



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA  
EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TEMA:**

El encuentro del niño con el real de la muerte propia: una mirada  
desde la teoría psicoanalítica lacaniana

**AUTORES:**

Naranjo Sojos, Jennyfer Arianna;

Rojas Echaiz, Betty Susan

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de**

LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TUTOR:**

Rendón Chasi, Álvaro Andrés

**Guayaquil, Ecuador**

14 de febrero del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

### **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Naranjo Sojos, Jennyfer Arianna** como requerimiento para la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica.

**TUTOR**

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Cl. Rendón Chasi, Álvaro Andrés, Mgs**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Cl. Mariana Estacio Campoverde, Mgs.**

Guayaquil, a los 14 del mes de febrero del año 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Rojas Echaiz, Betty Susan** como requerimiento para la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica.

**TUTOR**

f.  \_\_\_\_\_

**Psic. Cl. Rendón Chasi, Álvaro Andrés, Mgs**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Cl. Mariana Estacio Campoverde, Mgs.**

Guayaquil, a los 14 del mes de febrero del año 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Naranjo Sojos Jennyfer Arianna**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación: **El encuentro del niño con el real de la muerte propia: una mirada desde la teoría psicoanalítica lacaniana**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 14 del mes de febrero del año 2022**

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_

**Naranjo Sojos Jennyfer Arianna**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Rojas Echaiz, Betty Susan**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación: **El encuentro del niño con el real de la muerte propia: una mirada desde la teoría psicoanalítica lacaniana**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 14 del mes de febrero del año 2022**

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_

**Rojas Echaiz, Betty Susan**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **AUTORIZACIÓN**

**Yo, Naranjo Sojos Jennyfer Arianna**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **El encuentro del niño con el real de la muerte propia: una mirada desde la teoría psicoanalítica lacaniana**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 14 del mes de febrero del año 2022**

**LA AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_  
**Naranjo Sojos Jennyfer Arianna**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

## AUTORIZACIÓN

Yo, **Rojas Echaiz Betty Susan**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **El encuentro del niño con el real de la muerte propia: una mirada desde la teoría psicoanalítica lacaniana**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 14 del mes de febrero del año 2022**

**LA AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_

**Rojas Echaiz, Betty Susan**

## Informe de plagio



### Document Information

---

Analyzed document	Naranjo.Jennyfer_Rojas.Betty.pdf.doc (D126952288)
Submitted	2022-02-03T14:56:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	betty.rojas@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	0%
Analysis address	alvaro.rendon.ucsg@analysis.urkund.com

**Tema:** El encuentro del niño con el real de la muerte propia: una mirada desde la teoría psicoanalítica lacaniana

**Estudiantes:** Jennyfer Arianna Naranjo Sojos

Betty Susan Rojas Echaiz

**Revisor:** Psic. Álvaro Andrés Rendón Chasi, Mgs.

FIRMA \_\_\_\_\_

A handwritten signature in blue ink that reads "Á. Rendón".

## **AGRADECIMIENTO**

No solo eres el viento delicado que guía mi camino, también me tomas de la mano y me das fuerzas mientras transito por él. Eres mi roca y mi escudo.

Por eso y más, gracias mamá.

A mis amigos y familia por ser una bocada de aire fresco en el momento indicado, por enseñarme la importancia del trabajo en equipo y de las maravillas que nos dan las pequeñas cosas de la vida.

Y a mi pasado y mi mente por aquellas decisiones que permitieron mi presente.

**Jennyfer Naranjo Sojos**

Mi inmensurable agradecimiento a mi madre, por ser todo lo que he necesitado, mi principal fuente de amor, apoyo, paciencia, enseñanza e inspiración.

A mi familia, por ser mi soporte incondicional.

A mis docentes y profesionales involucrados en mi proceso de aprendizaje y crecimiento, que a lo largo de la carrera no dudaron ni un segundo en compartir sus conocimientos.

A mis compañeros, amigos y futuros colegas cuyas risas alivianan las vicisitudes de la vida.

**Betty Rojas Echaiz**

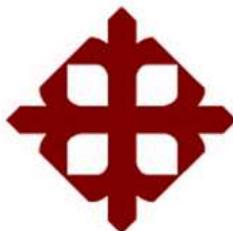
## **DEDICATORIA**

Al niño con el cuerpo y la mente doliente. Para el padre angustiado y con un duelo eterno. Y por supuesto al dador de oídos, ojos, cuerpo y palabras.

**Jennyfer Naranjo Sojos**

Al niño sufriente, al trauma y duelo del sujeto enfermo, a la pérdida y angustia que atraviesa el Otro, y al profesional dador de sentido, a este sin sentido que es la muerte.

**Betty Rojas Echaiz**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**PSIC. CL. MARIANA ESTACIO CAMPOVERDE, MGS.**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**PSIC. FRANCISCO XAVIER MARTÍNEZ ZEA, MGS**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**PSIC. ROSA IRENE GOMEZ AGUAYO, MGS**  
OPONENTE

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	2
JUSTIFICACIÓN.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVOS.....	6
Objetivo general .....	6
Objetivos específicos.....	6
<b>1. CAPÍTULO 1: La infancia desde una mirada psicoanalítica .....</b>	<b>7</b>
1.1. El niño y su familia - sexualidad infantil .....	7
1.1.1. ¿Quién es el niño para el psicoanálisis? .....	7
1.1.2. Configuración familiar.....	9
1.1.3. ¿Qué se espera de una familia? .....	10
1.1.4. El duelo de los padres.....	11
1.2. La relación del niño con el cuerpo .....	13
1.2.1 La construcción del cuerpo en la infancia .....	13
1.2.2 Transformación y deterioro del cuerpo a causa de la enfermedad .....	15
1.2.3 Duelo del cuerpo propio en la enfermedad.....	17
1.3 Deseo del Otro frente a la vida del niño.....	18
1.3.1 El deseo del Otro frente a la vida del niño en circunstancias de enfermedad .....	18
1.3.2 Los vínculos entre pares dentro de una institución de salud ..	20
<b>2. CAPÍTULO 2: Enfermedad y muerte en relación con la infancia.....</b>	<b>22</b>
2.1 Real de la muerte propia.....	22
2.1.1 Significante de la muerte .....	22
2.1.2 Recursos subjetivos con los que puede contar un niño.....	23
2.2 Aportes psicoanalíticos sobre la enfermedad y muerte infantil .....	23
2.2.1 Psicoanálisis y salud mental.....	23
2.2.2 Cuerpo y enfermedad.....	25
2.2.3 ¿Qué es el trauma?.....	26
2.2.4 ¿Qué es lo real para el psicoanálisis y qué vínculo tiene con el trauma? .....	28
2.2.5 ¿Qué significa la muerte para el psicoanálisis? .....	29

2.3	Enfermedad y muerte infantil en la cultura.....	29
2.3.1	La mirada de la cultura frente a la vida de un niño.....	29
2.3.2	La muerte en la sociedad .....	30
2.3.3	Muerte infantil.....	31
2.3.4	Mirada y respuesta social de la enfermedad y muerte infantil en el Ecuador .....	32
<b>3.</b>	<b>CAPÍTULO 3: Dispositivo institucional.....</b>	<b>33</b>
3.1.	Mirada médica a la infancia .....	33
3.2.	Intervención psicológica por parte del servicio de cuidados paliativos	34
3.3.	Encuadre psicológico en el ámbito hospitalario desde una perspectiva psicoanalítica lacaniana.....	37
3.4.	Desencuentros entre la medicina y psicología en el sujeto enfermo ..	39
3.5	Urgencia subjetiva .....	41
<b>4.</b>	<b>CAPÍTULO 4: Casos clínicos .....</b>	<b>44</b>
4.1	Caso clínico 1 .....	44
4.2	Caso clínico 2 .....	49
	<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>54</b>
	Enfoque metodológico .....	54
	Sujeto de la investigación .....	54
	Métodos y técnicas de investigación .....	55
	<b>CONCLUSIÓN .....</b>	<b>57</b>
	<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>59</b>
	<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>60</b>

## RESUMEN

La expresión “yo puedo morir, porque ya viví” hace referencia a que la muerte es aceptada en la etapa adulta por la larga experiencia de vida, sin embargo, también indica que para la sociedad el niño no es parte de esta ecuación; un niño no debe y no puede morir porque no ha vivido. Es como si hubiese una norma que regule que es así como debe ocurrir, tenemos grabada la idea de “naces, creces, te reproduces y mueres”; pero lo que deseamos no es siempre lo que ocurre. La muerte no toma en cuenta la edad, las experiencias, consecuencias, o el tiempo. Es justo esa lógica lo que resulta impensable o angustiante para el ser humano, porque cualquiera puede morir; es la muerte de una vida no vivida lo que nos castra, nos envuelve en un sin fin de dudas, cuestionamientos, miedo y angustias; enfrentándonos así al real de nuestra muerte propia. Pero ¿Qué pasa cuando es el niño quien se enfrenta a este real? Eso es justo lo que esta investigación pretende responder a partir de la experiencia dentro de una institución de salud en Guayaquil, Ecuador.

### **Palabras claves:**

Infancia- Lo real- Configuración familiar- Imago del cuerpo- Enfermedad- Muerte en la infancia- Deseo del Otro- Duelo- Duelo del propio cuerpo- Dispositivo hospitalario- Urgencia subjetiva.

## ABSTRACT

The expression "I can die, because I have already lived" refers to the fact that death is accepted in adulthood due to a long life experience, however, it also indicates that for society the child is not part of this equation; a child should not and cannot die because he has not lived. It is as if there were a rule that regulates that this is how it should happen, we have engraved the idea of "you are born, you grow, you reproduce and you die"; but what we want is not always what happens. Death does not take into account age, experiences, consequences, or time. It is precisely this logic that is unthinkable or distressing for the human being, because anyone can die; it is the death of an un-lived life that castrates us, envelops us in an endless number of doubts, questions, fear and anguish; thus facing the real of our own death. But what happens when it is the child who faces this real? That is just what this research aims to answer from the experience within a health institution in Guayaquil, Ecuador.

**Keywords:** childhood- the real- family configuration- body-image- illness- death in childhood- the Other's desire- grief- mourning of one's own body- hospital device- urgency subjective.

## INTRODUCCIÓN

La interrogante de la muerte y qué es lo que conlleva, es una pregunta que se inserta en el discurso del sujeto conforme va envejeciendo, vivencia experiencias ajenas, vive duelos y construye un significante de lo que es la muerte. Pero, ¿qué sucede cuando el sujeto en cuestión es un niño? Traemos la temática desde la perspectiva de la infancia, porque es en esta etapa de la vida donde se dan las estructuraciones que nos constituyen como sujeto. En su libro, *Clínica con la muerte*, Alcira (2012) explica las marcas en el cuerpo que deja la muerte:

El individuo atraviesa una experiencia de ruptura con el imago de un cuerpo entero y sano, no importa cuán niño, joven o viejo sea. La vulnerabilidad corporal se manifiesta, se sigue adelante, se niega, se apela a los mecanismos defensivos más variados, pero la marca está o estuvo y el psiquismo recibió efluvios de un saber que hiere y a la vez enseña, un saber que teje el delicado hilo de la sabiduría, por un lado, pero que obliga dolorosamente a atravesar los senderos psíquicos de la castración. (p. 10)

Entonces, la muerte, es un significante, que como Freud (1993) en su texto *Duelo y melancolía* afirmaba “carece de inscripción psíquica”, es decir, el sujeto no tiene un imaginario de este significante, hasta el momento en que le toca enfrentarse con este real, ya sea por la muerte propia o la ajena. Por lo cual, definimos a este real como aquel registro psíquico inconsciente, subjetivo y complejo que se muestra al sujeto como una solución de lo imposible, mediante la creación de una lógica a partir de lo inscrito por los otros dos registros (simbólico e imaginario). ¿Cómo el encuentro del niño con el real de su propia muerte podría verse comprometido a partir del lugar en el que vive su agonía? Es esta pregunta lo que nos encamina al análisis de las experiencias de niños hospitalizados cuyas probabilidades de morir son altas. Por tal razón, tomamos los abordajes de Alcira Alizade (2012) al exponer diferentes casos de sus pacientes hospitalizados, quienes hablan desde sus angustias y pensamientos. El mundo de las representaciones frente a la muerte y la angustia cómo afecto predominante, son intervenidos por ella. Abriendo camino al tiempo de agonía, al luto, el cadáver, las ceremonias

funerarias, los rituales, los actos eutanásicos y el problema del dolor. Además, la autora aborda la muerte desde dos vertientes; como aquella vivencia dramática y como aquel momento natural, aspecto que sugiere que hay posibilidades de hacer frente a este real.

Es así como el presente trabajo, también busca analizar las intervenciones psicológicas desde una mirada institucional. En el texto *Cuidados Paliativos Pediátricos* (2016), introducen las diferentes formas de concebir el fenómeno de la muerte en la sociedad; cómo es vista por los niños, por la institución y cuál es la mirada médica hacia el sujeto muriente. Y es a partir de lo que ocurre en estos momentos, que se establece que la presencia de un equipo profesional que acompañe durante este proceso se vuelva cada vez más imprescindible. Posteriormente, se expondrá la intervención del psicólogo inserto en la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos y cómo este se puede ver en conflicto por los ideales de una institución. Lacan (2009) presenta el término “extimidad”, para explicar “lo que está más próximo, lo más interior, sin dejar de ser exterior”

Además, cuando hablamos de esta problemática, no podemos dejar de lado el decir de la sociedad, pues en ella se encuentra inmerso el niño. Este contexto dictamina la forma en la que el niño ve y enfrenta la muerte y la enfermedad. Por tal razón se retoma el texto de Alcira Alizade (2012) donde también se explora el duelo, las angustias y, desde la antropología cómo perspectiva, considera la idea de muerte para varios contextos culturales.

## JUSTIFICACIÓN

Nuestro interés por la problemática “el encuentro del niño con el real de la propia muerte” surge a partir del poco nexo que hay entre las palabras niñez-muerte, en comparación a vejez-muerte. Es común que el discurso de los adultos o adultos mayores esté marcado por la muerte como significante, y como esta problemática no se suele relacionar con los niños, ni desde los mismos niños, nos interesa conocer cómo la muerte puede interferir en la subjetividad de los mismos. La importancia del tema radica en que el real de la muerte no puede pensarse como ajena a la niñez, pues esta preocupación, angustia y el encuentro con lo real incluye a todo sujeto y por ende hay que prestar atención.

El impacto social que este tema puede crear es muy amplio, puesto que, probablemente se deje a un lado aquellas ideas inadecuadas como “los niños no entienden” “los niños no saben” “los niños no tienen que saber”, lo cual puede llevar a que el niño se posicione más como sujeto y por tanto tenga una participación activa o tomada en cuenta en la dinámica familiar, en las decisiones de las mismas y sobre todo de aquello que le concierne a su cuerpo y a su bienestar.

En cuanto a la viabilidad de la investigación, hay muchas probabilidades de que se realice y culmine con éxito, ya que, el trabajo clínico y por ende, los casos tomados como ejemplo y análisis, se realizará en el Hospital Francisco de Icaza Bustamante, conocido también como “El Hospital del niño” de la ciudad de Guayaquil. Incluyendo el hecho de que el área en el que se trabajará será el de Cuidado Paliativos, es decir, la unidad encargada de dar atención psicológica a los niños y los padres de los niños cuya salud esté crítica, su vida esté en riesgo o queden secuelas ya sea por alguna enfermedad o alguna condición en especial.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La problemática de la investigación está guiada a partir de la desinformación que se tiene ante cómo el real de la muerte puede intervenir en la subjetividad de los niños. Debido a que se trabajará con niños pequeños, es probable que se encuentren casos en los que sea a partir del apareamiento de su propia enfermedad o condición, que se inserte el significativo de la muerte, dando paso a la aparición del síntoma, que es la respuesta inconsciente ante algo traumático. Tras el complicado proceso ya mencionado y la desinformación de lo que ocurre, se puede dar paso a intervenciones inadecuadas por parte del contexto social del niño (padres, familia, amigos, psicólogos, doctores en caso de hospitalización, otros), generando tanto en niños como en padres miedos, angustias y traumas.

Generalmente no se sabe cómo intervenir cuando un niño está pasando por el encuentro con la muerte, porque no existe suficiente información al respecto, ya que todo tema de la muerte está más asociado a adultos, o en su mayoría a adultos mayores. Es más, cuando hay una muerte dentro del ámbito familiar, los adultos suelen dejar a un lado a los niños o jóvenes porque piensan que no es necesario explicarles, creyendo que no entienden o a modo de protección; también suele ocurrir que no saben cómo hablar del tema o en ciertos casos no los hacen partícipes de ese sufrimiento.

