueden ser, dibujos, modelados, juegos, acciones y movimientos, así como el propio discurso; siguiendo a Dolto, estas simbolizaciones develan el inconsciente y son las proyecciones de la imagen inconsciente del cuerpo, por lo que al realizarlas es importante que el analista le haga ver al paciente lo que está proyectando a fin de que logre reconocerse en esa imagen inconsciente, tramité y logré resignificarse e historizarse. Al mostrar todo ello en la presentación de la información, permite la comprensión del caso.

De igual forma, la manera de presentar el caso a forma de diálogo está fundamentada bajo el esquema propuesto por Giaroff (2012), el cual describe las diversas claves y formas para escribir en psicoanálisis; postula que se utiliza un fragmento del inicio de una sesión, acompañado de una breve introducción con el fin de situarla en el tiempo y espacio, posteriormente se utilizan fragmentos del diálogo de las sesiones; las reacciones, pensamientos y asociaciones del analista; las reacciones del paciente; y, a manera de contrastación, la asociación teórica, que brinda un análisis clínico en el momento de la escritura.

2.5. Objetivos

Objetivo general: Analizar la simbolización de muerte y la manifestación del deseo de vida en una niña diagnosticada con leucemia linfoblástica aguda.

Objetivos específicos:

- Analizar el proceso de simbolización y la construcción de la fantasía como una posibilidad para el tránsito por la enfermedad

- Conocer cómo son las manifestaciones del deseo de vida y la pulsión de muerte en la niña
- Analizar las implicaciones del deseo parental en el proceso de enfermedad de la niña.
- Analizar el deseo del analista desplegado en el proceso terapéutico

2.6. Planteamiento del problema

La simbolización permite el atravesamiento por las diversas etapas de pérdida y crisis, es por ello que se pretendió realizar un análisis de las fantasías que se generaban durante el proceso de enfermedad y tratamiento y cómo estas fantasías, eran tramitadas.

La dirección de esta investigación surgió debido a la manifestación de las pulsiones de muerte que rodeaban a la niña, no solo por el cáncer, las intervenciones médicas y los problemas de salud, también por la pulsión de los padres. Así mismo el deseo fue un eje de análisis por las manifestaciones de la niña ante su deseo por vivir; también se tomó en cuenta el análisis del deseo ya que está íntimamente relacionado con la simbolización y los niños siempre están influenciados por el mundo subjetivo y el deseo de los padres; en esta misma vía, el deseo en el análisis.

2.7. Pregunta de investigación

¿Cómo se simboliza la muerte y los deseos de vida en una niña diagnosticada con leucemia linfoblástica aguda?

2.8. Ejes temáticos

1. El proceso de simbolización como una posibilidad para el tránsito por la enfermedad
2. Manifestaciones del deseo de vida en la niña y su relación con el deseo de los padres

3. El deseo del analista desplegado durante el proceso terapéutico

2.9. Participantes

Se trabajó con una niña de 5 años, la cual llevaba un año diagnosticada con cáncer (específicamente, leucemia linfoblástica aguda) y con el tratamiento oncológico; al momento que fue canalizada para el trabajo psicológico. Era una niña, delgada, tez morena clara, ojos grandes, tenía diversos moretones en sus manos debido a las canalizaciones; mirada dispersa; vestida con Jeans y blusas de tirantes, cabello oscuro que al momento de su ingreso a la entrevista se notaba su poca abundancia como consecuencia de su quimioterapia; de aspecto un poco descuidado y sucia; se mostraba inquieta, no hablaba mucho.

El padre, un hombre de complexión delgada, moreno, estatura promedio, 37 años abello negro, ojos oscuros y de mirada penetrante; usaba Jeans y camisas flojas; se percibía serio y un poco molesto la mayor parte del tiempo, su forma de hablar era fuerte y con palabras altisonantes.

Madre de complexión robusta, moreno claro, estatura promedio, 28 años de edad, robusta y figura voluptuosa, ojos oscuros, cabello oscuro y melena corta, un poco descuidada pero siempre maquillada y con los labios pintados de rojo; llevaba escotes pronunciados y pantalones apretados; hablaba mucho, muy confiada y segura para expresarse.

2.10. Escenario

El trabajo se desarrolló en la Asociación Mexicana para la Atención de Niños con Cáncer, AMANC, Michoacán, institución donde los pacientes y sus padres reciben atención integral mientras están bajo tratamiento médico, el cual reciben por parte del Hospital Inafantil Eva Samano de López Mateos, en la ciudad de Morelia; AMANC tiene la misión de gestionar atención médica y brindar apoyo a esta población, al ofrecer hospedaje y una atención integral que permita afrontar la enfermedad.

Es una casa grande con cuartos adaptados para hospedaje, cada una tiene dos recámaras, baño y dos lockers; la institución cuenta con áreas de juego, comedores; oficinas y tres departamentos: trabajo social, nutrición y psicología.

El departamento donde se realizaron las sesiones de trabajo psicológico es un consultorio acondicionado para el desarrollo de terapia infantil en AMANC, cuenta con dos sillones, un escritorio, una computadora, un mueble, juguetes y material de papelería.

2.11. Instrumentos y mediciones

Entrevista anamnésica: La anamnesis, parte de la historia clínica, recoge datos como la filiación, el motivo de consulta, los antecedentes familiares y personales. El interrogatorio sistemático permite conocer los síntomas más relevantes y su devenir en la biografía del paciente (Esquema de Menninger, 1952), citado en (Vázquez, 2001).

Discurso: El Análisis del Discurso es, a la vez, un campo de estudio y una técnica de análisis; su validez se fundamenta en un criterio de pertinencia y de rigurosidad que guíe la selección de las categorías apropiadas y el diseño de los procedimientos de análisis; los cuales pueden ser metodologías hipotético-deductivas, inductivas y abductivas, es una técnica de análisis potente y precisa, que resalta por su utilidad (Sayago, 2014). En éste caso se utilizó el análisis del discurso a partir del método psicoanalítico, el cual permite el acercamiento al inconsciente (Freud, 1900/1991).

Material clínico de las sesiones: Explora el lenguaje inconsciente que se plasma en las producciones que se desarrollan en las sesiones, se utilizó el Dibujo libre, el cual es una de las actividades lúdicas que el menor realiza con mucha frecuencia, favorece la comprensión del mundo interno a partir de la proyección de los conflictos psíquicos que el niño despliega durante esta actividad; el psicoanálisis trabaja con lo simbólico, con palabras, con relatos y el dibujo es una forma de relato (Torres de Aryan & Cossu Giri, 2012, p. 530). Como menciona Dolto (1984) “el dibujo es una expresión, una comunicación muda, un decir para el otro o para sí” (p. 22)”.

El Juego: La técnica utilizada en el trabajo psicoanalítico con niños es el juego infantil, ya que este permite el despliegue de lo inconsciente en el contexto de la actividad lúdica; actividad inherente al ser del niño que va acorde a la etapa de desarrollo en la que se encuentra. Los niños mediante el juego representan escenas que les fueron desagradables, lo hacen como un intento de elaboración (Dolto, 2006).

El juego es una forma de lenguaje lúdico, es una actividad simbólica, predilecta de los niños, en el juego el niño realiza la personificación, inventa y asigna diferentes personajes; a través de este mecanismo el yo, ello, superyó, y el mundo interno es proyectado, los objetos lúdicos escenifican una trama que simboliza las fantasías inconscientes, ansiedades y defensas, pone de manifiesto la capacidad del niño de vivir e influir en su realidad; el juego permite un debilitamiento del conflicto y su desplazamiento al mundo externo por medio de la disociación y proyección (Amati, 2020).

El modelado: Composiciones plásticas, soportes de los fantasmas y fabulaciones en su relación de transferencia, por medio de estos volúmenes con intencionalidad presentados en el espacio, el niño se expresa, no solo por la construcción, sino por la manera en que él mismo habla de estas producciones, a través de los cuales mediatiza las pulsiones parciales de su deseo (Dolto, 2013).

2.12. Cuestiones éticas

Consentimiento informado: El consentimiento informado se considera obligatorio y principio de ética, para cualquier actividad en la relación entre el profesional y el paciente, cualquier proyecto de intervención y sobre todo de investigación debe ser autorizado. El Consentimiento Informado, es un derecho del paciente, se fundamenta en la condición jurídica y su dimensión singular de elección (González y Salomone, 2016).

2.13. Plan de análisis y confiabilidad de la investigación

Para fines de análisis se había planteado utilizar pruebas proyectivas y las producciones de las sesiones; sin embargo, estas no fueron realizadas, la paciente decidió crear su propio material: realizó proyecciones a partir del juego, el dibujo libre y el modelado, además del discurso, y fue esto lo que se tomó como material de análisis; el cual se desarrolló bajo el esquema referencial del psicoanálisis, es un método fundamentado en el estudio de los procesos inconscientes; se realizó a partir de los planteamientos de Dolto (1986) en el caso Dominique, donde describe las producciones del inconsciente y la interpretación e intervención de las proyecciones, a través de la asociación con la teoría francesa.

2.14. Confiabilidad y validez del estudio

Se realiza mediante la triangulación metodológica, la cual hace referencia a la contrastación de métodos e instrumentos: la utilización de diferentes técnicas para recabar e interpretar información y realizar la contrastación entre los diversos resultados permite obtener una interpretación del objeto de estudio y dar cuenta de él, teniendo control de los resultados, implica la rigurosidad de corroborar a partir de varios instrumentos y no solo uno (Aguilar y Baroso, 2015).

En este caso, se utiliza la contrastación con la teoría psicoanalítica, dando mayor peso a la teoría francesa, con la metodología de Dolto; y se utilizan diferentes instrumentos de evaluación, como lo es la entrevista anamnesica, el dibujo, el juego, el modelado y el discurso.

2.15. Presentación del caso

Para fines de esta investigación se trabajó con una niña de 5 años diagnosticada con leucemia linfoblástica aguda, dado que estaba atravesando el proceso de enfermedad y tratamiento fue oportuno para conocer las fantasías y su despliegue en la simbolización en este proceso.

A la niña se le llamó Vita, nombre derivado del Italiano que significa vida, este nombre fue asignado debido a la manifestación de la pulsión y el deseo de vida, ya que la niña realizó la demanda de análisis como una posibilidad de liberarse de la pulsión de muerte provocada no solo por la enfermedad sino por los problemas de los padres ya que estos mantenían una triangulación con la niña en donde era receptora de la pulsión de muerte provocada por las múltiples conductas de agresión en el pleito conyugal; pese a ello, a lo largo del proceso manifestó su deseo por vivir y ser liberada de las pulsiones de muerte por las que estaba rodeada, así mismo logró concluir su tratamiento de quimioterapia entrando a etapa de remisión, en que el cáncer desapareció de su cuerpo, lo que la colocó fuera del riesgo de muerte.

El padre a quien se le llamó Morto, derivado del italiano que significa muerte, porque sus conductas estaban cargadas de pulsión de muerte, tanto en la agresión con la madre, así como contra sí mismo y todo lo que le rodeaba, incluida Vita; Morto hablaba de manera literal su deseo por dar muerte a su pareja y darse muerte a sí mismo; lo manifestaba también en su conducta: agredía de todas las formas a su pareja y se presentaba a las sesiones con actitud poco amable y a la defensiva; en las sesiones se puso de manifiesto su irresponsabilidad con la familia, ya que no asistía a las sesiones que se programaban, solo asistió a una (y a las que él deseaba, bajo su tiempo y deseo, pues no respetaba los tiempos de cita, sólo lo hacía cuando él quería hablar) y tampoco se hacía cargo de los gastos y cuidados familiares, estos estaban a cargo de sus padres, abuelos de la niña; se evidenció la tendencia a participar en grupos relacionados con el narcotráfico; también describió escenas de riesgo como el abuso de sustancias como alcohol, drogas y conductas delictivas.

La madre a quien se le llamó Salute, también derivado del italiano que significa Sanidad, este fue elegido por el significado, ya que el nombre real tenía la connotación de sanidad, lo cual estaba íntimamente relacionado con la condición de salud de la niña; mujer de complexión robusta, moreno claro, estatura promedio, 28 años de edad, muy arreglada, escotes pronunciados, labios pintados de rojo

intenso. Manifestaba de manera frecuente su deseo de hablar y ser escuchada, pero sin intención de comprometerse a un trabajo de análisis, solo buscaba el espacio psicológico cuando requería ser sostenida, era una mujer inestable en cuanto a sus relaciones y decisiones, puesto que acostumbraba a tener varias parejas, las cuales eran pasajeras, manifestando conductas de infidelidad y ambivalencia, un día se decía enamorada y al siguiente ya no sentía nada; sus decisiones eran inestables dado que no mantenía firmeza, cambiaba de ideas y planes constantemente, se iba de su casa y regresaba, hasta que finalmente se alejó sin volver, dejando a Vita y sus otros hijos a cargo de sus abuelos; también manifestaba conductas de riesgo y llena de pulsión de muerte, al insertarse en círculos y mantener amistades relacionados con el narcotráfico, trabajaba en bares y antros, de estos mismos.

En las sesiones se pudo observar que la percepción de los padres respecto a la posible muerte de la niña: era vista como aceptable y en cierto grado esperada, desde el inicio se pudo percibir la pulsión de muerte; la cual gobernaba en la familia desde que el hermano de Morto fue asesinado, Morto culpaba al hermano de Salute, a partir de ese momento la muerte se instauró como el significante que aparecía en el discurso y las conductas, morto quería cobrar la muerte del hermano con Salute. La relación de pareja estaba rota, lo que producía una lucha a muerte entre “amenazas”. La niña era usada como objeto en el pleito conyugal, como un arma más, la cual era manipulada por Salute, quien manifestaba gusto por tener el control sobre Morto.

Finalmente la niña logró destrabarse de la pulsión de muerte y del deseo de los padres, lo que permitió que ella siguiera su propio deseo, el deseo de vida, fue dada en vigilancia (etapa de remisión) del cáncer; sus abuelos se hicieron cargo de su cuidado y educación, los padres desplazaron su pulsión hacia sí mismos y hacia otros objetos; en el caso del padre, se convirtió en adorador de la santa muerte a la cual le edificó un altar y continuó con las conductas de riesgo; Salute se fue al estado de México con otra pareja, después de ello se perdió el contacto y por ende la información al respecto. La niña continuó visitando el departamento de psicología,

no como un proceso psicoterapéutico, pero cada vez que regresaba a AMANC, comentaba cómo iba su vida, continuaba sana y retomando sus estudios de primaria.

III. Análisis de resultados

Como se mencionó en el apartado de método, se trabajaron las siguientes categorías de análisis: manifestaciones del deseo de vida en la niña y su implicación con el deseo de los padres; el proceso de simbolización como una posibilidad para el tránsito por la enfermedad; y, el deseo del analista desplegado en el proceso terapéutico; por lo cual se presentan algunas viñetas clínicas con el discurso de la menor durante las sesiones y el discurso de los padres que complementa el despliegue del análisis. Para fines didácticos y resguardo de identidad, al padre se le llamó Morto, a la madre Salute y a la niña Vita, como se describió en la presentación del caso; de igual forma se mencionó que el análisis se realizaría a partir de la escuela francesa, bajo la propuesta metodológica de Dolto, descrito en el apartado de método.

3.1. Manifestaciones del deseo de vida en la niña y su implicación con el deseo de los padres

El primer encuentro con el caso dio lugar en el momento en que la niña llevaba un año recibiendo quimioterapia; esto sucedió cuando en el hospital médico la canalizaron a AMANC para recibir apoyo, pues la familia ya no contaba con las posibilidades económicas para rentar un espacio en Morelia y quedarse el tiempo que requería el tratamiento y tampoco podían costear los gastos de regreso a su lugar de origen, como habían estado haciendo, pues la mitad de la semana la pasaban en el hospital, por lo que la movilidad era constante.

En éste primer encuentro se dio apertura al expediente, se tuvo como objetivo evaluar cómo sobrellevaban el diagnóstico y el proceso de tratamiento, tanto los padres como la niña, por lo que en la sesión estuvieron presentes los tres. Al entrar al consultorio ambos padres se veían distantes el uno del otro, Morto un poco a la defensiva, Salute muy confiada y Vita seria e inquieta; ambos padres se sentaron en los sillones, Vita se sentó sobre los pies de la madre; durante la sesión, Salute respondía a la mayor parte de las preguntas, Morto a muy pocas y Vita muy apegada a Salute, subía y bajaba de sus piernas y de los sillones, se acercaba a la analista

y cuando esta le preguntaba algo no respondía, la analista le entregó hojas y lápices con colores, Vita se dedicó a hacer líneas en todas las hojas.

Discurso de la primera sesión: Ante la indagatoria sobre el tema de la enfermedad de la niña: ¿Cómo se sienten respecto al diagnóstico de su hija? la madre respondió: *“Bueno, pues de mi hija yo estoy bien, de eso sí, no te voy a negar, cuando me dieron la noticia cómo crees que sentí...sentía que me moría, fue como que algo recorrió todo mi cuerpo, sentí frillecito por todas partes, si fue un golpe fuerte, es mi todo, por ella todo, es algo que no te esperas, la vida te cambia, pero pase lo que pase vamos a seguirle con todo, viva o muera”*. En tanto que el padre, Morto, respondió: *“pus estamos listos para lo que sea que pase, si muere está bien, si sobrevive está bien, igual le vamos a echar ganas”*. Sesión 1.

En este momento me cuestioné si la reacción de los padres tan indiferente ante la enfermedad se debía a que había pasado un año del diagnóstico y llevaban un año en tratamiento o realmente no les conmovía que su hija estuviera enferma, decidí seguir la entrevista y averiguarlo, percatándome que su problema de pareja era más importante para ellos.

Durante esta primera entrevista, se percibió cierta tensión en la dinámica familiar, como si hubiera algo oculto; los padres la mayor parte del tiempo se confrontaban y discutían. En el discurso y la actitud de los padres se puso de manifiesto que la posibilidad de muerte era aceptada, como si la tuvieran presente, como si su llegada no impactara; también se develó el lugar que la niña ocupaba respecto a la madre, quien se mostraba más conmovida ante el diagnóstico, sin embargo, el lugar en que la colocaba era como *"su todo"*.

Según Mannoni (1992) la mujer se siente culpable y responsable por engendrar un hijo enfermo, lo siente en su propio ser y su condena es cuidar de él, pero en el fondo hay un deseo de suicidio, de aniquilación, el niño corre el riesgo de quedar enredado en el deseo de la madre; carga con la imagen fantasmática de los deseos maternos, lo que lleva a cuestionar las manifestaciones de la madre de Vita; pero también sobre el lugar que la coloca el padre con respecto a la madre.

En la segunda sesión se citó a ambos padres sin la niña, para realizar la entrevista del desarrollo, a la cual solo se presentó la madre; al entrar al consultorio se sentó con mucha confianza y comodidad en el sillón y comenzó a hablar de su vida personal, lo cual fue escuchado por la analista hasta que se le indicó que debía proceder la aplicación de la entrevista.

En la entrevista del desarrollo (anexo 2, pp. 179), se encontró que los padres no planeaban otro hijo, no lo esperaban y tampoco lo deseaban, hubo ideas de aborto pero no intentos, todo ello porque la relación no estaba bien en ese momento, la pareja vivía violencia por un problema familiar; la madre no alimentó con pecho a la niña, argumenta que por tener el pezón invertido y tampoco se había hecho cargo de su crianza y desarrollo, éste estuvo a cargo de la abuela paterna; había poco interés en el cuidado de Vita.

En esta sesión me sentí cansada de escuchar a la madre, se desviaba de la entrevista y abordaba más el tema de la violencia de pareja pero también de su vida íntima y sus relaciones extramaritales; fue muy difícil concentrarme en la entrevista, a veces me sentí perdida con ella en todo su discurso. También me pregunté sobre los roles de los padres, los abuelos paternos tenían el cargo del cuidado y desarrollo de todos los niños, estas situaciones captaron mi atención y me cuestioné qué situación era la que generaba toda esa violencia y cómo es que Vita afrontaba todo ello, pues respecto a la noticia del embarazo se dice verbalmente que no se deseaba. Sesión 2.

En ese sentido se toca el terreno del deseo, Dolto (1997) menciona que un niño nace porque desea nacer, de otro modo no nace y siempre es deseado por los padres aunque ellos no lo sepan de manera consciente, motivo por el cual queda sujeto al deseo de estos, es deseo perpetuante de los progenitores. En el momento en que la niña nace, la relación entre los padres se encontraba tensa debido a un problema que hasta ese punto se desconocía cuál era, sin embargo, Vita, como manifestación de vida de los padres y de ella misma, se abre paso a pesar de los conflictos existentes en el matrimonio, se puede evidenciar que dentro de tanta pulsión de muerte hay deseo de vida.

La demanda de atención era constante tanto por parte de la niña quien visitaba de manera frecuente el consultorio y por Salute quien buscaba ayuda manifestando sentirse atormentada por la vida que llevaba, ante los problemas de la madre, le indique que se podría realizar la canalización para que llevara un proceso psicológico sola o con su pareja, lo cual rechazó.

En otra de las ocasiones que Salute buscó ayuda se le permitió pasar al consultorio, el encuentro develó un fantasma de muerte en la familia; Salute llegó agitada y pidió que se le escuchara porque necesitaba apoyo, entró y se sentó en el sillón, su actitud me dio la impresión como cuando se va a acusar a alguien.

Salute: *"con Morto siempre estamos mal, yo ya no sé si quiero seguir con él, nos la pasamos peleando, yo creo que lo nuestro ya se terminó...antes si estábamos bien, pero desde que pasó algo no pudimos volver a estar bien, siento que desde entonces él se ha vengado conmigo, como que me cobró y caro.....más cuando anda todo drogado, porque se droga y es de lo peor."* Ante esta postura yo pregunté: *"¿qué fue lo que sucedió que dices que cambió la relación?"*. Sesión 3.

Salute siempre mencionaba los actos de violencia como pareja, en esta sesión decidí indagar porque me di cuenta que no lo había hecho, había evadido cuestionar, la pregunta permitió el despliegue del discurso ante una problemática central.

Salute: *"Mataron a su hermano, se lo echaron...cuando mataron a su hermano le echaron la culpa a mi hermano...Desde entonces Morto me decía que me iba a matar para cobrarse la muerte de su hermano.....En ese tiempo yo le decía que si estaba seguro entonces que lo matara, le dije, si es verdad quiero que vayas y lo mates a él, hazle pagar lo que hizo, hasta le di una pistola y le dije -ten, ve y mátalos, quiero que lo mates o ¿eres tan cobarde para no hacerlo?- Él no quiso, se fue, yo le rogué como 3 veces que matara a mi hermano, no lo hizo, pero desde ese día no dejó de reclamar por eso."* Sesión 3.

Ante dicha revelación comprendí que en efecto había un fantasma de muerte que recaía en la relación y por consecuencia en la familia, con ello respondí a mis dudas sobre la existencia de algo oculto que no se nombraba; en este momento el caso comenzó a capturar más mi atención, le indique a la madre nuevamente que era importante llevar un trabajo psicológico, pero nuevamente la opción fue denegada, mencionó que solo quería una amiga, le dije que conmigo no era posible.

Ante la revelación del asesinato del hermano de Morto, quedó claro que el fantasma de muerte gobernaba el orden simbólico de la familia, Vita nace en una familia gobernada por el significante "muerte". Como muestra la teoría, el sujeto es anterior al Orden simbólico y al mismo tiempo es su efecto, al entrar en este orden apropia los significantes que le conducen a ocupar un lugar establecido que es lo más singular y la causa de deseo, el sujeto del deseo que de alguna manera recoge lo que es anterior al lenguaje, estructura su vida y realidad a partir de las representaciones de ese orden (Roca, 2013). Lo cual lleva a cuestionar sobre cuál es el lugar que Vita ocupaba con respecto a ese orden simbólico y cómo se colocaba ante el deseo de los progenitores y el deseo propio.

En otra ocasión, la madre nuevamente buscó apoyo pero llevó a la niña, Salute se sentó en el sillón y puso a Vita sobre sus piernas, comenzó su discurso sin solicitar ser escuchada, sin preguntar si había espacio y tiempo para atenderle, el motivo fue porque había tenido un pleito con Morto.

Salute: *"Morto ya se está pasando de la raya... el otro día me puso un chuchillo en el cuello, me dijo que no me dejaría estar con nadie más, me dice que le diga el nombre de con quién estoy, que le diga con quien lo engaño....le pregunta a Vita que le diga, pero ella no dice nada, es muy buena para guardar secretos, yo le dije que no dijera nada, que ella solo se callara y que si su papá le pregunta le diga que no es cierto, además qué le puede decir, ella no sabe nada".* Sesión 4.

Ante la actitud de Salute, de solo hablar y no callar, y su postura de intentar desconocer el saber de la niña, decidí señalar: *"tú crees que no sabe nada, pero lo*

sabe todo, lo hablas todo frente a ella, claro que lo sabe", Salute no paraba de hablar y continuaba argumentando:

Salute: "No, Ella no sabe nada, el último día que Morto me agarró así, me andaba ahorcando y puso a Vita enfrente de mí y le dijo, dime con quien anda tu mamá, le dijo muchas veces pero Ella no dijo nada. Vita le pegó en los pies y él me soltó, me dejó porque Vita se puso a llorar. Eso sí Vita es mi vida, uh, Ella es mi todo, mi fuerza, Ella es la que me hace fuerte a mí.....Morto es muy agresivo, todo el tiempo estamos así, pero lo que más le duele es que ya no me puede tener, porque yo tengo muchos que me quisieran y él ya no me interesa". Sesión 4.

Me sentía cansada con Salute, no escuchaba y solo quería hablar, le permitía hablar intentando comprender la dinámica familiar, pero a veces no sabía cómo cortar todo su discurso; contaba mucho sobre su vida y sus relaciones, lo mucho que hacía y podía, sobre su relación tomaba una actitud ambivalente, ante lo cual confronte: "parece que te gusta esta situación, estás sonriendo".

Ella contestó: "la verdad me gusta verlo así, a mis pies, yo dije que me iba a vengar por cada palabra y por cada insulto que me dio, porque me arruinó la vida, todo por creer que mi hermano había matado a su hermano, yo me jure que le destrozaría la vida y me gusta verlo sufrir y saber que ya no me importa, que ya no siento nada, verlo rogar porque lo quería, pero si esto quería, pues esto tiene, la verdad es que a veces me gusta y vuelvo a sentir algo con él, pero a veces no, y vuelvo a sentir que no quiero estar; pero si gozo verlo rogándome, me gusta verlo de rodillas llorando". Sesión 4.

