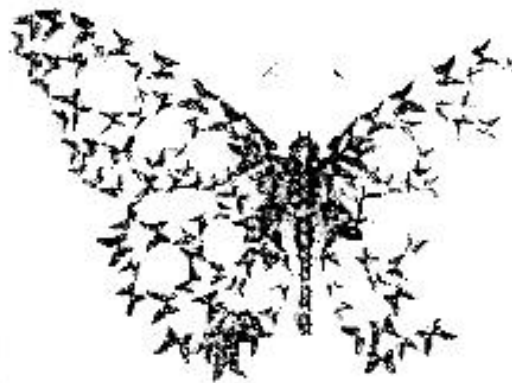


Universidad de La República  
Facultad de Psicología  
Licenciatura en Psicología



**«ANÁLISIS DEL CONCEPTO DE NARCISISMO EN EL  
DETERIORO ACELERADO DE PACIENTES TERMINALES,  
DESDE LA PERSPECTIVA DE ANDRÉ GREEN»**

Trabajo Final de Grado elaborado por:

Andrea Paola Umpiérrez Blanco

C.I. 4.245.078-4

Tutor: Prof. Agda. Lic. Psi. Adriana Gandolfi

30 de Octubre, 2014

Montevideo, Uruguay

# INDICE

---

INDICE.....	1
RESUMEN.....	2
INTRODUCCION.....	3
<b>CAPITULO I - ELECCION DEL TEMA.....</b>	<b>5</b>
<b>CAPITULO II - SOBRE NARCISISMO.....</b>	<b>7</b>
2.1 El narcisismo en el pensamiento Freudiano.....	7
2.2 André Green y su narcisismo contemporáneo.....	8
<b>CAPITULO III - NARCISISMO DE VIDA, NARCISISMO DE MUERTE.....</b>	<b>12</b>
3.1 Dejarse morir.....	13
3.2 Autopercepción en adultos mayores.....	16
3.3 Narcisismo y depresión en pacientes terminales.....	19
<b>CAPITULO IV – CONCLUSIONES.....</b>	<b>22</b>
BIBLIOGRAFÍA.....	24

# RESUMEN

---

El presente trabajo comprende una revisión, sistematización y análisis del concepto de narcisismo en el deterioro acelerado de pacientes terminales adultos mayores.

Mediante la articulación de casos clínicos, artículos e investigaciones, pretendo acercarme a la comprensión de cómo el narcisismo puede afectar en menor o mayor medida al deterioro de un paciente con diagnóstico de enfermedad terminal.

Realizando un recorrido bibliográfico contemporáneo, encontré en la obra del autor André Green conceptos relevantes que me motivaron al desarrollo de este trabajo.

Decido entonces articular el material empírico con los conceptos más destacados de este autor.

Intentando dejar aquí abiertas nuevas hipótesis que podrían ser disparadoras de investigaciones futuras.

Palabras clave: ***Narcisismo, Deterioro, Pacientes Terminales, André Green***

# INTRODUCCIÓN

---

Si bien las personas transitan su vida sin tener una representación psíquica de la propia muerte, esta gira en torno a distintas fantasías, temores y creencias que afectaran de diferentes formas. En el momento que la muerte irrumpe en la vida de una persona, de manera inesperada, y el no estar preparado en vida para la misma, será determinante de la reacción que tendrá frente a un diagnóstico de enfermedad terminal.

Lo que impulsa mi interés por esta temática es el pasaje que tuve durante mi carrera por una pasantía anual en Cuidados Paliativos. En aquella oportunidad trabajamos en subgrupos, en los cuales nos fue asignado un paciente con determinado diagnóstico de cronicidad.

En el seguimiento de estos pacientes notábamos como cada uno ellos tenían acciones y reacciones muy distintas en cada encuentro. Unos más optimistas y unos menos, unos más demandantes de atención y otros más autónomos, unos más pasivos y otros más violentos, unos más esperanzados por vivir y otros entregados a la idea de morir.

Si bien el diagnóstico de cronicidad conlleva a corto, mediano, o largo plazo a la muerte según distintos factores, sexo, edad, etc., no todas las personas transitan esos plazos de igual manera.

Desde el Psicoanálisis el concepto de narcisismo introducido por Freud pudo dar explicación a varias patologías y comportamientos humanos, por lo que cabe pensar que también pueda brindarnos una explicación en el caso de pacientes terminales hiperdeprimidos.

Este narcisismo que podríamos llegar a considerar como “narcisismo negativo” podría ser un componente que provoque el aceleramiento en el deterioro psíquico y físico, en términos más coloquiales “dejarse morir”.

Considero que no fue fácil para mí la delimitación del tema. Pensarlo desde el paciente, desde el terapeuta, desde el equipo médico, la familia... Pensé por momentos en un duelo anticipatorio por parte del paciente, intentando pensar esto desde la psicosomática, hasta que finalmente y durante mi búsqueda bibliográfica, tuve un acercamiento a los textos del autor contemporáneo André Green, el cual considero aporta conceptos relevantes al momento de plantearnos un “narcisismo negativo”, un “narcisismo de muerte”.

Es allí entonces donde quiero profundizar el contenido de esta monografía. Si bien dentro de la corriente psicoanalítica podemos encontrar en su mayoría autores que han venido desarrollando el concepto de narcisismo, considero que quien nos posiciona con mejores herramientas teóricas para pensar esta temática en cuestión, es A. Green.

Sin excluir otros autores, centraré mis reflexiones desde su obra.

Este trabajo está comprendido por cuatro capítulos centrales. En el primer capítulo se expresan los motivos que fueron motores para la realización del mismo.

En un segundo capítulo se incluye una breve reseña del concepto originario de narcisismo introducido y desarrollado por Freud; y luego la presentación contemporánea de André Green, a modo de acercar al lector a su vida y obra llena de originalidad, así como su teoría de interesantes contenidos psicoanalíticos.

En un tercer capítulo se articulan datos empíricos mediante artículos e investigaciones que habilitan a pensar el narcisismo de muerte cuando encontramos pacientes deprimidos o con deterioro acelerado.

Se presenta un cuarto capítulo donde se desarrollan las conclusiones y aproximación a hipótesis, que podrían ser a futuro disparadoras de nuevas investigaciones. Pensándolo para quienes consideremos interesante poder continuar brindando datos que aporten y colaboren a comprender más y mejor las distintas respuestas de estos pacientes terminales.