La investigación se realizará tomando en cuenta las experiencias y vivencias de los pacientes de hospitalización del hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante. La delimitación de la población a investigar será: niños y niñas de la ciudad de Guayaquil, desde los siete hasta los diez años de edad, y que cumplan con los criterios necesarios para recibir atención del área de cuidados paliativos del hospital. El tiempo de intervención con los pacientes será desde el 25 de mayo del 2021 hasta el 31 de enero del 2022. Así mismo, las intervenciones realizadas, tendrán de base un marco teórico psicoanalítico, el cual tratará categorías relevantes como la muerte, la niñez, la estructura familiar, el significativo de la muerte; añadiendo lo que se entiende por cuerpo, síntoma, demanda, duelo, culpa.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Analizar los efectos subjetivos del encuentro del niño con el real de la propia muerte frente a situaciones de enfermedad orgánica.

### **Objetivos específicos**

- Describir el proceso de constitución subjetiva del niño y los efectos que se producen frente al encuentro con la posibilidad de su propia muerte desde una perspectiva psicoanalítica.
- Explicar la importancia de recibir una intervención psicológica oportuna en niños mediante la descripción de la terapéutica propuesta por el psicoanálisis
- Detallar, a través de casos clínicos, las experiencias del encuentro con lo real de la propia muerte, desde la mirada del niño y el Otro.

# 1. CAPÍTULO 1: La infancia desde una mirada psicoanalítica

## 1.1. El niño y su familia - sexualidad infantil

### 1.1.1. ¿Quién es el niño para el psicoanálisis?

El niño ha sido introducido en la sociedad como aquel ente del que varios discursos se sienten autorizados a hablar, exponiéndolo como un compendio de datos biológicos, sociológicos, psicológicos, jurídicos y pedagógicos. Desde el psicoanálisis, sin embargo, no se pretende dar solo una serie de respuestas, sino principalmente a generar una diversidad de preguntas que parten de la interrogación de *quién es un niño*. Para el psicoanálisis, hablar del niño implica diferenciar entre estructura y desarrollo, pues desde el punto de vista estructural, se puede ir más allá de lo cronológico; descifrando la lógica del sujeto, el cual resulta de la operación de la estructura y aquello que está más allá de la edad

Al hablar del niño en psicoanálisis es hablar de sujeto, se trata de un sujeto atravesado por el lenguaje, y por lo tanto dividido, castrado, en falta. (en el caso de la neurosis). Al decir que no hay sujeto si no hay lenguaje, se plantea que para Lacan el sujeto es el ser hablante. Lo cual indicaría que el sujeto es la consecuencia del orden significante, que a su vez es causado por la castración. Por lo tanto, se precisa que:

Hay momentos en los cuales se va constituyendo el sujeto, momentos en los cuales la cronología de los hechos no tiene mucho que ver. Uno de estos momentos es lo que Freud denominó el complejo de Edipo. El Edipo es un momento en el cual el niño se encuentra con la castración, por lo tanto, recae en él una barra y se inscribe la posibilidad del deseo, de la falta. Tras asumir una posición sexuada, el sujeto se inscribe en la ley, en la cultura, en lo simbólico. Se puede decir entonces que, en estos primeros momentos de vida se instaura el inconsciente y se posibilita el deseo. Desde este momento, ya no se está hablando de niño, sino de sujeto, sujeto del inconsciente. Dependiendo de la estructura, este lugar tomará una forma particular, esto quiere decir que el sujeto niño tendrá un modo particular de respuestas y ubicación en estas. (Rojas, Lora, & Ximena, 2008)

Es importante distinguir en la enseñanza de Lacan el tránsito de la teoría fálica de la posición del niño, al objeto “a”. Desde esta posición, el niño tendrá que ver su relación con el falo, de qué forma dejó la posición del ser y cómo accedió al lugar del tener; será la forma de finalización de este recorrido lo que definirá su estructura. Esto conlleva a una clínica situada a partir de la marca fálica de la castración. Sin embargo, no todo es comprendido por el significante fálico, dejando a un real fuera de este significante. Lora (2003) indica que “al quedar algo fuera, el falo ya no es visto como único elemento ordenador; si bien la identificación fálica sirve para separarse de la madre, la posición fálica del niño y del Edipo será revaluada ante la presencia del objeto a” (p.3)

Lora (2003) cita a Lacan afirma que:

Para entender cómo situar al niño, estamos obligados a tomar en cuenta el tratamiento del goce en otra escala que no es la escala familiar, otorgándole otro estatuto a la metáfora paterna y al Edipo, pues ya no se trata de una forma metafórica del Edipo, sino de la lógica que opera a partir de la estructura, pérdida de goce que implica la operación de la función Nombre del Padre y que sólo es posible dar cuenta de ella a partir de la estructura significativa (p. 3)

Esto permite considerar cómo algo que está más allá del significante fálico, de aquello que únicamente se puede nombrar mediante el NP y el operador fálico, se logra incorporar en el sujeto. Algo del real del padre queda fuera del significante: el objeto “a”. Lora (2003) citando a Lacan dirá que: “el objeto a es lo que todos ustedes son en tanto puestos ahí, cada uno el aborto de lo que fue para quienes lo engendraron causa del deseo” (p.3). Entonces, el niño ya no está en posición de ser el falo, es un resto. A partir de estas consideraciones, el niño es el aborto de un deseo que lo sostuvo.

En *Notas sobre el niño*, Lacan (2012) señala que “las respuestas a la pregunta ¿qué me quiere mi madre? implican diferentes posiciones del niño y que hay que distinguir: el niño como falo, el niño síntoma de la pareja familiar y el niño que realiza el objeto del fantasma de la madre” (p.393). Lo cual dará cuenta del discurso del niño y su familia, y a su vez tendrá consecuencias en las respuestas del niño a partir de su posición subjetiva. Asimismo, Lora (2003) indica que:

Hay que asegurarse es que el cuerpo del niño no responda al lugar del goce de la madre, que no responda al objeto "a". Para ello, habrá que construir alguna ficción, una versión del fantasma que permita responder sobre este goce, es decir, lograr una versión para el niño más allá de ser objeto "a" de su madre, un modo en que el niño pueda poner en juego su singularidad de sujeto y su responsabilidad en relación a un deseo, produciendo la inscripción de la castración (p.3).

### **1.1.2. Configuración familiar**

"La crisis de la familia cómo institución" tema importante hoy en día; los nuevos escenarios familiares (por ejemplo, una familia con matrimonio homosexual), el incremento del divorcio, la elección de un matrimonio sin hijos o las fecundaciones asistidas, evidencian a nivel fenomenológico la serie y aumento una crisis y cambios en la estructura familiar que en su momento dese tuvo normalizada.

En psicoanálisis se habla de la novela familiar, cómo aquella fantasía que crea o modifica el sujeto sobre su familia, por eso se indica que es cosa del inconsciente. Cuando el analizante habla, en algún momento de su discurso evocará los recuerdos de su niñez, de cómo fueron sus padres, de los malentendidos, secretos o problemas familiares; ubicándose entre lo dicho y lo no dicho.

Para el psicoanálisis es el deseo del Otro lo que constituye al sujeto dentro de la familia como una insta que trasmite la ley y establece un orden genealógico, que a su vez generan un sentido de identidad y pertenecía en el sujeto. En el texto *La familia como institución* (Orlando, 2009).

Es la preexistencia de un deseo lo que abre la posibilidad de devenir sujetos. El Otro, representado generalmente por el padre y la madre, al otorgar un nombre, al ubicar al sujeto como un eslabón de una cadena genealógica, al sentirse incluido en las sucesiones generacionales y en los linajes familiares, posibilita que cada sujeto construya su historia. En este sentido, la familia, puerta de ingreso a la cultura y a la historia, está abonada por ese deseo que nos antecede. Entonces, la familia desde el psicoanálisis es un lugar simbólico que antecede a todo sujeto

en tanto estructura constituyente de la subjetividad abonada por el deseo inconsciente. (p.88)

Según Orlando (2009) “La estructura edípica puede ser considerada como el fundamento de la estructura familiar” (p.88). Es decir, es en esta familia emisora de la ley la que inscribe en el sujeto la producción del incesto, lo cual cumple dos funciones: por un lado impone a una renuncia y por otro lado está renuncia abre paso a las sustituciones desecantes. Por lo tanto, Orlando (2009) indica que “el valor de la familia es formativo, ya que ubica a cada sujeto en el orden de los intercambios y de la transmisión” (p.88). La familia cómo institución designa el lugar que cada integrante ocupa; sin embargo, este orden puede ir cambiando, los lugares pueden ser reemplazados o modificados, y así mismo los marca de forma genealógica. Lo que otorga a cada uno de los integrantes de la familia un lugar diferencial. Diferencia que determina su sexualidad y el lugar a ocupar en el orden cultural, fundando los modos en que los sujetos se perciben y, por lo tanto, perciben a los demás en sus lazos con ellos, con una determinada historia y construyendo una ficción de sus orígenes que incluye a quienes lo precedieron.

### **1.1.3. ¿Qué se espera de una familia?**

Cada integrante de la familia ha producido y recibido marcas del Otro; marcas generadas por lazos de sangre y pertenencia. Desde la perspectiva del Otro, cada uno es la consecuencia de la respuesta a estas marcas: para el psicoanálisis esto se denomina “fantasma” y designa la forma en la que el sujeto responde a su real, a partir de cómo incide el Otro en Uno. Pero ¿qué pasa cuando esta familia se ve involucrada en asuntos de enfermedad y muerte? Es esta alianza y estas marcas las que producen expectativas alrededor de la familia, el conocido “lazo familiar” se convierte en una prueba, se espera que estos a quienes marcamos y han sido marcados se comporten o piense acorde a o en función de. Sin embargo, el caso se intensifica a la hora de enfrentarse con el inesperado momento de la enfermedad dentro del círculo familiar.

Por tanto, la familia se ve evaluada cultural y hospitalariamente de la siguiente forma:

- Matrimonio unido y fuerte
- Apoyo constante en el núcleo familiar
- Familiares permisivos
- Familiares positivos
- Rápida adherencia al tratamiento
- Vida personal de cada integrante sin alteraciones
- Buen manejo de información médica y de diagnóstico
- Tiempo 100% disponible para el niño enfermo
- Preparación para posible muerte del paciente
- Comprensión de cada procedimiento médico
- Rápida Adaptación al medio hospitalario.

#### **1.1.4.El duelo de los padres**

Alonso (2017) en su texto *Duelo en padres ante una muerte accidental: Una mirada desde el psicoanálisis* toma en cuenta las propuestas psicoanalíticas de varios autores a cerca del duelo, en base a la cual destacamos lo siguiente:

En el esquema propuesto por Freud, el propósito del trabajo de duelo será la sustitución del objeto perdido. Lacan por el contrario considera que no existe objeto sustituto, siempre será otro objeto. Para Freud se trata de un trabajo de duelo, mientras que para Lacan el duelo es una función, la función subjetivante. (p.11)

Baub (2011), plantea que a su parecer cuando Lacan habla del duelo en sus seminarios, particularmente en el Seminario 6 y en el Seminario 7: “no se conforma con considerar lo sustitutivo, como culminación del duelo, sino que aporta elementos para pensar que un duelo ofrece la ocasión de una recomposición significativa en la estructura, y en consecuencia en una redistribución de goce” (p.3). Podría decirse entonces, que para Lacan el duelo no puede superarse sustituyendo al objeto amado perdido, sino por una recomposición de significantes y una modificación del vínculo establecido con dicho objeto.

En el Seminario *La Angustia*, Lacan (2006) plantea: “Sólo estamos de duelo por alguien de quien podemos decirnos yo era su falta” (p. 155). Es decir, hacemos duelo por quien considerábamos éramos su falta y causábamos deseo. Lacan apuntaría entonces a la subjetividad del doliente, del efecto que está muerte tiene en el, no solo está de luto por aquella persona, sino por lo que significaba para alguien; algo suyo también murió.

Elmiger (2010), sostiene que:

La persona en duelo invariablemente padece un colapso traumático quedando expuesta a lo real, rompiéndose su cadena significativa sin obtener pronta respuesta en lo imaginario-simbólico, quedándose muchas veces vacía y sin palabras. Por ello es que se considera de gran importancia la función subjetivante en el duelo que otorgará al sujeto la posibilidad de reacomodar su posición en el mundo: su trama significativa, sus recursos simbólicos e imaginarios para hacer frente a la embestida de lo real que la pérdida, la muerte de una persona querida ocasionó (p.19).

Con la muerte de un hijo, no solo se pierde un ser amado o un pasado en común, también se pierde la idea de lo que ese hijo pudo ser, pudo dar o lograr, los sueños, esperanzas, y las experiencias que ya no compartirá. Quienes perdieron a su único hijo también pueden sentir que perdieron su identidad de ser padres, puede aparecer la angustia de no poder volver a ser y que tampoco podrán tener nietos.

Según la Sociedad Americana de Clínica Oncológica (2018) en ciertos casos los padres pueden experimentar las siguientes reacciones de duelo:

- Confusión, rechazo y negación, incluso si la muerte de su hijo era esperada.
- Culpa extrema o sentimiento de que falló como padre.
- Temor o miedo de estar solo y sobreprotección de sus hijos vivos.
- Resentimiento hacia los padres con hijos sanos.
- Cuestionar o perder la fe o creencias espirituales.
- Soledad y aislamiento intenso, incluso cuando se encuentra rodeado de gente, y sentir que nadie puede comprender realmente lo que siente.

## **1.2. La relación del niño con el cuerpo**

### **1.2.1 La construcción del cuerpo en la infancia**

Cuando hablamos de que es un cuerpo, la ciencia brinda una descripción exacta y precisa, se refiere a un conjunto de partes que se integran como unidad, un organismo. Sin embargo, el cuerpo del psicoanálisis es descrito desde diferentes visiones y por distintos autores. Entonces, para abordar el tema de la construcción del cuerpo en la infancia, es necesario partir de Lacan. En su texto *Escritos 1*, Lacan (2005) habla acerca del estadio del espejo como formador de la función del yo, en el cual se plantea al cuerpo como constituyente y no constituida, haciendo alusión a la imagen y su enlace con el cuerpo.

(...) el estadio del espejo es un drama cuyo empuje interno se precipita de la insuficiencia a la anticipación; y que para el sujeto, presa de la ilusión de la identificación espacial, maquina las fantasías que se suceden desde una imagen fragmentada del cuerpo hasta una forma que llamaremos ortopédica de su totalidad –y hasta la armadura por fin asumida de una identidad alienante, que va a marcar con su estructura rígida todo su desarrollo mental. (Lacan, 2005, p. 90)

La imagen corporal del cuerpo, es el resultado del proceso psíquico, que se da en los primeros seis meses a un año y medio de vida del sujeto, el estadio del espejo. En el cual se plantea que, en un principio no existe una imagen corporal como unidad, el cuerpo está fragmentado, no está delimitado, propio de la fetalización en la que se encuentra el sujeto en dependencia total del gran Otro. Y será este Otro, el encargado de insertar al sujeto en el mundo de lo simbólico, mediante la identificación con una imagen externa, que crea la primera delimitación “este momento en que termina el estadio del espejo inaugura, por la identificación con la imago del semejante y el drama de los celos primordiales, la dialéctica que desde entonces liga al yo (je) con situaciones socialmente elaboradas” (Lacan, 2005, p. 91).

El sujeto forja su propia imagen del cuerpo, basado en una identificación con la imagen externa (en el espejo), que le presenta el Otro, alineándose. Lacan (2005) indica que:

La transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen [...] en la que el yo (je) se precipita en forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto (p. 87).

Y es a partir, de este momento que el sujeto, su imagen, se vuelve una unidad por la conformación del yo. Así mismo, Lacan (2005) plantea que, “la forma total del cuerpo, gracias a la cual el sujeto se adelanta en un espejismo a la maduración de su poder, no le es dada sino como Gestalt...” (p. 87). Siendo esta la apertura para la relación fundante del *Innenwelt* con el *Umwelt*, términos que usa Lacan para referirse al mundo interior del sujeto y al mundo exterior, como el Otro portador de significante. No obstante, Piro (2007), cita a Lacan en el *Seminario de la angustia*, cuando este habla del resto corporal:

No todo lo que se presenta frente al espejo queda reflejado en él. Esto introduce una especie de viraje en lo referido al estatuto de la imagen. Lo que no adviene en la imagen del reflejo, o revela faltar en ésta, es el objeto a, noción que conduce a la categoría de lo real y que aparece en calidad de aquello que vacía la imagen especular con su hiancia bajo la especie de lo no especularizable. (p.223)

Otro lado, Miller (2002) en su texto *Biología lacaniana y acontecimiento del cuerpo* busca describir el cuerpo más allá de la mera imagen obtenida en el estadio del espejo “el cuerpo habitado por las pulsiones queda atrapado en las redes significantes, se incluye en el discurso y al hacerlo, mortifica al ser viviente. Pero tampoco lo simbólico, la mortificación significativa reabsorbe todo lo concerniente al viviente” (pág. 7). Miller se encarga de colocar al cuerpo dentro de esta operación del *viviente*: “La vida no se reduce al cuerpo en su bella unidad evidente. Hay una evidencia del cuerpo individual, del cuerpo en tanto que Uno, que es de orden imaginario” (pág. 9). Así mismo, Mahé y Ramos (2012) en su texto *Enfermedad, cuerpo y síntoma* coinciden con Miller indicando, “el bebé se identifica alienándose en la imagen, pero la imagen no es suficiente. porque está atravesado por el significante, lo cual demuestra que no es solamente cuestión de imagen y de biología (p. 269)

La imagen inconsciente del cuerpo como el conjunto de las primeras y numerosas impresiones grabadas en el psiquismo infantil por las sensaciones corporales que un bebé, o un feto, experimenta en el

contacto con su madre. Son las sensaciones experimentadas y las imágenes impresas ya desde la gestación y a lo largo de los tres primeros años de vida hasta que el niño descubre su imagen en el espejo (Nasio, 2008, p. 20).