Salute parecía gozar las situaciones que vivía con Morto, en cuanto a la agresión se quejaba pero sonreía, escucharla era desgastante; por otro lado noté que Vita realmente requería apoyo, se veía angustiada, buscaba el acercamiento y contacto conmigo, me miraba y se colocaba detrás de mí; todos mis intentos de frenar el discurso materno eran omitidos por Salute, le sugerí que si requería apoyo podía regresar más tarde sin la niña, pero no lo hizo, Salute hacia las cosas cuando quería

y como quería, por lo cual yo me sentía renuente con ella, pero por otro lado consideraba necesario escucharla.

Hasta este punto se puede ver que la niña era usada como objeto en el pleito conyugal, presenciaba las agresiones y el comportamiento de ambos padres, así como el discurso de la madre y los ambientes en que ella se desarrollaba, era un tanto promiscua e incluso a Vita la vestía con pantalones apretados y blusas escotadas, la hipersexualizaba; la madre usaba a Vita como escudo en la relación con Morto.

En éste sentido Dolto (1994) describe que un niño se hace eco de lo que siente el padre o la madre y lo apropia, los niños pueden encarnar el deseo de los padres como sacrificio y cuando un niño enferma sostiene a sus padres. Vita era el soporte materno, siempre se ponía de lado de la madre y respondía con agresión ante los insultos que Morto lanzaba a Salute, a su vez, también era el soporte de la relación pues siempre estaba en medio de los pleitos; Vita también encarnaba el deseo de muerte de los padres, pues se colocaba ante la enfermedad de cáncer.

Siguiendo a Mannoni (2007) el niño se coloca dentro del mundo fantasmático de los padres ante el puesto que le reservan en las relaciones que establecen con él; en ocasiones el niño no tiene otra posibilidad que la de ocupar como sujeto, el puesto de muerto, esto por lo general ante enfermedades graves, con niños enfermos, el discurso del niño revela siempre un lugar peculiar con la madre, constituye la angustia materna, el valor otorgado por la madre a la enfermedad transforma ésta en objeto de intercambio creando una situación en la que el niño tratará de escapar al dominio paterno. Como era el caso de Vita, quien estaba enredada en el mundo fantasmático de los padres sin otra posibilidad que la de colocarse como enferma y como soporte de la angustia materna, pues estaba muy apegada a ella, quien la vuelve objeto en la relación con su pareja; sin embargo, Vita, como manifestación del deseo de vida, hace la demanda de intervención al visitar de manera constante el consultorio, como en un intento de descolocarse de ese lugar en que había sido posicionada.

Vita al igual que la madre, visitaba de frecuentemente el consultorio, lo cual interpreté como demanda de ayuda. A partir de esta sesión sugerí se debía comenzar un proceso psicológico con la niña, lo cual fue aceptado por los padres y por Vita, a partir de ese momento se comenzó el tratamiento psicológico en sesiones de 45 minutos a razón de una o dos veces por semana, según su estancia en AMANC.

Después de dos encuentros con la niña, los padres volvieron a visitar el consultorio, en esta ocasión no llevaron a la niña, llegaron discutiendo, el hombre estaba muy molesto, gritaba e insultaba; antes de llegar al consultorio se escuchaban sus disputas, al entrar Salute solicitó que se les atendiera porque en el departamento de trabajo social los habían canalizado, se les invitó a pasar, Morto se quedó de pie, Salute se sentó en uno de los sillones y comenzó a decirle a Morto que contara lo que estaba sucediendo, él describió que no deseaba trabajar nada y no quería compartir sus cosas, en una postura agresiva y grosera; se le invitó a salir, aventó la puerta con mucha fuerza y con palabras altisonantes, Salute corrió con él y se fueron, minutos después regresó Morto para pedir perdón.

Morto: *"perdón por lo de hace rato, no es con usted, es que no quiero contar mis cosas, pero estoy cansado, si traigo mucho dolor, si pasaron cosas que me lastimaron, pero no quiero contar". Ante lo cual yo respondí: "está bien si no quiere compartirlo, pero le pido que no vuelva a levantar la voz y golpear nada en éste consultorio, mucho menos faltarme al respeto."* Sesión 5.

Dado que su actitud fue muy agresiva se consideró importante marcar el límite, en todo momento decía que no quería compartir nada de lo que pasaba en su vida pero lo hacía, hablaba mucho.

Morto comenzó diciendo que no dejaría que Salute se llevara a Vita, el motivo del pleito era porque la madre quería separarse y llevarse a Vita con ella, después se explayó: *"¿usted sabe lo que es que le maten a su hermano? No, no sabe, porque no le ha pasado, pero a mí sí, a mí sí me ha pasado, y no entienden, nadie entiende el dolor, el puto coraje que se siente saber que tú hermano murió y no hiciste nada,*

y lo peor que el cuñado lo mato, ¿sabes lo que eso significa?... mejor me voy a pegar un tiro, la neta que sí, tengo todo planeado, ya sé cómo le vamos a hacer; Salute, la voy a matar, la voy a destrozar y no sabes cómo lo voy a gozar, pedazo por pedazo, cachito por cachito, la voy a acabar, me voy a reír de verla sufrir, me va a pedir que la perdone, pero yo no voy a parar, ya sé quién me va a ayudar, nos la vamos a quebrar, porque me tiene hasta la madre. Un amigo va a pasar por ella, la vamos a llevar al cerro, primero la vamos a torturar, arrancarle pedazo por pedazo y que ella lo vea, que se revuelque de dolor, después le prendemos fuego y ira se acabó, la voy a amarrar y me va a suplicar, como lo voy a gozar, después me doy un tiro y ira se acabó todo". Sesión 5.

Intenté escuchar el discurso para comprender qué era lo que pasaba y por qué actuaba como lo hacía, escuché sobre la forma en que planeaba dar muerte y después mis observaciones y comentarios se dirigieron a que se cuestionara qué haría con eso, qué ganaría y dónde quedaría con todo ello; ante la actitud de que él no importaba y que nada lo detendría, manteniendo su deseo de matar, decidí cortar la sesión, le pedí que omitiera esa información, porque no era relevante; continuaba expresando el cómo iba a dar muerte a Salute, hablaba de su relación y odio por las mujeres e incluso por su madre, pero le solicité que saliera del consultorio si no deseaba trabajar nada en torno a Vita; él se retiró y yo me quedé confundida, me pareció desagradable escuchar ese discurso y a la vez me sentí cansada de los pleitos de los padres. Sesión 5.

Como se puede evidenciar había un conflicto que surge a partir de la muerte del hermano, posterior a ello Morto es el heredero del significante, quien lo manifiesta en la familia con la agresión hacía Salute, sus relaciones con personas envueltas en el narcotráfico y con una adicción al cristal y la marihuana según el decir de él mismo y de Salute.

Retomando a Giménez (2018) el significante es la unidad constitutiva del orden simbólico, los efectos que este tiene sobre el sujeto, conforman su inconsciente y dirigen su actuar; el padre apropió dicho significante y al no tener un objeto sobre el cual volcarlo, lo vierte en la relación, la familia y sobre sí mismo; Salute por la

relación con el supuesto asesino también encarna la muerte, además también se relaciona con hombres narcotraficantes y trabaja para ellos en vinaterías, en bares y antros.

El deseo de los padres se anuda a la muerte, su relación está cargada de esta pulsión; el significante alcanza a la familia, Vita nace bajo éste orden ante el cual se coloca ante una enfermedad que la posiciona en riesgo de muerte. “El niño es heredero simbólico del deseo de los progenitores, la simbolización antecede al ser, el niño es receptor” (Dolto, 2013 Pp. 30).

No es casualidad que enferme de cáncer; asociado a ello la leucemia indica una falla en la información celular ubicada en la médula ósea, lo cual invade la sangre de células cancerígenas que atacan a todo el organismo, la sangre contaminada es el principal enemigo (Marsán, et al, 2008). En esta línea se puede decir que la propia sangre familiar es la que enferma a la niña, los padres y el conflicto de la familia enferman a Vita y a su vez la sangre de Vita es el remanente de una deuda consanguínea.

Después de ese último encuentro con los dos padres, Salute llevaba a la niña para el trabajo psicológico, en el que solicitaba no se hablara de la muerte de los otros niños de AMANC con Vita, ante lo cual se le explicó que no se podía ocultar algo que era innegable y que de alguna forma la niña lo sabía, evidentemente lo que la madre temía poner de manifiesto, era el significante muerte que implicaba no sólo a la comunidad de AMANC, sino a su propio problema familiar. Yo decidí darle un lugar a la niña ante la madre y su derecho a saber, comentándole que no evitaría dicho tema.

Pasaron alrededor de 3 sesiones en qué Salute llevó a Vita al consultorio, una día se presentó el padre, Salute se había ido de la casa, a lo que Morto nombró como abandono de hogar; por su parte Vita estaba enferma, tenía gripe, fiebre y un derrame en los ojos, los cuales eran completamente rojos, se la pasaba dormida y con su padre, por lo que el trabajo de psicoanálisis se suspendió por dos semanas.

En sesiones consecutivas, el padre llevaba a Vita a atención médica y psicológica, no había interacción con él; dos semanas después Vita se agravó nuevamente, el padre también la abandonó, dejándola con la abuela, la niña manifestó el abandono con derrame en los ojos, gripe, fiebres y estado de adormecimiento la mayor parte del día, esta vez el psicoanálisis no se suspendió, la abuela la llevaba al tratamiento médico y psicológico de manera puntual, después de ello hubo mejoría en su salud, cesaron las fiebres, el derrame en los ojos y las gripes, Vita vestía distinto, ahora llevaba vestidos infantiles, estaba limpia y era más expresiva, acudía con disposición y de manera puntual a las sesiones.

En este caso se puede ver que ante la ausencia de los padres hay una notable mejoría de Vita, pese a que en primera instancia el abandono es sufrido y provoca alteraciones en su salud, una vez que se realiza el trabajo de simbolización la niña mejora no solo en su análisis, sino en su salud física, al liberarse del deseo de los padres y las cargas que estos imponían sobre ella, pudo subjetivarse de una forma distinta.

Dos meses después del abandono de ambos padres, Salute regresó y se presentó en el consultorio solicitando ayuda porque había tenido un fuerte pleito con Morto, este fue el último encuentro con la madre.

Yo iba llegando al trabajo cuando Salute comenzó a seguirme, estaba llorando, se veía cansada y triste, me solicitó le regalara un momento para escucharla. Salute entró al consultorio, se sentó en el sillón y comenzó a explicar: *"estoy muy mal, necesito ayuda, fui al hospital a buscar a Vita, cuando la vi corrí a darle un abrazo, Vita me abrazó, la vi más grande, la vi segura, la vi muy fuerte y eso me alegra, me gusta verla así, ella está muy bien, se ve que todo va muy bien, la extraño mucho, quiero que regrese conmigo. He vivido un infierno, pero ella es mi motivación, ahí está mi talón de Aquiles, ella es mi fortaleza, por ella sigo de pie, sin ella yo no soy nada, por ella voy a luchar, pero también es mi debilidad, sin ella no puedo más.....Morto me atropello.....me cargaron en una camioneta, él y un amigo que iba con él, cuando me cargaron me saco la navaja y me apretó el cuello, me dijo que si no me subía me iba a matar.....después me dijo que me iba a cortar en*

pedacitos que me iba a cargar la chingada, íbamos por el cerro, dijo que me estaban esperando y que me iba a dejar con unos que me iban a matar, pero me escape, piensa que soy pendeja.....tengo todo listo para ahora que den de vigilancia a Vita, todo está planeado, se la voy a quitar, le voy a quitar a sus hijos... Mis amigos narcos cuando me vieron como estaba, se enojaron mucho, me dijeron que si quería ellos lo mataban, uno de ellos se enojó bien feo y me dijo que no lo detuviera, que lo iba a matar. Pero le dije que no, que por mis hijos no; pero, ellos hablaron con Morto, le prohibieron acercárseme, ellos me ayudan y siempre han estado para cuidarme, yo no quiero hacerle daño, yo solo quiero quitarle a sus hijos, y se los voy a quitar, ya dije". Sesión 6.

Su postura era muy insistente en querer comenzar un pleito para recuperar a sus hijos, pero ante la situación consideré necesario que recibiera apoyo legal y psicológico, también consideré que por su estado quizá no estaba en condiciones de cuidar de sus hijos, ante lo cual hice una intervención: "*¿para qué quieres quitarles a los niños? ¿Te has dado cuenta de que están muy bien? Vita está mejorando mucho, la veo muy cuidada, cada vez está mejor y por lo que sé los demás también, incluso ya van a la escuela. ¿Has pensado en quién te apoyará con ellos ahora que los puedas recuperar? ¿Tienes un plan?*"

Salute respondió: "*no lo pienso, creo que no hay problema, ya son grandes y ya se pueden cuidar solos... además tengo muchas personas que siempre me apoyan, pero yo necesito a Vita cerca de mí, Ella es mi fortaleza, mi soporte, es quien me motiva, quien me levanta, la necesito conmigo*". En esta situación le comenté: "*Salute, tengo que decirte que Ella no puede ser tu soporte, tú tendrías que ser su soporte, los hijos no sostienen, son los padres quienes sostienen, no puedes exigirle que te cargue. Si piensas hacer todo eso, también debes pensar en su seguridad, requieren de cuidados*". Sesión 6.

Hice esta intervención porque la niña había tenido mucho avance tanto en su tratamiento médico como en su análisis, la madre siempre era impulsiva y llevaba todo actuar al límite, ello me hizo pensar que si comenzaba el pleito con Morto y todo lo que planeaba, nuevamente el ambiente para Vita se tornaría complejo,

intente que Salute se diera cuenta de que los niños requerían cuidados, además Salute siempre se re-cargaba en Vita y de alguna forma intenté que dejará de colocarla en ese sitio y se hiciera cargo. Ante su insistencia de comenzar una lucha por los hijos y en especial por Vita le sugerí que debía buscar apoyo legal y psicológico y que considerara bien sus decisiones: *"¿Te parece si te canalizo a trabajo social para que te brinden apoyo legal y acompañamiento en tu caso?"*

Salute aceptó: *"sí, yo no estoy bien, siento que ya no puedo, a veces siento que las fuerzas se me van acabando, siento como que no doy más...no sé de dónde sacar fuerzas, Vita me las da.....Estoy muy cansada, me estoy quedando sin fuerzas, por eso te digo, se acabó su pendeja, lucharé por mis hijos, por mí y por ellos y de que los recupero los recupero, es todo, ya me voy Gaby, tengo mucho que hacer y muchas cosas que planear...sé que no estoy bien, pero ahorita es momento de luchar, ya habrá tiempo de ponerme a hacer otras cosas, gracias Gaby, ya me voy".*

Sesión 6.

El trabajo con los padres era casi imposible, ante Salute, dejé de responder y solo respondí *"gracias"*, los padres nunca tuvieron la disposición de arreglar los conflictos. Se realizó la canalización y fue la última vez que se tuvo contacto con ella; ambos padres desaparecieron de la vida de la niña; Morto se fue a vivir con otra mujer, Salute con otro hombre y la abuela paterna tomó el cargo de Vita.

En este desenlace se pueden vislumbrar varios puntos: la niña cargaba con el significante de muerte, con el fantasma materno, como describe Mannoni (1992) el niño se convierte, sin saberlo, en soporte de algo esencial para la madre, de donde surge un malentendido fundamental entre madre e hijo, el niño luchará por desprenderse de ese deseo. También describe que las reacciones de los padres forman parte del síntoma del niño, y en consecuencia la conducción de la cura, si el lugar de los padres se ve amenazado habrá resistencia por parte de estos:

Vita era posicionada por Salute como su objeto de soporte, al llamarla *"mi todo"*, *"mi fortaleza"*, *"mi talón de Aquiles"*, *"mi debilidad"*, la niña estaba enredada en el deseo materno, sosteniendo a la madre; también era la que cargaba con el fantasma de

muerte al estar en el centro del problema como espectadora, objeto de disputa y como enferma; cuando comenzó el análisis con Vita, los padres manifestaron la pulsión de muerte llevándola al acto, los planes y deseos de dar muerte se ejecutaron, Salute logró escapar; los padres se atacaron de las formas que eligieron, con insultos, golpes, engaños, amenazas, demandas e intentos de asesinato; mientras Vita se descolocaba de dicho lugar, cuando los padres llevaron al límite la pulsión de muerte, se separaron, dando fin al pleito, mataron el vínculo, pero también dieron muerte a sus roles como padres.

Por otro lado, en relación a la resistencia de los padres, pese a que sabían que había un problema a resolver no se comprometían, el problema era lo único que los unía, se enredaron en el juego de la venganza, buscaban el consultorio para descargarse, no querían hacerse cargo ni de ellos ni de Vita e incluso en la solicitud de Salute para no hablar sobre la muerte con la niña, se pone de manifiesto cómo el análisis de la niña atentaba contra ellos.

Ante el análisis con Vita la angustia de los padres se intensificó llevando a la separación y los actos de aniquilación y dar muerte; como menciona Dolto (1996) en relación al deseo, el deseo encuentra objeto el cual es variable y no sacia, solo elimina en cierta medida el estado de tensión. La niña era el objeto que eliminaba esa tensión debido a que recibía de los padres todas las angustias, al ser liberada de ello, al llevar un análisis que le permitió dar paso a su deseo y ser puesta bajo el cuidado de su abuela, los padres tuvieron que ocupar otro lugar ante su propio deseo, al no encontrar objeto en el cual depositar las pulsiones agresivas, entonces lo hacen directamente en su relación; la niña se descolocó de la posición que ocupaba ante el deseo de los padres.

3.2. El proceso de simbolización como una posibilidad para el tránsito por la enfermedad

En éste eje de análisis, se muestra el material de las sesiones con la niña y el discurso requerido para entender el proceso de simbolización en la niña, el orden de las sesiones obedece al orden de análisis.

El primer contacto con la niña se realizó en la primera sesión con los padres, sin embargo en dicha ocasión la niña no contestó nada, sólo se acercó a la analista y realizó líneas en las hojas.

Posterior a ello se realizaron dos sesiones en las que Vita repetía el mismo procedimiento, usar grandes cantidades de hojas y hacer líneas sin decir nada más (anexo 3, Pp. 186), tenía poco discurso y por lo general se dirigía a preguntar cómo me encontraba y cómo estaba el espacio. Vita era muy cuidadosa, casi no hablaba mucho, así que decidí solo estar con mi presencia y dejar que Ella tomara el control de lo que deseaba decir y que eligiera el cómo y cuándo, lo cual me resultaba complejo porque eran grandes espacios de silencio.

En tres sesiones consecutivas el análisis giró en torno al juego de la mamá y la preparación de alimentos, tomaba los trastes y decía que preparaba waffles y sopa para la niña; en este juego se comenzaba a develar la demanda de maternaje y de cuidado; en la sexta sesión la niña no se presentó, Salute se había ido de la casa y dejó a Vita con su padre y sus abuelos, Vita manifestó la pulsión de muerte, puesto que la enfermedad inundó su cuerpo.

En la séptima sesión, la directora de la institución me solicitó brindar atención psicológica a la niña porque se sentía mal, se la pasaba dormida, no quería hablar con nadie y tampoco que la dejaran sola. Tomé a Vita de la mano y me la llevé a la ludoteca, hice algunas preguntas: *"¿Estás muy enojada verdad? ¿Qué quieres hacer?"* Ella evadía las preguntas, lloraba y empujaba la puerta, estaba angustiada, yo comenté: *"Estoy aquí y estoy contigo, no me voy a ir, si no quieres que trabajemos no lo hacemos, si no quieres hablar entiendo. Papá está ocupado, él*

tampoco se va a ir, no temas, lo verás en un rato más cuando termine de hablar con la directora; por ahora tenemos la única opción de esperarlos, y tú decides qué hacer, si no me quieres hablar entiendo, aquí hay mucho espacio y muchas cosas, puedes hacer lo que quieras."

Vita, no decía nada, mostraba un aspecto de dolor, enojo y desprecio; yo tomé bloques, se acercó y me los arrebató, comenzó a construir un muro que la separaba de mí, después se encerró en un círculo de bloques, derribó el muro y comenzó a hacer dos torres, una grande y otra pequeña, luego las derribó, hizo una base con bloques alrededor. Yo pregunté: *"¿qué es lo que haces?"* Vita respondió: *"una cuna, es una cuna"*. Acto seguido el padre solicitó llevarse a Vita, quien al verlo corrió a su encuentro. En esta sesión comenzó con una barrera para no ser tocada, como evitando el contacto pero también se develó la necesidad de soporte, de maternaje, la cuna muestra el deseo de ser acunada, pero la cuna también hace referencia a la familia, la cuna familiar, por lo que daba cuenta de la situación familiar y esa falta de sostén y seguridad.

Durante dos semanas el padre llevó a la niña al tratamiento médico, en ese periodo se suspendió el análisis ya que se la pasaba durmiendo, sin querer caminar, moverse, ni interactuar con nadie; cuando comenzó a caminar y tener acercamiento al consultorio, nuevamente se puso mal, en esta ocasión la llevó la abuela, Vita tenía los ojos completamente rojos, estaba decaída, pálida, enferma de fiebre, congestión nasal e infección en la garganta, alrededor de sus párpados se acumulaba mucha secreción; en esta ocasión el padre se había ido de la casa. Nuevamente la directora me solicitó que trabajara con la niña; dentro del consultorio pregunté: *"¿Qué quieres hacer? ¿Quieres jugar?"*, Vita no dijo nada, se sentó en el sillón, después hizo una sola pregunta: *"¿tienes plastilina?"*, se la di y comenzó a hacer bolitas, no hizo nada más, de pronto comenzó a dormirse, se resbaló, la sostuve en mis brazos, me abrazó y se quedó dormida; después de un rato despertó y pidió irse con su abuela. En esta sesión llevó al acto el deseo de ser acunada, de ser sostenida, como ante el abandono de la madre, en el cual lo simbolizó a través de la cuna, en esta ocasión lo llevó al acto.

Dolto (2009) habla de la importancia del objeto primordial, el que ayuda en la constitución del ser y la subjetividad, la autora describe que la privación materna conlleva la ausencia de caricias que delimitan el cuerpo, lo que altera el sentimiento de existencia, la pérdida de la madre representa la pérdida de un ser de seguridad que ha desaparecido del interior de él y que no puede simbolizar; el cuerpo se identifica con la casa que habita, si esta se destruye debido a la ausencia de un progenitor, el niño afronta dos niveles de desestructuración: el nivel espacial referente al cuerpo y el nivel de la afectividad, disociando sentimientos.

Esto se relaciona con el acto de Vita, quien ante la ausencia de los padres se sumerge en el sueño evitando todo contacto y ante la angustia el cuerpo se enferma, llora gotas de sangre, con-sanguínea, hay desestructuración del ser, como no hay identificación, no hay una figura que le ayude en la constitución y subjetividad, por lo cual se desvanece en la enfermedad y en el sueño, colocándose en los brazos de la analista, el único soporte al alcance en ese momento, como el suceso es tan fuerte no hay forma de simbolizarlo ni apalabrarlo, el cuerpo lo habla.

Se confirma lo expuesto por Dolto (1991), cuando hay abandono de los padres el niño se muestra taciturno, no socializa y no se relaciona; esto es un modo de lenguaje que expresa que el niño no tiene palabras para exponer lo que siente; muestra un estado de fragmentación, manifestación de quebrantamiento profundo, pérdida de la imagen del cuerpo. Por lo que Vita pierde la imagen del cuerpo ante el abandono de la madre, la niña no encontraba valor, “si un niño es abandonado solo por puro rechazo a su valor emocional es considerado insuficiente para mantener interés afectivo de la madre y puede sentirse símbolo de excremento para sus dos progenitores” Dolto (2001, pp. 85).

La niña en este caso lo muestra en su cuerpo y en su ser, es como si la pulsión de muerte la invadiera, Dolto (2006) describe que hay una muerte simbólica cuando se lleva al extremo la utilización total de las fuerzas disponibles hasta el agotamiento de la energía libidinal, puesta en este caso al servicio de la protección narcisista. Ante el abandono, Vita sintió la angustia de ser, de desaparecer, es decir, angustia de muerte, ya que el niño requiere del otro para sobrevivir, para humanizarse, como

lo describe Colín (2015), el niño evoca el fantasma de su propia muerte en el lugar donde no puede responder por su origen, en ese lugar de falta, él se hace pulsión invocante, evoca su muerte.

La teoría dice que las pulsiones de muerte procuran también la vida, ya que sin Ellas el sujeto del deseo agotaría al ser humano en su narcisismo fundamental (Dolto, 2009). Vita se hizo pulsión invocante y recurrió al sueño y la enfermedad para hablar de su angustia y la falta de imagen del cuerpo, debido a que no lo podía nombrar de otra forma.

En semanas consecutivas la niña se presentó al trabajo (sesión 8) pero no hablaba mucho, tomaba grandes cantidades de hojas y hacía líneas en forma de escritura (anexo 4, Pp. 186), pero sin apalabrar, solo dijo: *"mi Chumito se fue de la casa y Salute no me habla"*, la niña llamaba a su padre con un apodo, a su mamá Salute sólo por su nombre, no les decía papás, a quienes les decía papás era a los abuelos paternos. Ante ello le dije: *"si, es triste verdad que se haya ido y también es triste que Salute no te hable, comprendo que por eso estas así"*, Vita no dijo nada más, continuó rayando varias hojas, le pregunté si quería jugar a algo y dijo que no, le pregunté si quería ver a sus papás pero no respondió nada, estuvo callada el resto de la sesión, yo al principio pregunté varias cosas respecto a si quería jugar, me sentí angustiada, tampoco sabía qué preguntar, pero después comprendí que le era difícil jugar o hablar y solo estuve presente, respeté su silencio y permanecí callada, fue una sesión de silencio, al terminar el tiempo le dije que nos veríamos la próxima sesión, guardó sus cosas y salió.

Pasaron algunas sesiones en que Vita repetía lo mismo, usar hojas, hacer líneas (anexo 5, Pp. 186) y no comentar ni elegir juegos, las sesiones giraron en torno al silencio y la presencia, al inicio me sentía angustiada por no saber qué preguntar, pero Vita estaba muy tranquila, pese a que no contaba nada, no faltaba a las sesiones, elegía su material y se colocaba en la mesa, yo la saludaba y me contestaba, pero solo pedía hojas y lápices, cuando le preguntaba sobre cómo se sentía, sobre qué había hecho me decía que nada y me pedía que me callara, me decía *"Gaby no preguntes"* comprendí que debía callar y estar, me hizo recordar

cuando Freud descubrió la asociación libre, cuando Dora le pide que se calle y la deje hablar, por lo que deje a Vita con el silencio que demandaba. Sesión 10.