Pudiendo motivar nuevos recursos, y generar nuevas prácticas de salud, orientadas al bienestar de estas personas.

# CAPÍTULO I

---

## ELECCIÓN DEL TEMA

Durante el año 2012 tuve la oportunidad de participar en una pasantía para estudiantes de 4to y 5to ciclo de Facultad de Psicología, sobre la temática “Cuidados Paliativos”.

Dicha propuesta orientada a la incorporación de competencias específicas sobre este campo de estudio y trabajo, me brindó herramientas para poder continuar pensando sobre estos conceptos y cuestiones vinculadas en torno a la muerte y a las personas en etapas finales de la vida.

Bajo la supervisión de las docentes: Prof. Agda. Lic. Adriana Gandolfi, Prof. Adj. Lic. Ana Luz Potesoni, Ayud. Lic. Mónica Reina, y en conjunto con RAP-ASSE, dimos inicio al recorrido por esta pasantía, la cual recordaré por lo ética y enriquecedora a nivel humano y profesional, siendo hoy en día fuente motivadora para la realización de este trabajo.

Considero que en la práctica fuimos adquiriendo conocimientos que nos fueron de gran utilidad al momento del trabajo con pacientes y familiares. Cada sub grupo de estudiantes aportamos el mayor bienestar posible y acompañamiento al paciente que nos fue asignado, también el soporte apropiado y guía a cada grupo familiar durante el transcurso de la enfermedad terminal.

Realizando esta práctica en Cuidados Paliativos, pudimos observar como cada equipo de trabajo generaba distintos vínculos con su respectivo paciente, en algunos casos la empatía estaba hasta por demás en cada encuentro, mientras que para otros, se generó en más de una oportunidad un rechazo por parte del paciente, incluso el rechazo al encuentro.

Allí es donde algunos interrogantes se fueron generando, ¿Por qué unos pacientes aceptan los cuidados y sostén y otros no?, ¿Por qué en algunos casos independientemente del diagnóstico de tipo de enfermedad, unos pacientes se deterioran más que otros teniendo condiciones de cuidado más favorables?, ¿Cuál es la nueva imagen de sí mismo que el paciente puede representarse a partir de un diagnóstico de enfermedad terminal?, y ¿Qué imagen le devolvemos nosotros?

Allí cuando contemplo estos interrogantes, logro acercarme a la idea de que el concepto de narcisismo jugará un papel fundamental en el posicionamiento del paciente frente a la enfermedad.

El trabajo de campo realizado sobre los conflictos a partir de un diagnóstico de enfermedad terminal, los distintos procesos de duelo, y la particularidad y singularidad de cada paciente, son algunos de los motivos que me impulsan a la realización de este trabajo.

Y sin duda alguna, lo que más motivará el desarrollo de mi temática en cuestión, será el pensar al paciente como ser de afectos a la vez que afectado por la enfermedad.

Por ser cada encuentro y cada paciente único e irrepitable, seremos sorprendidos con situaciones, y desenlaces, donde muchas veces tendremos que afrontar nuestras propias resistencias, nuestros temores y miedos.

Allí en el encuentro con el paciente es donde él y nosotros pondremos en juego sus aspectos narcisistas y también los nuestros.

# CAPÍTULO II

---

## SOBRE NARCISISMO

### 2.1 El narcisismo en el pensamiento Freudiano

El concepto de narcisismo es trabajado por Freud a lo largo de toda su obra, concepto que inicia tomando como referencia el Mito Griego de Narciso, y sobre el que ha ido planteándose distintas hipótesis. Freud presentó y desarrolló este concepto el cual a lo largo de los años y haciendo un recorrido por su obra, encontramos fue adquiriendo nuevas visiones y articulación directa con otros conceptos relevantes de su teoría.

En el año 1910 es propuesto el concepto de narcisismo como elección de objeto en la homoexualidad, haciendo referencia al amor hacia un igual como forma de amarse a sí mismo, allí estaríamos frente a un tipo de elección de objeto narcisista., y un concepto de narcisismo de características psicogenéticas.

Freud presenta en el año 1911 el caso Schreber, aquí el narcisismo pasa a ser visto como una fase de la evolución psicosexual, ubicándose entre el autoerotismo y el amor objetal, *“El sujeto comienza a tomarse a sí mismo, a su propio cuerpo como objeto de amor”* dando origen a un Yo, y permitiendo la relación con un otro.

Con Introducción del Narcisismo (1914) la libido adquiere un papel más que importante, mediante mecanismos y movimientos de restitución y retracción de la libido narcisista, el Yo proyectará partes de si en otro, e introyectará partes de ese otro en sí mismo, a consecuencia de esto, cuando exista un aumento de la libido de objeto disminuirá la libido yoica, empobreciendo al Yo.

Podemos ejemplificar esto último llevándolo a situaciones que competen a este trabajo, como pueden ser: la autoestima, la conducta que adoptamos frente a una enfermedad, en el dolor, y el duelo, entre otras.

En Duelo y Melancolía (1916), la idea del narcisismo es planteada por Freud en relación a la identificación narcisista con el objeto. Con la segunda tópica trae el concepto de narcisismo



secundario, el narcisismo del Yo, el cual es retirado de los objetos por medio de las identificaciones.

Continuando con el recorrido de la evolución del concepto de narcisismo en la Obra de Freud, observamos como en Más allá del principio de placer (1920) las ideas anteriormente planteadas son vistas como monistas en relación a la libido, por lo que más adelante será propuesta por Freud la última teoría de las pulsiones, donde hará referencia a pulsiones de vida y pulsiones de muerte.

A lo largo de todo el desarrollo del concepto de narcisismo en Freud, encontramos que amalgama al yo con su identidad, le da sentido a esa existencia, este paso de la libidinización de pulsiones yoicas por encima de las pulsiones de autoconservación, llevaron a pensar el narcisismo como un concepto de giro teórico.

## 2.2 André Green y su narcisismo contemporáneo



André Green nació el 12 de marzo de 1927 en el Cairo, allí vivió hasta completar sus estudios en el liceo Francés. Hijo de padres judíos, comerciantes, siempre destacó la gran sensibilidad de su madre quien lo motivó a interesarse por los afectos, concepto que irá a articular a lo largo de su obra. Green siempre idealizó Francia, país que conoció a sus 19 años y que logró fascinarlo por su misticismo. Allí realizó sus estudios terciarios, cursando medicina en dicho país, para especializarse en psiquiatría.

