

**UNIVERSIDAD DE LA
REPÚBLICA**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE GRADO

MÁS ALLÁ DEL ESPEJO.

***NARCISISMO Y MUERTE EN PACIENTES
ADULTOS de CUIDADOS PALIATIVOS.***

Tammy Mariella Calvo López

Prof. Agda. Ana luz Protesoni Vitancurt

Montevideo, octubre 2016



Fresco de Albertus Pictor, en la Iglesia de Taby, S XV La muerte jugando ajedrez con sus víctimas.

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	2
La muerte. Tipología de la muerte en las diferentes épocas.....	3
La función del otro en la conformación del Yo.....	7
Narcisismo.....	13
Narcisismo terciario.....	15
Narcisismo negativo Green.....	17
La función de la angustia ante el enfermar.....	19
El duelo y su relación con el narcisismo.....	22
Formas de afrontar la muerte Alizade.....	24
Muerte erótica.....	25
Muerte tanática.....	26
Conclusiones.....	27
Bibliografía.....	29

RESUMEN

El presente trabajo busca realizar una revisión bibliográfica, que permita analizar la existencia, o no, de cambios en el narcisismo de pacientes que enfrentan su propia muerte. Este análisis pretende aportar al desarrollo de nuevas o diferentes estrategias de intervención para psicólogos que trabajan con estos pacientes.

Para ello se toma como ejes conceptuales las propuestas teóricas: psicoanalíticas, y desde cuidados paliativos, como campo de aplicación, articulando con la práctica, desde la mirada del psicólogo.

De las experiencias recogidas en la práctica de intervención en cuidados paliativos, se observó que los pacientes reaccionan de formas diferentes ante la amenaza de la muerte. Esto nos genera la hipótesis de la existencia de cambios en el funcionamiento psíquico, y especialmente en el narcisismo que generan reacciones diferentes.

Buscando respuestas, se analiza el concepto de narcisismo, la función del otro en la constitución del Yo y su importancia en el desarrollo de la vida del sujeto hasta el momento de su muerte.

Entre otras conclusiones, se observa que el narcisismo, en su concepción de dinamizador y organizador de la estructura psíquica, por sus características y cambios, permite que se afronte la muerte de diferentes formas.

INTRODUCCIÓN

A partir de la experiencia en la práctica de intervenciones en Cuidados Paliativos, puntualmente en la intervención con el paciente Pablo, se genera la interrogante: ¿hay cambios en el Narcisismo, que permiten afrontar la propia muerte?

El planteo de esta interrogante nos acerca al interés por realizar un rastreo bibliográfico que permita visibilizar y entender los procesos psíquicos que se generan en el paciente para afrontar la muerte.

No todos los pacientes al recibir un diagnóstico de enfermedad con pronóstico de muerte, reacciona de forma *pasiva* dejándose morir.

Se pudo ver en la práctica que el paciente, ante la proximidad de la muerte, puede reaccionar en una forma positiva, o de forma negativa. Cuando se afronta de una forma negativa, manifestando por ejemplo enojo, mutismo, es allí, en estos casos, como menciona Fulco (2002), un desafío para el terapeuta, que a su vez se ve enfrentado a su propio narcisismo. En la práctica se pudo ver cómo el terapeuta, se ve enfrentado a su narcisismo en las diferentes intervenciones.

Cuando se habla de la forma que el paciente afronta su muerte, se puede observar desde su discurso (los procesos psíquicos), un Narcisismo que, evocando las fases primitivas de su desarrollo pulsional y haciendo uso de la economía libidinal, busca restablecer el equilibrio en su conformación narcisista. Esto no equivale a no sentir el dolor psíquico, sino a la manera en que ese dolor es transitado. Para llevar adelante el presente trabajo tomaré como referente parte de la obra de Alizade y la categorización que ésta hace de las formas de afrontar la muerte. La autora propone la muerte erótica, como positiva, y la muerte tanática, como negativa, y la aparición consecutiva de un narcisismo terciario. Como también la conceptualización de Green sobre un narcisismo negativo. Conceptos que van a ser planteados y analizados en el desarrollo de este trabajo.