En la sesión 15, llovía mucho, Vita recién regresaba del hospital fue el día que Salute solicitó ayuda ante su deseo de recuperar a sus hijos frente al intento de asesinato de Morto. Vita llegó al consultorio molesta y con irritación en los ojos (nuevamente rojos), cuando entró comenzó a buscar material para trabajar y empezamos a hacer recortes de hojas, le gustaba cortar papel. Su discurso fue: *"mi mamá Lu (abuela) está enojada porque Salute fue a buscarme"*. Yo pregunté: *"¿y tú estás enojada?"*, *"no"* respondió, Vita cerró la puerta y la ventana mientras hablaba del clima: *"Está muy frío, tengo mucho frío, es que a veces estoy sola"*. Yo respondí: *"¿quieres cubrirte?"* Vita dijo que sí. En sesiones pasadas me había preguntado por una manta, que tenía guardada en los cajones, en varias ocasiones antes de irse Vita abría el cajón, tocaba la manta y decía *"está muy calentita"* *"hay que bonita"* *"¿de quién es?"* *"¿me la regalas?"* en esta ocasión decidí regalársela: *"ven, te voy a regalar esta mantita, por la que siempre me preguntas"*. Se puso muy contenta y exclamó: *"¡sí! la quiero"*. Se la puse y apoyó su cabeza en Ella diciendo: *"Está muy calentita, ¿me la puedo llevar a mi casa y al hospital?"* Le respondí: *"es tuya, puedes llevarla a dónde quieras, es para que no te sientas sola, para que te sientas apapachadita"*. Vita comenzó a cantar, pero no entendí lo que cantaba, pregunté pero no me contestó, se veía contenta.

Después dijo: *"Gaby, no quiero que Salute regrese, es que anda con los malos, los malos quieren matar a Chumito"*, yo comenté: *"ah, entonces si estas enojada con Salute"*. No dijo nada e hizo una solicitud: *"Por favor Gaby, ponme las canciones de la otra vez"*, puse canciones infantiles. Vita era una niña muy sexualizada, le gustaban canciones de reguetón y en especial una que hablaba de que le gustaban los hombres mayores, bailaba de forma sensual y le gustaba maquillarse, estas conductas eran muy similares a las de la madre con quien en ocasiones cantaban y bailaban, Vita era adultizada por la madre al contarle cosas sobre su vida e incluso al vestirla; en una sesión decidí mostrarle música infantil (la risa de las vocales), la cual le agradó y elegía escuchar de vez en cuando, elegí las canciones infantiles

para ayudarle a posicionarse como una niña ya que a veces sus conductas y su comportamiento era de una niña púber. Poco antes de finalizar la sesión, tomó una cajita (anexo 6, Pp. 186) y guardó sus cosas, me pidió que la cuidara, después salió del consultorio.

Uno de los aspectos importantes dentro del caso era el deseo de ser acunada, protegida, sostenida, en esta sesión lo expresa verbalmente, “*a veces estoy sola*” “*tengo frío*”, y la solicitud constante por la mantita, en este sentido Vita requería un soporte, un significante de protección, como había desaparecido en lo real, requería construir uno en lo simbólico, la manta representó ese sentido de protección; la ausencia de la madre conllevaba la ausencia de caricias que delimitaban el cuerpo y creaban un sentido de existencia y subjetivación, por lo que la manta fue un objeto simbólico apto para cubrir dicho fin; incluso en el deseo de querer escuchar música infantil, la música también es un significante de arrullo, ella se simbolizó y posicionó como una niña protegida, acompañada, acunada.

En tanto a la caja, el hecho de solicitar un lugar para depositar lo que se produce en la sesión representa también el deseo de colocar todo en ese espacio e invita a la analista a ser parte del cuidado de las producciones de dichos encuentros, la caja representa el inconsciente. En esta sesión se simbolizó como una niña sostenida y segura, al espacio lo simbolizó como el lugar donde podían producirse cosas que serían guardadas y cuidadas.

Esto permitió que en las sesiones sucesivas Vita hablará más, comenzó a utilizar otros materiales de juego, era menos inhibida, ya no era necesario que se le cuestionara, ella sola comenzaba a desplegar el discurso, paralelamente Vita mejoró médicamente y se desarrollaron las sesiones sin complicaciones, pues acudía de manera puntual y no había suspensión de sesiones por el tratamiento o reacciones secundarias. En éste momento comenzó el proceso de Simbolización del tránsito por la enfermedad y la historia familiar, Vita comenzó a elegir juegos en torno a lo médico y el tema de la muerte.

En la sesión 20, Vita comenzó a hablar sobre el tratamiento oncológico: *"ya vamos a ir para la casa, fuimos a meter receta, metimos la receta, pero la receta es dura"*. Meter receta significa solicitar medicamento y cama en el hospital para poder recibir quimioterapia; hablar del tratamiento no había sido sencillo, tardó mucho tiempo en abordar el tema, por lo que yo contesté: *"sí, es difícil ¿verdad?"* Únicamente sonrió y no dijo nada, después comenzó a hacer cartas (anexo 7, Pp. 186) explicando cómo era meter receta y que regresaría a casa; después de una pausa larga le pregunté: *"¿a quién más le quieres escribir?"* contestó: *"a Salute, pero no puedo"*. Yo intenté ayudarla: *"¿qué quieres decirle?"* Vita respondió: *"es que no puedo hablar con Ella, no puedo hablar de Ella.....Mi ma Lu se enoja, no quiere que le hable"*.

Por mucho que se le explicó que en ese espacio podía hablar de lo que quisiera y nadie diría nada, que estaba en su derecho y no se preocupara, no habló más, únicamente tomaba grandes cantidades de hojas y hacía líneas, sin decir nada, hacer cartas fue uno de los primeros intentos de poner en palabras, de estructurar un discurso que era casi imposible, esto se mostró desde la primera sesión.

Uno de los aspectos relevantes en este momento, fue la asociación que existía entre el nombre de la madre, Salute que significa sanidad y el término salud en torno a lo médico, representaba un significante a cuestionar, dado que al hablar de la enfermedad y el tratamiento hablaba de Salute, su madre; de quien quería hablar pero no podía. Me pregunté si esta asociación impactaba de alguna forma en la recuperación de la salud física, es decir, ante el deseo de que Salute no regresara y la manifestación del desprecio al saber que quería dañar a su padre ¿era solo a la madre o también a la condición de salud?, en esta línea se puede decir que como no podía matar a la madre en lo real, la mata en lo simbólico, en la identificación que ella hace con la madre, en su propia salud. Mata su salud, como en un sentido metafórico.

En la sesión 22, Vita retomó el tema de Salute: *"quiero hacer una carta a Salu"* (anexo 8, Pp. 187), toma papel y lápiz haciendo trazos de escritura mientras dice: *"Salu, ¿por qué te fuiste? Tienes que regresar, te extrañamos mucho, tienes que volver, somos tu familia por qué nos desprecias tanto.... ¿por qué no regresas? Te*

extraño, somos tu familia, somos tus hijos, por qué no quieres a tu familia, deberías de regresar, nos estás matando, casi nos matas Salu...Ven vamos a enviarla por aquí". La niña toma la carta, dobla la hoja y se acerca a uno de los cajones, introduce la carta, le dice a la analista que ya la enviaron. En este caso habla de su madre Salute, que ante su ausencia casi hay muerte, dice "casi nos matas" clamando por su regreso, al enviar la carta simboliza el deseo de que llegue a ella, manifestación del deseo de Vita porque regrese. Se devela nuevamente la asociación de la palabra Salute con la sanidad, dice que al irse su madre casi los mata. Yo le ayudé a enviar la carta, solo manifestando complicidad y apoyo para que se apropiara de su acción, buscar salud.

En esta misma sesión, después toma otra hoja y lápiz y describe que ahora es una carta para Chumito (anexo 9, Pp. 187): "Chumito ya ven por mí, llévame a tu trabajo, no me dejes sola, estoy esperándote, pero estoy con Gaby aquí, Ella está conmigo, saludos Chumito, después te veo." Al terminar la carta dirigida a su padre, exclama: "Oye, ya sé y si hacemos una tumba, vamos a hacer la tumba para Chumito" (anexo 10, Pp. 187) "Gaby, pero necesitamos una cruz para ponérsela, ¿me ayudas a hacerla? Ándale deja de estar sin hacer nada, haz una cruz, apúrale".

Yo respondí: *"claro que sí, yo te ayudo"*. Continúo haciendo líneas diciendo: *"Chumito porque eres así, ven por mí"*. Toma la carta, la dobla y le pone Resistol, pega la cruz sobre la tumba y después toma un listón para amarrarlas juntas (anexo 11, Pp. 187), posteriormente la coloca en el cajón, al que le llama buzón, luego comienza a hacer otras cartas (anexo 12, Pp. 188): *"Salu, nos haces daño, todo esto está como una tormenta"*. Hace otra siguiendo el mismo proceso. *"Ma Lu, cuida a mis hermanitos"*. Pregunta si tengo hijos y si tengo papás para después decir: *"¿y tú qué haces con tus papás? ¿Los matas?"* Yo respondí: *"¿tú has pensado en que los papás se matan? ¿Quieres matarlos?"*, Vita no contestó nada, bajó la mirada, después eligió otros juegos, fue la primera vez que habló del tema de la muerte, dio muerte a sus padres de manera simbólica.

Hice pocas intervenciones porque no sabía qué decir, pero fueron puntuales para dar lugar a lo que sentía, al decirle que yo le ayudaba a hacer la tumba, le hice saber

que estoy con ella para hacer la simbolización de la ausencia, también en la pregunta de que los padres se matan, coloque el deseo en ella y le pregunté si quería matarlos, lo que permitió que en otras sesiones este tema fuera repetido, tramitando una muerte simbólica de los padres.

En la sesión 26, volvió a hablar de la muerte, hace cartas: *"Salu, ¿por qué no te mueres? Muérete ya"*. Dobla la hoja, *"¡ay! Ya no sirvió, está ya no sirve"*. La hizo bolita y la aventó al cesto de basura: *"¡Muérete, muérete, muérete! Salu ya no regreses, muérete, eres mala"*. Empuja la bolita hasta el fondo de la basura y se va nuevamente a la mesa, toma otra hoja: *"Salu, ¿por qué no te mueres? No nos quieres, nos haces daño, porque nosotros no te queremos. Gaby, dobla la carta y ayúdame, también haz una cruz para pegársela"*. Yo hice como me pidió, hice la cruz, ella la tomó y pego sobre la tumba (anexo 13, Pp. 188).

Como se puede leer en las viñetas anteriores, hay dos vías para dar cuenta del tema de la muerte: por un lado, la niña utilizó las tumbas como mecanismo para simbolizar la ausencia de los padres. La falta es fuente de sufrimiento, de angustia y de síntomas; gracias a la simbolización se representa la ausencia y se crea una sustitución significativa, la simbolización permite la descarga de angustia (García, 2007), en este sentido, las tumbas ayudaban a disminuir dicha angustia al ser utilizadas como un mecanismo de simbolización, la tumba representa el lugar donde yace un cadáver, representa el monumento donde se dan honras y ofrendas al ser ausente, también representa guardar un secreto; Vita coloca a los padres en este lugar para dar sentido a su ausencia, utiliza un objeto para representar la ausencia y honrarles por su partida, también representa el secreto que se llevan con ellos y el secreto que en el análisis entrega.

Siguiendo a Palacios (2016) para que un objeto se pueda simbolizar debe instituirse una alucinación negativa de falta o pérdida, puente entre el nacimiento del pensamiento y la representación y los elementos simbólicos no solo dependen de la estabilidad del vínculo con la madre sino también de los elementos simbolizantes que se le aporten; en este caso, ante la falta de los padres, Vita se formula una representación de ellos como muertos, pues la simbolización no solo se realiza a

través del vínculo con la madre sino con los elementos que se le brinda para ello; en el trabajo de análisis se aportan los elementos simbolizantes, pero también es importante recordar que el trabajo de las sesiones se desarrolló en AMANC, institución donde se presentaron muchas muertes de otros niños y lo que la niña sabía de ello era que no volverían, había ausencia.

Como describe Cyrulnik (2014) cuántas veces y cómo se ha enfrentado la muerte, cómo es vivida por los otros y en los otros, la amenaza de muerte que un niño percibe en su derredor es determinante en la representación que se hace. De igual forma Dolto (2009) dice que sobre la experiencia de muerte solo se tienen fantasías, sentimientos ante aquellos que se ven morir; en el proceso de desarrollo biológico y psicológico se va construyendo gradualmente la idea de muerte.

En otra vía Dolto se refiere a la angustia ante el deseo de romper con la tregua y descolocarse en el lugar del significante muerte: desear la muerte a alguien es hacerle mal para sentirse uno mismo libre de haberlo rechazado, a causa del estado de posesión alienante, se trata de romper con él el pacto de identificación, por haberlo reducido al estado de excremento (Dolto, 2001).

La angustia de muerte es frustración y castración ante el abandono de sus padres y los problemas de cada uno; angustia ante el deseo de asesinato (dar muerte) a aquel con quien se identifica y lo coloca como castrado (Dolto, 2002); en este sentido utilizaba la simbolización de muerte de los padres como medio para romper con ellos la identificación y descolocarse del lugar de castrada y abandonada, Vita rompe la tregua para poder descolocarse del lugar que le habían impuesto, se libera del rechazo y del lugar de desecho para posicionarse de una nueva forma con respecto a esos padres.

Un aspecto determinante para que Vita comenzará a elaborar su historia de vida fue la simbolización, pues en el inicio solo hacía líneas sin apalabrar, posteriormente fue incorporando elementos que le ayudaron a desplegar un discurso impregnado de lo simbólico. La función de lo simbólico es penetrar en lo desconocido y establecer, paradójicamente, la comunicación con lo incommunicable; lo simbólico

constituye el fundamento de la fantasía y sublimación (Knobel, 2006) lo cual permitió la lectura del conflicto en la vida de Vita.

En la sesión 29, Vita tomó hojas de papel y empezó a dibujar (anexo 14, pp. 189), habla de su nacimiento, describe: "*voy a tener un bebé y se va a llamar Vita*", después dijo: "es todo de rojo... todo está en rojo". La cuestioné: "*¿qué Vita, qué es lo que es todo rojo?*", Vita no dijo nada más, continuó pintando las hojas, la primera era toda de color rojo, la segunda un círculo rojo y en la tercera más elementos, solo dijo que había una cuna: "*esta es una cuna*", al revisar la última hoja se percibe una cuna en la parte de arriba, tres manchas que parecen ser la silueta de tres personas: una es rosa mexicano, otra verde y la otra es rosa claro, debajo de las siluetas todo es rojo y también en la parte superior.

Este dibujo daba cuenta de su nacimiento al decir que la niña se llamaría Vita y que había una cuna, la cual se hizo presente en el juego de la ludoteca desde el día que su madre la abandonó; el acto de ser acunada ante el abandono de ambos padres y en esta ocasión habló de un bebé y después de que todo era rojo. Le cuestioné sobre el dibujo, pero no dijo nada, solo pintaba. Vita hablaba de su nacimiento y al decir que todo estaba de rojo, daba cuenta de la sangre, al hablar de un nacimiento y de la sangre se habla de la vida, pulsión y deseo de vida; así también, su problema central se debía al conflicto familiar y con-sanguíneo, ella hace la simbolización de su nacimiento y del problema familiar sucedido justo cuando ella nace.

El dibujo en análisis, representa la síntesis de experiencias emocionales ligadas a la historia del sujeto y articuladas al lenguaje propio de la vivencia sensorial y relacional; los niños muestran la imagen inconsciente del cuerpo, por lo tanto el dibujo habla, pero es importante hacer hablar al dibujo, no explicarlo como tal, es importante que el niño escriba dónde se encuentra en el dibujo, pues este representa su relación con el mundo, el dibujo es un fantasma que se ha vuelto vivo, porque hace existir la imagen inconsciente del cuerpo en su función mediadora (Dolto y Nasio, 2006).

En este caso Vita hacía presente su imagen inconsciente del cuerpo a través de la simbolización de su nacimiento, pero en este caso se encuentran tres figuras en la parte de abajo; el dibujo habla de 3 tiempos: su nacimiento y el problema familiar que tiene que ver con la sangre derramada del hermano del padre; su posición ante el conflicto y cómo compromete su sangre con la leucemia como enfermedad en la sangre; y, su posición actual ante el problema familiar y el re-nacimiento que busca al estar recuperando su salud, dejar de ser el saldo de la deuda familiar, la construcción de la imagen inconsciente. El dibujo daba cuenta de la transición y la recuperación de la imagen inconsciente del cuerpo.

A partir de ello comenzó a realizar juegos en torno a la imagen inconsciente del cuerpo y el esquema corporal: En la sesión 35, Vita dice: *"Gaby, ya sé, vamos a jugar a la doctora"* (anexo 15, Pp. 189). Tomó cinta diurex y comenzó a cortar muchos pedazos, los pegó en el escritorio; después tomó más hojas y comenzó a hacer como que escribía. Le pregunté: *"¿qué es lo que escribes?"* Vita dijo: *"nada, solo estaba escribiendo algo pero no te quiero contar... Hoy fui a quimio, estoy muy bien, la doctora me dijo que estoy bien"*. Me mostró su mano: *"Ira, se me pusieron moretes"*. Se levantó la blusa: *"también me hicieron estudios, me picaron en el espinazo ira..."* yo respondí: *"sí órale y ¿qué pasa cuando te hacen eso?"* Vita: *"Cuando me digan como estoy me van a decir si me voy de vigilancia"*. Yo le pregunté: *"y ¿qué es vigilancia?"* Vita explica: *"¿No sabes? Es cuando uno ya no tiene que venir a que le pongan quimios"*. Le dije: *"bueno, es una noticia muy buena, saber que te vas a ir de vigilancia, que ya casi termina tu tratamiento, es razón suficiente para estar contenta"*. Vita sonrió, siguió jugando y dijo: *"te voy a poner un piquete, pero va a ser chiquito, no te asustes, Gaby... te voy a contar algo, Chumo ve a Salu cuando pasamos por la vinatería, pero Salu ya no quiere verlo, ¿Nosotros ya estamos bien, verda que sí? El otro día Lu (hermana) dijo que vio a Salu"*. Yo le pregunté: *"Y tú Vita, ¿la quieres ver?"* Vita contestó: *"No, yo no la quiero ver, pero mira, tú siempre preguntas, nada más que yo ya no quiero verla, que se vaya, Gaby, mejor hay que jugar ándale"*.

Era muy frecuente que siempre que hablaba de su estado de salud también hablaba de su madre Salute; desde el principio de las intervenciones me cuestionaba cómo era interpretado dicho significante, hasta éste punto era evidente que existía cierta asociación, por lo que era necesario destrabar el significante salud al de Salute/madre. En esta ocasión le explique que recuperar la salud era que ya no estaría enferma.

Una dirección de la cura se presenta como el desarrollo de una historia mítica, trazar el camino hacia el encuentro con la palabra de la madre vinculada con una emoción corporal en el niño, la marca de la que el discurso del sujeto conserva su importancia, el fantasma, el síntoma, máscara cuya función es la de ocultar el texto original o el acontecimiento perturbador; mientras el sujeto se encuentra alienado a su fantasma el desorden se deja sentir en el orden imaginario, lo que cuenta no es el acontecimiento como tal, sino el engaño del adulto acerca del incidente, el niño se encuentra ante el dilema de denunciar el engaño y salvarse o mistificarse como el soporte que el adulto necesita (Mannoni,2007).

En este sentido, la palabra Salud y Salute se anudaba, no solo por la similitud del término en el sentido en que ambas remontan a la sanidad corporal, sino en el hecho de que la madre Salute tenía una deuda con el padre, debía haber un pago de muerte por muerte, como el dicho, ojo por ojo y diente por diente; en este caso, el padre reclamaba que alguien muriera, Vita representa el pago materno por la deuda del asesinato, Salute representa la muerte, la falta de vida; entonces el significante salud es tomado por Vita, quien mata su salud en sí misma. Por ello era importante realizar la diferenciación de los conceptos.

En la sesión 39, Vita dijo que me veía como Salute, solo por mi cabello, su madre tenía el cabello corto y ese día me peine con el cabello atado: *"¡oh Gaby te vi diferente cuando te agarraste el cabello! Me gusta así, déjalo así levantado, te pareces a Salu, te ves bonita Gaby, ya me siento como más pegada a Salu"*. Ante ello respondí: *"¿pegada?"* Vita no me respondió pero acto seguido dijo: *"ya sé, vamos a jugar a la doctora"* (anexo 16, Pp. 190). Comenzó a cortar cinta diurex: *"Gaby, te voy a poner un catéter eh, espérate, te voy a hacer un morete, no te*

asustes, todo va a estar bien. Tomó mi mano y me puso un lápiz, lo presionó fuerte. Perdóname Gaby, pero tú eres valiente, no te va a pasar nada, vas a estar bien, te lo voy a quitar y te va a doler pero solo será un ratito, lo voy a quitar con cuidado y todo estará bien, todo está bien, todo está bien, tranquila Gaby". Cuando lo retiró me quedó la marca roja del lápiz sobre mi piel. *"Ve Gaby, tu morete"* (sonreía) *"ve los míos"*, levantó la manga de blusa y tenía la piel lastimada y marcas de piquetes, *"se te va a quitar como a mí, después se me quitan, tranquila Gaby, no tengas miedo"*. Me puso otros dos catéteres, repitiendo el mismo procedimiento: *"ya está bien, muy pronto todo va a estar bien, yo también me pongo, ve"*, se pegó diurex por toda la mano, se veía contenta.

A partir de este juego de la doctora, se dejó ver la relación inherente entre los conceptos de salud y el nombre de la madre, era como si negara la salud física al mismo tiempo que despreciaba a Salute, resaltando que después de hablar que se sentía más pegada a Salute comenzó el juego de la enfermera de una forma más explícita que en otras ocasiones sobre todo al decir "ya me siento más pegada a Salu". El hecho de que existiera una asociación entre la palabra salud y el nombre de la madre era contraproducente para la niña, dado que despreciaba a la madre y no deseaba su regreso, pero al estar enlazado el nombre de la madre y la salud física corría el riesgo de rechazar el regreso de la salud y condenarse a la enfermedad y seguir anudada a la deuda de muerte, por lo que era preciso trabajar en torno a la concepción de salud como condición física y su recuperación y también promover la reconciliación con la madre, por lo que se utilizó la connotación de recuperación de salud como ausencia de enfermedad. El hecho de curar a la analista también da cuenta de la figura de salidad que Ella requería crear en lo simbólico, una figura de sanidad para sanarse a sí misma.

En la sesión 40 Vita comenzó a sacar de su caja lo que ya no servía y dijo: *"a ver Gaby, vamos a acomodar, esto ya no sirve, ¿esto qué? No, esto ya no"*. Las tomaba y sonreía como sorprendida de lo que había hecho, tomó lo que si quería, lo guardó nuevamente en la caja, el resto lo puso a un lado diciéndome: *"Tíralo"*. Yo lo puse a un lado y dijo: *"No Gaby, no lo guardes, eso ya tíralo a la basura"*, tiraba las hojas

en las que no escribía solo hacía líneas, tiró las tumbas y figuras de recortes. Después tomó plastilina e hizo una figura (anexo 17, Pp. 190) y exclamó: *"ve Gaby, ya hicimos a la persona, es la enfermera, ella nos va a curar"*.

Vita creó a la enfermera quien la cuidaba, como renunciando a la enfermedad y dando paso a la tramitación de la experiencia para encontrarse con la salud, la enfermera es el objeto que en lo simbólico la curaba, a partir de este momento en todas las sesiones utilizó el juego en torno a lo médico para dar cuenta de su experiencia en el tratamiento; lo que en un inicio era complejo para ella, ahora podía simbolizarlo.

Retomando, la simbolización consiste en la capacidad del sujeto para poder representarse mentalmente la realidad a partir de imágenes, palabras u objetos sustitutos, esta capacidad está asociada con la falta y el deseo, es decir, con la experiencia de malestar y frustración; es precisamente en el estado de malestar que la capacidad simbólica ejerce su función principal, la de intentar restaurar de forma creativa cierto monto de bienestar, sin esto resultaría casi imposible sobrevivir, por ello se puede decir que el símbolo tiene un sentido terapéutico y liberador frente al aprisionamiento y acción esclavizante del deseo (Minieri, 2019).

Vita encontró la vía de representarse su realidad, descargar angustia y posicionarse de una forma distinta ante las experiencias a las que se enfrentaba, se colocaba en el lugar del médico o la enfermera que la cuidaba y la curaba de su enfermedad, simbolizaba el objeto que le traía la cura, lo que nos hablaba de la manifestación de su deseo de vida que se antepone a la pulsión de muerte de la familia parental y la posibilidad de muerte ante la que la colocaba la enfermedad.

En la sesión 41 tomó unas tarjetas eligiendo una de una mujer a la que llamó Martha, dijo: *"Martha es la mujer que le dijo a Salu 'si abandona a tus hijos vente, déjalos', y ya vive con Ella..."* Después tomó otra tarjeta y eligió a tristeza personaje de la película Intensa-mente (anexo 18, Pp. 191), Vita menciona: *"ella es tristeza, quita tus lágrimas tristeza, ya quítate esas lágrimas"*. Le quitó las lágrimas recortándolas y dejó la figura sin lágrimas, además colocó una grapa en la boca. Vita dice:

"Tristeza estaba triste porque tocó un pensamiento, por eso se puso a llorar, pero ya vamos a quitarle las lágrimas para que ya no esté triste", le puso pegamento: "Ven vamos a hundir a tristeza", la metió en un frasco de brillos, la sacó y me dijo: "listo, ya terminamos". Yo respondí: "Vita, tristeza se pone triste por tocar recuerdos, ¿cómo tú verdad? Cuando tocas los recuerdos de Salute". Vita respondió: "sí, me pongo triste por los recuerdos, pero tristeza esta torpe porque llora, por eso nosotros le quitamos las lágrimas". Yo le dije: "llorar no es malo, tristeza puede tener sus lágrimas, no es torpe quien llora, está bien llorar, además no toda la vida se llora y como dices nosotros le quitamos sus lágrimas porque lo platicamos ves y eso ayuda". Estuvimos hablando de la tristeza, ella decía que si estaba triste por Salute, pidió que la abrazara y lo hice, después pidió ver un video de tristeza, el capítulo de intensamente en que tristeza toca los pensamientos que le hacían feliz y los pone tristes (recuerdos alegres que se tornan tristes por ser parte del pasado), lo vimos y se fue.

En esta sesión se evidenció que el discurso era más estructurado en torno a lo que sentía, hablaba de su tristeza ante la vivencia del abandono, por fin lo pudo nombrar, habló de la tristeza que sentía cuando Salute se fue de la casa y de lo sola que se sentía, utilizó justamente la película de intensamente, para hablar de su intensa tristeza, depositada en los recuerdos (mente) "intensa-mente", simbolizó la tristeza ante el abandono materno.