En el año 1953 ingresó como interno en Sainte – Anne y en el año 1957 en Hospital Henri Rouselle, en este último se desempeñó como Asistente. Al siguiente año fue nombrado Jefe de Clínica de la cátedra de enfermedades mentales de la Facultad de Medicina de la Universidad de París.

Formándose en París, y bajo enseñanzas de H. Ey y Ajuriaguerra como sus más referentes maestros, A. Green adquirió conocimiento en neurología, anatomía patológica, así como también mostró siempre gran interés en filosofía, psicoanálisis y literatura.

El teatro fue también una de sus disciplinas preferidas, como actor conformó por muchos años parte del elenco de la Sorbona.

Encontramos también presente en el pensamiento de A. Green y a lo largo de toda su obra, una fuerte influencia de los trabajos de Winnicott. A. Green conoce a Winnicott en el año 1957 en París durante su asistencia a un congreso, desde allí sus trabajos lo impactan por su originalidad y libertad al momento de hablar de sentimientos.

De lo expuesto hasta aquí encontramos que el marco referencial, su historia y cuestiones fundamentales, llevaron al autor a incluir “el afecto” en todas sus teorizaciones. En cuanto al concepto de narcisismo, A. Green se ha referido siempre de manera creativa y original, realizando a lo largo de su obra un estudio detallado del narcisismo y patologías fronterizas. Klein, Winnicott y Lacan, podemos considerarlos como sus principales referentes, con los cuales articuló sus propias teorizaciones.

A. Green fallece el 22 de enero de 2012, a sus 84 años, contemporáneo a nuestros días, es recordado y reconocido como un pensador creativo, el cual consideró que los fenómenos

En su estudio detallado sobre el concepto de narcisismo, con el que se propuso relacionar la teoría de las pulsiones, logró describir dos formas bien diferenciadas de narcisismo. Encontramos que una de estas formas estará orientada a la vida, mientras que la otra irá en dirección a la muerte.

Tenemos entonces dos presentaciones del narcisismo, el narcisismo positivo que procede del yo, por lo que esta libido que es opuesta a la libido de objeto buscará la ligazón yoica, y por otro lado se nos presenta el narcisismo negativo, surgiendo de entre pulsiones destructivas, y tenderá a reducir a cero la investidura del yo.

Existen casos donde el yo se muestra desinteresado tanto por sí mismo como por el objeto, allí la tendencia será entonces a desaparecer, ya que la búsqueda activa de la nada, disminuirá la tensión a nivel cero, y estaremos allí frente a la muerte psíquica. Se llega entonces al deseo de no-deseo, ya no se busca la satisfacción y por tanto la vida se vuelve muerte a modo de liberar todo deseo existente.

*“El narcisismo de muerte, una conceptualización original de Green, se produce por predominio de la pulsión de muerte, lleva al sujeto a la reducción de tensiones a nivel cero, a un deseo de no deseo, a la desinvestidura de sí mismo y del objeto (función desobjetalizante). Se manifiesta por ascetismo, afánisis, anorexia mental, alexitimia y pensamiento operativo” (Yildiz, I., 2012. p. 27)*

De lo visto hasta aquí podemos acercarnos a comprender la relación existente entre narcisismo y pulsión de muerte, narcisismo que A. Green denominará "*narcisismo negativo*". Para el autor existe un lazo muy estrecho entre narcisismo y depresión, esta última ligada al deterioro de pacientes terminales.

Vamos a encontrarnos entonces con que el narcisismo de muerte, o narcisismo negativo se caracteriza por el predominio de la pulsión de muerte. Cuando el deseo es el de "no deseo", conllevará a una reducción de las tensiones a nivel cero, un deseo de nada, deseo de no vivir, estaremos frente a una función desobjetalizante.

A. Green (1983), haciendo referencia a la British Psychoanalytical Society y a un tema propuesto por esta: "*El dolor psíquico*", trae un concepto de J.B.Pontalis, quien menciona la experiencia del dolor en un "yo-cuerpo", la psique se muda en cuerpo, y el cuerpo en psique. A partir de allí A. Green despliega algunas ideas referentes a circunstancias en la cuales ha podido observar dolor psíquico:

- a) El dolor es provocado por *una decepción que se recibió en un estado de no preparación*. La imposibilidad de no mantener el mecanismo de defensa de la desmentida, provoca que el cambio del objeto sea intolerable para el yo, generando también un cambio en este.
- b) El dolor proviene de un *secuestro de objeto*, aquí predominará en el yo un concepto de prejuicio e injusticia en el cual este tratará por todos los medios de aprisionar al objeto (ya inexistente).
- c) Este secuestro de objeto y dolor interno provocarán un efecto de vergüenza.  
(p. 143)

Siguiendo estas descripciones encontramos otra idea relevante que es la de los traumas acumulativos, si pensamos en una estructura narcisista del yo, estos traumas se sobrellevan por el mecanismo de negación.

Cuando este mecanismo falla, interiormente vuelve a abrirse la herida narcisista, y el yo no tolera tal dolor. A. Green denomina a este mecanismo funcionamiento psíquico interno reactivo.

Pensando en el caso de pacientes con deterioro acelerado, podemos inferir que su respuesta actual puede estar ligada a la formación del carácter en el pasado que se actualiza mediante formaciones reactivas frente a las pulsiones de objeto.

*“El viejo como los niños se vuelve narcisista de nuevo”* (Solís, H., 2000, p. 90)

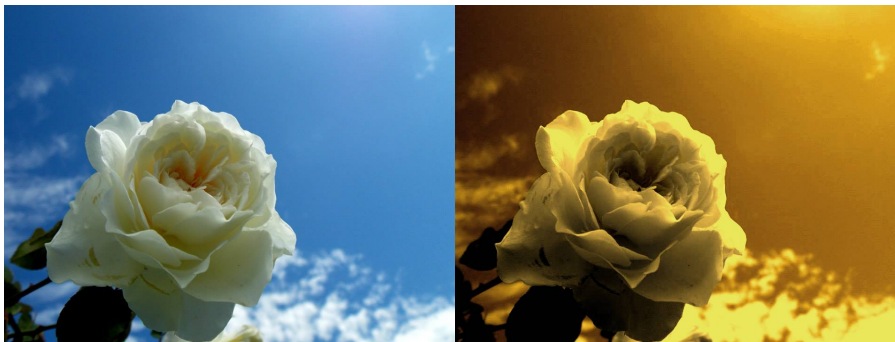
Sintetizando entonces los conceptos de A. Green que venimos trabajando, el autor distinguirá un narcisismo primario positivo orientado a Eros, que tenderá a la unidad y la identidad, de un narcisismo primario negativo orientado a pulsiones de destrucción, no con odio hacia el objeto, sino en la tendencia del yo a deshacer su unidad para tender a cero.