### **1.2.2 Transformación y deterioro del cuerpo a causa de la enfermedad**

¿Qué pasa cuando el cuerpo de la ciencia, ese conjunto de sistemas y órganos, enferma? Gallo (2002), en su texto *Cuerpo y enfermedad: una aproximación psicoanalítica* indica la importancia de lo simbólico y lo imaginario de una enfermedad, menciona que “el enfermo crónico, sobreinvierte la representación psíquica de la zona lesionada y dolorosa, él no dice que el enfermo se enamora de su organismo, sino de la representación mental del lugar del cual se queja” (pág. 122). Si bien es cierto, en una primera instancia el órgano doliente comienza a producir cambios en el organismo, generando un dolor real, que solo es significado en el imaginario, por el discurso de los otros.

Continuando con el texto de Gallo (2002) expresa que, “el sujeto así identificado se convertirá en una boca por la que se revela la alineación fundamental del enfermo a los significantes amos encarnados por ese Otro que lo puso a cargar con el nombre del mal que lo aqueja” (pág. 127). Entonces, la enfermedad está ligada al lenguaje y la connotación que se le da a esta, ya que siguiendo a Lacan (2005) el sujeto tachado, en falta, tiene la imagen de su cuerpo a partir de una identificación con el otro, por lo cual la enfermedad cambiaría esta imagen corporal del sujeto. Se detalla:

Una de las mayores “desventajas” de las diferencias físicas es la actitud de aquellos que consideran que las personas físicamente diferentes son de algún modo “especiales” en comparación con las personas denominadas “normales”. Esto puede afectar a su imagen corporal y al concepto que usted tiene de sí mismo. Las personas “sanas” no suelen sentirse cómodas cuando se relacionan con aquéllas que son físicamente diferentes. Asimismo, aquellas personas con diferencias físicas pueden ser sumamente sensibles a las reacciones de los demás y, por consiguiente, sentirse acomplejadas (Winchell, 1996, p. 3).

El niño, un sujeto que aún se está constituyendo, ve su cuerpo cambiar, el imaginario de su cuerpo que había creado con la ayuda del Otro, debe de modificarse creando en el sujeto un duelo por la pérdida de su imagen corporal

previa, convirtiéndose en una experiencia traumática. Al mismo tiempo, se encuentra lidiando con la mirada de los otros y sus subjetividades. Winchell (1996) sostiene que: “Más allá de sus características físicas, ésta refleja la percepción subjetiva de su físico. Puesto que este concepto se genera en su mente, los filtros personales de su propia experiencia contribuirán al concepto interno que tiene de su físico” (p. 3).

En la medicina, el personal médico emite un diagnóstico con base en los signos y síntomas de la enfermedad, y es con esta con la cual nombran al sujeto, volviéndolo su enfermedad, su diagnóstico médico. Así mismo, se da con los otros en el entorno del sujeto (familiares, pares, etc.) el significante de *enfermo* se convierte en la identificación del sujeto. Pero ¿cuál es la posición de un enfermo? Arboleda (2010) citando a Freud define la enfermedad como “un proceso con un devenir temporal. No es una situación o estructura armada, sino un acontecer, una sucesión de hechos en el tiempo (...) es un hecho que irrumpe y se instala en el devenir temporal” (p.3). Por lo cual, la posición de enfermo estaría sujeto a la mirada que tengan los otros con respecto a quien es un enfermo y como este debe comportarse, sin embargo, esta suele ser asociada a incapacidad, vulnerable y desvalidez. Se puntualiza:

Cuando la enfermedad ya no es vivida como un cuerpo extraño que debe extirparse del organismo y del ser, sino como una forma de representar a este último, de nombrarlo ante otro, ya no hay sujeto dispuesto a curarse, a colaborar con el médico en su tratamiento, sino dispuesto a hacerse reconocer con el nombre de su enfermedad. (Gallo, 2002, p. 126)

Más adelante en el texto de Gallo (2002), se indica que esta posición de enfermo, en la que el personal médico y los otros de los que está rodeado el sujeto, buscan ubicar al sujeto, significaría un impedimento para la cura orgánica “(...) se constituye en un obstáculo subjetivo para la curación, pues implica un acomodamiento del yo al mal, que sin duda lo conducirá a descubrir que mediante la enfermedad puede llegar a obtener ciertas ventajas familiares y sociales” (p.127). El sujeto enfermo puede llegar a usar el mecanismo de defensa de la regresión, debido a su “desvalimiento” característico de su enfermedad.

Aquel enfermo que dice "yo soy... ", está bien educado, es Objeto de una segregación porque ese nombramiento con su mal de entrada le impedirá ser como los otros, hecho que lo empuja a adaptarse a su mal y no a revelarse psicológicamente, sin que por ello abandone las precauciones que sean indispensables para su curación (Gallo, 2002, p. 127).

Cuando se habla de enfermedad, se refiere al malestar o sufrimiento que está padeciendo el sujeto, sin embargo, cuando se habla de una enfermedad crónica, esta suele verse relacionada con la muerte. Entonces cuando Gallo (2002) habla del nombramiento de enfermo, este también se convertiría eventualmente, en el sujeto moribundo. Por ello, Philippe La Sagna (2012) en el texto *Embrillos del cuerpo* de Miller indica que, "para morir no basta con ser moribundo, (...) aquí la pulsión de muerte se apodera de la muerte orgánica programada. Frente a la muerte real nos conformamos siempre una demanda de muerte" (p. 127).

### **1.2.3 Duelo del cuerpo propio en la enfermedad**

El cuerpo enferma, y trae consigo los cambios orgánicos y físicos, que repercuten en la imagen del sujeto, la cual se constituye a partir del proceso psíquico del estadio del espejo. Y es cuando este imaginario del cuerpo se ve alterado, que el sujeto pasa por una pérdida, pierde a su yo previamente establecido, y deberá atravesar un proceso de duelo para poder afrontar estos cambios. Pero, ¿a qué se refiere un duelo? Freud (1992) en el texto *Duelo y melancolía* de las *Obras completas volumen 14*, define el duelo de la siguiente forma:

El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía (y por eso sospechamos en ellas una disposición enfermiza). Cosa muy digna de notarse, además, es que a pesar de que el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico ni remitirlo al médico para su tratamiento. Confiamos en que pasado cierto tiempo se lo superará, y juzgamos inoportuno y aun dañino perturbarlo (p. 241).

Freud en esta cita, busca diferenciar el duelo; el proceso por el que debe pasar el sujeto para poder afrontar la pérdida, y la melancolía; la cual se aproximaría a lo patológico. Sin embargo, dependerá de los recursos y estructura psíquica de cada sujeto el cómo llevará su pérdida. Entonces, se describe como se afronta un duelo fuera de los niveles patológico “hallamos que inhibición y falta de interés se esclarecían totalmente por el trabajo del duelo que absorbía al yo” (p. 243). Si las vivencias del niño, subjetividades de los otros en su entorno y relaciones personales, le aportan medios para poder atravesar la pérdida del cuerpo enfermo, podrá elaborar sus etapas del duelo y concluirlo.

El enfermo nos describe a su yo como indigno, estéril y moralmente despreciable; se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo. Se humilla ante todos los demás y conmisera a cada uno de sus familiares por tener lazos con una persona tan indigna. No juzga que le ha sobrevenido una alteración, sino que extiende su autocrítica al pasado; asevera que nunca fue mejor. El cuadro de este delirio de insignificancia —predominantemente moral— se completa con el insomnio, la repulsa del alimento y un desfallecimiento, en extremo asombroso psicológicamente, de la pulsión que compele a todos los seres vivos a aferrarse a la vida. (Freud, 1992, p. 243)

¿Qué es lo que pasa en la psique del sujeto al pasar por el duelo?

León (2011) en su texto *El duelo, entre la falta y la pérdida* explica:

El principio de realidad ha mostrado al sujeto que el objeto está perdido y que es necesario retirar la libido de este objeto. A través de una serie de combates particulares, de combates que exigen una gran pérdida de tiempo y energía, el sujeto deberá entonces deshacer, disolver cada recuerdo, cada esperanza a través de la cual la libido estaba ligada al objeto (pág. 69).

## **1.3 Deseo del Otro frente a la vida del niño**

### **1.3.1 El deseo del Otro frente a la vida del niño en circunstancias de enfermedad**

El deseo del Otro está relacionado con la demanda en relación al ideal y el sujeto objeto de deseo está cargado de angustia, tanto como el Otro

deseante, por ser inconsciente y por demostrarnos que como sujetos estamos tachados.

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. Se diferencia de la necesidad en cuanto ésta surge de un estado de tensión interna que encuentra satisfacción por acción específica que procura el objeto adecuado. El sujeto está pendiente de la cadena significante. Por lo tanto, toda demanda del sujeto implicará demanda de significantes; ésta cava un intervalo a la cuestión de la necesidad, la deja suspendida, y en esa suspensión es donde se manifiesta el deseo, donde tiene lugar el mismo (Barrionuevo & Sanchez, 2013. p.3)

En la enfermedad del niño, llega un momento en que el enfermo deja de ser el único paciente o víctima de la enfermedad, pues la familia, especialmente los padres, se vuelven uno con el niño y se atañen al diagnóstico, a la hospitalización, al tratamiento y a los síntomas que esto conlleve. Es así que se logran posicionar como sujetos demandantes, adjudicándose el derecho de ubicar su deseo sobre el deseo del niño.

Febres Cordero (2013) indica que “La familia es la comunidad étnica y/o religiosa que desea sujetos que perpetúen las prácticas y las creencias” (p.2). En este caso se podría decir que el deseo del Otro (familia) pretende introducir sus deseos en el niño durante su estancia hospitalaria en miras no solo de la aprehensión de las mismas, sino de cumplir aquellos deseos liberadores de angustia, por ejemplo, la aceptación y vivencias de rituales religiosos, el cumplimiento de experiencias antes de la muerte o la estabilidad emocional.

Por otro lado, el médico, como supuesto a saber, se posiciona no solo como regulador de la ley sino como aquel que encumbra su deseo frente a la vida del niño. Febres Cordero (2013) menciona lo siguiente:

La voz y la mirada están implicadas en la relación del niño al saber. Es necesario que una voz porte el saber. Los psicólogos dan cuenta que los resultados escolares mejoran cuando la voz del profesor sostiene el significante. Por otro lado, la educación apunta a incorporar en el sujeto la mirada del Otro de manera que el sujeto mismo se vigile, se

controle como si fuera Otro. El niño debe incorporar algo del Otro, y eso es por excelencia, la mirada del Otro (p.1)

Tomando como referencia lo anteriormente mencionado, el deseo de este Otro, busca que este niño se apropie de sus significantes, resonando su deseo y volviéndolo necesario y vital para el niño. Es decir, el niño tiene que aprender sobre su enfermedad, tiene que aprender a vivir en hospitalización y en enfermedad; tiene que convertirse en cuidador y vigilante de su cuerpo, ser el paciente ideal. Sin embargo, es curioso como el niño en ciertos momentos quiere ser ese paciente o ese hijo. Barrionuevo (2013) citando a Lacan, sostiene que:

El deseo “es el deseo del Otro”, pues el sujeto quiere ser objeto del deseo del Otro y objeto de reconocimiento también. Que el deseo surge en el campo del Otro, en el inconsciente, lleva a considerar la condición de producto social del deseo, puesto que se constituye en relación dialéctica con los deseos que se supone tienen otros. (p.4)

Este deseo del Otro que constituye una falta en lo simbólico, dando lugar a la alienación del niño con el deseo materno. Es a partir de la articulación del deseo con la ley, que el niño consigue librarse del goce del Otro. “Esta doble operación lógica lleva el nombre de alienación-separación, y el sujeto se constituye, justamente a partir de la misma” (p.4)

### **1.3.2 Los vínculos entre pares dentro de una institución de salud**

El sujeto es un ser social desde su nacimiento, crea sus primeros vínculos e identificaciones para constituirse, y posteriormente se inserta en el mundo social por su vínculo con el Otro. Se postula que:

El lenguaje determina para el psicoanálisis al ser humano como parl'être, como ser parlante, no orgánico, no ser de necesidades biológicas sino pulsional que padece este efecto por su inscripción significativa, su inscripción en el campo de lo simbólico, cuyo correlato es la dolencia de la falta de un objeto para la satisfacción que hace al sujeto deseante causado por un objeto estructuralmente perdido (Pelaez, 2011, p. 4).

Siguiendo a Pelaez (2011), podemos afirmar que el sujeto es un ser de lenguaje y social, que necesita de los otros. Se encuentra inmerso en lo

simbólico, gracias a una identificación previa con el Otro. Es por ello, Acuña (2018) cita a los autores Badiou & Roudinesco, los cuales traen su aportación del lenguaje en la infancia y como se propone un juego, colocando la condición expresiva en un sitio privilegiado de ausencia; como destino y voluntad que irrumpe desde lo real, para evocar a un tiempo indefinido donde la memoria y el recuerdo se inscriben en el orden simbólico que invita al juego imaginario y metafórico con sus significados (p.329). Pues, si bien se dio una identificación primaria con el Otro, el sujeto seguirá realizando nuevas identificaciones.

Pero, ¿qué pasa con los vínculos entre pares cuando el sujeto se ve inmerso en el ambiente hospitalario? El sujeto ha sido alejado de toda su realidad y su cotidianidad, y es insertado en un nuevo entorno, en el cual comienza a notar la transformación y deterioro de su cuerpo, así mismo el estatuto de enfermo con el que es nombrado, pierde su autonomía y su nombre propio, pierde el yo que había constituido, y le apremia buscar nuevas identificaciones que lo ayuden a reconstruirse. Es en aquel momento que su mirada se posa en los otros niños, que también poseen el estatuto de enfermos y atraviesan cambios en su cuerpo y se crean nuevos vínculos e identificaciones.

El proceso hospitalario puede llegar a ser una experiencia traumatizante, llena de angustia ya que, como instruye Lacan (2012) en su texto *Dos notas sobre el niño* “el cuerpo es afectado y perturbado tanto por el significante como por el Otro” (p. 56) es por ello que los vínculos entre pares en un ambiente hospitalario le brindarían al niño seguridad y un sentido de pertenencia

## **2. CAPÍTULO 2: Enfermedad y muerte en relación con la infancia**

### **2.1 Real de la muerte propia**

#### **2.1.1 Significante de la muerte**

Lacan concibe el real como lo imposible; no como lo que no puede llegar a pasar, sino como algo que puede ocurrir, pero queda por fuera de la concepción de la realidad, (entiéndase a la realidad como aquel sentido que le da el Otro al mundo) y cuando entra en la experiencia de vida se percibe como irreal. Esto se da porque no puede ser representado por los registros imaginario y simbólico, sin embargo, puede ser experimentado.

Esto es lo que para muchos ocurre con la muerte, presentándose como suceso inexplicable inmerso en nuestra realidad, y que, aunque siempre aparece en el discurso humano nunca logra zacear al oyente. Buscando una respuesta que se ajuste a su fantasma, las personas se apegan a ideologías, por ejemplo, algunos ven a la muerte como un proceso biológico, para otros tiene que ver con la divinidad o energía, en ciertas personas es un punto de paz y en otras su solo pensamiento genera angustia.

Cuando llega ese momento en el que el cuerpo se enferma y es muy poco probable que exista alguna mejoría o el estado se agrave, la idea de la muerte propia se hace presente o se vuelve constante. Podría decirse que el enfrentamiento con el real se vuelve parte de nuestra realidad; la muerte nos enfrenta como humanos, como egos, llega como a mortalizar a una deidad, podría considerarse como la castración más grande a la que se tiene que enfrentar el ser humano. Sin embargo, es curioso como dentro de esta angustia también puede haber alivio. En muchos casos la muerte es vista como un consuelo, acabando con el dolor psíquico y físico, por ejemplo, la frase “ahora ya no sentirá dolor” hace que la muerte ya no se muestre como un enemigo, es más como la solución a un problema. Es entonces cuando la muerte se vuelve como un punto máximo de goce, es traumática, pero liberadora.