En la sesión 42, pidió dibujar una catrina (anexo 19, Pp. 191): *"quiero unos ojos de catrina"*, dibujó dos puntos en forma de ojo, después una nariz y una sonrisa. Yo pregunté: *"¿por qué los ojos rojos?"* Vita respondió: *"porque cuando se ponen así es que les va a salir Chuky, Chucky es malo, y cuando se les ponen los ojos rojos es porque les va a salir Chucky... es malo porque mata"*, yo le pregunté: *"¿quién es Chucky? ¿Qué mata?"* no respondió y después le recordé cuando se pusieron sus ojos rojos, dijo que sí lo recordaba, le pregunté: *"¿por qué crees que se pusieron así?"* y respondió: *"fue porque les puse agua"*. Cuestioné de qué tipo de agua y terminamos hablando de las lágrimas, decía que no lloraba porque llorar era malo y le dijeron que no debía llorar, comentó que se ensucia la cara, le explique que llorar

sirve para limpiar el corazón y no era malo, ella sonrió y contestó: *"bueno, está bien, los ojos se ponen rojos cuando se va a morir la gente, se ven así por la muerte... no es cierto Gaby, no es por eso"*. Comenzó a acomodar las hojas y después volvió a retomar el tema: *"la muerte llega pero no nos vamos a morir Gaby... yo no me voy a morir, yo me voy a recuperar, por eso me están poniendo la radio, tú tampoco te vas a morir... nosotros no morimos, pero ya Gaby, ponte a colorear.....Gaby, ira, si ves, me marcaron que pa' seguirme dando la radio, ¿si te conté la otra vez? si te dije que me estaban poniendo radios, me pusieron esta que pa' seguirme dado más"*, yo respondí: *"Sí Vita, la muerte llega, pero si dices que no vas a morir, no vas a morir"*.

Cuando hablaba de la muerte daba cuenta de lo que vivió y escuchó, tanto en AMANC como en su casa, con el significante muerte, por lo cual con la intervención se reafirmó su postura al decirle que la muerte puede estar presente pero si ella dice que no morirá no lo hará, validando su deseo de vida.

Recordando, cuando sus ojos estaban rojos y dijo que fue porque estaba triste, pero a su vez, que fue ante la muerte, ella describió que los ojos se ponen así cuando se va a morir la gente. El abandono la posicionó ante la muerte, pues cuando sus padres la abandonaron el derrame fue severo, pero a su vez asocia la muerte con el tratamiento y la negación de ésta, al decir que no moriría.

Vita reconoció el significante muerte por el que se ha visto rodeada, pero también reconoció y dio valor al tratamiento médico que fue importante para recuperar su salud y vencer la muerte, lo importante es que habló de su muerte. Para Dolto (1996), la separación simbólica de la madre es representada de manera dramatizada como muerte, la muerte simbólica es un afecto de separación y rechazo, de castración y anulación, al decir que iba a venir la muerte realizó la simbolización del abandono y rechazo, de la castración afectiva. También comprendió el significado de muerte como ausencia, por lo que decía que ella no iba a morir, reiteración del deseo de vida.

Vita podía hablar de una forma más fluida sobre lo que sentía, en esa ocasión asociamos la tristeza ante el abandono y la sensación de muerte al sentir tanto dolor, también hablamos sobre la ausencia de sus padres, Vita manifestó su temor a morir, reafirmó su deseo de vida y la importancia de su tratamiento para recuperarse. Dolto (2002) sugiere que a los niños se les debe hablar de muerte en cuanto lo preguntan, lo cual, describe, sucede en etapas muy tempranas y que tan temprano como pregunten entonces se les debe dar palabra y también se debe validar su pregunta, eso ayuda a que configuren representaciones en torno a ella y deje de ser angustioso.

La niña logró poner palabras a lo que la angustiaba, le angustiaba la muerte, pues como describe Dolto (2002) es preciso hablar de la muerte cuando hay sentimientos amenazadores; mientras haya vida hay comunicación, por ello se debe prestar escucha a alguien que habla de su muerte, no callarlo aceptar el sufrimiento de una realidad posible para todos; al hablar de lo desconocido, de los sentimientos, de las angustias, poner en palabras las incertidumbres hay sostén y subjetivación.

El ser se sabe vivo a condición de saberse mortal, la vida se define por la muerte, el nacimiento es muerte, la muerte es nacimiento, se teme a lo que define el estar vivo; el miedo a morir es miedo de vivir. Cuando el miedo a la muerte lo invade todo, los niños encuentran una resistencia más dura en el grupo social: la negación (Dolto, 1996). El temor a la muerte es normal, la inferioridad del ser con respecto a ella es real, pues no se sabe qué es lo que hará o lo que traerá, lo único real es su inminencia, desde el punto de vista clínico, un sujeto sano teme morir (Dolto, 1986).

Vita habló de manera frecuente del tema de la muerte, se validó su pregunta lo cual le ayudó a descargar angustia y reconfigurar las representaciones. También habló de Chucky como el que viene a matar, representa la simbolización de lo terrorífico de vivir en una familia donde hay tanta pulsión de muerte, Chucky es el que trae la muerte, viene a matar como el padre viene a manifestar la pulsión de muerte, también la muerte que es vista pasar en varios pacientes de AMANC, da cuenta de

lo terrorífico de su presencia, pues cuando los niños mueren hay dolor y sufrimiento, expresado en gritos y llanto.

Cuando la niña hablaba sobre la muerte a través de elementos como Chucky, las tumbas y la catrina lo hacía como un intento de mostrar lo que sentía, lo que representaba la muerte, porque nombrarla como tal no podía y no sabía cómo, aunado a que estaba prohibido hablar de la muerte, no solo por la madre sino también por la abuela, y retomó nuevamente el espacio donde se realizó el trabajo, uno de los problemas constantes es con la conspiración del silencio, nadie quiere hablar de la muerte y en ocasiones se prohíbe y se censura la palabra, por lo cual retomo a Freud (1906/1992) en el momento en que las cosas ya no pueden ventilarse en público comienzan las maquinaciones ominosas y terroríficas, la angustia ante lo desconocido, es una angustia de castración, no se tiene conocimiento de eso que se tiene en frente. Por lo cual Vita comenzó hablando de la muerte a través de historias como Chucky, para posteriormente nombrarla como tal: la muerte.

Al hablar de lo desconocido, de los sentimientos, de las angustias, poner en palabras las incertidumbres ayuda a sostenerse los unos a los otros; sobre la experiencia de la muerte solo es posible tener las fantasías y sentimientos de lo que provoca la muerte de los que un día se ven vivos y al otro día muertos (Dolto, 2002). Vita no sólo simbolizaba el significante muerte familiar, sino también las experiencias de muerte con las que se enfrentó durante su tratamiento y su propio miedo a morir, la simbolización sostiene.

Vita logró hablar de su muerte, la cercanía que tuvo con Ella en diversas situaciones, ante el abandono y ante el cáncer; en esta sesión se develó el deseo con más fuerza, la victoria de la vida ante la muerte. Se posicionó de una manera diferente ante sus padres y ante la enfermedad; por lo que en las últimas sesiones hablaba de su recuperación.

En la sesión 46, Vita volvió a hablar de la tristeza: *"baja mi caja, préstame tijeras y hojas, ¡Ash! Esta otra vez esta pinche tristeza"* (anexo 20, Pp. 191). Tomó el dibujo

y lo aventó. *"Sácalo de mi caja, tristeza es mala porque toca los pensamientos y los hace tristes"*. Le cuestioné: *"¿sí? y ¿cuál pensamiento tocó en ti que lo puso triste?"*, contestó: *"pues cuando una señora tuvo un bebé, ¡ash ya estoy muerta!"*, yo le pregunté: *"¿estás muerta?"*, Vita reaccionó inmediatamente y dijo: *"no, no es cierto, no estoy muerta, mira Gaby, vamos a jugar, ¿quieres ver la muerte?... la muerte es cuando todo se pone triste... mejor vamos a jugar otra cosa"*.

En estas sesiones en que Vita abordaba el tema de tristeza estaba simbolizando su sentir ante el abandono y todo el proceso que atravesó, en especial ante el abandono de la madre, en esta última sesión describe que el recuerdo de tristeza es cuando una señora va a tener un bebé y después se dice que está muerta, simbolizó su nacimiento y la percepción de ella como muerta ante el abandono y que la muerte es cuando todo está triste, porque es lo que en su experiencia ha visto, ante la muerte hay tristeza.

Continuó la sesión y yo le pregunté que si estaba triste y dijo que no quería hablar de eso, le dije que estaba bien hablar de la tristeza y le dije que tal vez ella se sentía triste por eso no quería hablar pero que estaba bien, después dijo: *"no, pero Gaby, yo no me voy a morir, mira Gaby, vamos a jugar a escribir, tú no escribes, solo yo escribo, ándale"*. En este momento le dije que tenía razón, haciendo referencia al proceso de análisis: *"Así es Vita, tú escribes tu historia, yo solo estoy acompañándote, vamos, escribe eso que falta, ¿quieres escribir que no hay muerte sino vida?"*, Vita respondió: *"Gaby, tú me ayudas ¿sí?"*, yo le respondí: *"sí Vita, yo te ayudo, pero dime, ¿cómo te puedo ayudar?"*, a lo que respondió: *"solo destápalo"*, tomando el lapicero, pero daba cuenta de destapar lo oculto, hablar de lo oculto "la muerte" después comenzó a preguntarme si yo estaría ahí o si me iría, me dijo que no quería que me fuera, después dijo que quería comprarme para que me fuera con ella, le dije que era su psicóloga y no podía comprarme; ella respondió: *"me gusta que me cuides y trabajar contigo, voy a vender mi caja pues porque esta fea, vieja y con arañas, ya no la quiero"*, sacó todas las cosas y las dejó sobre la mesa y le dije: *"Está bien, yo me hago cargo de acomodar todo este desorden"*, Sonrió y se fue.

En estos comentarios Vita retomó el tema de la escritura, lo que hizo desde la primera sesión cuando no decía nada, en esta ocasión describió que es ella quien escribe y yo reafirme su postura y su deseo, es ella quien se escribe, quien se nombra, quien se estructura y subjetiva, yo solo apoyo y me hago cargo del desorden que puede provocarse en el encuentro; a la caja la describe como fea y con arañas, que ya no la quiere, ya no la necesita, como ese lugar en que se ha depositado todo el dolor y sufrimiento, en donde se descargó de todo y ya no es necesario.

En la sesión 48, Vita estaba vendada de la mano, le pusieron un catéter y casi no podía realizar actividades sin requerir ayuda, comenzó el juego diciendo: *"Gaby, a ver, dame tu mano, ponla en la hoja, ayúdame porque yo no puedo con una sola mano"*, le respondí: *"sí Vita, te doy mi mano, estoy para ayudarte"*. Dibujó mi mano sobre la hoja (anexo 21, Pp. 191) y después se pintó un poco su mano, sonrió y dijo: *"Gaby, vamos a jugar a la enfermera"*, guardó las cosas en su caja, nuevamente sacó cosas que ya no quería y las tira (tiró la catrina, a tristeza y cartas), tomó cinta diurex y un lápiz que afiló (juego de la enfermera (anexo 22, Pp. 192): *"Ten tu agarra el lápiz, a ver niña, qué te toca, te toca quimio de 5, vamos a ponerte quimio de 5, pero ya casi te vas, ya todo va a estar bien.....aquí hay una vena, a ver niña ya casi, solo te voy a poner esto y te vas, es que si te dejo más rato entonces van a correr a tu mamá y tú no quieres eso...ya pronto vas a estar bien sí?"*. Yo intente cambiar la connotación de la palabra salute y sanidad, que al nombrar la salud no pensara que se refería a su madre: *"¿entonces voy a recuperar la salud?"*, se sorprendió y me miró diciendo: *"ay, que ya no vas a estar enferma tú"*, yo respondí: *"sí por eso digo, voy a recuperar la salud que significa que pronto dejaré de estar enferma"*. Vita me miró y respondió: *"pus si cierto.....perdón por picarte, pero es pa' que estés bien y solo va a ser un ratito, ya no vas a estar enferma.....Gaby yo ya no voy a estar enferma pero la cicatriz nunca se me va a curar"*, le respondí: *"¿las cicatrices no sanan?"* Vita contestó: *"no Gaby, no sanan"*.

Decidí explicarle un poco: *"Vita, una cicatriz es solo una marca pero lo demás sí sana"*. Vita insistió: *"mis cicatrices no se van a borrar"*, tomó mucha cinta y la puso

en todo mi brazo, la pego también en mis dedos. *"Gaby, ¿te gusta? ¿te gusta que se pegue?, Gaby te pongo muchos curitas para que te cures, ya me voy a ir eh?"*, dejó la cinta en mi mano y se levantó, se dirigió a la puerta: *"Adiós Gaby"*; la sesión aun no terminaba pero ella insistía en irse, le comente que aún le quedaba tiempo, ella respondió: *"¿si te dije que ya terminé las quimios?... Pus ya estuve mucho tiempo en quimios, me las pusieron por un montón, pero ya acabé, ya no me van a poner...ya se terminaron, ya casi no voy a venir, pero ya me voy sí?. Nos vemos luego, te dejo los curitas"*, salió del consultorio.

En esta ocasión daba cuenta de la finalización del proceso, el hecho de hablar del tiempo que le falta para terminar las quimios y el tiempo que le quedaba en la sesión. También habló de las huellas que le van a quedar, de las cicatrices. Habla de una cicatriz que no se va a borrar, aunque señalaba la cicatriz del cuerpo, hablaba de una huella psíquica; huella de lo que se pudo nombrar, finalmente la huella es una escritura de lo vivido, utilizó los curitas para sanar las heridas, describe que ya estaba lista para irse y ahora dejaba los curitas; estaba tramitando el cierre del tratamiento y del análisis, era muy consciente de que se iba a ir.

sesión 49, Vita solicitó la mano de la analista para dibujarla, se refería a la ayuda que necesitaba, siempre pedía la mano, como el permiso que pide para usar el cuerpo y hablar de su tratamiento, cabe señalar que la mano de Vita era constantemente canalizada. Tomó mi mano y la colocó sobre la hoja, dibujó el contorno y dijo: *"¿Gaby, no te enojas si te mancho?"* le respondí que no, después dijo: *"Gaby, voy a usar tu mano sí, nada mas dibujo poquito y ya...me gusta trabajar contigo"*. Cuando terminó de recortar la mano, la puso sobre la mesa y le dije: *"¿Te gusta que te haya dado siempre mi mano?"*, Vita sonrió y exclamó: *"si, me gusta mucho"*. Tomo mi mano (la que dibujo en papel) y la coloreamos, tomó las tachuelas y las usó para colgar la mano de papel en el corcho de la pared y dijo: *"cuélgala, pero esta debe tener muchos, le pondremos muchos clavos, ayúdame a colgarla"* (anexo 23, Pp. 192).

La pusimos en el corcho, toda llena de tachuelas, Vita observó la mano y sonrió, después comentó: *"ya sé, vamos a jugar a la enfermera, dame tu mano, a ver, te*

vamos a canalizar, ya casi terminamos sí, va a ser solo un poquito de dolor pero es pa' que estés bien, si quieres estar bien debes dejarte canalizar....aquí está otra vena, ya la encontré, "ésta está buena", Gaby, a mí me pegaron esto porque la aguja se movió y se salió por el otro lado", mostró una herida: "Me duele mucho, se sienten como punzaditas... a ver, vamos a tomarnos fotos, estamos iguales (tome la foto) ves, a veces te pican pero ya casi, perdón Gaby, perdón por lastimarte". Se retiró la cinta de su mano: "Ya tírala... ya estoy bien, ya no me sale sangre, ya me siento bien". Después me quitó la cinta de mi mano: "Ya estás bien... ya chiquita, ya, es poquito nomás, ves Gaby, ya se acabó, ya fue todo, ya terminamos con la enfermera ya no quiero jugar a eso".

En estas sesiones la niña ponía en juego la angustia que sentía ante los tratamientos de quimioterapia, invitándome a entrar en su mundo, la niña representó las escenas vividas en lo real y la fantasía, en este ejemplo se puso de manifiesto la utilidad del juego, en el cual la niña tomó un papel activo, jugó a ser un sujeto de palabra, en donde pudo ser todo lo que quería gracias a la simbolización y la fantasía.

Dentro de los procesos de simbolización, la fantasía juega un papel determinante, dado que los instintos insatisfechos son las fuerzas impulsoras de la fantasía y cada fantasía es una satisfacción de deseos; en el proceso de construcción de la fantasía, la labor anímica se enlaza a una impresión actual susceptible de despertar los deseos del sujeto, activando el recuerdo de un suceso pasado, creando una realidad referida al futuro: el pretérito, el presente y el futuro están enlazados en el hilo del deseo (Freud, 1906/1992).

Como describe Garza (2017) el proceso de simbolización permite el desarrollo de la subjetividad, despliega la metáfora, la palabra y toma sentido libidinal, provee al sujeto de la permeabilidad psíquica suficiente para hacer del proceso de simbolización como el modo de dirigirse, el sujeto simboliza lo que rechaza, lo que duele y no agrada, las cosas más elementales de la vida requieren ser simbolizadas, como las relaciones familiares, al nacimiento, lo corporal, al amor, la sexualidad y la muerte.

En el juego se ponen de manifiesto los fantasmas, en esta actividad es posible mantener una tregua con el conflicto, ya que este es menos violento y factible de ser desplazado al mundo externo, siendo también una vía que permite la descarga de ansiedad y sufrimiento. Como lo describe Amati (2020), a través del juego se pueden trabajar los conflictos emocionales; ya que dentro de él, se utilizan múltiples expresiones lúdicas, que son consideradas representaciones simbólicas de fantasías inconscientes y de distintos aspectos del mundo interno.

Vita se posicionó como todos los sujetos que formaban parte de su experiencia, asimilando y comprendiendo su función, proyectaba la situación dolorosa y traumática a partir de los elementos que disponía, comenzó el juego con mucha angustia, pero a lo largo de las sesiones disminuyó, también puso de manifiesto el temor que sentía cuando su madre(abuela) salía del hospital, cuando no la dejaban estar presente y temía que algo le pasaría y ya no la volviera a ver, en este caso debido a las vivencias de abandono. Pusó palabras al dolor, en su actividad lúdica, donde había a quién dirigir sus palabras que resonaban como eco para sí misma “todo va a estar bien”, se consolaba y se animaba, se reconoció como un ser próximo a la salud, “yo ya no voy a estar enferma” manifestación del deseo de curarse, del deseo de vida.

Finalmente me pidió perdón por lastimar mi mano, como disculpándose por usar mi cuerpo para tramitar el proceso, lo que dió cuenta de un nivel importante de tramitación y subjetivación. La niña logró poner en palabras su malestar lo cual le permitió resignificar su historia, su sufrimiento y sus deseos, la niña en este juego logró enunciarse como un ser de palabra, apropió y nombró su historia, justo en el momento en que sabía que está a punto de terminar el tratamiento. En este sentido, la niña proyectaba los deseos de recuperar la salud, hablaba de su experiencia en el tratamiento, como una experiencia pasada, que se hacía presente para ser tramitada, en su juego cerraba el proceso de tratamiento y daba paso a algo nuevo.

En la sesión 51, me preguntó si yo había estado enferma en algún momento y si había tomado medicamento a lo que respondí que sí, me preguntó si me cure y le dije que si, después comentó: *fuimos a un doctor, me inyectó y me dolió mucho,*

pinche viejo ni me dio medicina solo me picó, no me curó, es el doctor Ramírez, vive allá donde yo vivo, por eso venimos aquí al hospital; pero ya vinimos y ya me tomé mi medicina pa' curarme ¿Me voy a curar veda que si Gaby?", yo respondí: "si tú crees que te vas a curar, entonces así será". Dobló tres trozos de papel y los pegó y engrapo (anexo 24, Pp. 192), me dio uno y me dijo: "Gaby, esta es nuestra promesa, estira la mano, promete que no la vas a perder, que la vas a cuidar y que no la vas a tirar", yo lo hice, ella dijo que era la promesa de que guardaría bien sus cosas. En esta ocasión Vita estaba tramitando el proceso de la despedida, no lo inicié yo, ella hacía el cierre. Vita dejó el juego de la enfermera y los procesos médicos de lado y en esa ocasión cuestionó si yo había estado enferma, hizo un recorrido por su proceso desde que la llevaron al médico de su pueblo y cuando llegaron al hospital donde tomó el medicamento que la estaba sanando, reafirma su deseo de vida al cuestionar si se iba a curar y yo nuevamente reafirme su deseo al decir que si ella lo creía así sería, me parecía interesante cómo era tan consciente de que ya faltaba poco tiempo para irse y en varias sesiones tramitaba la despedida.

Último día de sesión, número 55, después de un año y tres meses de trabajo de análisis, Vita terminó el tratamiento médico, lo cual también implicaba comenzar el cierre del tratamiento psicológico, dado que dejarían de asistir de manera frecuente a AMANC; la abuelita me buscó para decirme que finalmente se iban de vigilancia, que estaba contenta porque ya solo regresaría cada mes y solo a revisión, me contó que Salute la mamá de Vita "se juntó" con un hombre de México y que Morto también estaba con una mujer, que solo iba a casa de vez en cuando.

Le pedí que me dejara trabajar con la niña antes de irse. Con Vita hablamos del cierre del análisis, le dije: *"¿estás contenta porque ya te vas? Vita ya no seguiremos trabajando tan seguido como lo estábamos haciendo, ahora que vendrás cada mes quizá nos veremos o quizá no, todo depende de tus citas en el hospital, ¿cómo ves eso?",* ella dijo que sí me visitaría, me pregunto: *"Gaby, cuando venga ¿vas a dejarme entrar otra vez?",* hablamos de que sería un trabajo distinto porque la vería cada mes: *"claro que sí, cuando vengas seguimos trabajando, ya no igual, trabajaremos otras cosas, pero déjame decirte que estoy muy contenta de que ya*

estés de vigilancia, esto significa que eres muy fuerte y que te esforzaste mucho para lograr estar bien, eso es algo muy importante y te felicito, también trabajaste mucho en este lugar y eso fue muy bueno. Vita sonrió y dijo que ella también estaba contenta, me dijo que siempre que regresara me buscaría y se despidió con un abrazo. En esta ocasión no fue necesario decir mucho más, Vita procesó la despedida desde sesiones anteriores.

A través del juego, el modelado y el discurso mediante la fantasía se puede hacer un acercamiento a los conflictos. Pues hay situaciones muy difíciles de apalabrar, que por su nivel de impacto no se pueden articular mediante el discurso, además de que el niño no cuenta con los medios de comunicación y simbolización al nivel del adulto, en los que pueden dar cuenta de sus conflictivas a través del discurso elaborado; las posibilidades simbólicas del niño aún están en desarrollo, en este caso el juego permitió que los conflictos se proyectarán sin resultar intolerables para la niña, desde esta perspectiva la simbolización representó una función importante que permitió el atravesamiento por la enfermedad, ya que permitió elaborar las pérdidas y auxiliar en los procesos de estructuración psíquica, gracias a ello, la niña logró resignificar y apropiar la experiencia y promover su devenir sujeto y la historización, el cáncer es una condición que cruza al sujeto, el cual debe dar tramitación a dicho proceso. Vita utilizó el juego y la fantasía para simbolizar lo que después fue más fácil de articular en un discurso, su historia y su vida.

En los siguientes meses la niña continuó asistiendo a la institución de manera esporádica (cada mes o cada dos meses), siempre buscando el espacio de psicología, en un encuentro, febrero de 2021, contó lo bien que estaba, aún no sabía escribir pero le pidió a la analista que escribiera algo que le iba a decir (anexo 25, Pp. 193).

También contó que Morto regresaba a casa algunas veces, pero solo por poco tiempo y se iba, por ello casi no lo veía, describe que no les daba permiso de subir a la azotea porque no quería que molestaran a su princesita, al momento de indagar quién es su princesita dijo que Morto hizo un altar a la Santa Muerte, le compraba cosas y le hacía rituales; Vita dice que siempre estaba arriba o con sus amigos; y

que Salute, no había vuelto, ella decía que eras mejor que no regresara y no saber nada de ella, pero que su mamá Lu le compraba vestidos y la llevababa a la escuela.

En este desenlace se logró ver que el padre por fin encontró un objeto en el cual depositar la pulsión de muerte, la Santa Muerte simbolizaba todo lo que Morto manifestaba en su vida y en la familia, dejando libre de ese significante a Vita.

3.3. El deseo del analista desplegado en el proceso psicoanalítico

El deseo de análisis se pone en juego desde el primer encuentro de análisis, en que las transferencias y contrasferencias se comienzan a dibujar, si es que habrá análisis; ante ello surgen preguntas de si hay un lugar que el analista deba ocupar para activar el deseo inconsciente del analizante y si existe una postura o no; sin duda el lugar del analista no es el que sigue deseos propios, no es cuestión de vocación y talento, tampoco de un lugar directivo y del saber total, cada caso muestra vertientes distintas. En éste apartado se realizó el análisis del deseo desplegado en el proceso psicoanalítico; para lo cual se muestran las anotaciones de la analista y la descripción de algunos encuentros.

El primer contacto con el caso se dio en el momento en que fue canalizado por el área de trabajo social de AMANC para recibir atención psicológica, por lo general se realiza la intervención con número de sesiones establecidas (10); sin embargo, en los casos en que existe una demanda de parte de los beneficiarios se apertura el espacio a un proceso de tiempo indefinido; por lo que el caso es el que determina la dirección de la intervención, desde esta línea se da espacio al deseo.

En este sentido, desde el comienzo se develó la existencia de una conflictiva latente asociada a la muerte; lo cual se puso de manifiesto en la sesión en que se abordó el tema del cáncer y cómo lo sobrellevan: hubo constante pleito entre los padres, la niña por su parte, mostró angustia y acercamiento a la analista, lo cual manifestó el deseo de ser escuchada.

En este encuentro sentí una agresión implícita en la relación, como manifestación de la pulsión de muerte; respecto al diagnóstico hablaban de aceptación y estar tranquilos pero parecía haber algo más grande que no era hablado, desde ese momento percibí que había una novela familiar compleja a la que me enfrentaría, pues Vita desde ese momento se acercaba y hacia el juego de esconderse detrás de mí, se veía cansada y los padres absortos en el pleito conyugal.

La demanda de análisis estuvo marcada desde ese momento pues la niña mostraba acercamiento y solicitud de atención, así como su constante acción de esconderse; en lo sucesivo Vita y la madre visitaban de manera frecuente el consultorio, después del primer encuentro se comenzó a marcar el camino hacia el análisis, las transferencias ya se habían jugado. *“A partir de ese momento supe que en efecto, me sumergiría en la historia familiar, se vislumbraba una conflictiva que implicaba no solo a la niña sino a los padres”.*

Ante cualquier caso siempre hay una historia a descifrar, los deseos de generaciones pasadas y de la presente se enlazan y hay que sumergirse en ellos, en el presente caso se percibía una conflictiva imperante la cual debía atravesarse. Como describe Mannoni (2007) el analista siempre se enfrenta a una historia familiar dado que el niño no está solo sino que ocupa un sitio en el fantasma de cada uno de los padres; y en este caso, la transferencia ya estaba establecida.