LA MUERTE. TIPOLOGÍAS DE LA MUERTE EN LAS DIFERENTES ÉPOCAS

Se realizará un breve recorrido por las diferentes tipologías de la muerte buscando visibilizar que el cómo se vivencia la muerte en la actualidad necesariamente incide en el cómo se afronta, pudiendo observar que ambas cosas responden a un contexto sociocultural e histórico determinado, que ha ido cambiando a lo largo de la historia.

El concepto, la definición, del término afrontamiento comienza a desarrollarse entre los años 60 y 70, como el comportamiento que aparece ante el estrés generado por una enfermedad. Lazarus y Folkman (1984) “Estos autores definieron el afrontamiento como los *esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*” (Soriano,J. 2002). En determinado momento el uso de un término hace necesario revisar el concepto que se maneja del mismo. Como en este caso, en su uso científico, donde revisando su definición se aboca a determinados comportamientos que varían dependiendo de cada individuo, enmarcado en su contexto.

En las diferentes épocas de la humanidad, la muerte ha sido vivenciada de distintas maneras, donde lo sociocultural, las religiones, las creencias, los saberes, etc.; determinan una mirada diferente de la muerte. Se puede hacer un recorrido antropológico redactando las formas en las que se ha visto y afrontado la muerte. Hasta podemos pararnos en un único punto histórico y constatar que igualmente las culturas ven la muerte de variadas maneras. Mirar, ver, hablar y hasta vivir la propia muerte nos coloca en un lugar teóricamente atemporal, porque las fundamentaciones psicoanalíticas, desde las del 1900 hasta las actuales, nos dicen que para poder ver nuestra muerte necesitamos hacerlo a través de la muerte del otro (Freud. 1915, Alizade. 1995).

La muerte propia no se puede concebir; tan pronto intentamos hacerlo podemos notar que en verdad sobrevivimos como observadores. Así pudo aventurarse en la escuela psicoanalítica esta tesis: En el fondo, nadie cree en su propia muerte, o, lo que viene a ser lo mismo en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad. (Freud, 1915, p. 290).

En el transcurrir de la historia del Hombre las posturas ante la muerte no siempre fueron en la misma dirección, Alizade (1995) hace referencia a las investigaciones que Ariès (1977) realiza sobre tumbas y ritos funerarios.

En el texto: Historia de la muerte en occidente de Philippe Ariès encontramos una historiografía sobre la vivencia de la muerte en occidente, donde describe, en el primer milenio se puede ubicar *la muerte domesticada*. En este período el individuo sabe de la proximidad de su muerte y participa de los rituales de despedida. Dado que se realiza una ceremonia pública y organizada por el propio moribundo. “los ritos de la muerte eran aceptados y celebrados de manera ceremonial, ciertamente, pero sin carácter dramático, sin excesivo impacto emocional” (Ariès, 1977, p. 32-33).

Desde el siglo XII al XV, la tipología de la muerte adquiere otro carácter y aparece *la muerte propia*, donde el hombre experimentaba la muerte como una de las grandes leyes de la especie. Había una aceptación de la muerte dada por la naturaleza, donde el hombre no podía intervenir. La muerte está ligada a las imposiciones de la Iglesia, surge la vivencia del fracaso y tiene más presencia en este periodo la muerte física. “La descomposición es el signo del fracaso del hombre, y aquí está sin duda el sentido profundo de lo macabro, sentido que hace de ello un fenómeno nuevo y original” (Ariès, 1977, p.54).

En el periodo del siglo XVI al XX se ubica *la muerte del otro*, se relaciona con la ausencia del otro, el otro que deja de existir, y se asocia al amor, y el duelo tiene gran importancia. La intolerancia de la separación da paso a la expresión de dolor de los sobrevivientes. El luto obligaba a la familia a manifestar por un tiempo la pena. “El siglo XIX es la época de los duelos que el sicólogo de hoy denomina *históricos* (Ariès, 1977, p. 72).

La muerte vedada, la muerte se vuelve objeto de tabú y vergüenza. Con la idea de proteger al moribundo se le esconde su gravedad. En estas épocas las demandas llevan a sostener la conspiración de silencio, ocultando información al enfermo, apareciendo la mentira, “Las envolturas de silencio” (Alizade, 1996, p.131).