## **2.1.2 Recursos subjetivos con los que puede contar un niño**

Cuando el adulto piensa en muerte, generalmente piensa en las expectativas que no se van o a alcanzar, los deseos que no se van a cumplir o en el proceso del duelo, probablemente recordará otras muertes y es posible que se encuentre con la angustia de que en algún momento él morirá también. Todo esto porque cuenta con experiencias y registros de lo que significa la muerte. Sin embargo, esto no forma parte del niño hasta que poco a poco llegue el gran Otro a filtrarse en el orden de lo simbólico, hasta que las normas culturales se inscriban y el niño se sienta identificado y apropie de los significantes brindados por este Otro.

Espinoza cita a (Espinoza, 2013) al hablar sobre la configuración de la subjetividad en los niños, e indica lo siguiente:

La subjetividad como un modo de hacer en el mundo, un modo de hacer con el mundo y un modo de hacerse en el mundo, es un modo de hacer con lo real y con la experiencia. Es pensar al sujeto como agente históricamente constituido en cuanto a lo que dice, hace y piensa; comprendiéndolo como una forma que se puede modificar a sí misma o que puede ser modificada desde sus relaciones externas y que por lo tanto entra en interacción con el medio que lo rodea. (p.2)

Por tanto, estos recursos están relacionados con aquello que hasta la fecha el niño ha podido tramitar y con lo que quienes estén con él durante su proceso de enfermedad podrán darle. Con respecto a esto podrían resaltarse ciertos aspectos: cómo la familia ve a la muerte y enfermedad; los significantes que él tiene de la muerte y la enfermedad y la relación que tiene con los otros y sus pares.

## **2.2 Aportes psicoanalíticos sobre la enfermedad y muerte infantil**

### **2.2.1 Psicoanálisis y salud mental**

La OMS (2001) se refiere a la salud mental como “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades,

puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (p.1). El campo de la salud mental va de la mano con el de la salud en general, pues el sujeto es visto como enfermo o sano, y si se tratase de padecer una enfermedad mental, el objetivo siempre será abordarlo mediante políticas públicas, con el fin de silenciar el síntoma.

Por otro lado, el psicoanálisis propone que un sujeto está constituido por sus traumas, y estos generan síntomas, que si se les da una visión desde el concepto que propone la OMS, ya estaría generando un displacer, rompiendo el estado de bienestar. Freud (2005) en el texto *Más allá del principio del placer* explica cómo el bienestar tendría una duración muy efímera, y si es que se llega a alcanzar aquel estado, ya que la psique no se registraría por el placer.

Hay seres humanos en quienes el talante, como sentimiento general, oscila de manera periódica desde un desmedido abatimiento, pasando por un cierto estado intermedio, hasta un exaltado bienestar; y estas oscilaciones, además, emergen con diversos grados de amplitud, desde las apenas registrables hasta las extremas, que, como melancolía y manía, se interponen de manera sumamente martirizadora o perturbadora en la vida de las personas afectadas. En los casos típicos de esta desazón cíclica, los ocasionamientos externos no parecen desempeñar un papel decisivo; y en cuanto a motivos internos, no hallamos en estos enfermos algo más o algo distinto que en las restantes personas (p. 123).

Haddad & Ulrich (2009) en su texto *Salud mental y psicoanálisis, una tensión irreductible*, proponen que el síntoma sería el causante de que no se pueda dar una salud mental en su totalidad, pues esta sería inalcanzable a los ojos del psicoanálisis. Claro que se propone una intervención por parte del psicoanálisis, sin embargo el bienestar no sería la meta, Haddad & Ulrich (2009) indican que “nuestro propósito como analistas no es suprimir lo sintomático, como sí se proponen otras prácticas psicológicas. Sin embargo, hay que decir que el impedir que las cosas anden implica sufrimiento subjetivo, que dista mucho de un estado de armonía” (p. 4).

Entonces, ¿cuál sería el estado de bienestar para el psicoanálisis? Freud (1992), en el texto *malestar en la cultura* plantea las interrogantes de “¿qué fines y propósitos de vida expresan los hombres en su propia conducta; qué esperan de la vida?, ¿qué pretenden alcanzar en ella?” A la misma que más adelante en el texto le da respuesta siguiendo una dualidad: “Aspiran a la felicidad (...) Esta aspiración tiene dos fases: un fin positivo y otro negativo; por un lado, evitar el displacer; por el otro, experimentar intensas sensaciones placenteras (...) el término «felicidad» sólo se aplica al segundo fin” (p.8).

### **2.2.2 Cuerpo y enfermedad**

La enfermedad según la OMS es la “alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” el cuerpo de la medicina, aquel conjunto de órganos, se deteriora y como consecuencia se da el debilitamiento en el sistema o la aparición de discapacidades. Sin embargo, también se tiene que tomar en cuenta qué es lo que sucede a nivel psíquico con el sujeto.

Mahé & Ramos (2012) en el texto *Enfermedad, cuerpo y síntoma* invitan a no solo tener una vista médica, cuando se habla de una enfermedad:

Si bien es primordial la evaluación de signos patológicos y la ubicación de la disfunción orgánica, no por ello se puede olvidar que las enfermedades, con o sin origen órgano-genético, generan sufrimientos y sintomatologías que se hallan determinados por una posición particular dada por la subjetividad y el modo de goce del enfermo (p. 268).

El sujeto no solo sufriría cambios a nivel físico, sino que el significante de la enfermedad influiría en la mirada que tendría de su propio cuerpo: “¿Qué estatuto darles a ciertas enfermedades del cuerpo en donde lo más relevante, sin duda, no es de ningún modo su referencia biológica, sino una enigmática referencia a la subjetividad?” (Gallo, 2002, p. 121). Mahé & Ramos expresan que “el cuerpo está enfermo de significante y que por ese hecho el sujeto está y es traumatizado” (p. 269).

El significante que el sujeto le da a la enfermedad siempre estará dado por el Otro, qué dice el Otro de esta enfermedad: ¿Es algo que incapacitará el cuerpo? ¿El sujeto enfermo es un desvalido?, o, ¿a pesar de tener una enfermedad el sujeto es capaz de tener autonomía? Nos dicen los autores “que la apropiación del cuerpo pasa por el Otro y que, de hecho, hay una indisposición en la articulación entre el psiquismo y el cuerpo” (Mahé & Ramos, 2002, p.269). Se añade:

Las modalidades subjetivas del sufrimiento corporal, del dolor, de la queja, etc., constituyen recuentos que permiten abordar una clínica del cuerpo —enfermedad-fantasma-órgano—. Aunque el cuerpo no es evidente, en el sentido de que en él subsiste lo extraño y lo silencioso, es cuerpo porque está atravesado por el significante, lo cual demuestra que no es solamente cuestión de imagen y de biología (p. 269).

### **2.2.3 ¿Qué es el trauma?**

El concepto de trauma atraviesa un proceso de evolución. En una primera instancia Freud, siendo un neurólogo, busca conceptualizar el trauma desde un punto de vista interdisciplinario. Szerman (2016) citando a Freud explica “el principio de constancia que comanda la actividad permitía definir el trauma como esa perturbación insuficientemente abreaccionada” (p. 758), refiriéndose a las descargas excitatorias del sistema nervioso, y como estas necesitan mantenerse en un estado de homeostasis.

Posteriormente, se presenta al trauma como “una suerte de cuerpo extraño que amenaza al sistema en su conjunto (...) el neurótico es un niño que ha vivido pasivamente la seducción del Otro y que ha registrado esta irrupción en su interior”, Szerman (2016) citando a Freud. Entonces, el trauma se convirtió en una fuente de displacer proveniente del exterior, hacia el interior. Sin embargo, no es hasta el texto *Mas allá del principio de placer* que se presenta una visión más clara de que es el trauma para Freud (1992) “llamemos traumáticas a las excitaciones externas que poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo” (p.29). Este concepto trae consigo el tema de la economía libidinal, y como esta, frente a un trauma se ve perturbada.

Tkach (2009) citando a Freud, en su texto *El concepto de trauma de Freud a Winnicott: un recorrido hasta la actualidad* explica que:

El trauma es definido como el vencimiento de la barrera protectora de los estímulos que implica la sorpresa y la impreparación del Yo. Preparación y posibilidad de anticipación que brinda el 'apronte angustiado' y/o la conocida 'señal de angustia' que fracasa o no opera en el caso del trauma (p. 4).

Finalmente, en el texto *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud (1992) hace una última modificación a su aporte acerca del trauma, y para ello enlaza el concepto con la angustia y como esta se vuelve una respuesta. "El resultado será la producción de un síntoma, pero este también encontrará límites al tratamiento por la palabra: lo compulsivo en los síntomas de las neurosis obsesivas, la angustia que vale como un exceso de displacer" (Szerman, 2016, p. 759). Así mismo, se habla acerca del origen del trauma en un sujeto, y como este no sería únicamente sexual "impresiones de naturaleza sexual y agresiva y por cierto también todas aquellas que hayan provocado daños tempranos al yo (mortificaciones narcisistas)" (Freud, 1992, p. 74).

Por su parte, Lacan considerándose a sí mismo como freudiano, hace su propio aporte del concepto de trauma siguiendo la enseñanza de Freud. Refiere al trauma como aquello que es parte del sujeto neurótico y lo constituye, lo hace quien es. Sin embargo, Lacan (1998) en su texto *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, decide ir más allá, enlazando el concepto de trauma con el de fantasía: "El lugar de lo real [...] se extiende desde el trauma hasta la fantasía" (p. 60), denominando a la fantasía como aquellos restos no reprimidos de la experiencia traumática, que se modifican tratando de darle coherencia, para que lo traumático pueda ser apto para el mundo simbólico en el que está inserto: "la fantasía nunca es nada más que la pantalla que oculta algo bastante primario, algo determinante en la función de la repetición" (p. 60).

## 2.2.4 ¿Qué es lo real para el psicoanálisis y qué vínculo tiene con el trauma?

Lacan, introduce la categoría de REAL como parte de los tres registros (real, imaginario y simbólico) que constituyen subjetivamente al sujeto, los cuales son dependientes el uno del otro, es por ello que, si existe algún desnudamiento en alguno de ellos, este afecta a todos los registros. Pero, ¿qué es lo real? Bassols (2020) en su texto *Lo real del psicoanálisis* lo describe como, “lo real es lo imposible en la medida que no puede llegar a simbolizarse ni a imaginarizarse, que no cesa de no escribirse en los otros dos registros” (p.2). Lo real busca una salida por medio de los otros dos registros, por ello Bassols (2020) citando a Lacan dice que “hay un real en el lenguaje, un real vehiculizado por el lenguaje que la ciencia encuentra en el número y que el arte aborda con la letra”, el sujeto debe buscar escribir el real para bordearlo.

Por otro lado, Lombardi (2000) citando a Lacan también busca explicar cuál es su visión de lo real: “Lo que no tiene sentido y, sin embargo, encuentra en el síntoma un representante en el campo del sentido. El síntoma es lo que viene de lo real” (p. 1). Entonces, ¿cómo el trauma se enlaza a lo real? El trauma es concebido como aquellos eventos externos que superan las capacidades del sujeto, afectando la economía libidinal. Un sujeto enfermo, orgánicamente, recibe un diagnóstico por parte del personal médico, le pone un nombre a su enfermedad, la cual debido a su gravedad y complejidad podría atentar contra la vida del sujeto. Este diagnóstico se transforma en un real, un real debido a su imposibilidad por ser tramitado por los registros de los imaginario y simbólico, pero que busca una y otra vez escribirse en los registros. A su vez, se le otorga una significación traumática, ya que deja al sujeto desarmado, sin mecanismos que lo puedan ayudar a defenderse. Y como todo trauma, traería consigo angustia, inhibiciones, entre otros síntomas. “Aunque nos quede siempre un resto, una huella de lo real en el síntoma” (Bassols, 2020, p.5).

## **2.2.5 ¿Qué significa la muerte para el psicoanálisis?**

La muerte es un tópico del que no se tiene mucha información, sin embargo, es abordada por diversos psicoanalistas, cada uno con su propio y único discurso, Freud es uno de los primeros en aportar a esta tónica, desde las perspectivas de las pulsiones, de vida y de muerte: “Durante la animación de lo inorgánico se separan las pulsiones de vida y de muerte, y que el misterio de la vida reside en la lucha antagónica de ambas” (Freud, 1992, p. 124). Sin embargo, cuando se habla de la muerte, añade que el sujeto vive duelos de muertes de otros, pero cuando se trata de la propia, no se la considera. “Nuestro inconsciente no cree en la muerte propia, se conduce como si fuera inmortal” (Freud, 1992, p. 297).

Lacan, por su parte, sigue la enseñanza de Freud donde explica que “la meta de toda la vida es la muerte, y retrospectivamente: lo inanimado estuvo ahí antes que lo vivo” (Freud, 1992, p. 38), pero de una visión más positivista, ve a la muerte como aquello que puede motivar a la vida, ya que una vida sin muerte, perdería sentido: “Esta inhibición y este angostamiento del Yo expresan una entrega incondicional al duelo que poco o nada deja para otros intereses” (Freud, 2005, p. 242).

## **2.3 Enfermedad y muerte infantil en la cultura**

### **2.3.1 La mirada de la cultura frente a la vida de un niño**

En el mundo, la idea y concepción del niño va transformándose. Actualmente su papel en la cultura va más allá de los estudios o los juegos; se lo ha involucrado más en acontecimientos de la sociedad y en ciertos casos llegan a ser líderes en soluciones de problemas sociales o son escuchados por masas, etc., lo cual profundiza la idea que se tiene: “los niños son el futuro” en aspectos económicos, laborales y políticos, “son la unión” en aspectos familiares o incluso “son un milagro” en temas religiosos.

Los niños forman parte de un grupo “vulnerable y de primera atención”, pues se los ve como sujetos frágiles que deben ser instruidos y protegidos por un ser superior que al mismo tiempo lo idealizan tanto que los niños llegan a

estar cargados de significantes de amor. Los deseos que la sociedad tiene sobre los niños son tan altos que angustia, no solo por el hecho de que el mismo deseo angustie, sino por el tema en cuestión, la muerte. Es lo que menos se quiere y se espera para el niño.

Todo lo que se habla del niño es acerca de lo que debe hacer, lo que debe aprender, lo se espera que haga, los cambios que se verán en él y que causará en un grupo en específico, como por ejemplo la familia, el vecindario o la escuela. Es tanta la expectativa, que muchos padres imponen sus conocidos "sueños truncados" sobre sus hijos para que ellos sean quienes los cumplan, así mismo, la sociedad pone sobre este "futuro" la idea de que este mejorará lo que su generación no pudo.

No es solo la vida del niño la que muere, sino la vida que la sociedad pudo vivir o pudo formar y no lo logró, es el deseo que tenía el Otro sobre el objeto lo que murió.

### **2.3.2 La muerte en la sociedad**

La muerte como hecho de la realidad humana llega y eso angustia al sujeto porque le teme a lo desconocido, a lo que nadie puede decir porque no hay quien haya muerto en vida, nadie a ciencia cierta sabe cómo es o qué hay que hacer al vivir la muerte.

Lozano (2013) hace una reflexión del hacer de la sociedad ante el hecho de que la muerte es parte de la vida:

Es un hecho que la muerte existe, pero nadie piensa en su propia muerte. En las culturas contemporáneas la "muerte" es una palabra que no se pronuncia. Los mexicanos tampoco pensamos en nuestra propia muerte, pero no le tenemos miedo porque la fe religiosa nos da la fuerza para reconocerla y porque quizás también somos un poco indiferentes a la vida (...) supongo que así es como nos justificamos. El desprecio, el miedo y el dolor que sentimos hacia la muerte, se unen al culto que le profesamos. Es decir, que la muerte puede ser una venganza a la vida, porque nos libera de aquellas vanidades con las que vivimos y nos convierte, al final, a todos por igual, en lo que somos (...) un montón de huesos. Entonces la muerte se vuelve jocosa e irónica.

A pesar de que la experiencia es desconocida, el pensamiento que se tiene de la muerte es un poco más explorado. Lozano (2013) menciona “más que morir, importa lo que sigue al morir. Ese mundo del que tenemos representaciones, costumbres y tradiciones, pues ante el camino desconocido que la muerte nos señala, sólo es posible imaginarla con símbolos”. Es así que convertimos a la muerte en arte, poesía, un hecho histórico, el momento más importante en la vida de alguien o el mismo momento de paz en el que una persona se puede encontrar. La sociedad intenta darle un orden, un nombre, una clasificación, un estatuto, un significado porque de otro modo este real sería insoportable sin un fantasma que nos permita responder.