En el análisis de niños el manejo de la transferencia es fundamental, ya que se encuentran muchos agentes de la misma durante el proceso: la del analista, la de los padres y la del niño; a su vez estas transferencias dirigen el análisis.

La madre era muy insistente en buscar el área de psicología, buscaba de manera frecuente la des-carga, pero sin aceptar un proceso psicológico. *“El discurso era algo de lo que quería escapar, hablaba mucho y no era fácil detenerla, le gustaba contar su vida y exhibir lo que hacía; yo sentía que me perdía con ella, le ofrecí apoyo psicológico pero dijo que no, que ella sola se daba terapia y que solo buscaba una amiga, ante lo cual se le dijo que eso no era posible. Contratransferencialmente me sentí cargada, tenía ganas de huir, por lo que además impuse mi resistencia y me negaba a escucharla, algunas veces le decía que no la podía atender, pero otras le permitía el acceso, sabía que era la forma de conocer la historia familiar y comprender las posiciones en que los padres y Vita estaban colocados”.*

El permitir la escucha pese a la resistencia y el deseo de evitación, posibilitó conocer la dinámica familiar y las actitudes y comportamiento de los padres; *“me pregunté cómo Vita sobrelleva la relación entre su padre y su madre y cómo estaba llevando*

su desarrollo con la personalidad de su madre, pero más allá de todo eso, me cuestioné sobre el proceso que Vita estaba viviendo con la enfermedad y cómo una niña de 5 años manejaba esas condiciones de vida”; además, su actitud captó mi atención y el hecho de acudir al consultorio de manera constante aun sin sus padres daba cuenta de la demanda y la transferencia hacia el análisis.

En este caso, la contratransferencia muestra las posiciones de los padres con respecto a la niña, Salute solo se des-cargaba, por tanto la analista se sintió cargada, es decir, se colocó justo en el lugar que Salute quería, como receptora de todos los conflictos de los que los padres no querían ocuparse, se cargaba en la analista, lo cual revelaba el lugar asignado a Vita, como cargada, quien hace la demanda de querer huir, de esconderse y de hacerse a un lado, de la misma forma que la analista, había una fuerte identificación entre la analista y Vita.

Siguiendo esta premisa, una dirección de la cura se presenta como el desarrollo de una historia mítica; el trabajo consiste en trazar el camino hacia el encuentro con la palabra de la madre la cual está vinculada con una emoción corporal en el niño, palabra que representa la marca inscrita, de la cual, el sujeto conserva su importancia, el fantasma, el síntoma, máscara cuya función es la de ocultar el texto original o el acontecimiento perturbador; el atrapamiento en el discurso de la madre (Mannoni, 2007). En este caso la transferencia de la analista da cuenta de la condición de la niña, quien estaba atrapada por los padres, en especial por la madre, la analista sentía deseos de huir, lo cual muestra lo que la niña pudo estar experimentando. La apuesta era estar a disposición de la niña para ayudarle a desanudarse de la condena materna o soltar el caso.

Vita comenzó a manifestar la demanda de análisis y el deseo de vida, al esconderse detrás de la analista en los encuentros con los padres, manifestando el deseo de ser separada de ellos y al visitar el consultorio frecuentemente, buscando un espacio propio. En este sentido Mannoni (2007) menciona que el niño se encuentra ante el dilema de denunciar el engaño y salvarse o mistificarse como el soporte que el adulto necesita; el análisis representa una vía para que el niño se descoloque del lugar que ocupa, puesto que, en el desarrollo de la cura el sujeto es modificado por

el lenguaje. El psicoanálisis era una vía para que Vita se pudiera descolocar del lugar que le habían asignado; la niña lo sabía y la analista decidió estar.

Mientras Vita buscaba ese espacio, la pulsión de muerte en los padres se manifestaba a través de pelitos y en las visitas al consultorio. La madre reveló verbalmente el problema por el cual los pleitos y agresiones se manifestaban: el asesinato del hermano de Morto en que su hermano era inculpado. Esto develó la novela familiar que la analista intuyó desde el primer encuentro, el significante muerte gobernando en la familia.

En este caso, la analista se percató de la condición de la niña y sugirió a los padres que se podría realizar un análisis con ella, estuvieron de acuerdo. la analista se percató de la necesidad de atención en la niña, pero también de la demanda que ella hacía, por lo que aceptó tomar el caso, había transferencia.

Esto además de responder a una situación transferencial y contratransferencial, se relaciona con la necesidad de un análisis con niños a quienes se les debe posicionar como un sujeto de derecho y de deseo, digno de saber la verdad, de encontrarse con su verdad y ubicarse con su deseo: *“sabía que la niña estaba atrapada en el conflicto parental y el significante muerte y la demanda de la niña era fuerte e insistente, ante la cual decidí responder, ella solicitaba ser escuchada y sabía que yo podía darle ese espacio”*.

En el trabajo con el psicoanalista, el niño puede y es capaz de decir lo que desea, aquí reside la importancia del análisis; es importante un espacio donde los niños puedan hacer las cosas que desearon, no las que los padres les empujan a hacer (Dolto, (1994).

Sin embargo, como describe Mannoni (2007), el analista se enfrenta a una historia familiar, por lo cual se confronta con los padres y sus problemas, los cuales en este caso, se manifestaban constantemente. En la sesión en que Morto actuó con agresión ante la analista y después se explayó en cómo daría muerte a Salute, se pudo ver la magnitud del conflicto, lo cual trastocó a la analista.

“Para mí fue muy fuerte, me quedé anonadada, no sabía cómo reaccionar, el hombre estaba muy agresivo, me gritó, se puso muy enojado, golpeaba cosas. Sentí como si me colocaran en medio de su riña y a la vez como espectadora y receptora, como en el mismo lugar que le daban a Vita; cuando se fueron y Morto regresó para pedir perdón y acto seguido hablar de su deseo y plan de asesinato, sentí que no podía con ello, para mí era demasiada agresión, me cuestioné si era preciso soltar el caso y canalizarlo, pero de igual forma me seguía cuestionando el lugar que ocupaba la niña ante tanta manifestación de la pulsión de muerte, su deseo de análisis y por mi parte no estaba tan segura de querer dejar el caso.”

En esta línea la pulsión de muerte sobrepasaba a la analista, trastocando la propia historia; en este sentido se puntualiza la importancia del análisis personal como una vía en la que el analista puede verse en su propia historia y hacer la separación con la historia del caso que analiza.

Como describe el trípode Freudiano, el que se forma como psicoanalista debe haber atravesado el análisis personal y la supervisión, no como mandato superyoico sino como respuesta ante la ética del quehacer analista; en este caso quien analiza a otro debe hacerse analizar primero y desarrollar la flexibilidad de pasar de la posición de analista a la de analizante; así como de supervisar su trabajo para tomar distan y observar (Goldestein, 2004).

“El tema de la violencia era un tema que en mi historia personal me conmovía, en algún momento me había dicho a mí misma que no trabajaría con casos de este tipo, en la sesión con Morto sentí mi cuerpo temblar, trate de ponerme firme y marcar la línea de separación al decirle que no permitiría agresiones a mi persona, que lo podía escuchar pero no toleraría insultos, por otra parte seguía recabando información y confrontando, intentando que el padre se cuestionara. En mi análisis personal abrí el tema de la violencia, lo cual me permitió continuar con el caso de Vita, no soltarlo y tampoco llevar mis problemas y deseos personales a los encuentros. “

En este sentido, hay un encuentro de fantasmas o representaciones anudadas a la agresión y la violencia, la analista realizó la separación a través del análisis personal y la supervisión, en esta última se realizó la revisión del caso, en el que se pudo ver que era la forma en que debía confrontar, no había otra forma, solo escuchar y realizar las observaciones posibles; el padre no estaba en disposición de comprender nada, solo quería expresarse, así como la madre: des-cargarse; en la supervisión la analista pudo descolocarse del lugar que le asignaban los padres, como la receptora y espectadora de toda la pulsión, es decir descolocar la transferencia de estos y ella descolocarse contratransferencialmente; pues la supervisión en esta línea permitió la separación del caso, verlo desde fuera, hacer el ejercicio de pensar el caso con un otro, lo cual permitió continuar con el análisis. (Supervision¹).

En tanto a la demanda de análisis y el compromiso, *Vita era muy puntual a sus citas, me parecía sorprendente cómo a sus 5 años la niña tenía tan presente sus días de sesión conmigo, tanto en día como en horario pese a que en ocasiones los padres no la llevaban, al estar en la institución, ella sola asistía de manera muy puntual, dando cuenta de la demanda y deseo de análisis de la niña.*

El deseo de análisis no es un deseo puro; es el deseo de obtener la diferencia absoluta, la que interviene cuando el sujeto, confrontado al significante primordial, accede por primera vez a la posición de sujeción a él; el entrar al trabajo de análisis requiere del deseo de análisis, ya que dicho trabajo puede ser nada placentero (Bustos, 2016).

Cuando la madre se fue de la vida de la niña, buscó a la analista vía facebook solicitando atención psicológica, la cual fue denegada no sólo por la interferencia ante el trabajo con la niña, sino que, además, la madre nunca aceptó el trabajo psicológico, solo quería hablar: *“Yo me sentía cansada de los padres, no quería encontrarme más con ellos, de alguna forma depositaban y vertían cosas sobre mí, se des-cargaban, se deslindaban de responsabilidad y a la vez se cargaban en mí,*

¹ Dra. Judith Harders, Psicoanalista, profesora de la Universidad Vasco de Quiroga

pese a ser trabajado en supervisión y el psicoanálisis personal, lidiar con toda la pulsión de los padres, era desgastante. En la última sesión cuando Salute regresó después del intento de asesinato que sufrió, la escuché y traté de señalar la forma en que estaba tomando las cosas y qué Vita no podía ser su apoyo, pero no estaba en disposición de escuchar, solo quería hablar, siempre era así. Dejé de responder a Salute y solo me dijo “Gracias”. Deseé que me dejara de buscar, yo no quería saber más de ella, era una mujer muy inestable; la pareja estaba envuelta en un pleito que a la vez parecía disfrutar, me sentí mal y cansada.”

“Esto fue trabajado nuevamente en supervisión, en donde descubrí que mi inseguridad, cansancio, deseos de alejarme de la madre y la necesidad de escapar era parte de la identificación que sentía con Vita, quien soportaba todas las tensiones de y entre los padres, lo cual estaba siendo depositado también en mí, como transferencia y yo de manera contratransferencial lo apropié en primera instancia, pero también aprendí que existen personas que no son analizables y el punto de partida es el deseo de análisis, el cual si estaba instaurado en Vita, pero en los padres estaba ausente. La frustración que sentía era mía por querer que nada interfiriera con el análisis y el proceso médico de Vita, lo cual indicaba que una parte de mí respondía con afecto ante la niña, pero también tenía que ver con el querer proteger el trabajo de análisis que realizábamos”. (Supervisión²)

Esto se relaciona con la teoría: la angustia del analista ante la relación parental le hace negar la posibilidad de una neurosis de transferencia. A partir de la transferencia, se puede desentrañar un sentido que las demandas ponen en juego, el campo de juego de la transferencia no se limita a lo que sucede en la sesión analítica, no aparece siempre donde el analista cree que la puede encontrar, antes de que comience el análisis ya pueden estar dispuestos los índices de la transferencia y luego el análisis llena aquello que ya estaba previsto en el fantasma fundamental del sujeto (Mannoni, 2007)

² Dra. Ruth Vallejo Castro, Psicoanalista, Profesora Investigadora de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

“Desde el inicio, sentí que había una neurosis de transferencia y a la vez no sabía cómo librarme de ella, lo cual se trabajó varias veces en el análisis personal y la supervisión³, los cuales sirvieron como vía en la que los fantasmas propios se analizaron y pude hacer la separación de lo personal y lo que concierne al caso; también pude trabajar la aceptación de que el caso me conmovió mucho y despertó ternura y deseos de proteger, lo cual se asocia a mi deseo materno este último se pudo vislumbrar en mi propio proceso.”

Por otro lado, no solo había resistencia de parte de la analista, Salute solicitaba de manera frecuente que no se hablara del tema de la muerte con la niña, asunto interesante, ya que era justo lo que gobernaba en la familia, lo cual daba cuenta de la resistencia de los padres. Esto fundamenta que las reacciones de los padres forman parte del síntoma del niño, y en consecuencia, la conducción de la cura, si el lugar de los padres se ve amenazado habrá resistencia por parte de estos, toda demanda de cura del niño cuestiona a los padres y no puede guiarse el análisis sin tocar los problemas de ellos (Mannoni, 2007).

Ante ello la analista indicó que no anularía el tema y que le daría valor a la palabra y saber de la niña, pues en el análisis con niños se debe validar este derecho, no debe haber alianza con los padres, pese a que en ocasiones los padres pueden interrumpir el avance o negar su continuidad a fin de protegerse; sin embargo, era la vía para que la niña logrará desanudarse y construir su verdad en torno al tema que eligiese, en este sentido al significante “muerte”.

Como describe Mannoni (2007), cuando el niño puede hablar y hablarse, puede designar palabras a aquello que los síntomas encubren, dar sentido a la enfermedad, logra aislar la marca de la palabra ante lo somático; para que un niño logre posicionarse de una forma distinta ante el síntoma, primero debe atravesar el campo del deseo parental para poder tener acceso al campo de su propio deseo; el niño se debe enfrentar con un orden de dificultades no resueltas de los padres, pues el síntoma siempre incluye al sujeto y al otro, hablar de lo oculto y negado es

³ Dra. Judith Harders y Dra. Ruth Vallejo Castro.

fundamental. Como ya había fundamento de que el significante muerte colocaba a Vita en un conflicto, era preciso abordar el tema y validar el saber de la niña ante los padres.

Ante el abandono de los padres se intensificaron las transferencias: *“Me quedé muy conmovida, la niña me importaba, pude sentir mi fuerte deseo de estar, de acompañar, sentí que Vita estaba pidiendo que la cuidara y me sentí con ganas de cuidarla, por mi mente pasaron ideas de cómo sería la vida de la niña lejos de los padres, estaba enojada y cansada; estas manifestaciones transferenciales sirvieron para guiar el análisis, dado que Vita si requería de cuidados y de un espacio que le permitiera crear una imagen inconsciente del cuerpo, es decir recrearse ante la ausencia de los padres, también Vita estaba enojada y cansada. En el momento que Vita se agrava ante el abandono de los dos padres y terminó durmiendo en la sesión, yo sentí mucha ternura y tristeza, la vi tan mal, me molesté con los padres por el lugar en que la colocaban, la deje dormir, la sostuve, no sabía qué más podría hacer; en esa semana yo también me enferme y deje de ir al trabajo.”*

En esta línea se estuvo a punto de perder el análisis como describe Mannoni (1992) si el analista responde a las demandas corre el riesgo de perder el análisis, problema que se presenta sobre todo en mujeres analistas, que pueden involucrarse en la ternura e intentar responder. De manera frecuente el caso confrontó a la analista y le hizo cuestionarse el rol que debía adoptar y cómo dirigirlo, las transferencias e identificaciones fueron intensas, impactando en el ser y el cuerpo de la analista. Gracias a la supervisión y el proceso de análisis personal, el proceso se pudo sostener.

En la cura, el cuerpo del analista está expuesto a la palabra del otro de manera permanente y es en extremo sensible a su presencia y constituye uno de los lugares de la transferencia, el cuerpo del analista maneja el mismo lenguaje que el niño, por tanto es capaz de devolverle una palabra distinta que le permita el retorno a la ternura fusional (Dolto y Nasio, 2006).

La analista sintió con la niña la pulsión de muerte, se envolvió en la historia de manera profunda y dramática, como describe Dolto, como una ternura fusional. Durante la enfermedad de la analista, la niña estuvo enferma y no visitó la institución, cuando la analista regresó también regresó Vita, entonces se retomó el análisis.

En el análisis personal abordé el tema de la maternidad y la ternura, también en la supervisión⁴ se develó que hacía falta marcar cierta distancia, estar para el caso no significa entregar el cuerpo, lo cual implica que se esté pero también es preciso mantener el límite entre el cuerpo del sujeto que se analiza y el propio, hay dos imágenes del cuerpo y no es lo mismo fusionarse que sentirse, esta fue parte de la demanda de la niña quien solicitaba que estuviera y el deseo de estar.” Se tuvo que realizar la separación entre lo que es el deseo de la niña, el deseo de análisis y el deseo del analista, de los deseos personales.

El analista debe cuestionarse, no solo la causa patógena, sino la ubicación de los padres, del niño y el suyo como analista, preguntas que revelan de qué manera los fantasmas de uno necesitan del soporte del otro para desarrollarse en el análisis (Mannoni, 2007). En este sentido fue fundamental y determinante el análisis personal, pues permitió que la analista se cuestionara en cuanto a su posición, la cual no debe responder a un deseo personal, sino ayudar al sujeto a colocarse ante su propio deseo.

Como describe la teoría, el deseo del analista se sostiene en una ética del deseo donde lo que lo causa se consolida como aquello que orienta la articulación significativa, habitando la intención más profunda de la acción; constituye un elemento simbólico que posibilita la tramitación de lo que aterra a través de la posición del analista, permite hacer una lectura del caso que sitúe los puntos cruciales en la historia de un sujeto y el posicionamiento subjetivo adoptado por este (Lozano, 2011).

⁴ Dra. Ruth Vallejo Castro y Dra. Judith Harders.

Sin embargo, se puede describir que la niña recibió una palabra distinta, una acción distinta, el otro decidió quedarse, no hay repetición, la analista no se fue, como los padres lo hacen, lo cual permitió que la niña fuera sostenida; entonces se puede decir que por una parte si debe haber presencia pero el analista debe cuidar en no responder desde los propios deseos, sino velar por el encuentro del deseo del sujeto.

Dolto dice que el analista debe estar a la disposición y servicio del sujeto aun cuando se duerme en análisis, para poder sentir con él esa paz de la pulsión de muerte, pues cuando el sujeto hace esto en las sesiones, se injerta en el analista de una forma más profunda; desde una transferencia placentaria, el niño vuelve a la vida fetal para reencontrarse con una imagen del cuerpo, en este sentido el sueño se debe respetar por sobre todo. Hay sueños que son de acogimiento, de apertura a las pulsiones de muerte que liberan la pacificación, en este sentido la exigencia es situar el cuerpo del analista (imagen) en la cura (Dolto y Nasio, 2006). En este caso la niña había tenido una pérdida fuerte que la llevaba a perder su imagen del cuerpo, había necesidad de sostén, de ayudarle a tramitar la pulsión de muerte. *“Después de esta crisis tanto en la niña como en mí, el trabajo dio un giro y se condujo de una forma distinta; a partir de ese momento el tema de la muerte y la enfermedad estuvo presente en casi todas las sesiones.”*

“El caso me confrontó con temas que me trastocaron, hablar de la muerte, de la vida, de la salud y de la enfermedad de una forma u otra tocaba fibras sensibles en mí, al principio creí que tenía que dar respuestas y me angustiaba por no poder hacerlo, casi nunca sabía qué decir, hablar sobre la vida y la muerte se me hacía un poco fuerte, a veces faltaba palabra para lo que se manifestaba, pero la presencia y la escucha sostienen; una vez que Vita comenzó a simbolizar y a dar estructura al discurso algo nuevo surgió y con ello tanto ella como yo nos colocamos de una forma distinta; reconocí mi angustia pero también sabía que yo no tenía respuestas y tampoco era mi función darlas, deje que ella apalabrara en análisis y yo solo estuve de intérprete cuando pude, porque muchas veces no sabía qué

hacer, pero en supervisión⁵ me di cuenta que no era necesario saber hacer algo, el estar era lo que se necesitaba en ese momento.”

El analista no sabe lo que dice, pero debe saber lo que hace, no dirige la vida de su paciente, pero toma en sus manos la dirección del análisis y eso implica no dejarlo a la deriva (Dolto, 2002). Aquí se encuentra un punto clave: retomando a Bustos (2016), dice que el deseo del analista no es el deseo de ser analista, no está en la posibilidad de ejercer la posición de persona, o del profesional que actúa, sino en la presencia, y en el análisis profundo de todo lo que su presencia puede producir dentro y fuera del consultorio; incluso atravesando la vida del sujeto, es un acto de ser y estar, pero no desde el propio deseo.

“Hacer la separación entre los deseos al principio me resultaba complejo, porque en ocasiones quería dar respuestas, me sentía angustiada con ella y quería salvarla, renunciar a mi deseo sobre el cuidado de Vita fue una de las cosas más complejas para mí, pero en supervisión y el análisis personal reconocí a Vita como un otro capaz de pensarse y de articularse, capaz de cuestionarse y de movilizarse hacia donde ella lo deseara, no en base a mis ideas de cuidado, no debía resolver según mis ideas, debía dejar que se confrontara con su historia y su deseo.”

Mannoni (1992) describe que la función del analista está presente para ser señalado y constituye el lugar del Otro, de donde puede surgir la angustia; ese vacío llama la angustia del analista ante su propia impotencia, en este sentido, el único enfoque analítico es no desear nada en el lugar del niño, para que el niño se encuentre confrontado a través de sus proyecciones con su propio mundo fantasmático, el descubrimiento del fantasma es la fuente de angustia, pues el niño siempre aspira a recibir del otro una respuesta que libere de la responsabilidad, pero ante esa respuesta el niño se evade de la angustia que es el camino hacia su deseo; solo vedando toda respuesta es como se conduce hacia una eventualidad, no de

⁵ Dra. Ruth Vallejo Castro.

curación, pero sí de utilización máxima de sus posibilidades intelectuales, en un cuerpo reconocido por él, una apropiación del ser y del cuerpo.

“Al principio sí deseaba dar respuestas, pero no las di porque no las tenía y el único camino era tolerar la angustia la cual no era solo de la niña sino mía también; después ya no fue necesario que explicara nada porque la niña sola daba respuestas.”

“Muchas veces sentí que la situación de los padres arrasaba conmigo y con mi ser, el caso me cansaba y en el momento en que desee que los padres me dejaran de buscar también estuve a punto de renunciar a seguir con el caso; en un punto medio del proceso, trabajar con Vita me daba sueño, estaba renuente y dado que su demanda se intensificó me sentí cansada también de la niña; nuevamente en el análisis personal y la supervisión⁶ pude observar y darme cuenta que las transferencias y contratransferencias estaban jugándose de manera exponencial, que mucho de lo que sentía no venía de mí, sino de la repetición de los roles y las posturas de cada uno de los involucrados.”

Mannoni (1992) describe que lo que produce la situación analítica es angustia, debido a que ésta tiene una estrecha relación con la forma en que el sujeto se sitúa ante el deseo del otro; el niño del análisis es a quien le falta algo; va a reproducir en el analista la actitud que ha inducido en él la de sus padres, en este juego se corre el riesgo de encontrarse con una respuesta idéntica. Si la analista hubiese decidido dejar el caso hubiera dado la misma respuesta de los padres, el rechazo y abandono.

Por otro lado, durante el trabajo de simbolización de la niña, se desarrolló otro problema respecto a la utilización del cuerpo y la distancia, la analista se cuestionó sobre el lugar que ocupaba. *“En las sesiones del juego de la enfermera me sentí muy identificada con ella, me provocó dolor de verdad, como si quisiera compartir conmigo lo que sentía, pero a la vez, como si quisiera despojarse un poco al dármele*

⁶ Dra. Ruth Vallejo Castro.

a mí, que me hiciera cargo. Me sentí conmovida, uso mi cuerpo para mostrarme lo que vivía, no es lo mismo, pero me imaginé cómo era el proceso que estaba viviendo, me mostró mucho con respecto a su tratamiento, me cuestionaba sobre lo que quería decirme con todas las cosas que hacía en mi cuerpo (picarme con un lápiz, colocarme cinta, limpiarme e incluso hablarle al cuerpo). “

El analista debe operar haciendo entremezclar y entrechocar sus propias imágenes del cuerpo con las imágenes del cuerpo del niño con el fin de decodificar una imagen, hablar inconscientemente a través de la imagen del cuerpo el mismo código implícito en la imagen inconsciente del niño; decodificar la imagen del cuerpo exige estar de acuerdo con el otro, estar realmente al servicio del paciente con todo lo que se es, despierto o dormido, se debe estar mientras se esté con él (Dolto y Nasio, 2006). *“Lo que hice fue prestar mi cuerpo para que la niña hablara del suyo, encontrando y construyendo su imagen inconsciente, me deje sentir con ella, le mostré que comprendía su historia y estaba dispuesta a escuchar ese dolor del que quería hablar, como muestra de que no me daba miedo escucharla, sentirla y acompañarla, pese al dolor. “*

En este sentido fue oportuno permitirle hablar de ello e incitarla a nombrar lo que quería decir y romper con el silencio, Dolto (2013) dice que las palabras son portadoras de una referencia de imagen, la imagen del cuerpo es aquello en lo cual se inscriben las experiencias relacionales de la necesidad y el deseo, valorizantes o desvalorizantes; se manifiestan como una simbolización de las variaciones de percepción del esquema corporal y de aquellas que inducen los encuentros con los otros.

“Antes de que Vita desplegará más el discurso, me pareció muy complejo al principio, pues no decía mucho y todo era síntoma, no solo el cáncer sino la enfermedad corporal que manifestaba, como lo fueron los ojos rojos y con infección, la enfermedad de la garganta, la fiebre y el ensimismamiento en el que se encerró y el propio cáncer, además de su comportamiento, todo era lenguaje a descifrar.”
Por fortuna la existencia humana es constantemente susceptible de ser interpretada

y traducida, en un sistema simbólico (Minieri, 2019), el reto era leer lo simbólico en los síntomas de Vita.

Los síntomas constituyen el reflejo de las angustias y cuando en los padres hay insatisfacciones conyugales y problemas que no pueden resolver, esperan de sus hijos la curación o la compensación de su sentimiento de fracaso, si el niño no lo puede nombrar, lo actúa, pues donde el lenguaje se detiene lo que habla es la conducta (Mannoni, 1987). El camino para que Vita se desanudará de esta conflictiva parental, era el camino al encuentro con su verdad, motivo por el que la analista no debía dar respuestas, sino dejar que ella lo hiciera. Al respecto, Mannoni (1981) menciona que cuando la verdad ha sido censurada por la conciencia, surge en el síntoma o en las distorsiones del discurso; el síntoma es por tanto lenguaje, en donde el Otro se halla siempre implicado en lo que el sujeto se esfuerza por formular a través de su queja.