A. Green (1989), menciona que esta tendencia a cero es el sentimiento de vacío y es una de las características de la depresión, la cual resultará de la herida narcisista y la disminución libidinal. Al ser la libido narcisista, la falta o disminución de esta será siempre sentida a nivel del yo. Elementos estos que lo hacen sostener entonces su hipótesis de la existencia de un “narcisismo negativo”, ligado a la función desobjetalizante, por tendencia a nivel cero. (p. 74)

# CAPÍTULO III

---

## NARCISISMO DE VIDA, NARCISISMO DE MUERTE



*“Ahora bien, como el yo vive atareado pensando en una multitud de cosas,  
y como no es más que el pensamiento de esas cosas,  
cuando, por casualidad, en lugar de tener delante esas cosas,  
de repente da en pensar en sí mismo,  
solo encuentra un aparato vacío, algo que él no conoce y,  
para conferirle alguna realidad, le agrega el recuerdo de una figura que percibió en el espejo.*

*Esa cómica sonrisa, esos bigotes desparejos,  
he ahí lo que desaparecerá de la superficie de la Tierra. (. . .)  
Y mi yo me parece todavía más nulo cuando así lo veo ya como algo que no existe.*

*(Proust, s.f.)”*

*(Green, A., 1983. p. 9)*

### 3.1 Dejarse morir

Según Limonero (1994), si mencionáramos algunas de las preocupaciones principales que manifiestan la mayoría de los enfermos terminales, entre otras, encontraríamos:

- a) Síntomas físicos, dolencias y debilidad;
- b) Sobre la progresión de la enfermedad, la muerte, el estado de ánimo, ansiedad y estados depresivos;
- c) Por verse incapacitados de realizar actividades que hasta un tiempo atrás realizaban, pérdida de autonomía, imagen corporal, y sobre el futuro familiar.

Generalmente existe en pacientes terminales una gran preocupación por temas referentes a la sintomatología física y problemas en un nivel netamente psicosocial. (p. 89)

Si vamos un paso delante de estas preocupaciones, entramos en terreno de las consecuencias. Dichas preocupaciones repercutirán en la persona de diversas formas, aquí la interrogante que se plantea es: ¿por qué algunas personas con enfermedad terminal y a diferencia de otras, reaccionan de manera negativa frente al diagnóstico, y por qué continúan en esa postura de “dejarse morir”, sin poder elaborar las pérdidas de sí mismo?, y ¿qué papel juega el concepto de narcisismo en estos casos?

En una conferencia dictada por Maldavsky (2013), Doctor en Filosofía y Letras, UBA, Director del Doctorado en Psicología y de la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento) y Magraner, Licenciado en Psicología y Letras, Especialista en Psicología Clínica, de la Universidad Central de Barcelona, se mencionan testimonios de pacientes que atraviesan una enfermedad crónica terminal en los cuales se destacan tendencias que van desde las ganas por la recuperación total, y energía puesta en este objetivo; y por otro lado, pacientes que se rinden ante ese diagnóstico, acelerando de manera notoria el deterioro.

Destacan allí los distintos factores que pueden incidir en una u otra postura, diferenciando la pulsión de sanar de la necesidad de estar enfermo, inclinándose al dejarse morir. Son variados los factores en la vida de una persona que irán a determinar la actitud frente a la propia muerte, si bien como ya mencionamos no existe desde el Psicoanálisis una representación de la propia muerte en el inconsciente, existen sí vivencias pasadas que conformarán y desarrollarán aspectos más o menos resilientes en la persona.

Seguendo esta línea, encontramos que existen dos grandes grupos de factores, unos son los factores pasados, y otros los factores actuales. En los primeros podemos agrupar distintas situaciones vividas en el pasado: traumas, pérdida de seres queridos, mudanzas, y otro tipo de pérdidas. El otro factor, el actual, va a estar mayormente relacionado con la actualización de esas pérdidas y hechos pasados, que se vincularán de manera directa con el momento por el cual transita la persona en el presente y su percepción de ser amado u odiado por los demás, percepciones que serán impulsadas por elementos narcisistas de la personalidad.

La tendencia a cero de la que hablaba A. Green, será ese punto de lucha constante en el cual la persona no tendrá elementos para sostener su vitalidad y se dejará llevar por sentimientos negativos, que física y psíquicamente se retroalimentaran positivamente acelerando el proceso de deterioro.

De lo expuesto hasta aquí podemos inferir entonces que existen estímulos internos y externos que pueden acelerar este proceso.

Para los estímulos externos, encontramos que el relacionamiento con familiares, amigos, personal de la salud, especialistas, juega un papel crucial en etapas de enfermedad avanzada. La contención que puede darse al paciente es vital para acompañarlo en el tránsito de etapas finales de la vida.

Cuando el paciente percibe el cansancio, agotamiento, y sufrimiento de estos estímulos externos, la imagen que tiene de sí mismo se deteriora aún más, como si fuese un espejo, la imagen que le devuelven, regresa hacia él hiriendo su propio narcisismo, él puede observar el desgaste también del entorno, y su yo sufrido y debilitado no contará con suficiente libido ni estímulos internos que lo impulsen hacia el gusto y amor por la vida.

Por otro lado, encontramos que dentro de los estímulos internos, (a nivel físico), la persona sufre intracorporalmente cambios en el proceso de enfermedad que podrían también acercarlo al abandono de sí mismo: dolores, imposibilidad motriz, asfixia, amputaciones, y otros consecuentes de la enfermedad y su proceso, pueden contribuir a acercar al paciente a etapas finales.