### **2.3.3 Muerte infantil**

La muerte de un niño angustia tanto porque es la prueba misma de que cualquiera puede morir, de que la muerte es lo más real y lo más castrante con lo que se puede topar el ser humano. Es en el encuentro con ese real cuando cae la ilusión de todo lo que conocemos, de lo que hemos hecho nuestro y hemos construido, cae la ilusión de lo que creemos que somos “un cuerpo” y toda relación con el Otro se derrumbara. La idea de quedar en el olvido y ser remplazados se asoma y aterriza, tal vez porque no desearemos y no nos desearan.

Y qué peor combinación que muerte y niñez. Según la RAE (2021) niñez es: “El período de la vida humana, que se extiende desde el nacimiento a la pubertad (...) el principio o primer tiempo de cualquier cosa”. Si niñez va de la mano con nacimiento, principio, origen o base, ¿cómo es posible que un niño pueda morir? ¿Es igual de difícil para un niño tramitar la muerte como lo es para un adulto?

La muerte infantil existe y es importante dejar de verla como un tabú. Porque quien le teme no es el niño es el adulto, pero ese miedo que el niño percibe termina asustándolo al no entender lo que está ocurriendo, por qué sus familiares se comportan diferente entre ellos y con él y por qué nadie le explica nada. Lo cual puede generar que el niño se aísle o tenga sentimientos de culpa.

### **2.3.4 Mirada y respuesta social de la enfermedad y muerte infantil en el Ecuador**

En el Ecuador la muerte de un niño es rápidamente asociada a la pobreza, violencia, tráfico de menores y descuido de sus cuidadores. Las estadísticas presentadas por Humanium (2014), indican que el índice de cumplimiento de los Derechos del Niño es de: 7,51 / 10 y que la población de 0 a 5 años tiene un índice de mortalidad del 18 %. Siendo más explícitos, Humanium indica lo siguiente:

La primera causa de muerte en la niñez son las afecciones del período prenatal y no deja de llamar la atención el elevado número de niños por un mal tratamiento médico o muertes por causas mal definidas (cerca del 16%) en niños y niñas menores de 5 años, además del alto nivel de la desnutrición crónica en los niños indígenas que es más del 50%, lo que nos muestra las deficiencias en la calidad de la atención de la salud. (p.1)

En cuanto al trabajo infantil, Humanium muestra que “el 56% de los niños inmersos en el trabajo infantil, está involucrado en trabajo peligroso. Entre los que sobresale el trabajo en plantaciones de banano, donde los niños se ven expuestos a tóxicos dañinos y no cuentan con ningún tipo de protección” (p.1). Así mismo indica que “En el país las principales causas de muerte evitable entre los adolescentes son el suicidio, el homicidio y los accidentes de auto” (p.1)

Entonces, si el sujeto no solo sufre a nivel físico, sino que sus propios significantes también atacan su cuerpo ¿Qué se hace con el enfermo? ¿Qué se hace no solo con su cuerpo, sino con sus pensamientos dolientes? Cuando la enfermedad supera lo físico o ya no hay esperanza de regresar a tener una vida como la de antes y el sueño de un futuro se vuelve imposible. ¿Qué se hace?

### 3. CAPÍTULO 3: Dispositivo institucional

#### 3.1. Mirada médica a la infancia

La medicina está dividida en un sin número de especialidades, cada una de ellas enfocada en una determinada zona del organismo o patología. Por lo cual, también existe una rama de la medicina enfocada en la etapa de la infancia y las patologías que se puedan presentar en los niños, la pediatría. Pero, ¿por qué es necesaria la distinción de la medicina general de la pediátrica? La doctora Mandal (2019) en su texto *¿Qué es pediatría?*, explica que “el cuerpo pequeño de un niño es fisiológicamente diferente al de un adulto, con defectos congénitos, variación genética y problemas de desarrollo, por lo cual no debe solo ser tratado como un pequeño adulto” (p.2).

Sin embargo, la pediatría es relativamente nueva en comparación a la medicina en general, ¿a qué se debe esto? La pediatría surge como solución a una problemática que se atravesaba durante el siglo XIX. Genta (2006) en su *texto Anotaciones para una historia de la pediatría y la puericultura* relata:

Durante la segunda mitad del siglo XIX cuando aparece la revolución industrial que implicaba que las mujeres trabajaran en las fábricas dejando a los niños bajo al cuidado de nodrizas o de otras personas, privándolos de la leche materna y exponiéndolos a posibles accidentes y maltratos.

En el mismo texto Genta (2006) expone “el vocablo pediatría proviene del griego *paidos* que quiere decir niño e *iatreia* que quiere decir curación (...) etimológicamente significa el arte de curar niños”, entonces la mirada médica a la infancia tendría un carácter meramente curativo, llegando a ser este su objetivo de estudio, la doctora Mandal (2019) comenta:

Los objetivos del estudio de la pediatría son reducir el índice infantil y de niño de muertes, controlar la extensión de la enfermedad infecciosa, ascender las formas de vida sanas por una vida sana larga y ayudar a facilitar los problemas de niños con condiciones crónica (p.1)

Pero, ¿qué es la infancia para la medicina? La universidad de Navarra (2020), en su diccionario médico, expone su concepto de la infancia:

Periodo del desarrollo de la vida humana que va desde el nacimiento hasta la pubertad, la cual marca el inicio de la adolescencia. Suelen distinguirse tres etapas: la primera infancia, que va desde el nacimiento hasta los 2-3 años, en que se completa la primera dentición; la segunda infancia, que va desde los 2-3 años hasta los 6-7 años, en que se completa la segunda dentición y la tercera infancia, que va desde los 6-7 años hasta los 11-12 años (Universidad de Navarra, 2020).

Entonces, la infancia es vista como ese período temporal de desarrollo que una persona tiene que atravesar, en la cual se pueden presentar un sin número de patologías, igual que en otras etapas de la vida, y se le debe proporcionar una cura, bienestar y salud, tomando en cuenta sus singularidades orgánicas. Así mismo, Mandal (2019) indica que “no sólo la asistencia médica para los niños que están agudo o crónico enfermedad, pero también los servicios médicos preventivos para los niños sanos” (p.1). Pero, ¿a que hace referencia la palabra “sanos”? ¿Solo se trata de lo orgánico?, más adelante en el texto Mandal (2019) indica que: “Los pediatras necesitan trabajar de cerca con otros especialistas médicos y profesionales de la atención sanitaria y subespecialistas de la pediatría para ayudar a niños con problemas” (p.1). Pues se deberá tener en cuenta el bienestar físico, mental, y emocional de los niños.

### **3.2. Intervención psicológica por parte del servicio de cuidados paliativos**

El servicio de Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) es un conjunto de intervenciones conducido a aliviar el sufrimiento y a mejorar la calidad de vida del niño enfermo o en condiciones delicadas y a sus cuidadores. Debido a que este sufrimiento se puede dar (mantener o reaparecer) en cualquier etapa de la enfermedad o condición que amenace la vida del niño, los CPP son adecuados y más beneficiosos al recibirse tras el diagnóstico, además permite una estrecha relación entre el profesional y pacientes, facilitando incluso el acompañamiento en casos de agonía o muerte. Entonces, debido a este camino por el que el paliativista acompaña, los CPP se encargan de prevenir, identificar y tratar el sufrimiento del niño y sus familiares. Sin embargo, acompañar y aliviar el sufrimiento conlleva muchas cosas y por supuesto depende de cada caso.

Es importante tener en cuenta que al estar involucrados los CPP en todas las etapas post diagnóstico, está en constante contacto con el proceso de tratamiento de la enfermedad. Para poder abordarlo correctamente, es necesario mantener un enfoque multidisciplinario e integral que permita atender los aspectos psicosociales, biomédicos, entre otros. Este equipo es totalmente personalizado, es decir el equipo es conformado según las necesidades del niño y su familia. Pueden ser: Médicos, enfermeros, especialistas, psicólogos, trabajadores sociales, etc.

En el mundo médico, se suele escuchar “el paciente está fuera de recursos terapéuticos”, esta frase en ocasiones genera pensamientos y emociones negativas por parte de los familiares o el paciente, al creer que “ya no se hará nada por su bienestar” o “que se deja a la suerte al niño”. Y aunque es probable que médicamente ya no se pueda hacer algún tipo de intervención o tal vez ya no es aconsejable, los CPP tienen la filosofía de que “aunque no todo sufrimiento puede ser prevenido o aliviado, los profesionales y organizaciones sanitarias siempre podrán aplicar los conocimientos y recursos existentes para ahorrar a los niños y a las familias sufrimiento físico y emocional” (Salas, 2004, p.5). Para los Cuidados Paliativos es importante evitar el sufrimiento en cada proceso del paciente, eso incluye también aquel momento en el que sólo hay que esperar a que la muerte llegue de forma inminente. Sin embargo, los CPP aboga para que el paciente “no muera en hospital”. La mayoría de los pacientes desean vivir sus últimos días, en un lugar acogedor, lleno de recuerdos y cerca de quienes aman, y para muchos ese lugar está muy lejos del hospital.

Los CPP también toman en cuenta que cada niño y cada familia tiene una historia, la cual incluye costumbres, tradiciones, ideologías, etc. Por lo tanto, también permite que los pacientes sean acompañados desde lo singular, emocional y psicológico. Dando lugar a que el proceso de hospitalización, tratamiento o agonía no lo vivan como un hospital o un médico lo pre escribe, sino según lo que ellos necesitan y por supuesto, amenorará o apaciguará su sufrimiento, angustias o dudas. Esto puede ser por ejemplo, permitir que los miembros de una comunidad religiosa realicen actos

concernientes a la petición del paciente (bautizo, oración, etc.); aceptar el deseo de no continuar con un tratamiento médico, permitir que el niño salga del hospital y se traslade o visite algún lugar que él desee (siempre y cuando su salud lo permita); realizar actividades o celebraciones, etc.

Para los CPP es importante comunicar de forma acertiva las malas noticias, ya que por propia naturaleza pueden afectar emocional y psicológicamente al niño y su familia y como consecuencia, empeorar su estado de salud o retrasar su estabilidad. Si se informa inadecuadamente, se puede generar más sufrimiento, deteriorando la relación con el profesional. Por el contrario, al comunicar asépticamente una mala noticia, el impacto emocional disminuye en el paciente, permitiendo que asimile poco a poco su nueva realidad y afianzar la relación médico-paciente. Es por esto que es crucial tomar en cuenta lo siguiente:

- Las consecuencias de la ausencia y el mal manejo de la información
- El impacto de la información
- Los aspectos a considerar al brindar información.
  - ¿Quién debe informar?
  - ¿Quién debe estar presente?
  - Lenguaje
  - Entorno
  - Cantidad y calidad de información a comunicar
- Estrategias para comunicar malas noticias.
  - Preparar la información
    - Anticipar posibles preguntas
  - Preparar el entorno
    - Documentación de apoyo
    - Pañuelos y botella con agua
  - Adecuar la información según el caso: (Fallecimiento, enfermedad catastrófica, amputación)

### **3.3. Encuadre psicológico en el ámbito hospitalario desde una perspectiva psicoanalítica lacaniana**

El encuadre es el conjunto de variables constantes que entran en juego durante las intervenciones con el paciente. Para la psicología el encuadre se basa en: el rol del psicólogo, factores espacio temporales y una parte de la técnica (establecimiento, horario, honorarios, etcetera). Sin embargo, a partir de la práctica como psicólogo clínico de CPP en un hospital público, se llegó a la conclusión de que este encuadre no siempre resulta ético o servible para el psicólogo que se encuentra en una institución de este tipo. Entonces: ¿Qué pasa con el encuadre de los psicólogos que trabajan en hospitales?

Tomando en cuenta los factores necesarios para establecer un encuadre psicológico, se identifica que para el encuadre de un psicólogo de CPP de un hospital público: los factores espacio (ambiente) temporales no son una variable constante, pues por diferentes factores no siempre se puede ni tampoco es ético trabajar en un lugar definido ( por ejemplo, a un niño se lo puede atender tanto en su camilla, dentro del área al que corresponde, oncología por ejemplo, y también se puede intervenir en otra área del hospital, como en el área en el que pasará por una cirugía tras un momento de angustia o incluso en su hogar en caso de que se vaya a casa y se realice una visita domiciliaria) así mismo el tiempo es algo indefinido, pues puede darse una sesión ya planificada, así como una intervención en crisis debido a que al paciente se le intenta sacar muestras de sangre urgentemente y este se rehúsa severamente. Por otro lado, los horarios aunque se pretenden planificar, no siempre se pueden cumplir, esto por ambas partes, por parte del paciente podría darse una recaída, una cirugía de urgencia, necesidad de descanso por tratamiento o por la misma condición, o incluso que al paciente se le dé de alta de forma inesperada; y por parte del psicólogo, tener alguna complicación con otro paciente de forma repentina, cómo tener que dar una mala noticia (recaída o muerte de un niño) entre otras. Y así mismo ocurre en caso de los honorarios, esta también cambia, pues al ser un servicio público está prohibida la remuneración económica hacia el profesional.

Pero, ¿qué perspectiva tiene el psicoanálisis de este hacer del profesional? La transferencia es un concepto propuesto por Freud para designar lo que resulta en análisis, que permite la interpretación a partir de la asociación libre y el análisis propiamente dicho, así mismo Lacan señala al análisis como escenario de la transferencia e interpretación. Sin embargo, es su concepto de deseo del analista lo que resulta interesante “antecesor de la transferencia y la interpretación, que se anuda allí abriendo paso al análisis, esto entonces constituye la técnica analítica” (Lacan, 1992).

En el texto *Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: una perspectiva analítica*, Bustos (2011) indica que:

La técnica que comporta la modalidad de terapia ejercida por el psicoanálisis basa sus principios en la transferencia y la interpretación; la primera se entiende como el tipo de relación que se establece entre el terapeuta y el paciente, y la segunda, como el modo en que el terapeuta interviene en el marco del tratamiento (transferencia). El deseo como elemento al que también se hará referencia en este estudio terapéutico y teórico del psicoanálisis, y con ello su cruzamiento en la transferencia y en la interpretación, de las cuales el lugar del terapeuta será crucial para dirigir el proceso de una cura.

Para Lacan, la transferencia implica al Otro, y es justamente en esa relación que aparece la transferencia; “es un espacio entre el sujeto y el Otro, y hace énfasis en señalar la posición subjetiva y apuntar a su deseo, más allá que caer en su demanda” (Lacan, 2005, p.276). En su propuesta del Estadio del Espejo permitió abrir discusiones en torno a la transferencia como relación que viene mediada ya por Otro y otros, al indicar lo siguiente:

La transferencia no es una repetición de esos imagos, sino una rectificación de la posición subjetiva frente a lo que dichos imagos representan y al sentido de los mismos. La presencia del analista, mas no la respuesta del objeto, permitirá el progreso, puesto que no se ocupará el lugar imaginario, pues no responde al clisé, sino a una posición subjetiva. (Lacan, 2005)

Entonces, la transferencia es la vía principal de tratamiento en el análisis: “Es el fundamento que permite el encuadre, la interpretación, el sentido y el fin de análisis” (Lacan, 2005). Por tanto, podría verse, en cierta parte, una mayor acogida del encuadre psicoanalítico para los psicólogos palitivistas, al darle prioridad a la transferencia y a lo que esto conlleva, a pesar

de que tal vez la interpretación podría dejarse un poco de lado sino se tiene una formación psicoanalítica.

### **3.4. Desencuentros entre la medicina y psicología en el sujeto enfermo**

Cuando se habla de salud, se alude a que se refiere a la física y orgánica, así como a la psíquica y emocional. Es por ello que la medicina y la psicología se ven ligados estrechamente, y mucho más en un ambiente hospitalario, en el cual se deberá llevar un trabajo interdisciplinario, teniendo como finalidad el bienestar del paciente. Sin embargo, la medicina y la psicología han atravesado ciertos desencuentros, Pérez (1991) en su texto *Medicina, psicología de la salud y psicología clínica* explica:

(...) dos tipos de prácticas profesionales particulares, de todos modos, en mutua recurrencia. No es otro, en efecto, que el sempiterno problema de las relaciones entre la mente y el cuerpo, entre la psyche y la physis. Por eterno que sea, no deja de complicar aquí y ahora las tareas de la psicología en relación con la medicina. Cuando se habla de las implicaciones de la psicología en la enfermedad, el asunto remite a la cuestión de cómo la mente interviene en el cuerpo (y en su caso, al revés) (...) ¿Cómo es que cierta manera subjetiva de percibir el mundo altera los procesos fisicoquímicos del cuerpo? (p.24)

En psicología se sabe que las manifestaciones del inconsciente se ven reflejadas en el cuerpo, pues lo que no se dice el sujeto lo dice mediante su cuerpo, es por ello que Pérez (1991) expresa “los factores psicológicos pueden ser cómplices de la enfermedad, así también son aliados de la salud, tanto como protectores como coadyuvantes de la curación” (p.23). Pues la psicología, trabaja con el sujeto, en el ambiente hospitalario, brindándole al sujeto otra mirada respecto a su padecer. En el texto *Relación entre psicología y medicina*, Bacigalupi (2017) indica que la intervención psicológica en sujetos enfermos “muestran resultados positivos que van desde una mayor esperanza de vida, hasta cambios positivos en la salud física y mental”.