“A través del análisis me fui percatando del lugar que los padres ocupaban en el síntoma de la niña y cómo estos se sentían amenazados con el trabajo de Vita.” Como describe Giménez (1988) el deseo se debe poder articular y debe atravesar el orden ya constituido de lo simbólico para poder dirigirse hacia un objeto, la palabra somete el deseo del sujeto a la ley del lenguaje, del deseo del Otro, tesoro del significante. El significante al que nos enfrentábamos debía ser atravesado en análisis, Vita atravesó dicho significante muerte, primero con la simbolización mediante el juego y después con el lenguaje, dando paso a la articulación del deseo de vida.

La verdad y el dolor no son, en efecto, reconocidos sino en la medida en que el Otro acepte la pena a través de su propia angustia, a veces el lenguaje es utilizado para hablar de lo que angustia, en este caso la palabra del sujeto debe ser liberada de la mentira tras la cual se disfraza; es necesario que el analista pueda ir más allá del lenguaje objetivante, anónimo, para conducir al paciente al lenguaje de su deseo, es decir, al lenguaje primitivo en el cual, más allá de lo que dice acerca de sí mismo, ya habla sin saberlo y con los símbolos del síntoma inicial, el drama de un niño es por no ser tratado como sujeto de sus deseos (Mannoni (1992).

“Uno de los motivos que me llevaron a mantenerme en este análisis fue el saber la importancia que tiene el mismo como una vía para liberar al niño de los conflictos parentales.” Como lo describe Roca (2013) la importancia de un análisis con niños es liberarlos de la condena del deseo de los padres, que a través del lenguaje, inscribieron en él.

“Cuando la niña comenzó a despedirse en las últimas sesiones, el hecho de que lo hiciera ella y no yo me conmovió mucho, me di cuenta de cuán consciente era la niña de las situaciones que vivía pero también de lo mucho que yo me desconectaba de todo para estar con ella; en varias sesiones me pidió que la abrazara y la cuidara provocando en mí mucha ternura, a veces creía que no debía responder pero también tuve la convicción que era lo que se requería.”

Finalmente la niña logró descolocarse del lugar que el deseo de los padres le había reservado, como describe Mannoni (2007): para que un niño logre posicionarse de una forma distinta ante el síntoma, primero debe atravesar el campo del deseo parental para poder tener acceso al campo de su propio deseo.

“Al terminar las intervenciones de quimio me quedé contenta por la noticia de que ya no había cáncer en su sangre, aunque también muy sensible, fue mi primer paciente oncológico con un proceso largo y en muchas ocasiones dudé mucho sobre lo que hacía con mis intervenciones. Sólo permití que la niña guiara el análisis y no sugerí ni di respuestas desde lo que supuse y pretendía ser. Cuando se despidió y me dijo que quería que me fuera con ella y que me iba a comprar - discurso que había estado repitiendo en sesiones consecutivas-, consideré oportuno entregarle algo simbólico por lo cual le di el muñeco de peluche que le representara el proceso de análisis, lo trabajado en las sesiones y que no era yo a quien necesitaba llevarse con ella, lo realmente importante era llevarse el aprendizaje y lo simbolizado, intente que el muñeco representara eso.”

“Cuando ella se fue yo comencé a recordar el proceso desde el inicio, desde el día que comencé a trabajar con ella y también en las sesiones con sus padres, recordé que siempre tomaba muchas hojas, no escribía y no dibujaba nada, solo hacía

muchas líneas y usaba una gran cantidad de hojas. Al principio Vita no sabía cómo decir todo lo que estaba pasando y su angustia se evidenciaba en la gran cantidad de hojas que usaba sin hacer mucho, intentaba construir algo, pero no sabía cómo; intentaba escribir y no podía, lo cual logró hacer al simular escribir mientras articulaba palabras, y con ello hablaba e iba elaborando lo que le sucedía, le ponía palabras a sus emociones y las proyectaba sobre un papel para que yo me hiciera cargo de ellas.”

Mediante el juego de las cartas, la niña al escribir construyó su historia, la apalabró y la elaboró. El trabajo en el análisis, le dio la oportunidad de simbolizar su angustia frente al deseo familiar y su miedo a enfrentarse a la muerte. El espacio de análisis como lugar que permite el despliegue de fantasmas, produjo en la niña más seguridad e independencia de las emociones de sus padres; su salud mejoró a partir de que su deseo de análisis fue fuerte, así como mi deseo como analista de llevar a cabo este análisis.

Como se mostró, el deseo de análisis no responde a los deseos del analista como persona sino al deseo de sostener el deseo del otro, quien busca ayuda, quien se entrega al análisis; también se evidenció que el análisis comienza desde el momento en que las transferencias se dibujan, cuando el paciente decide escucharse y confrontarse con las verdades que sabe que posee, lo cual en muchas de las ocasiones más que placentero es doloroso, por lo que implica la decisión y convicción. Así mismo se mostró la eficacia de un espacio de escucha al niño (el trabajo infantil); la necesidad e importancia de la supervisión y análisis personal para quien se perfila como analista.

El análisis de los temas descritos permitió responder la pregunta de investigación: ¿Cómo se simboliza la muerte y los deseos de vida en una niña diagnosticada con leucemia linfoblástica aguda?; en este caso particular, la simbolización de la pulsión de muerte se simbolizó gracias a la fantasía a partir de la técnica del juego, el modelado, el discurso y el dibujo; a través de la creación de dibujos terroríficos como Chucky, las tumbas, las catrinas; la creación de dibujos que denotaban dolor, como la mano con tachuelas; la elaboración de un discurso a partir de cartas que

expresan la angustia ante la pulsión de muerte, en especial el abandono, la muerte vista y vivida en otros y siendo ella espectadora; la elaboración de modelos que brindaban protección ante la angustia de muerte, como la enfermera que le cuidaba y daba vida; a partir del juego en torno a lo médico y los procesos de dolor a los que se enfrentó y constantemente la colocaban en riesgo de muerte, al tomar la mano de la analista y mostrarle lo doloroso de las intervenciones, lo que le ayudaba a hablarse y a sanarse a sí misma. Gracias a estas producciones de lo simbólico logró resignificar su historia, apalabrar y nombrar.

IV. Conclusiones

En la presente investigación se abordó el análisis de una niña de 5 años diagnosticada con leucemia linfoblástica aguda, bajo la modalidad de estudio de caso. El eje central de esta investigación fue el análisis de la simbolización en la niña y la construcción de la fantasía de sus vivencias, no solo frente al padecimiento de cáncer sino ante la problemática familiar en que se encontraba envuelta, así como el análisis del deseo en el proceso psicoanalítico.

La investigación muestra el camino por los senderos de la enfermedad del cáncer y sus tratamientos, y de manera puntual, cómo una niña de 5 años los transita. Como se mostró a lo largo de este trabajo, el cáncer representa una enfermedad crónica de alto impacto que coloca al sujeto que lo padece ante condiciones que tienen que ver con lo más humano, con lo corpóreo, con lo biológico, en otras palabras, lo real, lo que no se puede negar ni evitar.

Estas condiciones cruzan al sujeto, colocándolo ante otras situaciones del terreno de lo subjetivo, como lo es la experiencia del dolor y sufrimiento ante la enfermedad y los tratamientos, ante las limitaciones físicas, psicológicas y emocionales. Así como con las modificaciones e inadecuaciones corporales y sociales; sobre todo, el miedo a la muerte. Todo paciente con cáncer tiene un acercamiento con la muerte, la ve venir y caminar de manera cercana, con la incertidumbre de si esta vez decidirá llevarle o elegirá a alguien más; la muerte gobernaba con poder en la institución de AMANC; es por ello que tanto se le temía.

En este caso, la niña además de enfrentarse a estas condiciones de enfermedad, de hospitalización e institucionalización, también se enfrentó a la complejidad familiar, la muerte poblaba y gobernaba en dicho sistema. En ocasiones el padecimiento de cáncer es lo menos violento cuando se vive en un sistema impregnado de la pulsión de muerte y en condiciones de abandono parental que es de los acontecimientos más devastadores, los cuales estuvieron presentes en la vida de la niña.

Tanto la condición de salud-enfermedad como la condición ante el problema familiar colocaban a la niña en un lugar de alta vulnerabilidad, se pudo evidenciar cómo el problema de cáncer estaba íntimamente relacionado con el problema familiar, la leucemia representa un problema de sangre, el conflicto también era un problema de sangre, literal y simbólicamente; a partir del asesinato del hermano del padre hay sangre derramada y luego, esta sangre viene a ser cobrada por el padre a la madre, hermana del presunto asesino, por lo que hay una deuda con-sanguínea, problema que llevó a los padres a enredarse en un pleito a muerte; todo ello creó un clima de tensión y agresión como manifestación de la pulsión de muerte.

Esta conflictiva representaba el orden simbólico del lugar en espacio y tiempo en que nació la niña, con esto se pudo evidenciar cómo el orden simbólico representa un conjunto de significantes que atrapan al sujeto llevándolo a ocupar un lugar establecido y determinado; ante el problema familiar la niña se colocó como enferma de cáncer, manifestando la pulsión de muerte y también como pagando esa deuda con-sanguínea; ello fundamenta que cuando el niño nace es atrapado por el lenguaje y el orden simbólico que impera en ese momento y esto la llevó a colocarse dentro del mundo fantasmático de ese orden. El presente caso muestra cómo ante la pulsión de muerte, la niña se colocó como síntoma de la pulsión de muerte parental; se entregó ante el lugar que los padres le llevaron a ocupar, por lo que se corroboró que el orden simbólico cruza al ser en cuanto nace y lo convierte en sujeto, sujetado al deseo del Otro.

Dado que el sujeto es insertado en el lenguaje apropia significantes, los cuales conforman el orden simbólico de su mundo y estos estructuran el inconsciente, lo que dirige al sujeto a lo largo del desarrollo subjetivo.

En esta línea, se muestra, cómo el deseo parental se anudaba a la muerte y cómo dicho deseo envolvió a la niña, lo cual muestra que en efecto, el niño es heredero del orden simbólico del deseo de los progenitores; posteriormente, dado que la niña nació bajo el cobijo del significante muerte, los caminos por los que transita estaban impregnados de ella; primero se enfermó de cáncer y después llegó a las instituciones donde la muerte también gobernaba.

Sin embargo, en el terreno del deseo, no solo hay deseo de los otros, sino también hay deseo propio; puesto que pese a que siempre se está sujeto al deseo del otro, también se es sujeto de deseo; a pesar de que existen condiciones de alta vulnerabilidad tanto en lo biológico como en el aspecto subjetivo; el deseo propio es elemento fundamental y determinante en torno al lugar que el sujeto puede ocupar.

La niña manifestó el deseo de vida: primero al nacer pese a la pulsión de muerte, pues el deseo de vida estaba instaurado en ella y de manera inconsciente también en los padres; segundo, al hacer la demanda de intervención muestra su deseo de descolocarse de ese lugar en que había sido posicionada; tercero, su deseo por salvarse de la enfermedad y encontrarse con la sanidad a través de los procesos médicos y de análisis.

Cuando el sujeto está colocado ante el orden simbólico establecido, en ocasiones puede ser inamovible; sin embargo, gracias al análisis, hay posibilidad de movilización, se mostró cómo la niña estaba tan sujeta a los problemas de los padres, que parecía no haber forma de salvarse más que desanudando el conflicto y posicionándose de una manera distinta, lo cual no era posible sino a través del análisis, el cual fue buscado por la menor, quien manifestó el fuerte deseo de vida.

La presente tesis muestra cómo el deseo de análisis es determinante para que se desarrolle el proceso y también que es posible que una niña de 5 años tenga el deseo instaurado para ello; lo cual fundamenta los postulados de Dolto al describir la importancia de un análisis con niños, de dirigir la mirada a la infancia y atender sus problemas; así como su derecho a un espacio, el derecho a la construcción del camino de su verdad. Se demuestra que en un niño hay deseo de buscar un proceso analítico y que además es consciente de ello; en este caso existía una fuerte demanda por parte de la niña, la cual era preciso leer y atender.

Se mostró la importancia que tiene la apertura de un espacio de escucha que permita la tramitación de los conflictos que el cáncer genera, dado que había pocos estudios enfocados a trabajar con la escucha y el discurso de los pacientes ante el dolor y el proceso subjetivo de la vivencia de cáncer, en especial con los niños. Este

trabajo permitió abrir el camino hacia la exploración de la simbolización y la construcción de la fantasía como una vía que permite el acceso a la estructuración psíquica de los fenómenos que se viven ante el proceso de enfermedad y las condiciones de vida que una paciente de cáncer afronta.

Lo cual muestra la efectividad del proceso de simbolización como mecanismo que permite el desarrollo de la subjetividad, despliega la metáfora, la palabra, el registro y asimilación de las vivencias a partir de significantes que ordenan el mundo y permiten al sujeto tomar un sentido libidinal, que designa el modo de dirigirse; la simbolización cobra su fuerza ante situaciones que se rechazan, duelen y no agradan, por ello en este caso, para la niña dicho mecanismo fue importante para dar cuenta de su historia de vida.

La simbolización y la fantasía le permitieron construir una realidad a través del discurso simbólico que hablaba de ella, le permitió separarse de la realidad traumática e insoportable, difícil de asumir, esto en torno a su enfermedad y tratamiento, pero sobre todo ante la pulsión de muerte y ante el abandono de los padres, lo cual le producía angustia y dolor. Gracias a los mecanismos de simbolización logró transformar su realidad de angustia y estructurar su vida mental, así como encontrarse con su deseo.

Se mostró la importancia que en el psicoanálisis infantil tiene el juego para el despliegue de la fantasía, a través del modelado, el dibujo y el discurso, pues permiten un acercamiento a los conflictos; como se ha evidenciado, hay situaciones muy difíciles de apalabrar, que por su nivel de impacto no se pueden articular, además de que el niño no cuenta con los medios de comunicación y simbolización al nivel del adulto, en los que pueden dar cuenta de sus conflictivas a través del discurso elaborado y dado que las posibilidades simbólicas del niño aún están en desarrollo.

Para que la niña pudiera dar cuenta de sus experiencias médicas y de familia fue necesario utilizar el juego, el que a partir de la simbolización y la fantasía permitió que los conflictos se proyectarán sin resultar intolerables, desde esta perspectiva la

simbolización representó una función importante que permitió el atravesamiento por la enfermedad, ya que facilitó elaborar las pérdidas y auxiliar en los procesos de estructuración psíquica; gracias a ello, la niña logró resignificar, apropiarse la experiencia y promover su devenir sujeto y su historización.

La niña encontró la vía de representarse su realidad, descargar angustia y vivirse de una forma distinta ante las experiencias a las que se enfrentaba, se colocaba en el lugar del médico o la enfermera que la cuidaba y la curaba de su enfermedad; se colocaba como la niña que deseaba ser cuidada y sostenida; así mismo se posicionó como muerta y mató a los otros en su juego, lo que le permitió resimbolizar las experiencias, creó nuevos objetos y representaciones que la cuidasen y la sostuvieran (como la enfermera y la sanidad), lo que da cuenta de la manifestación del deseo de vida que se antepone a la pulsión de muerte de la familia y la posibilidad de muerte ante la cual la coloca la enfermedad y sus vivencias.

Esto muestra la importancia de un análisis con niños, pues cuando el niño puede hablar y hablarse, puede designar palabras ante aquello que los síntomas encubren, le permite dar sentido a la enfermedad y logra aislar la marca de la palabra ante lo somático y los fantasmas y posicionarse de una forma distinta ante el síntoma, atravesando el campo del deseo parental para poder tener acceso a su propio deseo, que en este caso era de vida.

La niña se enfrentó a un orden de dificultades no resueltas de los padres y posteriormente dificultades médicas; pero también se cuestionó sobre su lugar ante ellas y sus posibilidades, lo que pudo realizarse en el análisis. Esto logró evidenciar que el niño que demanda es a quien le falta algo, lo sabe y lo busca, en esta apuesta, lo va a reproducir en el análisis; por lo cual la situación analítica también generó angustia en la analista, ya que en el proceso hay una confrontación ante el deseo del otro; esta es otra oportunidad para producir algo nuevo o bien caer en la repetición.

En esta línea se evidenció que la analista en varias ocasiones respondió a la demanda de la niña con el deseo de cuidarla y protegerla, pero también en otras

ocasiones surgió el deseo de alejarse, lo cual introdujo otros elementos como la transferencia y sus agentes; la transferencia de la niña hacia la analista y hacia el trabajo de análisis fue fuerte y por su parte la analista respondió de manera contratransferencial, pues estuvo sosteniendo y prestando el cuerpo para la tramitación de las experiencias; también se envolvió en el conflicto parental y se sintió cansada y con ganas de huir por la pulsión de muerte colocada en ella, la cual se manifestó de igual forma en enfermedad de vías respiratorias y sentimientos de huida.

Estos elementos son parte de lo que es un análisis, lo cual confirma los postulados de Dolto con respecto a que el psicoanalista se debe adentrar a la historia del sujeto, confrontarse con los fantasmas de ese orden simbólico y sentirlos junto con el niño, en este caso sin duda la analista se mezcló en el mundo simbólico de la niña, sintió con ella la pulsión de muerte, se colocó ante lo que ella vivía y soportaba con respecto a los padres y en tanto a la enfermedad y los tratamientos médicos.

Lo que muestra las vicisitudes de un psicoanálisis con niños, los analistas se enfrentan no solo al mundo fantasmático del analizante, sino al de todos los involucrados, como lo describe Mannoni (2007), es el niño y los otros. El niño nunca está solo, al trabajar con niños se debe confrontar a los padres; en éste caso, se mostró cómo el fantasma parental recayó en la niña y en la analista, quien consideró soltar el análisis ante momentos cruciales.

En este punto fue imprescindible el análisis personal y la supervisión, puesto que gracias a ello, la analista logró separar los fantasmas personales, tomar distancia del caso, pensarlo con un otro, visualizar los puntos ciegos y analizar su propio deseo; lo que fue determinante, puesto que el cáncer confronta con temas del orden de lo humano, ante lo que cualquier sujeto está expuesto, la muerte y la enfermedad es universal, por lo cual despertó angustias en la analista, en este juego de los deseos tuvo que separar su deseo del deseo de la niña y del deseo de los padres; si bien la niña estaba enredada en el deseo de los padres, durante el análisis hubo momentos en que la analista también la pudiera enredar en su propio deseo.

Por tal cuestión fue necesario abordar el deseo del analista en este trabajo, lo cual introdujo el cuestionamiento ante la ética del psicoanálisis; pregunta que fue determinante a lo largo del trabajo, como describe Dolto (2013), el analista siempre debe cuestionarse ante su ser y hacer frente al niño con quien se trabaja, cuestionarlo todo ahí donde él se siente cuestionado y apostar por el camino no a una cura ni a una eventualidad de bienestar, sino al encuentro con el propio deseo del niño, lo cual le llevará a sufrir menos; el analista debe prestar presencia afectiva de testigo reactivo sensible, mediador imparcial, contractual y pasajero, cuidando en todo momento no mezclar las imágenes inconscientes y los deseos.

La dirección del presente análisis estuvo guiada a dirigir la fuerza pulsional al deseo para desanudar lo que estaba allí donde la enfermedad era repetición, la niña construyó una imagen del cuerpo de una manera simbólica diferente que le permitió relacionarse también de manera distinta, se posicionó de una nueva forma, pues en primera instancia la enfermedad de cáncer salió de su cuerpo, la enfermedad en la sangre desapareció y entró en estado de remisión; a su vez se colocó como niña sostenida y cuidada por la abuela, se descolocó de ser el sostén de la pulsión de muerte de los padres y del lugar de hija abandonada. La niña logró construir una identidad que pusiera sostener su deseo, el cual era de vida.

El psicoanálisis modifica al sujeto a través del lenguaje, sitúa a los padres y al niño ante su propio deseo, lo que mostró que los padres no tuvieron otro camino, sino hacerse cargo de su deseo, puesto que al desaparecer el síntoma de la niña, el que estaba dirigido a los padres y para los padres, se liberó el fantasma muerte, el significante se destrabó y por tanto los padres tuvieron que afrontar la pulsión de muerte, la que los llevó a dar muerte a su relación y a sus roles como padres; lo que corrobora los planteamientos de Dolto al describir que cuando hay síntomas y dramas en los niños es por no sentirse dueños de su deseo y al abrir el camino a su encuentro, los padres tienen que afrontarse con sus propios problemas, hacerse cargo y descolocar al niño como síntoma de los padres y a su vez ante la ausencia de deseos del adulto con relación al niño, éste responderá entonces manifestando sus propios deseos.

Finalmente, este estudio mostró la importancia de un espacio de escucha y la tramitación del deseo mediante el análisis, ante los padecimientos de cáncer en niños y cómo el deseo de análisis tanto como el deseo del analista representa una vía que permite el cuestionamiento y la posibilidad de ocupar otros lugares, pues el análisis es un llamado a posicionarse en relación al propio deseo.

V. Alcances y limitaciones

Este trabajo permitió hacer un acercamiento y abrir nuevas miradas a las vivencias del niño con cáncer, en dónde además de realizar intervenciones de contención, disminución y anulación del dolor, se escuche su discurso, de manera muy particular permitió conocer los medios que se pueden utilizar en el análisis con niños, lo que refuerza lo planteado por Dolto respecto al juego, el dibujo libre, el modelado y el discurso de estas producciones así como la simbolización y la fantasía como vía para tramitar las experiencias, lo que representa otra opción de intervención.

También permitió conocer cómo además del cáncer, el niño oncológico debe enfrentarse a las problemáticas de otros órdenes, en este caso del orden familiar, lo que demuestra que la enfermedad de cáncer no es lo único que el niño afronta, sino todas las cuestiones del propio proceso de desarrollo y subjetivación; lo que demuestra la necesidad de atención a estos pacientes y la importancia de la escucha ante las vivencias e interrogantes que se despliegan en y con el cáncer; así como en el mundo simbólico en que el sujeto se encuentra inserto.

Este trabajo también permitió reafirmar la vigencia de los planteamientos de Dolto respecto al psicoanálisis infantil y su clínica; finalmente permitió formular la pregunta ante el deseo del analista, lo cual refuerza la necesidad de cumplir con el propio proceso de análisis y de supervisión en aquel que quiere formarse y dirigirse como psicoanalista.

En cuanto a las limitaciones se encontró que el paciente con cáncer, en este caso una niña, no siempre está disponible para el trabajo de análisis, no porque no lo desee; sin embargo, el proceso médico en tanto a las hospitalizaciones medicaciones e intervenciones producen en el paciente estados de cansancio que le impide movilizarse y contar con la energía suficiente para presentarse a las sesiones; así mismo el proceso de hospitalización respecto al tiempo obstruye el avance dado que en ocasiones el internamiento dura semanas; sin embargo, en este caso dicha limitación se minimizó gracias a que la institución AMANC les permitió quedarse y tomar los descansos necesarios; el único problema en cuanto

a la limitación era cuando regresaban a su lugar de origen el cual no era Morelia, cuando esto sucedía se corría el riesgo de que no regresaran o tardaran mucho en hacerlo, en este caso la ausencia más larga fue de 3 semanas.

VI. Sugerencias

Se plantea la posibilidad de replicar esta metodología, dado que los planteamientos de Dolto y la forma de hacer clínica con niños brindan una posibilidad de análisis profunda; así mismo es oportuna para intervenciones de pacientes en condición de cáncer, ya que sus trabajos se centraron en población vulnerable, lo que se demuestra a lo largo de su obra, se evidencia la eficacia de las herramientas de juego, dibujo y modelado como mecanismos de análisis.

También se sugiere que se tome en cuenta el análisis de la simbolización como mecanismo estructurante de la vida mental, no sólo ante los problemas de cáncer, de igual forma, ante cualquier situación y condición de vida, ya que este mecanismo dentro de la clínica permite resignificar y apropiar los sucesos de la vida, permite la tramitación de eventos traumáticos.

Es preciso continuar con las intervenciones en línea de psicoanálisis en oncología infantil, ya que hay poco registro de ello, en línea de investigación; si bien la condición de enfermedad en ocasiones impide que se desarrolle un proceso psicoanalítico, tener una mirada psicoanalítica permite escuchar el inconsciente y aunque en ocasiones no se realice la intervención psicoanalítica, la escucha y el sostén desde esta postura permiten la contención y el acompañamiento en el paciente con cáncer.

La metodología propuesta en este trabajo responde a una metodología psicoanalítica, dentro de un consultorio y con sesiones establecidas, lo cual se pudo lograr gracias a las condiciones de la institución donde se desarrolló, pero en muchas ocasiones estas condiciones no son así, lo que implica que la intervención psicológica sea ambulatoria y hospitalaria; en este caso no se puede desarrollar un psicoanálisis; sin embargo, se pueden utilizar las técnicas de simbolización bajo las técnicas de dibujo, juego, modelado y el discurso que es imprescindible ser escuchado.

Por otro lado se sugiere que el que se desarrolla como psicoanalista cumpla con un proceso de análisis personal y de supervisión, ya que es parte fundamental de la intervención psicoanalítica; se sugiere que la teoría, la supervisión y el análisis personal sean indispensables en el ejercicio del psicoanalista.

Referencias

- Acuña, S. (2019). Fantasma y fantasía: De la fijeza de la repetición al acto creador. *Círculo psicoanalítico freudiano*. Recuperado de <https://www.circulofreudiano.com.ar/single-post/2016/03/08/Fantasma-y-fantas%C3%ADa-De-la-fijeza-de-la-repetici%C3%B3n-al-acto-creador>.
- Aguilar, G. S. y Baroso, O. J. (2015). La triangulación de datos como estrategia en investigación educativa. *Revista de Medios y Educación*, 479, 73-88. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/368/36841180005.pdf>.
- Alemán, J. (2017). *La experiencia del fin: psicoanálisis y metafísica*. España: Editores Málaga. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=83956>.
- Amati, M. J. (2020). Analizabilidad y simbolización. *Temas de psicoanálisis: Sociedad española del psicoanálisis*, 19, 1-29. Recuperado de <https://www.temasdepsicoanalisis.org/2020/01/31/analizabilidad-y-simbolizacion/>.
- Angarita, R.C. T., Duitama, V. L. L., Hurtado, S, Sánchez, M. J., Córdoba, N., Núñez, M. A. y Guzmán, C. P. C. (2013). Caracterización clínica y paraclínica de los pacientes pediátricos con diagnóstico de leucemia linfocítica aguda atendidos en el centro javeriano de oncología (2004-2012). *Pontificia Universidad Javeriana*, 54 (3). <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/16235>.
- Astigarraga, I., Calvo-Escribano, C., Ramírez-Villar, G. L. y Márquez-Vega, C. (2016). Protagonismo del paciente y papel de los médicos en el seguimiento a largo plazo de los supervivientes del cáncer infantil. *Medicina Clínica*, 147(11), 511-515. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-protagonismo-del-paciente-papel-medicos-S0025775316302330>
- Baeza, C. y Ulloa, D. (2018). Aproximación a la conformación de la subjetividad femenina a partir de la imagen corporal en mujeres mastectomizadas. *Revista universitaria de psicoanálisis*, 18, 81-87. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos_completos/revista18/baeza.pdf.