En el siguiente párrafo relatado por un paciente se observa como el equilibrio narcisista falla por momentos, las defensas fracasan y en el Yo emerge la angustia:

*“...una necesidad que me visita de tanto en tanto; hundirme para ver qué cantidad de indigencia física soy capaz de soportar, hasta qué extremo puedo llegar sin encontrar definitivamente la*

*muerte, tan solo acercarme hasta una parada cardio-respiratoria, un `reset` del ordenador central con el `stand by` aún en marcha...(s.n., 2013)”*

(Maldavsky, D. y Magraner, B., 2013, p. 20)

Si bien la muerte se considera un hecho natural y universal, es muchas veces ignorada o no deseada. En el caso de personas adultos mayores nos encontramos con varios casos en los cuales parece no existir miedo aparente ante la muerte, esto puede tener que ver con el camino de vida de esa persona, su biografía, creencias, experiencias.

Por otro lado lo que aparece en este tipo de pacientes es el miedo al proceso, al dolor, al ser abandonado por aquellos quienes representan en parte a sí mismo, aquellos en los cuales se refleja su vida y también parte de su propio yo, allí se pone en juego el narcisismo.

*“El cuerpo es un punto de partida y al mismo tiempo un punto de llegada, dependiendo de cómo se vivan o asuman dichos cambios, que incluso en nuestro inconsciente son vistos como alteraciones; quizá si leyéramos estos cambios como nuevos signos que nos invitan al crecimiento y no como una pérdida, el proceso de la vejez nos resultará bastante más llevadero”*  
(Sordo, 2014, p.59)

Alineados con el concepto teórico de “narcisismo negativo” propuesto por A. Green, podemos inferir que no siempre los cambios serán vividos de manera positiva, y la enfermedad terminal podrá ser interpretada también mediante significados negativos.

Allí no solamente entrarán en juego los aspectos narcisistas de la persona, sino que también cobrará un papel fundamental las definiciones sociales, en muchos casos estrictas sobre la diferenciación y juicios sobre un cuerpo sano y un cuerpo enfermo.

### **3.2 Autopercepción en adultos mayores**

*“...aun si no podemos saber que es la muerte,  
ni representárnosla; y aun si el inconsciente la ignora,  
en el sentido de no darle lugar alguno,*



*esta no elimina la conciencia que el hombre tiene de ese saber mortal...(s.n.,s.f.)”*

(Green, A., 1983. p. 239)

Son variados los modelos de autopercepción que tienen sobre sí las personas adultos mayores, frente a etapas avanzadas de una enfermedad crónica terminal.

Muchos son los ancianos que sienten ser un “estorbo” para sus familiares, comienzan a percibir que van quedando por fuera de un sistema social que fomenta la proactividad y la juventud. Más allá de sufrimientos y pérdidas que haya tenido la persona, la angustia que siente de sí mismo, y su deterioro podrá ser solamente sostenida por el acompañamiento de la familia y un equipo de salud que contemple los requerimientos del paciente en cada caso particular y situación de vida singular.

*“La acumulación de experiencias relacionadas con la muerte (la muerte de los propios padres, la de los familiares y amigos), así como la aproximación a la edad que marca el final de la esperanza de vida, el paso por otros umbrales vitales tales como la jubilación, o la experiencia de los propios achaques y enfermedades, favorecen la reflexión sobre la muerte”* (Durán, M.A., p.23)

Existen distintos miedos generadores de angustia, y el temor a la propia muerte es uno de los mayores, tanto que llevará a la persona a cuestionamientos sobre su vida pasada.

Encontramos también aspectos concretos del miedo, aspectos de carácter narcisista, como el deterioro físico, el efecto del tratamiento, la pérdida de funciones vitales, motoras, así como los elementos exógenos referentes a gastos en medicación, tratamientos, y la tan frecuente sensación de abandono por parte de familiares y amigos.

Autores como Hernández y Velázquez mencionan que la actitud que cada persona adopta ante la muerte, está ligada a sus creencias religiosas, y las mismas influenciarán junto con otros factores, a la manera positiva, negativa, o neutra con la que las personas pensarán sobre su propia muerte.

Entre 1993 y 1997, Vidal y López realizaron en Argentina un estudio sobre 75 enfermos de cáncer atendidos por equipo de Psicooncología de CEMIC (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas), mediante la escala de Autoevaluación de la Depresión de ZUNG, donde los factores involucrados son: los trastornos depresivos, el estadio de la enfermedad, el tratamiento realizado, el deterioro físico y el apoyo familiar. El objetivo de esta investigación fue

estimar y detectar la presencia de trastornos depresivos y relacionarlos con el estadio de la enfermedad.

Los resultados arrojaron los siguientes valores percentiles:

- El 55% de los pacientes presentaban trastorno depresivo con predominio de depresión leve.
- El 11% depresión severa.

Se observó entonces una relación significativa entre esta depresión y la falta de apoyo familiar, también incrementaron estos valores: el deterioro físico, la presencia de dolor y casos de metástasis o estado terminal.

La desesperanza si bien está presente en menor o mayor medida en todo paciente con padecimiento de una enfermedad terminal, en algunos casos logra ser transitorio.

A. Green hizo hincapié en los afectos, la vida afectiva, los sentimientos, las emociones y las pasiones, elementos que nos posicionan a continuar pensando en el narcisismo como interviniente principal en casos de deterioro acelerado psíquico y físico en pacientes terminales crónicos. Para A. Green los afectos están totalmente relacionados al narcisismo

La enfermedad se nutre de la depresión cuando el sentimiento de desamparo es permanente, comienzan los autoreproches, la tristeza se agudiza, existe una ausencia de la capacidad de sentir algún tipo de placer, y lo que se pierde es el sentido mismo de la vida.

En estos casos, encontramos que el estado de enfermedad y todo el deterioro físico mencionado, discrimina aún más entre el yo y el otro, ya no logra regularse el sentimiento de autoestima, y la persona va perdiendo identidad, es aquí donde el deterioro físico y psíquico se acelera.