Sin embargo, la psicología en el ámbito donde predomina la medicina muchas veces se vería obstaculizada pues, Zas (2016) en su texto

*Experiencias en psicología hospitalaria* indica que “es un espacio institucional que ofrece resistencia al psicólogo, era un profesional que no estaba previsto en sus diseños originales” (p.22). El médico es aquel profesional que debía de ocuparse a su vez de lo orgánico como lo psíquico, sin embargo, tenía una predominancia lo orgánico pues para ello fue formado: “Aunque las ciencias médicas se han organizado como es natural en torno a la physis, la medicina clínica ha atendido la condición psicológica, siquiera con su preocupación por la relación médico paciente y el reconocimiento del efecto placebo” (Pérez, 1991, p. 28)

Otro punto de encuentro, entre la medicina y la psicología, radica en el síntoma, pues ambos se valen de este para su trabajo, sin embargo cada una tiene una visión y concepto diferente respecto al mismo. La universidad de Navarra (2020) en su *diccionario médico*, le otorga el siguiente concepto al síntoma: “Dato subjetivo de enfermedad o situación del paciente. Cualquier fenómeno anormal funcional o sensitivo, percibido por el enfermo, indicativo de una enfermedad. Convencionalmente, es opuesto a signo, anomalía perceptible por el observador”. Por otro lado, la psicología ve al síntoma como una manifestación del inconsciente, Daneri (2014) en su texto *¿Qué es el síntoma en psicoanálisis?* cita a Freud para explicarlo “el síntoma es una formación del inconsciente, una condensación, en la que entran en juego varios deseos en conflicto; y ese conflicto es estructural”.

Así mismo, la medicina y la psicología hacen con visión y concepto de síntoma de acuerdo a su formación. La psicología, según Daneri (2014) explica el quehacer una vez localizado el síntoma “los síntomas se desplazan. Por eso lo que hay que curar es la estructura de personalidad. Al síntoma es preferible respetarlo, ya que la solución al problema es la disolución del conflicto de base”. La medicina usa los síntomas para encasillarlos en una enfermedad, un proceso de diagnóstico, por el cual, poder proceder al tratamiento respectivo. Entonces, ambos profesionales tratan de acuerdo a su formación y su objeto de estudio, sin embargo, Pérez (1991) nos indica como esto tiene repercusiones:

Para el médico es difícil de ver el proceso psicológico debido a su formación probablemente sesgada en cuanto a carencia de perspectiva

holista y a que, como es natural, tiene que atenerse a la posible condición física identificada, aparte quizá una deficiente preparación psicológica. Por su lado, el psicólogo tampoco está en buena disposición para ver el proceso fisiológico, debido también a su formación en otro sentido, de manera que no es fácil que su intervención psicológica en tal dirección sea específica (p.25)

A pesar de estos desencuentros, tanto la medicina, como la psicología deben realizar un trabajo multidisciplinario con el fin del bienestar del paciente que propone la OMS. Pérez (1991) propone una solución al desencuentro:

La unidad que se ha de asumir tiene un carácter dialéctico, esto es, se trata de un par conjugado, tal que uno no se reduce al otro, pero se piden y suponen mutuamente. La unidad dialéctica no confunde psique y soma, sino que considera que uno y otro aspecto son momentos distintos de un continuo, en el que o bien es de mirada médica, de acuerdo con el concepto dialéctico de regressus a la estructura fisicoquímica, o bien de escucha psicológica, según un progressus hacia' el organismo como individuo (p. 28-29).

### **3.5 Urgencia subjetiva**

Para el psicoanálisis la urgencia subjetiva se trata de ubicar qué real hay en juego para el sujeto cuando se devela lo fallido en su respuesta, ya que hay un arrebató de la palabra. Seldes (2004) citando a Laurent define la urgencia subjetiva como “una ruptura aguda de la cadena significante”. Es decir, sin la articulación al S1 el sujeto no puede representarse (caída del saber S2), quedando suspendido en el tiempo de la urgencia, originándose así un exceso de goce. Seldes (2004) indica que este desencadenamiento de significantes “implica para el sujeto un efecto de mortificación, y cuando esto ocurre el sujeto apela a los recursos que el lenguaje le facilita, el acting Out o el pasaje al acto” (p.35) Esto claro, con el objetivo de aliviar la angustiada mortificación de quedarse sin articulación simbólica. Laurent (2004) comenta que “el sujeto no puede responder a lo real si no es haciendo un síntoma. El síntoma es la respuesta del sujeto a lo traumático de lo real. Este punto de real imposible de reabsorber en lo simbólico, es la angustia traumática” (p.19).

El tratamiento que Laurent propone a esta urgencia es:

Lograr dar sentido a lo que no lo tiene, es el tratamiento por el sentido (...) Considera que, la restitución del trauma del sentido, de la descripción de la inscripción del trauma en la particularidad inconsciente del sujeto, fantasma y síntoma, es curativo. (Seldes, 2004, p.19)

En esta perspectiva, el psicoanalista es un dador de sentido, intentado reintegrar al sujeto en los discursos de los que se apartó. Salomón (2014) señala: “La invitación a construir un relato, a localizar la aparición de la urgencia y su relación con acontecimientos de la vida posibilita armar una trama ligando S1-S2, la urgencia comienza a hacerse propia” (p.27). Es decir, el analista orienta al sujeto hacia la vinculación entre su urgencia y acontecimientos importantes en su historia de vida que, sin importar su destino dentro de la sesión, “aportan un texto a la lógica del caso”.

Queda claro entonces que la esencial dimensión del trabajo psicoanalítico ante la urgencia subjetiva es “del orden del inconsciente y el goce, en tanto la enunciación en análisis permita un ordenamiento del inconsciente, dando una direccionalidad: “que el que sufre, en una urgencia, tenga a quien dirigirla” (Seldes, 2004, p. 35). La urgencia subjetiva tendría un carácter traumático, que como hemos descrito en capítulos anteriores, se trata de un desajuste en la energía libidinal del sujeto, a causa de una irrupción en lo real, como lo pueden ser las enfermedades graves y/o terminales. Entonces, en el ámbito hospitalario es necesaria la intervención psicoanalítica la cual sería necesaria y primordial. Laurent (2004) en su texto *La urgencia generalizada: la practica en el hospital* explica acerca de cómo la atención personalizada e individual, un espacio de escucha, es indispensable para que exista una intervención: “Tras un trauma, hay que reinventar al Otro, y eso no es posible en nuestra perspectiva sino a partir de la particularidad” (p. 29).

La práctica psicoanalítica en las instituciones hospitalarias suele ser distintas y un tanto restringidas, sin embargo, no es imposible. Seldes (2004) nos indica: “Los dispositivos funcionan como un marco de escucha vaciado de sentido para la urgencia, donde el analista se ofrece como destinatario de la misma para que el goce encuentre un espacio de tramitación” (p. 86). La urgencia subjetiva, así como la médica, surge sin aviso previo y general un

displacer desmedido en el sujeto. Sotelo (2015) en su texto *DATUS*, expone ciertos requerimientos para poder tratarse de una urgencia: “se realiza sin cita previa, debido a que quien consulta, paciente o quien lo trae, considera que el padecimiento requiere atención inmediata” (pág. 65). Esta intervención es distinta a la cotidiana, pues es finita y el analista que intervino deberá derivarla a otro profesional para su tratamiento posterior.

Sotelo (2015) en su texto, *Dispositivo Analítico para el tratamiento de Urgencias Subjetivas* relata cómo se vive las urgencias en el ámbito hospitalario:

Mientras que para la medicina, la finalización de la urgencia y la estrategia posterior indicada: alta, derivación a consultorios externos o internación, se orientan por la gravedad del caso (...) desde una lectura psicoanalítica se puede sostener que una urgencia ha finalizado cuando se ha subjetivado, cuando ésta ha dejado de ser algo ajeno para el sujeto; cuando, al ubicar algún acontecimiento en el lugar de la causa, se restituye la trama de sentido, que aunque provisional y destinado a perderse, posibilita el inicio de un tratamiento posible, inmediato o en el futuro; intervención con consecuencias.

Así pues, es evidente que la medicina y el psicoanálisis sufren de desacuerdos, debido al tipo de formación que tienen, a pesar de que ambos tienen como objetivo el “bienestar” del paciente. Es por ello que, en un dispositivo hospitalario la prioridad es lo orgánico, dejando de lado el trauma que se puede generar a causa de una enfermedad y como este podría traer consigo repercusiones a nivel somático. Obando & Vega (2018) citando a Freud y Lacan, indican que: “en la urgencia se debe tratar de reinstaurar la posibilidad ofrecida al paciente de decir lo que se le ha desencadenado, teniendo en cuenta la causa o el origen de ésta” (p. 28), por lo tanto el dispositivo analítico brinda al sujeto la oportunidad para que pueda tramitar una urgencia por un encuentro con lo real con su enfermedad, una posible muerte, posición de objeto de la medicina o las subjetividades de otros que le dan el estatuto de sujeto desvalido.

## 4. CAPÍTULO 4: Casos clínicos

A continuación, se presentan dos viñetas clínicas tomadas a partir de la práctica universitaria, en el Hospital Pediátrico Francisco de Icaza Bustamante de la ciudad de Guayaquil, Ecuador.

### 4.1 Caso clínico 1

K es una niña que lleva internada 1 año y 6 meses debido a una neumonía muy grave (que la mantiene respirando por medio de ventilación mecánica) y por cuadriplejia; explosión de vaso en la médula. La paciente convivía con su padre, madre y sus dos hermanos; pero quien se encarga de cuidar de ella en el hospital es su madre.

K muestra una gran preocupación sobre su salud, menciona no gustarle estar en el hospital y no se considera una "niña normal". Además, manifiesta estar muy triste y temerosa de no poder ser la misma de antes y no ser aceptada por su familia. Incluso, teme no poder aceptarse nunca.

La única vía de comunicación entre K y su familia es a través de videollamadas, medio al que K se resiste ya que no quiere que la vean en esa condición. Tiene una relación estrecha con los hermanos, sin embargo, tiene miedo de que al volver a casa, ya no quieran jugar con ella o se aburran por no poder moverse.

En un principio la paciente habla de su "familia" como aquello que desea que fuera; una mamá amorosa y atenta, un padre presente y detallista y hermanos alegres y juguetones. Sin embargo, con el paso de las sesiones K revela aquello que ocurre en su familia, en aquel hogar que le genera conflictos y del cual no se siente parte. Aquí la paciente abre un tema muy importante que explica las demandas que tiene sobre sus padres: "Yo sé que soy una niña, pero me doy cuenta de las cosas" pues ella siente que le ocultan la verdad sobre la situación matrimonial y familiar. Esta novela familiar ha generado en K sentimientos de culpa ocasionando alguno de los síntomas que tiene sin embargo esta entramada no sólo la siente desde aquellos dos

puntos (matrimonial y familiar) sino también por el lugar que siente que su familia le da.

En relación con su madre, K inicia describiéndola como alguien que ha cambiado “*Antes mi mamá no era así, era tranquila, no peleaba ni gritaba a nadie*”. La paciente se da cuenta que su mamá comete errores, de aquello que hace falta a la madre y de lo que desea de ella. Sin embargo, busca excusar a su madre de las acciones que ella realiza, pues K siente culpa, cree que este comportamiento es por el tiempo que ha estado internada y por lo que ha “causado”. A pesar de que su madre permanece ausente, K lo justifica “*la entiendo porque debe cuidar a mis hermanos también*”. En ciertas ocasiones K es encontrada llorando o angustiada, por la ausencia de su madre durante todo un día o porque le ha gritado o herido verbalmente, se ha peleado con las enfermeras o con su esposo. Lo cual es importante ya que su madre es quien cumple un papel de representación de la familia, por eso cuando la mamá está enojada o no va, K piensa que es porque algo ha pasado en la casa o que toda su familia está enojada con ella.

En cuanto a su padre, K lo menciona en pocas ocasiones, denotando un padre ausente en su vida. La primera vez que lo menciona: “*mi papá dice que las cosas están bien pero yo sé que está preocupado porque no hay plata*”, y generalmente al hablar de su padre es para referirse a los problemas económicos y matrimoniales que existen en su familia. El padre de K la visita en pocas ocasiones. El recuerdo de su padre que más regresa es cuando estuvo siete horas junto a K sin hablar con ella ya que estaba enojado con su esposa, momento que K recuerda como incómodo y triste. Ella logró escuchar que el problema se dio por sus pañales, pero al preguntar por qué pelearon, la respuesta fue “por nada”. En ese momento se presenta la culpa en K arrastrando una responsabilidad remarcada desde una mentira por parte de sus padres. Aquello no dicho y aquello que K quiere y supone saber que se mencionaba anteriormente “sé que soy una niña” demanda inconsciente hacia los padres, en la que el deseo entra en juego en la frase de K: “sé que estoy mal, y puedo darme cuenta de aquello, no tienen que mentirme”.

En cuanto a los síntomas de K, se puede evidenciar la culpa que está constantemente en su discurso *“yo soy la culpable de que mi familia esté separada” “soy la culpable de que gastemos más dinero” “yo soy la culpable de que mis hermanos no estén con mi mamá” “yo soy la culpable de que mi familia no sea feliz”* ya que después de todo ella cree que los problemas familiares se dieron o se potenciaron con la llegada de su enfermedad. Esto probablemente porque el comportamiento y dichos de su madre refuerzan el sentimiento de culpa y no haya otro dador de nuevos significantes que disminuya esta carga.

Otro síntoma que se puede observar en K, es la peculiar forma en la que su cuerpo se manifiesta ante la constante represión de permitirse llorar. La paciente comenta que, desde casa, cada vez que lloraba lo hacía en silencio para que nadie la viera, sin embargo, lloraba. Pero ahora está en un hospital, en una cama de la cual no puede moverse y cada cosa que le ocurre o no, es por que hay un Otro que lo genera, es decir, K siempre está siendo observada, y es por esa razón que ella no se ha permitido llorar estando en el hospital. Ante esto, K llora cuando duerme, llora sin cesar hasta levantarse asustada y al sentirse los ojos mojados llora más, pero sin saber por qué razón lo hace. Y se lo permite porque es una hora en la que todos están durmiendo, ya sea de noche o de madrugada. Sin embargo, también tiene miedo de llorar, ya que ha escuchado por los doctores que ella no puede llorar, ya que si lo hace, empieza a generar más mucosas lo cual puede causar asfixia y por consiguiente su muerte.

Como noción de goce, se hace uso de aquella unión entre el concepto freudiano y lacaniano, el cual indicaría lo siguiente:

Las prohibiciones impuestas al goce son siempre transgredidas, es decir se excede el principio del placer que no alcanza en su función y se va más allá... más allá del principio del placer. El resultado de esa transgresión no es más placer sino dolor, porque -diría Freud- sólo se puede soportar cierto “monto” de placer, más allá el placer deviene dolor, y ese placer doliente se acerca a la concepción del goce (Muñoz, 2020, p. 579).

Esto se puede observar en relación al síntoma en el cuerpo que presenta K, la necesidad de que la aspiren por acumulación de mucosas, cada

vez que se va a quedar sola. Quienes hacen este tratamiento de aspiración son: su madre o algún terapeuta respiratorio. Sin embargo, K siempre prefiere a su madre para la aspiración. Cuando K hace este llamado, su madre se molesta, muchas veces no va y se queda en su celular, o le dice que llame al terapeuta porque ella no lo va a hacer. En cierto momento le dijo gritando *“ya me tienes harta, solo quieres que pase aquí metida, no te puedo aspirar cada que tu quieras, si tu quieres que esté aquí mantenme, págame desayuno, almuerzo y merienda. si me das eso yo con gusto me quedo”*. Así mismo, cuando la mamá la aspira estando enojada el tubo empieza a aspirar sangre y ya no flema, debido a que no hay mucosas y a la fuerza de la aspiración. También ocurre que pide a las enfermeras que llamen a los terapeutas porque siente mucha flema, sin embargo, los terapeutas tampoco reaccionan bien ante los llamados de K, haciendo comentarios como *“esa era la gran emergencia” “ya te he dicho que no me llames” “estaba ocupada y tú me llamas”*.

Se puede observar que K pasa por un momento incómodo tanto física como emocionalmente; antes, durante y después de las aspiraciones. Antes por realizar un llamado que no desean contestar y sentir que está molestando; durante por tener que escuchar lo que esas personas dicen y sentir la molestia de la aspiración; y después por quedarse sin ese alguien que, aunque no quiera estar con ella, la acompaña. Es aquí donde se puede ver la importancia que tiene para ella la presencia de un Otro, pues en ella hay una demanda de amor, le angustia el abandono y soledad, por lo que prefiere escuchar gritos y palabras hirientes que quedarse sola. Al igual que las heridas que le causan las constantes e innecesarias aspiraciones. Dando cuenta así de aquel lugar que la paciente le da al Goce.