- Barrionuevo, J. A. (2013). Deseo, deseo del Otro y fantasma. *Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología*, 1-10. Recuperado de https://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/12adolescencia/moireira/deseo_fantasma.pdf.
- Ballesteros, F. (2018). La fuerza del instinto y la pulsión de vida y de muerte. *Capitel Humanitas*. Recuperado de <https://capitel.humanitas.edu.mx/la-fuerza-del-instinto-y-la-pulsion-de-vida-y-de-muerte/>.
- Brannon, L y Feist, J. (2013). Psicología de la salud. *Thomson Learning*. 5(2), 120-127.
- Bronstein, C. (2018). A flor de piel. Temas de Psicoanálisis; *Sociedad española. Barcelona*, 17, 1-4. Recuperado de <https://www.temasdepsicoanalisis.org/2019/01/24/a-flor-de-piel/>.
- Buendía-Hernández. A., Loboguerrero-Compagnoli. J., Lozano-León, J. M, (2010). Resultados de tratamiento para cáncer infantil en una población de recursos limitados en Bogotá Colombia. *Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá Colombia*, 67(6), 518-535. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2010/hi106f.pdf>.
- Bustos, A. V. A. (2016). Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: una perspectiva analítica. *Psicología desde el Caribe, Universidad de la Costa-CUC, Barranquilla Colombia*, 33 (1), 97-112. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v33n1/v33n1a08.pdf>.
- Carceller, E., Ruano, D., Madero López, L. y Lassaletta, Á. (2017). Dos hermanos con leucemia linfoblástica aguda: ¿casualidad o herencia?. *Anales De Pediatría*, 87(3), 170-171. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/316263050_Dos_hermanos_con_leucemia_linfoblastica_aguda_casualidad_o_herencia.
- Capulín, A. M. (2014). Un Desafío a la Feminidad: El Cáncer de Mama. *Journal of Good Conscience*. 9(1), 22-31. Recuperado de [http://www.spentamexico.org/v9-n1/A2.9\(1\)22-31.pdf](http://www.spentamexico.org/v9-n1/A2.9(1)22-31.pdf).
- Carrasco, S. P., Lapunzina, P. y Pérez- Martínez, A. (2017). Predisposición genética al cáncer infantil. *Anales de Pediatría*, 87 (3), 125-127. Recuperado de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317300371?via%3Dihub>.

Casas de pereda, M. (2007). Simbolización, una puesta en escena inconsciente. *Revista Uruguaya de psicoanálisis*, 14, 180-186. Recuperado de https://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup104/rup104-casas.pdf.

Chamorro, J. (2015). Una lectura psicoanalítica de los cuidados paliativos. *Ehospice*. Recuperado de https://ehospice.com/america_latina_posts/una-lectura-psicoanalitica-de-los-cuidados-paliativos/.

Chávez, F. (2017). El dibujo como herramienta de comprensión psicoanalítica. Centro Eleia, actividades psicológicas. Recuperado de <https://www.centroeleia.edu.mx/blog/el-dibujo-como-herramienta-de-comprension-psicoanalitica/>.

Cherry, K. (2020). Freud's Theories of Life and Death Instincts. *History and biographies*. Recuperado de <https://www.verywellmind.com/life-and-death-instincts-2795847>.

Cyrułnik, B. (2014). Cuando un niño se da muerte. Gedisa, 25-71. Barcelona. Recuperado de https://www.academia.edu/41765545/LIBRO_CUANDO_UN_NIN_O_SE_D_A_MUERTE.

Colin, A. (2015). De la pulsión de muerte, el deseo y la pulsión invocante. *Fuentes Humanísticas. Universidad autónoma de Querétaro*, 25-40. Recuperado de [fuenteshumanisticas.azc.uam.mx › index.php › rfh › article › download](http://fuenteshumanisticas.azc.uam.mx/index.php/rfh/article/download).

CRIS: Fundación para la investigación contra el cáncer, Unidad de terapias avanzadas de cáncer infantil (2019). Madrid. Recuperado de <https://criscancer.org/wp-content/uploads/2019/09/CRIS-proyectos-cancer-infantil.pdf>.

Cruzado, R. J. A. (2017). *Manual de psicooncología. Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. Madrid Ediciones Pirámide:.

Cure Search Of Of Children'S Cancer. (2011). Guía para la familia de niños con cáncer, (2). Recuperado de

https://childrensoncologygroup.org/downloads/Spanish_COG_Family_Handbook.pdf.

Daneri, C. (2015). La cuestión del deseo en psicoanálisis. Conferencia “Arte, ética y psicoanálisis”. Recuperado de <https://www.cristinadaneripsicoanalista.com/la-cuestion-del-deseo-en-psiconalisis/>.

Díaz-Morales, K., Reyes-Arvizu, J., Morgado-Nájera, K. y Everardo-Domínguez, D. M. (2019). Síntomas en niños con cáncer y estrategias de cuidado familiar. *Cuidarte*, 10(1), 1. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v10n1/2346-3414-cuid-10-1-e597.pdf>.

Díaz, J. E., Peñaloza, O. L., y Parada, O. P. M. (2009). Cambios electrofisiológicos de la neuropatía periférica por vincristina posteriores a un programa de terapia física en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 66(6), 529-536. Recuperado en 11 de enero de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000600007&lng=es&tlng=es.

Dolto, F. (1984). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.

Dolto, F. (1986). *El caso Dominique*. México: Siglo veintiuno, 1-132. Recuperado de <https://catedraedipica.files.wordpress.com/2010/02/dolto-el-caso-dominique.pdf>.

Dolto, F. (1991). *Cuando los padres se separan. La separación de los padres y el inconsciente del niño. Primera Edición*. Buenos Aires Argentina: Paidós. 1-74. Recuperado de https://www.academia.edu/36493573/Cuando_los_padres_se_separan_Franc_oise_Dolto_pdf.

Dolto, F. (1996). *La causa de los niños: guías para padres*. Paris: Paidós. 1-196. Recuperado de <https://catedraedipica.files.wordpress.com/2010/02/dolto-franc3a7oise-la-causa-de-los-nic3b1os.pdf>.

- Dolto, F. (2006). *En el juego del deseo. A propósito de la función simbólica de las palabras*. México: Siglo XXI, editores S. A de C.V. 1-15. recuperado de. <https://vdocuments.mx/en-el-juego-del-deseo-francoise-doltopdf.html>.
- Dolto, F. (2009). La incubadora, un autismo experimental ¿qué quiere de él esa mujer portadora de muerte? (131-143), *Seminario de psicoanálisis de niños 2*. París: Siglo XXI.
- Dolto, F. (2009). El deseo nos agota, pero nos recuperamos gracias a la pulsión de muerte (142-153). *Seminario de psicoanálisis de niños 2*. París: Siglo XXI. Recuperado de <https://catedraedipica.files.wordpress.com/2010/02/seminario-de-psicoanc3a1lisis-de-nic3b1os-2-franc3a7oise-dolto.pdf>.
- Dolto, F (2013). Imagen del cuerpo Pulsión de vida y de muerte (30-33.). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona Buenos Aires: Paidós.
- Dolto, F. (1986). Angustia de muerte y angustia de castración (124-131). *Psicoanálisis y pediatría*. México: Siglo XXI.
- Dolto, F. (1986). *Presentación de un método psicoanálisis y pediatría* (124- 131). México. Siglo XXI.
- Dolto, F. (2009). Un niño puede soportar todas las verdades (17-31). *Seminario de psicoanálisis 1*. México :Siglo XXI. Recuperado de <https://catedraedipica.files.wordpress.com/2010/02/seminario-de-psicoanc3a1lisis-de-nic3b1os-1-franc3a7oise-dolto-2.pdf>.
- Dolto, F. (2001). *Sexualidad femenina*. Barcelona Buenos Aires: Paidós.
- Dolto, F. (1994). *Niño deseado, niño feliz*. Barcelona Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Dolto, F. y Nasio, J. (2006). *El niño del espejo. Tercera reimpresión*. Barcelona: editorial Gedisa.
- Dolto, F. (2002). *El niño en la ciudad, la ciudad y el niño, el niño y la fiesta, hablar de la muerte*. Uruguay: Ediciones Trice.
- Dolto, F. (1981). *En el juego del deseo*. México: siglo XXI editores. Recuperado de <https://psicologiaen.files.wordpress.com/2016/11/dolto-francoise-en-el-juego-del-deseo.pdf>.

- Elmijer, M, E. (2010). La subjetivación del duelo en Freud y Lacan. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 10(1), 13-33. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000100002&lng=pt&tlng=es.
- Escobar, M. A. M. (2013). Intervención psicológica en familias de niños con diagnóstico de cáncer. *Universidad de San Buenaventura Cali. Santiago de Cali*. 1-26. Recuperado de http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/1906/1/Intervencion_Ni%C3%B1os_Cancer_Escobar_2013..pdf.
- Fernández, L. J. (2018). Fantasía en la teoría psicoanalítica. *Hispanoteca, lengua y cultura hispanas*. Recuperado de <http://www.hispanoteca.eu/Linguistik/pa/PHANTASIE%20in%20der%20psychanalytischen.htm>.
- Fernández, S. P. (1999). Epistemología y Psicoanálisis. *Cinta de Moebio*, (5). Recuperado de <https://www.moebio.uchile.cl/05/psicoanalisis.html>.
- Fernández, S. Reques, B. (2016). Bases del tratamiento del cáncer en Pediatría: principios de la terapia multimodal. *Pediatría Integral*, 20(7): 465–474. Recuperado de <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2016-09/bases-del-tratamiento-del-cancer-en-pediatria-principios-de-la-terapia-multimodal/>.
- Freidin, F. (2019). La simbolización y sus límites, lecturas desde a escuela inglesa. *Revista universitaria de psicoanálisis*, 19, 23-35. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos_completos/revista19/freidin.pdf.
- Fonseca, M., Schlack. C., Mera. E., Muñoz. O.M. y Peña. J. (2013). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. Chile; *Rev Chil Cir*, 65(4), 321-328.
- Freud, S. (1900/1991). La interpretación de los sueños. Obras completas. Amorrortu. Buenos Aires. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/freud/04%20-%20Tomo%20IV.pdf>.

- Freud, S. (1906/1992). El creador literario y el fantaseo. Obras completas tomo IX. Amorrortu editores. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/freud/09%20-%20Tomo%20IX.pdf>.
- Freud, S. (1919/1992). Lo ominoso. Obras completas tomo XVII. Amorrortu editores. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/freud/17%20-%20Tomo%20XVII.pdf>.
- Freud, S. (1915/1916). Lo perecedero. Obras completas Tomo XVII. Amorrortu editores. [https://aprendizaje.mec.edu.py/dw-recursos/system/content/0c59c97/content/Freud,%20Sigmund%20\(1856-1939\)/Freud,%20Sigmund%20-%20Lo%20perecedero.pdf](https://aprendizaje.mec.edu.py/dw-recursos/system/content/0c59c97/content/Freud,%20Sigmund%20(1856-1939)/Freud,%20Sigmund%20-%20Lo%20perecedero.pdf).
- Freud, S (1923). Obras completas. Amorrortu editores. Buenos Aires y Madrid, 19, 1-63.
- Freud, S. (1936/1991). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis: Angustia y vida pulsional, *Obras Completas*, Tomo XXII. Buenos Aires: Editorial Amorrortu, 1-277. <https://www.bibliopsi.org/docs/freud/22%20-%20Tomo%20XXII.pdf>.
- Freidin, F., & Calzetta, J. (2016). Estudio de las producciones simbólicas de niños con lesiones no intencionales. *Anuario de Investigaciones*, 33 271-279. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369152696069.pdf>.
- García, J. (2009). La Muerte y el Objeto. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 108, 90 - 107. Recuperado de <https://www.apuruguay.org/apurevista/2000/16887247200910805.pdf>.
- García, S. (2007). Simbolización y experiencia analítica. *Revista uruguaya de psicoanálisis*. 104, 7-22. Recuperado de https://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup104/rup104-garcia.pdf.
- Garza., F. (2017). El proceso de simbolización. *Sociedad Psicoanalítica de México* A. C. Recuperado de <https://spm.mx/el-proceso-de-simbolizacion/>.
- González-Otero, A., Menéndez-Veitia, A., Machín-García, S., Svarch, E., Campo-Díaz, M., Fernández-Nodarse, R., Martínez- Cardenas, L., Pavón- Moran, V., Marquez-Hernandez, E., Pérez- García, S., Lam- Díaz, R. M., Arencibia-Núñez, A., Jaime- Fagundo, J. C., Macías- Abraham, C., Amor-Vigil, A.M., y

- Marsán-Suárez, V. (2014). Resultados del tratamiento de la leucemia linfóide aguda del niño en Cuba. *Revista Cubana De Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 30(1), 36-46. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000100006.
- Giménez, S. M. (1988). El tiempo y la historia en la obra de Freud. *Anuario de Psicología*. Universidad de Barcelona. 38, 88-106. Recuperado de <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9407/12138>
- Grippio, J. (2011). La muerte en el orden simbólico. Blog de psicología, psiquiatría y psicoanálisis. Recuperado de <https://www.psiconotas.com/la-muerte-en-el-orden-simbolico-560.html>.
- González, P. F. y Salomone, G. Z. (2016). El consentimiento informado en el campo de la salud mental de la pauta deontológico-jurídica a la dimensión clínica. *Anuario de Investigaciones*, (23), 219-225. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369152696063.pdf>.
- Guillerault, G. (2005). *Dolto lacan y el estadio del espejo*. 1ª ed. - Buenos Aires: NuevaVisión, 304. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/261077007/Dolto-Lacan-y-El-Estadio-Del-Espejo-Gerard-Guillerault>.
- Gitaroff, G. (2012). Claves para escribir sobre psicoanálisis: Del borrador al texto publicado. *Letra Viva*. 1-86.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática. (2018). Estadística a propósito del día mundial contra el cáncer (4 de Febrero), Datos nacionales. México. Comunicado de prensa, Pp. 1-13. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_nal.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática. (2017). Cáncer Infantil en México. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud%7Ccensia/articulos/cancer-infantil-en-mexico-130956>.

- Izcara, P. S. P. (2014). Manual de investigación cualitativa (1- 255). México: Editorial Fontamara. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Simon-Izcara-Palacios/publication/271504124_MANUAL_DE_INVESTIGACION_CUALITATIVA/links/58949ab192851c54574b9fe7/MANUAL-DE-INVESTIGACION-CUALITATIVA.pdf. Klein, M. (1921). Amor, culpa y reparación y otros trabajos. Paidós, Barcelona Buenos Aires. Recuperado de https://www.marcialpons.es/media/pdf/34083_Amor_culpa_y_reparacion.pdf.
- Jacobo, J. M. (2010). Pulsión de muerte, terror e infancia. *Revista de educación y desarrollo*, 1-5. Recuperado de https://www.google.co.uk/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/14/014_Jacobo.pdf&ved=2ahUK_EwiV4sjh9eHzAhVJnGoFHYdvALwQFnoECAAQAg&usq=AOvVaw3K6mGhmx3tmL8ycidvpakF.
- Kancyper, L. (2019). Resignificación, memoria y trabajo de simbolización. *Temas de Psicoanálisis*. 17. 1-15. Recuperado de <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2019/01/LUIS-KANCYPER.-Resignificaci%C3%B3n-memoria-y-trabajo-de-simbolizaci%C3%B3n..pdf>.
- Knobel, J. (2006). Conferencia magistral en el coloquio internacional 2006 del instituto De investigación en psicología clínica y social, A. C. Las múltiples caras del símbolo. México DF. *Neuropsiquiatría*, (91), 117-136. Recuperado de <https://revistas-filologicas.unam.mx/interpretatio/index.php/in/article/view/160/311>.
- Landa, R. E., Andrew, G. J., Vite, S. A., Sánchez, R. S., & Riveros, R. A. (2014). Descripción de la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad en pacientes con cáncer terminal. *Psicooncología*. 11(1), 151-162. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/44924>.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (2004). Diccionario de psicoanálisis, bajo la dirección de Daniel Lagache. Paidós. Buenos Aires, 560. Recuperado de

<http://www.bibliopsi.org/docs/guia/diccionario-de-psicoanalisis-laplanche-y-pontalis.pdf>.

- Lassaletta, A. A. (2012). Leucemias. Leucemia linfoblástica aguda. *Pediatr Integral; Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid*. 16 (6), 453-462. Recuperado de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/xvi06/03/453-462%20Leucemia.pdf>.
- Lluís, I. G., Artigas, N. G. y Marzo-Castillejo, M. (2015). Los efectos adversos de la radioterapia oncológica. ¿Qué debe saber el médico de familia? *Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 22(10), 554-563. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5291722>.
- López-Fernández, T., Martín-García, A., Santaballa-Beltrán, A., Montero-Luis, Á., García-Sanz, R., Mazón-Ramos, P., López-Sendón, H. J. L. (2017). Cardio-onco-hematología en la práctica clínica. Documento de consenso y recomendaciones. *Revista Española De Cardiología*, 70(6), 474-486. Recuperado de <https://www.revespcardiol.org/es-cardio-onco-hematologia-practica-clinica-documento-deconsenso-articulo-S0300893216307552>.
- López Hernández, M. A., Alvarado Ibarra, M., Jiménez Alvarado, R. M., Diego Flores, José Enrique. y González Avante, C. M. (2008). Adolescentes con leucemia aguda linfoblástica de novo: Eficacia y seguridad de un protocolo pediátrico versus uno de adultos. *Adolescentes Con Leucemia Aguda Linfoblástica De Novo: Eficacia y Seguridad De Un Protocolo Pediátrico Versus Uno De Adultos*. 144(6):485-490. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/contenido.cgi?IDREVISTA=16&IDPUBLICACION=2186>.
- López-Ibor, B. (2009). Aspectos médicos, psicológicos y sociales del cáncer infantil. *Psicooncología*, 6 (23), 281-284. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220281A>.
- Lozano, D. (2011). El deseo en la construcción en psicoanálisis. Tercer Congreso Internacional de Investigación, *Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata*, 88-94. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1478/ev.1478.pdf.

- Lluch, H. A., Almonacid, G. V., & Garcés, H. V. (2017). *Cáncer e imagen: el duelo corporal*. Servicio de Hematología y Oncología Médica. Valencia, segunda Junta Asociada Provincial de Valencia de la AECC. Recuperado de <https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo15.pdf>.
- Marín, K. C., Martínez, P. F., Polanía, V. F., Rendón, E. S., Urbano, M. A., Achinchoy, Q. K., Sánchez, C. D., & Garzón, U. S. (2010). Calidad De vida en pacientes en tratamiento de cáncer de mama, Pereira, Colombia. *Revista Investigaciones Andina*, 27 (15), 15-134. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-81462013000200008&script=sci_abstract&tlng=es.
- Marsán Suárez, V., Cos Padrón, Y., Sánchez Segura, M., Socarrás Ferrer, B. B., Macías Abraham, C., del Valle Pérez, Lázaro O, Núñez Quintana, A., González Otero, A., Svarch Guerchicoff, E., & Lam Díaz, R, M. (2008) Relevancia biológica y clínica del inmunofenotipaje celular en la leucemia linfóide aguda del niño. *Revista Cubana De Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 24(1) Recuperado en 14 de septiembre de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892008000100006&lng=es&tlng=es.
- Mannoni, M. (1992). *El niño retardado y su madre*. Quinta reimpresión. Argentina: Paidós.
- Mannoni, M. (1987). *La primera entrevista con el psicoanalista*. Argentina: Paidós. Recuperado de <http://files.usal-psicopatoinfanto.webnode.com.ar/200000235-946a595646/Mannoni.%20la%20primera%20entrevista%20con%20el%20psicoanalisis.pdf>.
- Mannoni, M. (1981). *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*. Paris: Siglo XXI.
- Mannoni, M. (2007). *El niño, su "enfermedad" y los otros*. Primera edición, novena reimpresión. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Marsán Suárez, V., Macías Abraham, C., Díaz Domínguez, G., Morales Garrido, Y., Lam Díaz, R. M., Machín García, S, González Otero, A., Fernandez Nodarse, R., Cedré Valdés Sojo, C. (2017). Expresión del antígeno CD45 en la

- leucemia linfocítica aguda pediátrica. Revista Cubana De Hematología, Inmunología y Hemoterapia, 1-11. Recuperado de <https://conricyt13.summon.serialssolutions.com/#!/search?ho=t&fvf=IsFullText,true,f&l=es-ES&q=leucemias%20pediatricas>.
- Mazzetti, L.C. (2017). Nombrar la muerte. Aproximaciones a lo indecible. Andamios, 14(33), 45-76. Recuperado en 24 de octubre de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632017000100045&lng=es&tlng=es.
- Fundación Natalí Dafne Flexer. Buenos Aires, Argentina. 1-14. <https://www.fundacionflexer.org/dias-de-hospital.html>.
- Micone, F. (2014). Una lectura acerca de la simbolización desde la clínica psicopedagógica, Fort- Da, revista de psicoanálisis con niños, N. 11.
- Minieri, A. (2019). El papel de la simbolización en la vida mental: De la esclavitud del deseo a la libertad del símbolo. Blog. <https://www.anaminieri.com/el-papel-de-la-simbolizacion-en-la-vida-mental-de-la-esclavitud-del-deseo-la-libertad-del-simbolo-2-2/>.
- Miranda Lora, A. L., Zapata Tarrés, M. M., Dorantes Acosta, E. M., Reyes López, A., Marín Hernández, D., Muñoz Hernández, O., & Garduño Espinosa, J. (2011). Estímulo iatrogénico y tiempo al diagnóstico en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 68(6), 419-424. Recuperado en 11 de enero de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000600003&lng=es&tlng=es.
- Moral de la Rubia, J y Martínez-Rodríguez J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. Psicología y Salud, México, 19(2), 189-196. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/291/29111986003.pdf>.
- Medín, G. (2009). Supervivientes de cáncer infantil. Efectos en el tiempo. Un estudio cualitativo. Psicooncología, Madrid, Vol. 6 Núm. 2-3. Pp. 429-443. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220429A>.

- Méndez. X., Orgilés. M., López-Roig. S. y Espada. J. P. (2004). ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL CÁNCER INFANTIL. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 1, Núm. 1, 2004, pp. 139-154. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/39288379_Atencion_psicologica_en_el.
- Miranda, L. A. L., Zapata, T.M.M., Dorantes, A.E.M., Reyes, L., A., Marín, H. D.M., Hernández, O. y Garduño, E. J.. (2011). Estímulo iatrogénico y tiempo al diagnóstico en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 68(6), 419-424. Recuperado en 13 de septiembre de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000600003&lng=es&tlng=es.
- Nadeje Pereira, B. M. (2018). Acerca del Trieb (pulsión) en Freud. Facultad de psicología – UBA, Brasil, 23 (11), 45-53. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/investigaciones/indice/trabajos_completos/anio23_1/nadeje.pdf.
- Organización mundial de la salud OMS. (2004). Programas nacionales de control del cáncer, Biblioteca Sede OPS. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/OPS-Programas-Nacionales-Cancer-2004-Esp.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2016). Prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado. Cuidados paliativos. Recuperado de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_31-sp.pdf.
- Orgilés, M., Méndez, F.X. y Espada, J.P. (2010). Procedimientos psicológicos para el afrontamiento del dolor en niños con cáncer. *Psicooncología*, vol. 6, 2-3, 343-356. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220343A>.
- Palacios, A. (2016). Intersubjetividad, simbolización y problemas de aprendizaje: psicodiagnóstico, abordaje terapéutico y cambio clínico. *Subjetividad y procesos cognitivos*. Buenos Aires Argentina. 20 (1), 147-264. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339646009008.pdf>.

- Palacios-Espinosa, X., Lizarazo, A. M., Moreno, K. S. y Ospino, J. D. (2015). El significado de la vida y de la muerte para mujeres con cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 455-479. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/3221>.
- Passerini, A. (2011). Algunas consideraciones sobre la función de fantasía en psicoanálisis. Facultad de humanidades y ciencias de la educación FaHCE. Tercer congreso de investigación. *La Plata*. 1-6. recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1387/ev.1387.pdf.
- Patri, L. B. (2017). Fantasma y pulsión. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. *Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*. 652- 656. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-067/964.pdf>.
- Pereira, B. (2007). Notas al margen de la simbolización en psicoanálisis. *Revista Uruguay de psicoanálisis*, 104, 260-264. Recuperado de https://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup104/rup104-pereira.pdf.
- Ramos, T. V. (2013). Fantasía y muerte: una aproximación a la propia muerte en terapia. *Apuntes de psicología*, 31 (3), 327-333. Recuperado de <file:///C:/Users/PAVILION%2013-A010LA/Downloads/445-1000-1-SM.pdf>.
- Ramirez, H. F. (2013). Fantasías y símbolos del juego como indicadores del proceso psicoterapéutico: Un estudio de caso. *Revista psicología UVM*. No. 3. Recuperado de <http://sitios.uvm.cl/revistapsicologia/revista-detalle.php/5/27/contenido/fantasias-y-simbolos-del-juego-como-indicadores-del-proceso-psicoterapeutico-un-estudio-de-caso>.
- Real academia española. (2019). Simbolizar. *Asociación de academias de la lengua española*. Recuperado de <https://dle.rae.es/simbolizar>.
- Riveros, R. A., Sánchez, S. J y Del Águila, M. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)*. México: Manual moderno. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80511496008.pdf>.

- Roca, J. L. (2013). La fantasía como articulación narrativa del deseo. *CartelLacnia*. Recuperado de <http://cartelpsicoanalitic.blogspot.com/2013/03/la-fantasia-como-articulacion-narrativa.html>.
- Rodríguez, S. (2017). El deseo de morir. Página Doce. Blog. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/82502-el-deseo-de-morir>. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/82502-el-deseo-de-morir>.
- Robert, M. V, Álvarez, O. C. y Valdivieso, B. F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista médica clínica Las condes*. 24(4), 677-684. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70207-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70207-4) Get rights and content. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702074>
- Rosenfeld, C. (2011). Psicooncología: mitos y realidades en pacientes con cáncer. *El Sigma*, 1-2. Recuperado de <https://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/psicooncologia-mitos-y-realidades-en-pacientes-con-cancer/12238>.
- Ruiz Montesino, M. D., Moreira Navarrete, V. y Vargas Lebrón, C. (2018;). Aportación de la resonancia magnética periférica al diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda. *Anales De Pediatría*, 88(1), 54-55. Recuperado de <https://medes.com/publication/126655>.
- Salgado, L. A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Universidad de San Martín de Porres*. 1-8. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-InvestigacionCualitativa-2766815.pdf>.
- Salvatori, R. (2016). Cuerpo, vida y muerte en la enseñanza de Lacan. *Virtualia, revista digital de la EOL*. #31. Recuperado de <http://www.revistavirtualia.com/articulos/54/dossier-sobre-cuerpo/cuerpo-vida-y-muerte-en-la-ensenanza-de-lacan>.
- Santamaría Ambriz, R. (2002). Acerca del método psicoanalítico de investigación. *Universidades*, (23), 49-63. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/373/37302307.pdf>.