*“Green considera que los afectos habilitan al yo para vivenciarse a sí mismo en relación con el cuerpo y para comunicarse con los demás. Además el afecto puede sustraerse del control del yo, que es capaz de inhibir la acción pero no siempre puede evitar ser inflamado por los afectos”*  
(Yildiz, I., 2012. p. 6)

En 1998 A. Green plantea la siguiente hipótesis:

*“La indiscriminación de los afectos y las representaciones (de cosas, objetos, imágenes e ideas) intervienen en los casos de desborde de los afectos que desorganizan al yo en forma de*

*despersonalización, ataques de pánico, terrores sin nombres, somatizaciones y desafectación*  
(Yildiz, I., 2012. p. 27)

De lo expuesto hasta aquí, estamos en condiciones de afirmar que para A. Green, el dolor corporal es de índole narcisista, mientras que el dolor psíquico resultará de la pérdida de un objeto con investidura narcisista.

La angustia será la señal de peligro, mientras que el dolor psíquico estará indicando una herida ya ocurrida.

Al volverse entonces vulnerable el aparato psíquico, y aumentando el saber sobre la enfermedad, ese “ir sabiendo” será también una marca sobre el cuerpo, quizá la primera, que irá luego seguida por dolor, falta de fuerza, intervenciones, medicación, entre otras.

En adultos mayores, las etapas finales de la vida, van mostrando también la finitud de otros de manera más cercana. Es edad de duelos, familiares, colegas, amigos, y distintos coetáneos. Si a estos episodios sumamos las pérdidas de funciones mentales y corporales, sobrecargan al aparato psíquico, e irá a traducirse en mayor deterioro físico, y en un período corto y acelerado en cuanto al tiempo.

### **3.2 Narcisismo y depresión en pacientes terminales**



Cuando el tiempo de vida está determinado y se ha diagnosticado una enfermedad terminal, la persona pasará por una etapa de asimilación que no será de fácil comprensión tanto para ella como para quienes forman parte del entorno. La angustia irá de la mano con el saber de esa realidad diagnóstica. El sentirse amenazado por el fin de la vida genera una herida narcisista de compleja elaboración.

Pérez (2011) afirma, que en algunas situaciones, el padecer puede promover estados depresivos. Pero para que pueda hablarse de un estado depresivo en estos casos, deben estar presentes algunos conceptos teóricos relevantes.

Las sensaciones de displacer que durante el tránsito por una enfermedad terminal transita el cuerpo de una persona, se traducirá en angustia, y las amenazas internas serán percibidas como algo externo al yo y no como algo emergente del interior. Si pensamos entonces en el momento mismo de la muerte, y sus etapas anticipatorias, podemos encontrar similitud a la castración, pero castración del cuerpo en una totalidad, la pérdida total del yo, la desaparición y muerte irreversible. Es allí donde entra en juego la resignificación de pérdidas anteriores en la vida de la persona.

Retomando el concepto de narcisismo negativo de A. Green, notamos como existen pacientes más vulnerables a padecer un estado depresivo durante el transcurso de la enfermedad terminal, traemos aquí nuevamente el concepto de herida narcisista, mediante el cual A. Green nos propone además de lo ya expuesto, la idea de historicidad, vivencias y afectos de la persona; aspectos que irán a determinar qué tan equilibrado estará el yo para soportar el dolor físico del cuerpo, cicatrices, amputaciones, invalidez, o el mismo diagnóstico que estigmatizará a nivel inconsciente además de consciente.

*“Todo ser guarda en mente la vivencia de un esquema corporal; somáticas son las huellas mnémicas primitivas, las relaciones objetales tempranas y las defensas primigenias; el organismo es una gran grabadora donde las fantasías inconscientes dictaron sus memorias más remotas.”*  
(Solís, 2000, p. 90)

Estos pacientes deprimidos suelen proyectar en las demás personas su omnipotencia narcisista, allí donde se pone en juego transferencial la misma inmortalidad. Las demás personas, familiares, amigos, personal de la salud, se convierten en espejo receptor de una imagen deteriorada y deprimida de un paciente que se alimenta de su propio estado, y el momento depresivo adquiere mayor dimensión.

Estos pacientes también pueden “verse” en otros pacientes con quienes comparten salas de internación, tratamientos, etc. Esto no suele alentarlos al bienestar, la mayor de las veces el narcisismo negativo genera un peso aún mayor, de forma tal que ver al otro en igual o peor estado, los lleva a verse a sí mismos excluidos y privados de salud.

Pero, ¿qué ocurre cuando la persona quien acompaña y visita representa una imagen sana?, allí los pacientes deprimidos suelen manifestarse de manera violenta, con agresiones y destrato, la salud en su más amplia definición es un bien de quien acompaña, y una falta para quien padece. Debemos contemplar que estas reacciones si bien no son deseables, son esperables desde el

momento en que advertimos que en ese aquí y ahora de quien padece, está presente el duelo de la pérdida del cuerpo, de la salud, de la vida pasada, y del propio yo.

Si por definición no podemos hablar de un duelo anticipatorio, existirá sí el duelo por las cosas que ya no se volverán a tener, la salud perdida, y la proximidad a la muerte, en pacientes con estas características de personalidad, aceleran el avance de la enfermedad y el deterioro físico y psíquico.

Estas tendencias destructivas donde la pulsión de muerte se incrementa, donde el narcisismo se torna negativo y se empobrece la vida emocional, el deterioro pasa a ser también de carácter. La libido carga también con estas heridas, haciendo tambalear al yo mediante los estados de angustia.

Kübler-Ross (1969), realizó una descripción de las vivencias en el proceso transitado por pacientes terminales, desde el diagnóstico mismo.

Sumando las ideas de la autora, se afirman las ideas hasta aquí planteadas, una fase primera en la cual el paciente tiende a negar su diagnóstico, no creyendo o no queriendo creer en el pronóstico, herida narcisista que se abre en un yo dolido.

La negación acrecentará sentimientos negativos hacia sí mismo y hacia el entorno, agresividad, ataques de ira, resentimiento, envidia, etc. Otra de las fases sería la fase de pactos, pactos que pueden ser con Dios por ejemplo, mediante un sacerdote. Si bien en algunos casos existe esta fase, en otros probablemente no se llegue a observar.

Se plantea como cuarta fase, a la depresión, síntomas, debilitamientos, la imagen transformada, un narcisismo herido, y la gran sensación de pérdida. Si bien Kübler-Ross presenta una quinta fase, como fase de paz y aceptación, debemos pensar en aquellos pacientes que quedan atrapados en la cuarta fase, o bien aquellos como hemos venido mencionando, que se dejan morir, se entregan y se deprimen, sin posibilidad de cambio en ese pesar sobre sí, sobre los demás, y sobre la propia enfermedad.