Es la institución que en un principio demanda atención psicológica para K, específicamente al área de CPP con el objetivo de que su soledad y falta de atención culmine. Y a partir del análisis del caso mediante el uso de la técnica psicoanalítica, se llegó a la conclusión de que, la institución acertó no solo demandando a los CPP para que tome el caso, sino también con su motivo de consulta; efectivamente K demanda al Otro, demanda amor, pues

es eso lo que justamente siente que no tiene. Y por tal razón que prefiere usar su cuerpo como carnada (aspiraciones dolorosas e innecesarias médicamente) para poder atrapar por un momento al Otro, se pone en posición de objeto no solo para atraparlo, también lo hace para no perderlo. Es entonces que se responde a su llamado, y se la atiende. Es desde la primera sesión que se le ofrece atención, tiempo, mirada y escucha de forma voluntaria.

Una de las quejas de K era la nula preocupación de sus cuidadores. Sentía que sus padres no querían ir a visitarla y que tampoco la amaban. Le angustiaba tanto pensar que no era importante para ningún Otro. Entonces, en análisis poco a poco se direccionó a que K deje de ubicarse como objeto y se mantenga en posición de sujeto. Por ejemplo, en cierto momento se decidió llevar a sesión algo que K había mencionado, esto impactó mucho a K pues su respuesta fue “¡se acordó, pensé que no se iba a acordar! Mi mamá siempre se olvida de lo que le digo” es entonces que se interviene haciendo hincapié en que lo que dice es importante, ella es importante.

La filosofía de los CPP indica que es muy importante cuidar y acompañar al paciente, y para ello usa el cuerpo. Característica que no es recomendada ni usada dentro de la técnica psicoanalítica. Sin embargo, fue gran parte de lo que permitió responder a su demanda. Cosas como reunirse con los médicos para solucionar ciertas necesidades de K, buscarle la comida y darle de comer porque no había un cuidador o personal del hospital que lo hiciese, leerle cuentos, hablar con el personal de enfermería para que se la pueda asear, intentar que se sienta feliz con su aspecto físico (peinándola, poniéndole perfume, etc) haciendo actividades con todo el equipo de CPP, e incluso haciéndole una despedida en la que asistió el personal que la atendió desde su ingreso, y que un equipo del hospital la lleve a casa al recibir el alta médico, entre muchas otras cosas más, son las que permitieron que K sienta que si había un Otro interesado por ella, por sus necesidades y su bienestar.

Desde el psicoanálisis por otra parte, la mirada, la escucha, la transferencia lograda, dieron lugar a que K sienta que hay un espacio para ella, un espacio de escucha y acogida a sus afectos, síntomas, angustias y en

las que a partir de la asociación libre ella misma iba nombrando lo que no podía, entender lo que no le decían, responder sus dudas y encontrar soluciones ante lo que se sentía que le angustiaba. Como por ejemplo, K en ciertos momentos permitía que sus fantasías de que había un mundo libre de enfermedad y muerte, lleno de alegría, diversión, amor, niños sanos, y ella con varios amigos, mantengan en un estado de felicidad; sin embargo no se intento derrumbar su síntoma, sino darle un lugar y reconocer que el síntoma la sostiene como sujeto deseante, después de todo K reconoció que solo es imaginación.

## **4.2 Caso clínico 2**

En la siguiente viñeta, se expondrá desde la mirada y postura de la madre, como se vive el encuentro con el real de la muerte en su hijo, el cual ya se posee una muerte pragmática (corporal).

S es un niño de ocho años, que se encuentra hospitalizado, debido a una descompensación colateral a su patología de base. Al año de edad fue diagnosticado con una enfermedad crónica degenerativa por la cual iría perdiendo muchas de sus facultades conforme la enfermedad vaya evolucionando, teniendo como consecuencia a largo plazo, el colapso de los órganos de S. Al momento de realizarse las sesiones, S se encuentra teniendo constantes crisis convulsivas, con un estado de consciencia muy bajo, por lo cual las sesiones se realizan en su totalidad con la madre.

La madre tiene 36 años de edad y es madre de 6 hijos, entre ellos S, que ocupa el cuarto lugar, al que ella llama “su vida”. Por lo cual, cuando le fue dado el diagnóstico de su hijo, se vio frente a un real, frente a lo imposible, “no les creí a los doctores, les dije que estaban locos”, se vio en la obligación de buscar otras opiniones médicas, sin embargo todos coincidían en que la enfermedad era terminal y su estimado de vida era de aproximadamente 3 años más.

Es a partir de este evento (el diagnóstico) que la madre dedica todo su tiempo a su hijo, se ubica en una posición de saber frente a los cuidados que se debe tener y cómo manejar cada una de sus crisis convulsivas: “a veces

me toca hasta explicarle a los doctores qué es lo que deben recetarle, porque no conoce todo su historial”. Madre e hijo llevan meses internados en el hospital, no recibe ningún relevo con respecto a los cuidados, debido a que su esposo y el padre de S mantiene una distancia emocional, se ha mantenido en la posición de ser el proveedor. Entonces, la madre es la encargada de vigilar por su hijo, función materna que asume con gran fervor, pues según expresa en su discurso “soy su madre, yo doy la vida por él”. Y como ella lo expresa, entrega su vida a su hijo, pues deja de comer, se priva de múltiples horas de sueño, no se aleja de la cama del hospital de S, inclusive disminuye la comunicación con su esposo, otros hijos y familiares en general, y pasa la mayor parte del día sosteniendo brazos y piernas de su hijo, para evitar que este cause daño durante las crisis epilépticas.

La imagen corporal de S se ve afectada, pierde peso de manera excesiva, y se encuentra conectado a diversas máquinas para prologar su vida, por lo cual los otros (vecinos y familiares) le otorgan el estatuto de sujeto muriente. Debido a su estado de salud, el nivel de consciencia es mínimo y es constantemente sedado para disminuir las convulsiones, por lo que es este Otro el que asume estas transformaciones “me cuesta verlo, el papá lo ve por videollamada y llora, me pide que no se lo enseñe más porque le duele, pero yo lo tengo que ver siempre, no es que no me duela, no es que sea sin sentimientos, es que yo lo tengo que hacer”, si otro pide cuidar de S, la madre afirma su posición de Otro primordial y se niega, pues solo ella logra interpretar los llantos, movimientos y sonidos de su hijo.

Debido a la incapacidad de S como consecuencia de su enfermedad, se convierte en una prolongación de la madre “los dos nos necesitamos”, S es la “vida” de su madre y la madre es la que por sus cuidados y saber lo logra mantener con vida. El deseo viene de lo que significa ese hijo para la madre, es una parte de ella, es quitarle la completad imaginaria de la madre. Este deseo viene de la mano con la demanda que la madre impone a un S agonizante, “tienes que luchar, eres fuerte, tenemos que regresar a casa, no te puedes ir y dejarme” pues, al momento en que la madre hace suya la enfermedad y el tratamiento de su hijo, como si fuera para ella misma, también se adjudica la potestad para poder presentar una demanda sobre su hijo. Por

ello, el deseo de esta madre se vuelve un imperativo superyoico, pues aun cuando orgánicamente el cuerpo de S está falleciendo, no se le permite morir.

¿Cuál es el sentido de la madre frente a la muerte? Durante las sesiones la madre señalaba: “Yo sé que está cansado, quiero que descansé” la muerte era vista como el fin de la enfermedad, aquel momento en el que su hijo iba a poder estar en paz. Pues, durante los primeros años después del diagnóstico, la madre le brindaba recursos subjetivos a su hijo para que este pueda asumir su enfermedad, pues esta no era vista como algo que lo incapacitara: “todos los días llevaba a S conmigo al trabajo, yo trabajaba en la calle vendiendo caramelitos, el me esperaba en la sombra sentado en su sillita haciéndole de la mano a las personas que nos ayudaban con algo para comer”, la enfermedad no fue algo con lo cual la madre condenara a su hijo a estar en cama. Así mismo, y apoyándose en la religión se le brindaba un discurso a S en el cual la enfermedad sería algo que podría enfrentar y llegar a superar. Sin embargo, como todo trauma, ante la inminente muerte de su hijo, le genera angustia, pues ella en la posición de saber se enfrenta a la frustración de brindar todos los cuidados necesarios, y aun así la salud sigue decayendo, la madre siente angustia ante el hacer todo cuando ya no se puede hacer nada.

La madre se posiciona en falta, y como la falta de S, es por ello que más allá de un trauma, también vivencia un duelo. Esta madre se encuentra perdiendo esta parte de ella, esta prolongación de su cuerpo por lo cual se inserta en un duelo anticipado, pues los distintos profesionales de la salud le hacen saber constantemente que su hijo morirá. Esto se debe a que la mirada médica hacia S es de un paciente al cual solo se le está prolongando la inevitable muerte, su función como doctor, el curar, se ha visto imposibilitada por el progreso de una enfermedad terminal. S no puede ser curado, puede ser tratado por sus síntomas médicos y alargar su vida, por lo que el personal médico lo llega a ubicar como un individuo muerto, era descrito como “una caja de sorpresas” pues en cualquier momento podía descompensarse y morir.

Por otro lado, la configuración familiar también se ve afectada, pues desde que la madre acude al hospital con S, los otros 5 hermanos no solo sufren la pérdida de su hermano, sino también de su madre, aquella madre que era su cuidadora, los abandona, y como consecuencia se ve un acting out, que sería otro detonante para la angustia de la madre y la imposibilidad de no poder hacer nada por estar dedicándole su vida a su hijo doliente. El padre de S, se ubica como el proveedor y se aleja subjetiva y emocionalmente del estado de salud de su hijo, sin ejercer su función de paterna. Es decir, debido a la ausencia del padre, no se logra limitar el del deseo de la madre sobre S, no hay ley entre la relación madre-hijo.

Las intervenciones que se realizaron, por parte del equipo de cuidados paliativos, con la madre son conducidas a generar alivio al sufrimiento que conlleva el encuentro con el real de la muerte de un hijo. La madre encuentra alivio mediante el mecanismo de defensa de la racionalización, el lograr entender por qué sucede cada descompensación y complicación en su hijo, y así mismo, es aquello lo que le ayuda a ubicarse en su postura de saber frente a la condición médica de S. Esta racionalización también genera otro efecto en la madre, pues le brinda la oportunidad de desplazar su angustia hacia el personal médico, “se puso mal por la enfermera, le dio su medicamento media hora tarde, sino estuviera bien”: le permite culpar a alguien más por la enfermedad. Por ello, la psicóloga prácticamente se posiciona como un puente vehiculizador de la información del médico hacia la madre.

Otra de las intervenciones se enfoca en que la madre viva su duelo con el resto de la familia, ya que al ser ella el Otro primordial, no les permite a los otros (familiares) sufrir la muerte de su hijo, pues “ellos no saben lo que es perder un hijo, no les duele como a mí”, se le hace el señalamiento, que todos están perdiendo a alguien; sus otros hijos, pierden un hermano, su esposo pierde, al igual que ella, un hijo, por ello todos tienen derecho a travesar un duelo. Ante aquella intervención, la madre permite que su esposo y sus hijos mayores puedan acudir a visitar a S y a ella.

La intervención más relevante con la madre se da cuando se la libera de la culpa que siente por dar todo por su hijo y aun así no poder salvarlo:

“creen que porque hace mucho tiempo sé que mi hijo va a morir, ya debo haberlo aceptado y no llorar”, por lo que se busca dar un espacio de escucha y acogida a sus afectos. Por último, se le realiza el cuestionamiento a la madre “¿Usted cree que S está sufriendo?” a lo que contesta “si, y no puedo hacer nada” es a partir de estos señalamientos en que la madre logra elaborar su angustia frente a la falta en la que quedaría sin su hijo, sin embargo la madre se refugia en la religión para afirmar “Dios te lo puedes llevar, ya no debe sufrir más”, y a pesar de que eso significaba quedar en falta, se encontraba liberando a S de la demanda impuesta. Se logra que la madre pueda “dejar ir” a su hijo, sosteniéndose simbólicamente en la religión, se da una separación no mortífera entre madre e hijo.

# METODOLOGÍA

## Enfoque metodológico

El presente trabajo investigativo fue realizado bajo un enfoque cualitativo, el cual sugiere que se debe partir de lo general a lo particular, sin generalizaciones, por ello Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio (2014) en el texto *Metodología de la investigación* indican que: “a veces es necesario regresar a etapas previas (...) sensibilizarse con el ambiente o entorno en el cual se llevará a cabo el estudio, identificar informantes que aporten datos y guíen al investigador por el lugar, adentrarse y compenetrarse con la situación de investigación” (p.8). En esta investigación se parte de las consideraciones generales acerca de la infancia, enfermedad y muerte en esta etapa, desde la teoría lacaniana, hasta las particularidades de cada subjetividad, con su respectiva variante de los recursos subjetivos con los que cuenta cada sujeto.

De igual manera, esta investigación requirió que se analice el dispositivo institucional (hospitalario) en el que se encuentran inmersos los sujetos, desde la medicina y la psicología. Pues este tendrá relevancia en las subjetividades del niño al momento de afrontar sus enfermedades, cuál será la mirada médica a la infancia y las intervenciones por parte del servicio psicológico a cargo. Así mismo, fue relevante describir el quehacer del psicólogo clínico por parte del servicio de cuidados paliativos y el encuadre respectivo, ya que es vital tener conocimiento de cómo se aborda esta problemática y los desencuentros que se puedan presentar entre la medicina y la psicología en el sujeto enfermo.

## Sujeto de la investigación

El objetivo de la investigación cualitativa es “proporcionar una metodología que permita comprender el mundo de la experiencia vivida desde el punto de vista de quien la vive” (Taylor y Bogdan, 2000) Por tanto, el investigador deberá tomar muestras para comprender la base teórica por la que se rige. Las características básicas de los estudios cualitativos se pueden resumir en que son investigaciones centradas en los sujetos, cuyo proceso de

indagación es inductivo y el investigador interactúa con la población. Es así que en el presente trabajo se exponen dos casos clínicos intervenidos, analizados e interpretados a partir de las teorías psicoanalíticas de Sigmund Freud y Jacques Lacan para precisar aquello de lo real de la muerte en el niño/a, cuyo cuerpo enfermo yace en una cama de hospital.

## **Métodos y técnicas de investigación**

Los datos mostrados fueron recolectados a partir de la revisión bibliográfica de las obras de varios psicoanalistas lacanianos importantes dadores de información sobre: muerte, cuerpo, enfermedad, real, simbólico e imaginario, goce y urgencia subjetiva, estos autores son principalmente Jacques Lacan y Sigmund Freud. Así mismo se hace uso de bibliografía sobre cuidados paliativos, debido a que fue usada por los investigadores para la realización y presentación de los dos casos clínicos, ya que es desde este servicio que se atiende a los pacientes en el hospital, claro, haciendo uso de la práctica psicoanalítica como método de intervención. Cabe aclarar que los casos se han presentado conforme a los teóricos obtenidos a partir de la técnica de investigación usada, proporcionando una mejor precisión en las mismas. Dada estas razones, se reitera en el uso la técnica de la investigación bibliográfica. Así mismo es importante mencionar la función del investigador en la investigación cualitativa, pues debido a que realiza una recolección de datos, también es considerado como parte de la técnica.

Otro lado, la investigación también requirió el análisis de casos clínicos, acerca de como se da el encuentro del niño con el real de su muerte propia, y la perspectiva del Otro frente a este suceso, con el fin de sustentar la teoría recopilada. En los casos presentados se logra entretelar los conceptos psicoanalíticos de la infancia, la muerte infantil, los recursos subjetivos del niño para afrontar la problemática y posteriormente, el duelo tanto del niño como de los padres. Esta técnica de investigación aplicada se la denomina casuística, la cual pretende recolectar información por medio de casos clínicos. La autora Levy (2013) en su texto *La casuística de Lacan* indica que:

Se subrayó la manera en que ese caso se entrelaza con la exposición teórica, destacando la articulación como esfuerzo permanente en la

transmisión de una enseñanza. Ese estilo deja ver la precisión con que Lacan aborda un diagnóstico clínico o una demostración del funcionamiento de algún mecanismo psíquico (p. 144).

Es decir, la aplicación de esta técnica no solo tiene la finalidad de sostener el trabajo investigativo, sino que también busca demostrar como los sujetos afrontan la problemática, de acuerdo a su respectiva subjetividad.