- Sánchez, D. J. P. (2016). Estudio de caso: una manera de investigar en psicoanálisis. *Universidad Autónoma del Carmen. Ajayu*, 14(1), 7-22. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v14n1/v14n1_a02.pdf.
- Sánchez-Barranco Ruiz, A. y Vallejo Orellana, R. (2004). Melanie Klein, una princesa que creó su propio reino. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91), 117-136. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000300008&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Sánchez, R., Sierra, F. A. y Martín, E. (2015). ¿Qué es la calidad de vida para un paciente con cáncer?. *Avances en psicología Latinoamericana, Bogotá Colombia*, 33 (3), 371-385. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/799/79940724002.pdf>.
- Sánchez, E. (2020). El mito de las tres parcas y los misterios de la muerte. Recuperado de <https://lamenteesmaravillosa.com/el-mito-de-las-tres-parcas-y-los-misterios-de-la-muerte/>.
- Salaverry, O. (2013). La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30 (1), 137-141. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000100026.
- Sayago, S. D. (2014). El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales. *SciELO*. (49), 1-10. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-554X2014000100001.
- Saz-Roy, R. M. A. (2018). *Impacto de la enfermedad oncológica infantil: Percepción de las familias y de las enfermeras* (Tesis doctoral). Recuperado de https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/664277/MASR_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Secretaría de Salud. (2014). Comportamiento epidemiológico del cáncer en menores de 18 años. Centro nacional para la salud de la infancia y la

- adolescencia. *Boletín SEDP*, 1-245. Recuperado de http://censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/cancer/20160601_Boletin-2014_SEDP12sep16_4.pdf.
- Secretaría de Salud. (2018). Cáncer en la Infancia y la Adolescencia. Programa de Acción Específico, Pp. 1-70. Recuperado de http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/transparencia/especiales/PAE_Cancer.pdf.
- Segal, H. (1982). Introducción a la obra de Melanie Klein. Buenos Aires, Barcelona: Ediciones Paidós. Recuperado de <https://teorias2usal.files.wordpress.com/2017/02/hanna-segal-introduccion-a-la-obra-de-melanie-klein.pdf>.
- Sociedad Mexicana de Medicina conductual. (2017). Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(1), 1-7. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/65111>.
- Sotelo, M. C. (2014). *La angustia de Damocles: Contribuciones al trabajo de la angustia de recaída en pacientes con cáncer a través de la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica a propósito de un caso clínico*. (Tesis de grado). Recuperado de <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/135611>.
- Slapak, S., Cervone, N., Luzzi, A., Aguiriano, V., Bardi, D., Belmes, D., Canale, V., Freidin, F., Frylinsztein, C., Gaitan, L., Grigoravicius, M., Nimcowicz, D., Padawer, M., Ramos, L. y Wainszelbaum, D. (2006). Investigación y práctica clínica en una cátedra universitaria. *Anuario de Investigaciones*, 33, 63-72. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139942006.pdf>.
- Sánchez-Barranco Ruiz, A. y Vallejo Orellana, R. (2004). Melanie Klein, una princesa que creó su propio reino. *Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría*, 24 (91), 2004,118-136. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1051150>.
- Sternbach, S. (2013). Construcción del pensamiento en la obra de Piera Alaugnier. *Economía política*. Recuperado de

<https://econiapioliticaehucv.wordpress.com/2013/11/20/construccion-del-pensamiento-en-la-obra-de-piera-aulagnier/>.

Torres de Aryan, D. y Cossu Giri, M. (2012). Dibujo y no dibujo de un niño de 8 años en Tiempos de Catástrofe Social. *Psicoanálisis*, 34 (3), 527-545. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/386034206/Transferencia>.

Ungar, V. (2017). Imaginación, fantasía y juego. Mentalización. *Revista De Psicoanálisis y Psicoterapia*. 1-11- recuperado de <https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/ungar.pdf>.

Ulnik, J. (2008). El médico, el psicoanalista y lo psicossomático. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, (11), 194-211.

Vargas, V. M. P., Covarrubias, Z. D., Gómez, V. L., Borbolla, S. M. E. y Pacheco, G. L. (2011). Alteraciones citogenéticas en niños con leucemia aguda linfoblástica en tabasco. *Secretaría de Salud del Estado de Tabasco En Tabasco*, 1 (2), 22-29. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/487/48721182004.pdf>.

Vázquez, G. L. (2001). *Manual para la elaboración de una psicodinamia* (Tesis). Recuperado de <https://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/preparatoria2/docs/psicodinamia.pdf>.

Vera, M. I. (2017). Clínica psicoanalítica para pacientes con cáncer. *Polo del conocimiento*. 2 (1), 60-69. Recuperado de <file:///C:/Users/PAVILION%2013-A010LA/Downloads/392-870-2-PB.pdf>.

Vera-Molina, I., y Trujillo-Eljuri, A. (2017). Clínica psicoanalítica para pacientes con cáncer. *Pol. Con.* (Edición núm. 13), 2 (11), 60-69.

Vera, A. M., Pardo, C., Duarte, M. C. y Suárez, A. (2012). Análisis de la mortalidad por leucemia aguda pediátrica en el instituto nacional de cancerología. *Biomédica*, 32(3), 355-364. Recuperado de <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/691>.

Villarroel-Cruz. A. y Güitron-Ocaranza. M. P. (2015). Tratamiento del dolor en niños con cáncer. *Anestesiología en pediatría*. 38(1), 113-117. Recuperado de

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=58824>.

Villoría, E., Fernández, C., Padierna, C. y González, S. (2015). La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura. *Psicooncología*, 12(2,3), 207-236. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/51005>.

Anexos

ANEXO 1. Consentimiento informado

**AMANC**
MICHOCÁN®

Asociación mexicana de ayuda a niños con cáncer AMANC, I.A.P.
Departamento de intervención psicológica

Consentimiento informado

A través de este documento se solicita de su autorización para realizar el trabajo psicológico con el beneficiario a fin de brindarle una atención psicológica adecuada, se le informa que el beneficiario(a) será sometido(a) a evaluaciones psicológicas a través de pruebas proyectivas, entrevistas, pruebas psicométricas y/o grabaciones; con la finalidad de evaluar el estado psicológico a fin de crear el diseño de intervención adecuado.

La información obtenida es totalmente confidencial y será resguardada con la privacidad que merece, asegurándole que los datos obtenidos se utilizaran solo con fines de intervención psicológica y de investigación, esto bajo los parámetros éticos del ejercicio psicológico.

Hoy 15-Mayo-2018 afirmo que he leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente la intervención psicológica con el beneficiario a mi cargo y entiendo que tengo el derecho de negar la autorización en el momento que así lo decida.

Nombre y firma del familiar quien autoriza (parentesco)



ANEXO 2. Entrevista anamnésica

ENTREVISTA DEL DESARROLLO

Nombre del niño: Vita

Edad: 5 años

Fecha de entrevista: 22/05/2018

Quién responde la entrevista: Salute (madre)

Quien entrevista: Gabriela

a) **MOTIVO DE CONSULTA:** Manejo de duelo y apoyo psicológico en el proceso de enfermedad y tratamiento

b) **HISTORIA DEL NIÑO**

1. **¿Cómo fue la respuesta emocional (madre) ante el anuncio del embarazo?** De sorpresa, no lo esperaba, a la vez no quería estar embarazada. Teníamos muchos problemas, ya no queríamos más hijos porque en ese tiempo anadabamos nomas peleando por cosas que pasaron (asesinato del hermano de Morto).
2. **¿Fue deseado (planeado) o accidental?** Ya no deseaba tener más bebés, fue un embarazo frustrado, lloré en cuanto nació. Pensé que iba a ser bien difícil porque nomás no estaban nada bien las cosas.
3. **Deseo de abortar o intentos realizados:** a veces lo pensaba, pero nunca hubo intentos.

Desarrollo del embarazo

Parto (término, inducido, hubo anestesia, qué relación había entre el médico, si conocía el procedimiento, estaba sola o acompañada) ¿Cuántas horas después del parto vieron a su hijo y lo pusieron al pecho? El embarazo duró 9 meses y se desarrolló sin complicaciones, parto normal, a las 5 pm, pesando 2, 740 kg. Fue en el hospital general de los reyes; no conocía al doctor, todo salió bien.

Lactancia (materna) reflejo de succión, se prendió bien del pecho y cuantas horas después del nacimiento; condiciones del pezón. “No, no puedo tengo el pezón invertido” la alimentaron las enfermeras.

Ritmo de alimentación:

Cantidad de horas entre mamada y mamada: tomaba biberón, come mucho, siempre que quería, siempre ha sido bien alimentada.

Cuanto tiempo succionaba cada pecho: no comía pecho, pero si la mamila, pues todo lo que quisiera.

Forma en que solía calmar al niño cuando lloraba, como reaccionaba cuando pretendía alimentarlo y ella rechazaba el alimento. Madamas abrazándola, no le insistía

¿Cómo acepto el cambio del pecho al biberón? Siempre tomó biberón

Fecha del destete y sus condiciones: lo dejó a los dos años, no quería pero le decíamos que el biberón no la quería ya y después ella dejó de pedirlo.

¿Cambio de la leche a otros alimentos? desde los 2 años empezó a comer comida sólida, Abas y frijoles.

Primera palabra

¿Cuál fue? papá

Edad 9 meses

Caminata: cuando tenía 9 meses arrastraba el pie como querido caminar

Gateo: no gateó

¿Aparición de las piezas dentarias se acompañó de trastornos? Edad: 6 meses

Dormir y sus características: cuando duerme conmigo duerme jalándose el cabello y poniéndome los pies en el estómago; cuando duerme con sus abuelos no sé.

Descripción del cuarto dónde duerme el niño (necesita la presencia de alguien, o alguna condición especial para conciliar el sueño). Antes yo no dormía con ella, mis suegros criaron a todos mis hijos, ellos siempre los han cuidado, yo me la pasaba trabajando, pero ahora paso más tiempo con ella, ya dormimos juntas y pues no quiere que me vaya, siempre anda tras de mí, está en el cuarto si estoy yo, pero cuando llegamos a casa se duerme con sus hermanos y casi no me busca tanto.

Cuántas horas duerme: como 9, más o menos, lo mismo que yo, ella se levanta cuando yo me levanto.

CONTROL DE ESFINTERES

Edad: 9 meses **Forma: (actitud de la madre ante la limpieza y suciedad):** pues me dió gusto, la cambio, pero luego de repente se vuelve a hacer del baño, es que su abuela le pone pañal, sigue usando pañal en las noches porque en la noche si se hace.

Enfermedades

Operaciones o traumas, gravedad y reacción emocional de los padres: no, solo una caída del segundo escalón de la segunda planta, cuando jugaba con sus hermanitos, la llevamos al médico y en menos de 24 horas nos dijeron que tenía cáncer; nosotros no la llevábamos por eso, pero al final salió eso.

¿En la familia existen antecedentes de cáncer? “Si, toda la familia materna”, tías (cáncer de matriz), abuelo (testículo).

Exposición a algún agente tóxico o contaminación ambiental: no

Qué medicamentos recibe: quimioterapia, loratadina, prednizona, sambutamol, aerosol.

Problemas de salud persistentes en el niño: no, siempre fue bien sana, ahorita nadamas lo del cancer y pues de repente reacciones como que le da calentura o de repente su le bajan las defensas.

¿Algún otro familiar requiere atención, medicamento especializado? Abuela materna, problemas del corazón, abuelo diabetes. También los hijos que se quedan en casa, los abuelos paternos amenazan con quedárselos y alejarlos de mí, pero dicen que no me los pueden quitar porque yo vengo a traer a mi hija al tratamiento, no los abandoné.

Sexualidad:

¿A qué edad el niño comenzó a preguntar por las diferencias entre niño y niña? no pregunta por la diferencia, pero es muy “coqueta” dice que su novio es el doctor, también le gustan los niños, el otro día se le quedó viendo a uno y que la cacho; también es muy inteligente, a los 2 años dijo que la vida es muy injusta

¿Cuáles son los juegos predilectos de su hijo? El celular, peppa pig y los colores

Escolaridad

¿Guardería, jardín de niños motivos y reacción emocional de la madre y el hijo? No, no ha iniciado sus estudios, el abuelo paterno no lo permite.

C) DESCRIBE UN DIA DE VIDA NORMAL (domingo, días de fiesta)

Los fines de semana, en los reyes rentamos área verde y caballos, llevamos comida para desayunar y regresamos a casa por la noche. Entre semana llevamos a la escuela a los otros niños.

Dependencia e independencia, libertad o coacción externas, estabilidad o inestabilidad de las normas educativas, del dar y recibir: Es muy inteligente y segura, no le da miedo estar sola, si comparte, casi no es peleonera; pero también es muy sola, ella es bien fuerte, ella es mi fortaleza, ella me enseñó a mí no yo a ella.

¿El niño realiza o realizaba actividades laborales de las cuales obtenga remuneración? No

¿Cómo describe la conducta de su hijo? Ahora es caprichuda y egoísta.

¿Cómo considera que es su personalidad? Carácter fuerte y directa, muy sincera, cuando algo no le gusta lo expresa.

¿Existieron cambios o modificaciones en la conducta de su hijo después del diagnóstico? El diagnóstico nos sirvió para conocernos, yo trabajaba, a mis hijos los dejaba un mes, meses, yo me iba a trabajar, con todo esto pasamos más tiempo juntos, lo mío era hacer dinero, yo soy bien gastalona, me gusta lo bueno, entonces mientras yo llevara dinero todo bien, son bien interesados, pero pues ya deje de trabajar y ahora pasamos más tiempo juntas.

D) RELACIONES FAMILIARES

Relación entre padres:

¿Quién pasa mayor tiempo con los niños? Padre

¿Los padres cuántas horas están fuera de casa? antes yo casi todo el día, padre desde la mañana hasta las 5 de la tarde. Pero ahora yo estoy todo el día, nomás que si estoy pensando en buscar otro trabajo y si sale pues a organizarme.

Relación Px madre: nos llevamos bien, con el padre no existe comunicación, es violento y agresivo, psicológica y verbalmente, aparte el abuelo paterno ejerce control y dominio de todos y decide sobre mis hijos; el papá ni tiene autoridad, hace todo lo que su mamita le diga.

Relación Px padre: bien, la niña lo sigue mucho.

Relación hermanos Px: se llevan bien, juegan mucho, con Jenedid juegan al memorama, les gusta mucho también el material didáctico.

¿Se modificaron las actividades de la familia después del diagnóstico?

Explique. Sí, la familia se desintegró, los abuelos paternos tomaron el control sobre la familia y me desplazaron del núcleo familiar. En mamá sí: antes me la pasaba trabajando, por primera vez fui madre, al mes de nacida la deje para salir a trabajar, ahora si juego con ella.

¿Cómo afrontó la familia el diagnóstico?

Me mandaron al psicólogo pero yo no quise ir, por eso vengo hasta ahorita, sé lo que es el cáncer, no me “terapias”, yo lo hago solita. Su padre tampoco quiere, siempre que nos mandan, él se excusa diciendo que va por pales y no regresa. Si para llegar aquí (institución) ni queríamos venir, ya nos habían dicho pero no veníamos, bueno yo sí, pero su papá y el abuelo decían que no, luego yo decidí asistir.

¿Ha tenido problemas de pareja (discusiones frente a los niños)? Huy sí, a mí no me gusta que me pongan límites, siempre discutimos, nomás se la pasa gritando, es muy celoso y controlador, dice que tengo otro y que mejor me quede con ese otro, no estamos bien ya; no hay respeto, la abuela paterna se molesta, se enojaron porque vinimos al albergue, peleamos con mis suegros, no me dejan el control, pero delante de los hijos todo bien.

Forma de castigar al Px:

Madre: le llamo la atención, le digo que no haga las cosas, pero casi no me gusta regañarla, aparte ella entiende muy bien si le dices que no.

Padre: la regaña y le grita, si le pega a veces

Forma de premiar al Px.

Madre: le compro lo que le gusta y quiere

Padre: no le recompensa

¿El Px participa en las labores de la casa? ¿Cuáles? sí, le gusta barrer

¿Qué actividad es la que le gusta más hacer al niño(a)? jugar, pero le gusta más escuchar música.

¿Cuáles son sus temores más frecuentes? Casi no le da miedo nada, es bien valiente

Tiempo que le dedica cada padre al niño

Padre: como dos horas

Madre: todo el tiempo que nos venimos al tratamiento estoy con ella

¿Con qué miembro de la familia se lleva mejor? Con Jenedid, su hermana

¿Cómo consideras que es la relación familiar? ¡Uh! Para que te digo, nomás puros problemas, nos llevamos mal, él y yo ya no estamos nada bien.

¿Cómo festejan los cumpleaños? Con un pastel en la casa, los abuelos lo compran.

¿Qué tradiciones mantienen en la familia y cómo las celebran? Casi nada, solo las fiestas del pueblo, cuando hay que salir a los juegos y ya, en navidades pus cena con la familia, esos es todo.

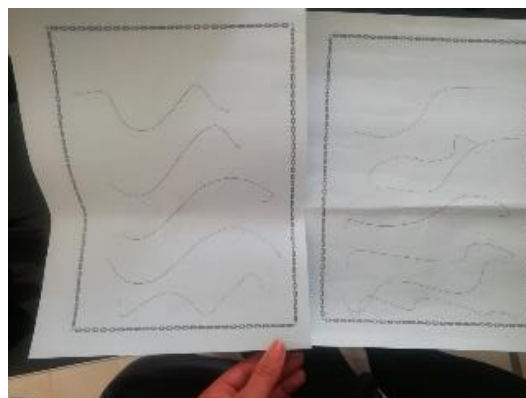
Cuando se presenta algún conflicto en la familia, ¿Cómo lo resuelven? No se resuelven, siempre discutimos; nadie entiende nada, a veces nomas empezamos con una cosa y saca otra, el otro día me dijo cosas y se salió, como que saca pretextos pa decir que esta enojado conmigo y salirse, pero le digo que me lleve y no, prefiere quedarse y ya no salir.

¿Desea hacer algún otro comentario? si, que sí creo que quiero apoyo, pero yo creo que ya en otro día, te digo que yo me terapeo solita, como que estoy bien, nomás que te digo de broma.

**ANEXO 3. Líneas como escritura
escritura**



ANEXO 4. Líneas como



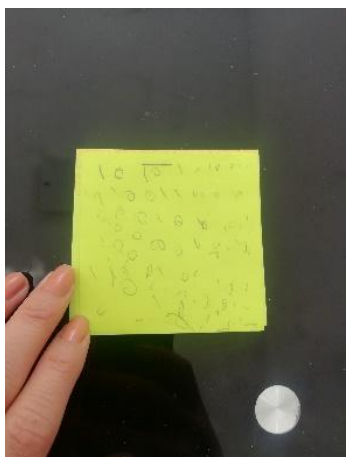
ANEXO 5. Líneas como escritura



ANEXO 6. Caja



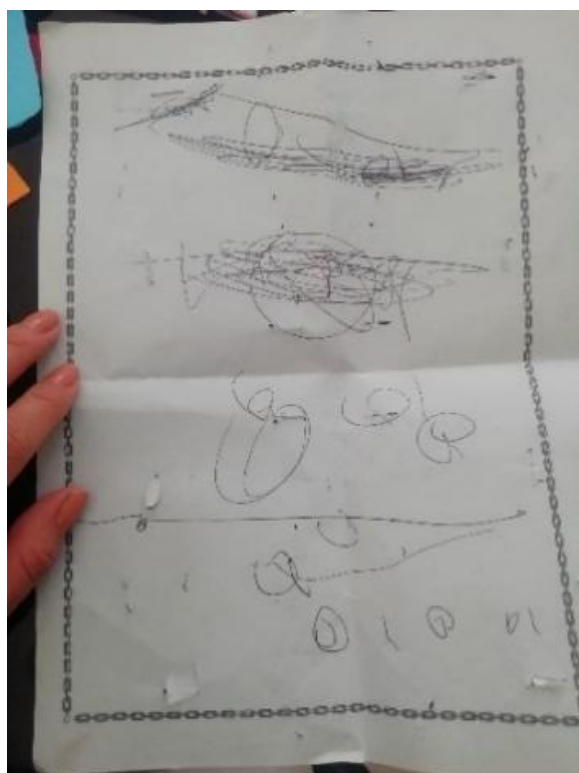
ANEXO 7. Carta sobre la receta



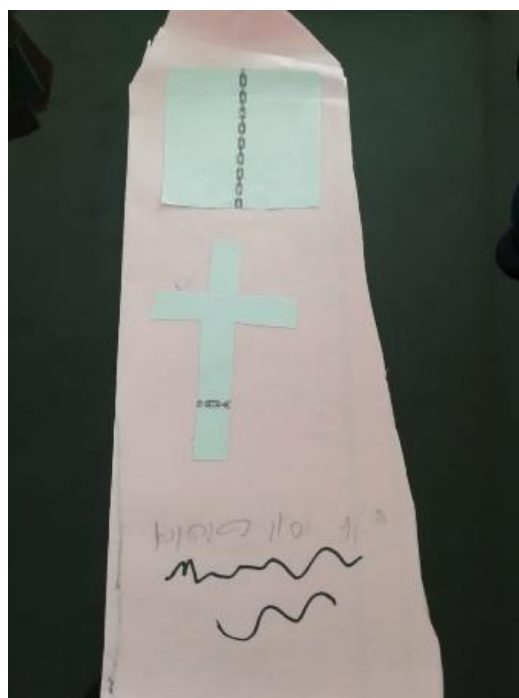
ANEXO 8. Carta para Salute



ANEXO 9. Carta a Chumito (Morto)



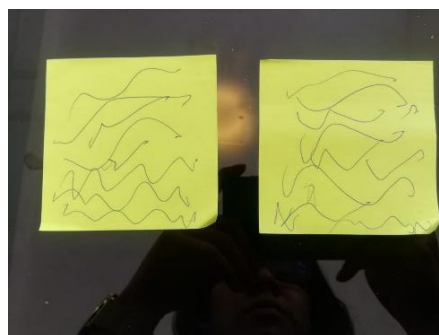
ANEXO 10. Tumba para Chumito



ANEXO 11. Carta y tumba para Morto



ANEXO 12. Carta a Salu y ma Lu



ANEXO 13. Tumba para Salute



ANEXO 14. El nacimiento: tres hojas pintadas



ANEXO 15. Juego de la doctora



ANEXO 16. Juego de la doctora



ANEXO 17. La enfermera



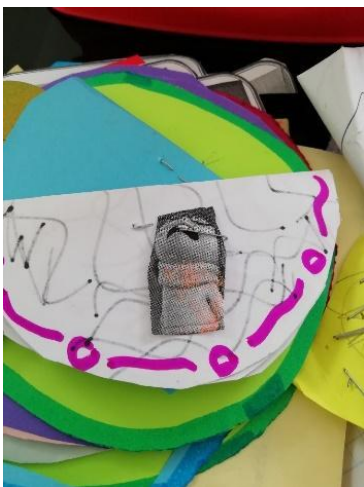
ANEXO 18. Tristeza



ANEXO 19. Catrina



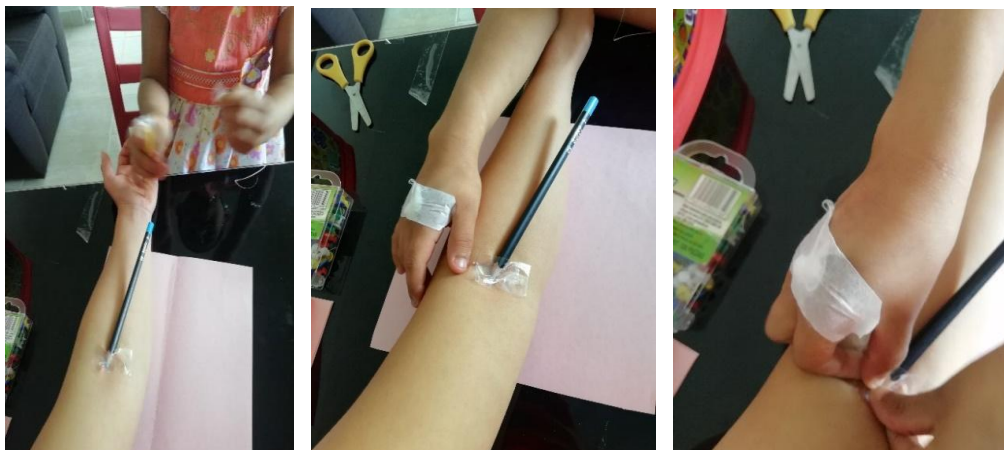
ANEXO 20. Tristeza otra vez



ANEXO 21. Mano de analista



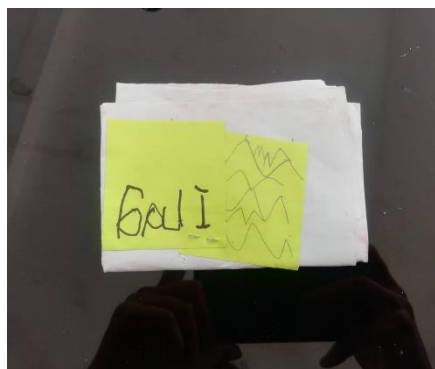
ANEXO 22. Juego de la enfermera



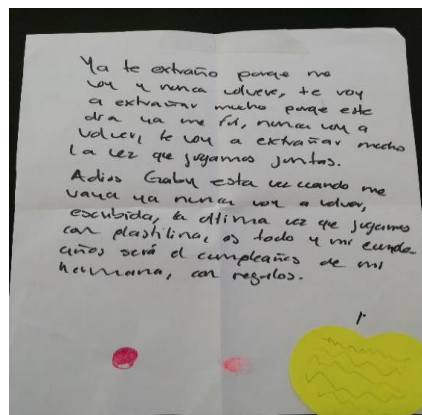
ANEXO 23. Mano llena de tachuelas



ANEXO 24. Carta de la promesa



ANEXO 25. Carta final



Material de análisis