*“Siempre se ha dicho que el cuerpo no se siente hasta que se enferma; yo no siento que tengo cabeza o espalda en forma permanente, solo cuando me duele una u otro es cuando asumo que tengo que preocuparme. Si esta ha sido mi actitud durante toda la vida, es mucho más probable que, llegada la vejez, tenga más dificultad para asumir esos problemas en un sentido positivo.”*  
(Sordo, 2014, p. 67)

# CAPÍTULO IV

---

## CONCLUSIONES

En el transcurso de este trabajo pretendí brindar herramientas para poder reflexionar sobre aspectos referentes al concepto de narcisismo, involucrando al mismo en los casos de pacientes terminales con una estima “tanatizada”, si así pudiéramos llamarla.

Siguiendo los lineamientos del André Green, intenté incorporar a los conceptos de Psicoanálisis clásicos, una nueva representación del concepto de narcisismo.

En este recorrido pude encontrar que existe como tal un narcisismo negativo en pacientes con deterioro acelerado. Así mismo, y más allá de dificultades prácticas y de carácter ético en torno a la situación de enfermedad terminal, aflora la necesidad total de profundizar a futuro en temas relacionados a manifestaciones emocionales, vínculos y afectos.

Las personas que transitan etapas finales de la vida, deberán afrontar la propia muerte, y el transcurso hacia ella, por lo que considero de suma importancia ahondar en conocimientos base, como lo es el concepto de narcisismo, para poder comprender las distintas manifestaciones de los pacientes, y poder también de esta forma comprendernos a nosotros mismos en ese encuentro.

Si logramos esto, podremos volcar este conocimiento en pro de brindar una mejor atención y mayor bienestar a las personas en etapas terminales.

Realizar un análisis sobre el concepto de narcisismo será de utilidad no solo para el conocimiento de cada caso en particular, sino que será fuente preparatoria a nuestra propia muerte.

Si bien el trabajo colmó con mis expectativas, encuentro la necesidad de ampliar conceptos de A. Green en relación a afectos, teoría que es muy valiosa para pensar en conjunto con aspectos del concepto de narcisismo.

Uniéndolo a esto una conclusión netamente personal, encuentro que son muchos los adultos mayores que necesitan poner en palabras sus dolencias, escucharlos será el primer paso para brindarle herramientas que les ayude a elaborar los duelos de la vejez. En muchas oportunidades se los calla con faltas de atención, con despreocupación por temas vinculados a la muerte, que

por la cercanía a la misma, se tornan frecuentes en su día a día, donde no solo se trata de hablar de las propias dolencias, si no de las dolencias de los otros, en algunos casos proyectando sus propios miedos y pesar.

Allí donde el efecto espejo narcisista, refleja en las vivencias de los demás, aspectos de las pérdidas propias, de los duelos vividos y por vivir, es donde aparecerá la herida narcisista.

De lo expuesto en este trabajo, considero surgirán nuevos interrogantes que podrán responderse ampliando campos de trabajo y estudio, trabajando en el ámbito de la salud; y nosotros como Psicólogos, deberemos poner nuestras fuerzas y conocimientos atendiendo a conservar y potenciar en estos pacientes, aquellas capacidades que no se han perdido, acompañándolos en el transcurso final de la vida, atenuando las heridas narcisistas, y colaborando desde nuestro saber, a una preparación, y elaboración in situ de las pérdidas que la enfermedad va provocando a lo largo del proceso de deterioro.

Ayudar a asumir con menor dolor que el tiempo está condicionado, que existen funciones libidinizadas que ya no siguen presentes como tales. Si logramos acompañar de manera abierta y creativa, sin prejuicios, y aceptando nuestros propios temores, en el paciente estas pérdidas podrán aceptarse sin que exista un desmoronamiento narcisista.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Acevedo, S. (2002) Cuerpo y discurso en Psicoanálisis. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* – APU. Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720029501.pdf>
- Bacci, P. (2010) La muerte y el duelo en la hipermodernidad. *Querencia*, 13. Recuperado de [http://www.querencia.psico.edu.uy/revista\\_nro13/pilar\\_bacci.htm](http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro13/pilar_bacci.htm)
- Bohannan, P. (s.f.) *La muerte: El final del proceso de envejecimiento*. Recuperado de [http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG025\\_Bohannan.pdf](http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG025_Bohannan.pdf)
- Durán, M.A. (2004) La calidad de muerte como componente de la calidad de vida. *Reis. Revista española de Investigaciones Sociológicas*, 106, 9-32. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/970288.pdf>
- Escalante, G. y Escalante, K. (2006). *Enfermedad terminal y psicología de la salud*. En: Aportes a la psicología social de la salud. Publicaciones del Vicerrectorado Académico (Codepre). Mérida: Universidad de Los Andes. Recuperado de [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=36691&id\\_seccion=2437&id\\_ejemplar=3792&id\\_revista=147](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=36691&id_seccion=2437&id_ejemplar=3792&id_revista=147)
- Freud, S. (1914). *Introducción del Narcisismo*. En Obras Completas (O.C.) vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu
- (1915) *Pulsiones y destinos de pulsión*. En O.C., vol. XIV.
- (1916-17 [1915-17]). *Conferencias de Introducción al Psicoanálisis*. En O.C., vol. XV-XVI.
- (1917e [1915]). *Duelo y melancolía*. En O.C., vol. XIV.
- (1920) *Más allá del principio de placer*. En O.C., vol. XVIII.
- (1926) *Inhibición, síntoma y angustia*. En O.C., vol. XX.
- Fulco, M.C. (2002) Duelo por la propia muerte: ¿duelo posible? *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. 96, 92-100. Recuperado de [http://www.apuruguay.org/revista\\_pdf/rup96/rup96-fulco.pdf](http://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup96/rup96-fulco.pdf)
- Goldstein, R. (2004) Presentación mesa redonda: *Teoría y técnica del narcisismo, su evolución histórica y el debate actual*. Barcelona. Recuperado de <http://intercanvis.es/pdf/13/13-04.pdf>
- Green, A. (1983) *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1990) *Locuras Privadas*. Buenos Aires: Amorrortu.