## CONCLUSION

- La problemática de la muerte en la niñez es un asunto que no sólo angustia al niño sino a la sociedad, es un tema que conduce al enfrentamiento con el real, lo traumático, por ello, se evita asociar la muerte con el niño, pues la sociedad no sabe cómo manejarla. Paradójicamente, esta investigación se ha construido a partir de lo que la sociedad pretende eludir; el niño como ser muriente. Por lo cual, nos adentramos en el ámbito hospitalario pediátrico, enlazando la teoría con los casos clínicos encontrados, de modo que fue necesario revisar conceptos psicoanalíticos, con mayor relevancia en la teoría lacaniana acerca de cómo la subjetividad del niño se constituye cuando el cuerpo enferma orgánicamente.
- Cuando un niño es diagnosticado con una enfermedad o condición catastrófica que amenaza su vida o trae consigo consecuencias orgánicas que perduraran a largo plazo, es derivado a la unidad de cuidados paliativos en la cual, desde nuestra práctica, se intervino en casos de duelo, acompañamiento, comunicación de malas noticias, afrontamiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento y hospitalización, sin dejar de lado la demanda hospitalaria y haciendo uso de la mirada psicoanalítica, ya que en estos casos el registro de lo real queda marcado por el significante de la muerte propia.
- Para que un niño signifique la muerte, el imaginario del cuerpo debe entrar en juego y progresivamente vivir un duelo pues el cuerpo se irá modificando, convirtiéndose así en una experiencia traumática, la cual se vivirá de acuerdo a los recursos que posea y los que le pueda brindar el Otro. El sujeto indudablemente está expuesto al discurso médico, el cual lo puede llegar a nombrar como sujeto enfermo a partir de un diagnóstico, volviéndolo su enfermedad, su diagnóstico médico. Cuando se habla de

enfermedad, esta sugiere un padecimiento, pero si esta se vuelve crónica, el sujeto enfermo se transforma en moribundo.

- El significante de la muerte es una construcción subjetiva, con la que en un primer momento el niño no cuenta, sino hasta la llegada del Otro simbólico. Y es en el encuentro con este significante, cuando la muerte se vuelve real, cae la ilusión de las construcciones previas y el yo se desestabiliza, causando angustia en el sujeto. Sin embargo, el significante *muerte* puede generar alivio, siendo visto como un consuelo, por ello Lacan indica que la realización de que somos sujetos finitos motiva la vida. Es entonces cuando la muerte se vuelve como un punto máximo de goce; es traumática, pero liberadora. Ante esta escena, las intervenciones deben ir dirigidas hacia el alivio del sufrimiento y mejorar la calidad de vida del sujeto.
- Este trabajo toma en cuenta las dos vertientes que intervienen en el proceso y evolución de la enfermedad, es decir, la medicina y la perspectiva psicoanalítica, ambas necesarias para el bienestar del sujeto ya que deben integrarse en una ética multidisciplinar, debido a que lo orgánico y lo psíquico se encuentran en un punto de convergencia. Así mismo ha logrado, mediante el uso de la teoría psicoanalítica, hacer clínica en un hospital con niños enfrentándose al encuentro traumático con el real de la muerte propia, y a las subjetividades de los otros que podrían interferir en el proceso de duelo.

## RECOMENDACIONES

Mediante esta investigación, se pudo determinar que la práctica psicológica en una institución médica puede conllevar obstáculos, por ello se recomienda que este tipo de instituciones puedan realizar un trabajo multidisciplinario, pues el padecer del sujeto tiene una génesis orgánica y psíquica, ambas deben ser tratadas, sin restar importancia a la intangible.

Así mismo, se realiza la recomendación a los médicos de estas instituciones, ya que el sufrimiento psíquico y anímico que puede traer una enfermedad orgánica, podría llegar a repercutir en el órgano enfermo. Por ello, es el médico el que debería solicitar la presencia del equipo de cuidados paliativos, para que el sujeto pueda ser intervenido psicológicamente al momento de enfrentarse al real de la enfermedad y la muerte.

Por otro lado, los psicólogos y futuros psicólogos que se enfrenten a problemáticas similares, se les recomienda prepararse, constantemente, en el ámbito psicoanalítico; las urgencias subjetivas, y en el ámbito médico; pues es necesario que el psicólogo también logre entender la enfermedad y el tratamiento del sujeto, con el fin de poder hablar de ella con el sujeto y el Otro médico.

Por último, se le sugeriría a los padres que accedan a una intervención psicológica, ya que esta no solo trae beneficios en el paciente, también en los padres, pues de estos dependerá el significado que el niño le dará a su enfermedad y la muerte que puede venir como añadidura. Puesto que, debido a la gravedad del estado de salud de sus hijos, pueden llegar a ver el ofrecimiento de una intervención psicológica como una invasión

## REFERENCIAS

- Acuña, E. (2018). *La infancia desde la perspectiva del psicoanálisis: un breve recorrido por la obra clásica de Freud y Lacan; Klein y los vínculos objetales*. Cartagena, Colombia.: Programa de Psicología: Universidad de San Buenaventura de Cartagena,.
- Alcira, A. (2012). *Clínica con la muerte*. Madrid, España: Ediciones Biebel.
- Alonso, L. (2017). *Duelo en padres ante una muerte accidental: Una mirada desde el psicoanálisis*. Montevideo: Universidad de la República de Paraguay.
- América, E. -P. (2016). *Cuidados paliativos pediátricos: ¿Por qué son importantes?* Buenos Aires, Argentina: Centro de Investigación e Implementación en Cuidados Paliativos.
- Arboleda, M. (2010). *No sólo del cáncer se padece, sino también de la palabra : el cáncer, el síntoma y sus vicisitudes; casuística la experiencia clínica*. (Repositorio UCSG ed.). Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Bacigalupi, M. (2017). *Relación entre psicología y medicina*. Obtenido de <https://www.esalud.com/medicina-y-psicologia/>
- Barrionuevo, J. &. (2013). *Deseo del Otro y fantasma* . Buenos Aires, Argentina : Universidad de Buenos Aires.
- Bassols, M. (2020). *Lo real del psicoanálisis*. Barcelona, España.
- Baud, A. (2011). *Entre El Dolor y El Desafío*. Obtenido de Escuela Freudiana de Buenos Aires: [http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline\\_72.pdf](http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_72.pdf)
- Bustos, V. (2015). *Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: una perspectiva analítica*. Obtenido de Universidad del Norte: [https://www.redalyc.org/journal/213/21345152007/html/#redalyc\\_21345152007\\_ref27](https://www.redalyc.org/journal/213/21345152007/html/#redalyc_21345152007_ref27)
- Daneri, C. (2014). *¿ Qué es el síntoma en psicoanálisis ?* Obtenido de <https://www.cristinadaneripsicoanalista.com/que-es-el-sintoma-en-psicoanalisis/#:~:text=Para-Sigmund-Freud-el-padre,y-ese-conflicto-es-estructural>.
- Elmiger, M. (2010). *La Subjetivación del Duelo en Freud y Lacan*. Obtenido de Revista Malestar y Subjetividad. Universidad de Fortaleza, Brasil: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=27116941002>
- Espinosa, A. (2013). Configuración de la subjetividad en la primera infancia en un momento posmoderno. *Revista Infancias Imágenes*, 18-28.

- Febres Cordero, M. (2013). *El niño y el saber*. Buenos Aires, Argentina : Trazos.
- Freud, S. (1992). *Obras completas 14: Duelo y melancolía* . Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1992). *Obras completas 21: El malestar en la cultura*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1992). *Obras completas: Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1992). *Obras completas: Más allá del principio del placer* (Vol. Volumen 18). Buenos Aires: El ateneo editorial.
- Freud, S. (2005). *Obras completas: Conferencia los caminos de formación del síntoma* (Vol. 23). Buenos Aires: El ateneo.
- Gallo, H. (2002). *Cuerpo y enfermedad: Una aproximación psicoanalítica. Desde el jardín de Freud*, 120-127.
- Genta, G. (2006). *Anotaciones para una historia de la pediatría y la puericultura* . Obtenido de Scielo: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-07932006000300007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932006000300007)
- Humanium. (2014). *Niños de Ecuador* . Obtenido de Descubriendo los derechos infantiles en Ecuador: <https://www.humanium.org/es/ecuador/>
- Lacan, J. (1992). *El reverso del Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Lacan, J. (1998). *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Barcelona, España: Paidós.
- Lacan, J. (2005). *Escritos 1*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2006). *Seminario 23: La angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2009). *Escritos 2: La dirección a la cura* . Buenos Aires, Argentina : Siglo XXI editores.
- Lacan, J. (2012). *Dos notas sobre el niño*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (2004). *La urgencia generalizada: la practica en el hospital* . Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- León, P. (2011). *El duelo, entre la falta y la perdida. Desde el jardín de Freud*, 67-76.
- Levy, E. (2013). *La casuística de Lacan*. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Lombardi, G. (2000). *Tres definiciones de lo real en psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.

- Lora, M. (2003). *El niño y la familia desde el psicoanálisis. Una aproximación lacaniana*. Obtenido de Scielo: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612003000200004](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000200004)
- Lozano, T. (2005). *La muerte en nuestra sociedad*. Barcelona.
- Lozano, T. (2005). *La muerte en nuestra sociedad*. Obtenido de Centro San Camili Vida y Salud: <http://cscbiblioteca.com/Tanatologia-Listo/03muerteennustrasociedad.pdf>
- Mandal, A. (2019). *¿Qué es pediatría?* Obtenido de [https://www.news-medical.net/health/What-is-Pediatrics-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/What-is-Pediatrics-(Spanish).aspx)
- Miller, J. (2002). *Biología lacaniana y acontecimiento del cuerpo*. Buenos Aires: Edigraph S.A. .
- Miller, J. (2012). *Embrillos del cuerpo*. Buenos Aires : Paidós.
- Muñoz, P. (2020). *Goce: prohibición, transgresión e interdicción*. Buenos Aires, Argentina : Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Nasio, J. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Buenos Aires, Argentina : Paidós.
- Navarra, C. U. (2020). *Diccionario médico*. Obtenido de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/q>
- Obando, V., & Vega, E. (2018). *Urgencia subjetiva, un dispositivo analítico en el área de oncología del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo durante las prácticas clínicas del año 2017-2018. Análisis de la experiencia de prácticas*. Guayaquil, Ecuador: Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Orlando, C. (2009). La familia como institución. *Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología* (pág. 5). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Pelaez, G. (2011). El sujeto y el lazo social. *Affectio Societatis*, 9.
- Pérez, M. (1991). *Medicina, psicología de la salud y psicología clínica*. Obtenido de [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/94733/1/RevPsicolSalud\\_3\\_1\\_02.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/94733/1/RevPsicolSalud_3_1_02.pdf)
- Piro, M. (2007). *La constitución del cuerpo en la enseñanza de Lacan: del estadio del espejo al seminario de la angustia*. Buenos Aires: XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur.
- Ramos, C., & Mahé, L. (2012). Enfermedad, cuerpo y síntoma . *Desde el jardín de Freud* (12), 267–277.

- Real academia Española. (2021). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de <https://dle.rae.es>
- Rojas, P., Lora, M., & Ximena, G. (2008). *El niño como sujeto desde el Psicoanálisis*. Obtenido de Scielo: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612008000200006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612008000200006&lng=es&tlng=es).
- Salas, M. (2004). Los cuidados paliativos: un modelo de atención integral al niño gravemente enfermo y a su familia. *Sección de Psiquiatría Infantil. cServicio de Pediatría. Hospital Donostia. San Sebastián. España*, 1-6.
- Salomón. (2014). *Las urgencias del parlêtre. En Hablar con el cuerpo*. Buenos Aires, Argentina : Grama ediciones.
- Sampieri, F. C. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Interamericana Editores .
- Seldes, R. (2004). *La urgencia subjetiva, un tiempo nuevo*. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Sotelo. (2015). *Dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas*. Buenos Aires, Argentina: Grama ediciones.
- Szerman, M. (2016). *Mas allá del principio de placer: Trauma, angustia y desvalimiento*. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Taylor, J., & Bogdan, R. (2000). *Introducción a los metodos cualitativos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. Obtenido de <https://www.studocu.com/ec/document/universidad-central-del-ecuador/sociologia-y-derecho-politico/taylor-s-j-bogdan-r-metodologia-cualitativa/4762516>
- Tkach, C. (2009). *El concepto de trauma de Freud a Winnicott: un recorrido hasta*. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Ulrich, H. (2009). *Salud mental y psicoanálisis, una tensión irreductible*. Buenos Aires, Argentina : Universidad de Buenos Aires.
- Winchell, E. (1996). Imagen corporal: La aceptación es el primer paso. *inMotion*, 6, 4.
- Zas, B. (2016). *Experiencias en psicología hospitalaria*. México D.F: Alfepsi editorial.

Guayaquil, 22 de diciembre del 2021

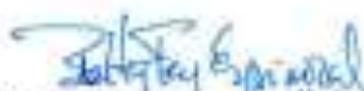
Señores:  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, CIENCIAS Y LETRAS  
UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Yo, Psic. Betty Fey Espinoza, con cédula de identidad 0913863486, Responsable de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital del Niño Dr. Francisco Icaza Bustamante, autorizo la publicación en el repositorio de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil con fines académicos del trabajo de titulación: "El encuentro del niño con el real de la muerte propia: una mirada desde la teoría Lacaniana" realizado por las señoritas Jennyfer Arianna Naranjo Sojos y Betty Susan Rojas Echáziz para la obtención del título Licenciado (a) en Psicología Clínica.

Cualquier otro fin que se le de a este documento deberá ser aprobado por los directivos del Hospital.

Atentamente,



Psic.Ct. Betty Fey Espinoza  
Responsable del Servicio de Cuidados Paliativos  
Hospital del Niño Dr. Francisco Icaza Bustamante  
Telef. 0990907544

 Ministerio  
de Salud Pública  
HOSPITAL DEL NIÑO  
DR. FCO. DE ICAZA BUSTAMANTE  
UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS  
Betty Fey Espinoza  
PSICOLOGA



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Naranjo Sojos Jennyfer Arianna** con C.C: # **0951296805** autora del trabajo de titulación: **El encuentro del niño con el real de la muerte propia: una mirada desde la teoría psicoanalítica lacaniana**, previo a la obtención del título de Licenciada en psicología clínica en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **14 de febrero del 2022**

f. \_\_\_\_\_

**Naranjo Sojos, Jennyfer Arianna**

C.C: 0951296805

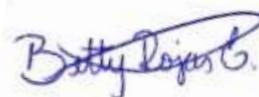
## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Rojas Echaiz, Betty Susan** con C.C: # **0923452965** autora del trabajo de titulación: **El encuentro del niño con el real de la muerte propia: una mirada desde la teoría psicoanalítica lacaniana**, previo a la obtención del título de Licenciada en psicología clínica en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 14 de febrero del 2022



f. \_\_\_\_\_

**Rojas Echaiz, Betty Susan**

C.C: 0923452965

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	El encuentro del niño con el real de la muerte propia: una mirada desde la teoría psicoanalítica lacaniana		
<b>AUTOR(ES)</b>	Jennyfer Arianna Naranjo Sojos; Betty Susan Rojas Echaiz		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Álvaro Andrés, Rendón Chasi		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la educación		
<b>CARRERA:</b>	Psicología Clínica		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Licenciados en Psicología Clínica		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	14 de febrero del 2022	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	64
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Muerte en la infancia		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Infancia- Lo real- Configuración familiar- Imago del cuerpo- Enfermedad- Muerte en la infancia- Deseo del Otro- Duelo- Duelo del propio cuerpo- Dispositivo hospitalario- Urgencia subjetiva		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>			
<p>La expresión “yo puedo morir, porque ya viví” hace referencia a que la muerte es aceptada en la etapa adulta por la larga experiencia de vida, sin embargo, también indica que para la sociedad el niño no es parte de esta ecuación; un niño no debe y no puede morir porque no ha vivido. Es como si hubiese una norma que regule que es así como debe ocurrir, tenemos grabada la idea de “naces, creces, te reproduces y mueres”; pero lo que deseamos no es siempre lo que ocurre. La muerte no toma en cuenta la edad, las experiencias, consecuencias, o el tiempo. Es justo esa lógica lo que resulta impensable o angustiante para el ser humano, porque cualquiera puede morir; es la muerte de una vida no vivida lo que nos castra, nos envuelve en un sin fin de dudas, cuestionamientos, miedo y angustias; enfrentándonos así al real de nuestra muerte propia. Pero ¿Qué pasa cuando es el niño quien se enfrenta a este real? Eso es justo lo que esta investigación pretende responder a partir de la experiencia dentro de una institución de salud en Guayaquil, Ecuador.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-93-976-7858 +593-98-631-4082	E-mail: <a href="mailto:betty_susan@hotmail.com">betty_susan@hotmail.com</a> <a href="mailto:jennyferarianna_@hotmail.com">jennyferarianna_@hotmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre: Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.</b>		
	<b>Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419</b>		
	<b>E-mail: francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec</b>		
<b>SECCION PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			