- Green, A., Ikonen, P., Laplanche, J, y otros. (1989) *La pulsión de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hornstein, L. (2000). *Narcisismo*. Buenos Aires: Paidós
- Hornstein, L. (2000) *Narcisismo. Autoestima, identidad, alteridad*. Recuperado de <http://www.fundep.info/textos/Narcisismo%20cap%201.pdf>
- Korovsky, E. (2001). Psicoanálisis en la Tercera Edad: Consideraciones Psicoanalíticas acerca del Cuerpo del Anciano. *Querencia*, 1. Recuperado de [http://www.querencia.psico.edu.uy/revista\\_nro1/edgardo\\_korovsky.htm](http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro1/edgardo_korovsky.htm)
- Kübler-Ross, E. (2003) *La muerte y los moribundos*. Barcelona: Debolsillo.
- Kübler-Ross, E. (2013) *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Océano.
- Laplanche, J. (2011) *Vida y muerte en psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Limonero, J. (1994) Algunas aportaciones de la psicología al ámbito de los enfermos en situación terminal. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. *Anuario de Psicología*, 61, 85-92. Barcelona. Recuperado de [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PIlwU5GCB-IJ:www.researchgate.net/publication/39109035\\_Algunas\\_aportaciones\\_de\\_la\\_psicologia\\_al\\_mbito\\_de\\_los\\_enfermos\\_en\\_situacin\\_terminal/links/02bfe50e4145212b8a000000+&cd=1&hl=es&ct=clnk](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PIlwU5GCB-IJ:www.researchgate.net/publication/39109035_Algunas_aportaciones_de_la_psicologia_al_mbito_de_los_enfermos_en_situacin_terminal/links/02bfe50e4145212b8a000000+&cd=1&hl=es&ct=clnk)
- Maldavsky, D. (1988) *Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Maldavsky, D. ,Magraner B. et. al. (s.f.). *La pugna entre sanar y dejarse morir: corrientes psíquicas contrapuestas en un paciente severamente enfermo*. Recuperado de <http://apra.org.ar/pdf/lapugna.pdf>
- Moguillansky, R. (2005) *El pensamiento único y su relación con el narcisismo*. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000355&a=El-pensamiento-unico-y-su-relacion-con-el-narcisismo>
- Nemirovsky, C. (2002) Aportes de Winnicott y de Kohut a la comprensión de la patología temprana. *Psicoanálisis APdeBA*, 24(3), 501-520. Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Nemirovsky3.pdf>
- Núñez, L., García, M., Alfonso, I. (2010) Autopercepción ante la muerte de algunos adultos mayores con enfermedad en fase terminal. *Electronic ournal of Biomedicine*, 1, 47-52. Recuperado de <http://biomed.uninet.edu/2010/n1/nunez.html>
- Pérez, A. (2011). *La depresión en pacientes en fase terminal*. Recuperado de <http://spm.mx/home/la-depresion-en-pacientes-en-fase-terminal/>
- Puig, J. (2003) *Algunas contribuciones de Piera Alaugnier, André Green y Jorge E, García Badaracco... El Psicoanálisis ¿no es para todos?* Trabajo presentado en Seminario "Las cuestiones fundamentales en Winnicott y Piera Aulagnier". Asociación Psicoanalítica Argentina. Instituto de Psicoanálisis "Angel Garma" Recuperado de

[http://www.wpanet.org/uploads/Sections/Mass\\_Media\\_Mental\\_Health/algunas-contribuciones.pdf](http://www.wpanet.org/uploads/Sections/Mass_Media_Mental_Health/algunas-contribuciones.pdf)

Rodenfeld, H. (1972) Aproximación clínica a la teoría psicoanalítica de los instintos de vida y muerte: una investigación de los aspectos agresivos del narcisismo. *Revista Uruguay de psicoanálisis*, 13. Recuperado de

<http://www.apuruguay.org/apurevista/1970/168872471971197213020303.pdf>

Sábado J.T. y Gómez, J. (2003) Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte.

*Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(3), 257-279. Recuperado de

<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/818725.pdf>

Sales, L. (2001). La introducción del narcisismo y sus consecuencias. *Intercanvis*, 6, 31-38,

Recuperado de [http://intercanvis.es/articulos/06/art\\_n06\\_05R.html](http://intercanvis.es/articulos/06/art_n06_05R.html)

Serebriany, R. (1995) Diálogos clínicos con André Green. *Psicoanálisis APdeBA*, 17(1).

Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/157077136/APDEBA-Dialogos-clinicos-con-Andre-Green>

Simón, V. (2003) La deuda emocional. *Psicothema*, 15(2), 328-334. Recuperado de

<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1065>

Solis, H. (2000) *Los que se creen dioses: estudios sobre el narcisismo*. México: Plaza y Valdés.

Sordo, P. (2014) *No quiero envejecer*. Buenos Aires: Planeta.

Tato, G. (2006) *Mensajes del cuerpo, enfoque psicossomático del enfermar*. Montevideo: Trilce

Torres, E. (2006) El narcisismo en los duelos de la vejez en relación con el cuerpo y

funciones Correlativas. Recuperado de <http://www.sopac-leon.com/soppac/Articulos/%5CEInarcisismoenlosduelos.pdf>

Urribari, F. (2012) André Green. El pensamiento clínico: contemporáneo, complejo, terciario. *Revista Uruguay de Psicoanálisis*, 114, 154-173. Recuperado de

<http://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201211412.pdf>

Vidal, M. y López, J. (2001) Artículo. La Depresión. En la consulta psico-oncológica.

*Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica ALCMEON*, XII, 4(9) Recuperado de

<http://www.alcmeon.com.ar/9/36/Vidal.htm>

Yildiz, I. (2012) *Vida y Obra de André Green, Un psicoanalista apasionado y creativo*.

Recuperado de <http://www.psicoanalistaiyildiz.com/index.php/mis-articulos/53-vida-y-obras-de-andre-green>

- [Fotografía de André Green sin título de descripción de trabajo]. Recuperado de [http://www.leseditionsdeminuit.eu/images/3/auteur\\_1552.jpg](http://www.leseditionsdeminuit.eu/images/3/auteur_1552.jpg)
- [Fotografía de Anciano sin título de descripción de trabajo]. Recuperado de <http://guadism16.files.wordpress.com/2010/09/depresion-en-ancianos1.jpg>

- Umpiérrez, A. (2014) *Rosas*. [Fotografía]