La muerte ya no es esperada en la casa, en la compañía de la familia, se lleva la muerte a los centros de salud y se muere a solas. De alguna forma se esconde el tránsito hacia la muerte, no se comparte tanto el dolor y los duelos

son puertas adentro. No se debe confundir con una actitud indiferente hacia la muerte, describe Ariès.

La clasificación que hace en su libro "La muerte en Occidente", según las culturas y las épocas, indica que estamos en los tiempos de lo que denomina *la muerte prohibida o muerte vedada*.

"La muerte prohibida pertenece a una sociedad industrializada donde priman los valores narcisistas de felicidad, poder, lucro" (Alizade, 1996, p.28).

La muerte prohibida se puede pensar como pobre ya que a mi entender, la riqueza de la experiencia de vida está enraizada en el contrapunto entre el vivir y el morir, el aparecer y el desaparecer. La muerte se convierte en una transformación, un renacimiento en el sentido de cambio (Alizade, 2003).

Si bien se puede profundizar en el desarrollo histórico de la muerte, lo que interesa a los efectos de este trabajo es poder dar cuenta de la mirada del psicólogo frente a las distintas formas de afrontar la muerte por parte del paciente.

Desde la perspectiva de Cuidados Paliativos, hay una situación vital crítica., un estadio final, que es donde se interviene. Desde la psicología no ayudamos a morir, se permite morir, ayudamos hasta el último instante procurando que el paciente viva y muera lo más dignamente posible. Según Gómez Sancho (2014) la medicina paliativa y los cuidados paliativos se encuentran en la posición que se describe por *Adistanasia*, ni adelantan, ni retrasan la muerte, ni alarga, ni acortan la vida, no se enfrenta con la muerte, ni se obstina frente a ella. No mata pero si deja morir. Desde la psicología somos el otro que interviene, que acompaña con el fin de aliviar el dolor hasta la muerte. Para esto debemos crear un campo de trabajo, generando un vínculo adecuado y una alianza terapéutica. Manteniendo siempre el encuadre como facilitador, dado que no siempre vamos a trabajar en las condiciones más adecuadas. Manteniendo el encuadre vamos a favorecer los diferentes aspectos a trabajar. Hablamos de un encuadre móvil, que tenemos que ir adaptando dependiendo de las situaciones del paciente y el entorno donde el paciente se encuentre. Debemos elaborar una estrategia de trabajo en función de los pedidos y demandas. Para poder construir un diagnóstico situacional.

En términos generales, el paciente de cuidados paliativos transita hacia la muerte con cierta conciencia de ella, sabe lo que va a suceder, a pesar de que, en muchas situaciones puede negar el pronóstico. Esta negación opera como

mecanismo de defensa frente a la angustia que genera la muerte. El paciente sabe de alguna manera, aunque éste sea un saber inconsciente. Al mismo tiempo, puede existir *conspiración del silencio*, es decir un no informar al paciente sobre su pronóstico por parte del cuerpo médico y familiares, donde ese *no saber* puede aparecer como forma de cuidado y protección hacia el otro.

El fresco de Albertus Pictor, mostrando la imagen de la muerte jugando ajedrez con sus víctimas, hace pensar que hay un tiempo en el que podemos intervenir, y durante el cual el juego está dado entre las pulsiones *eros* (pulsión de vida) y *tanatos* (pulsión de muerte). Desde la psicología se trabaja en-con- desde transferencia, se consideran los aspectos transferenciales. Lo que se abra al análisis debe ser cerrado en la misma instancia, porque en cada encuentro se juega en la transferencia la despedida y con ella la muerte posible. El tiempo de intervención lo marca la muerte, o el propio paciente.

En la actualidad, cuando se habla de la muerte, la proximidad de ésta, el Yo no puede dar cuenta de su propia muerte, pero inevitablemente debe transitar hacia ella. Desde la sociedad Occidental no transitamos la vida con la idea de la muerte como un proceso más del ciclo vital, no podemos ver nuestra finitud. El Yo no puede pensar su propia muerte, no puede representarse a sí mismo muerto, solo a través de la muerte del otro se piensa en la propia muerte.

Ahora bien, las teorías psicoanalíticas muestran además que el otro, necesario para la concientización de la propia muerte, lo es a su vez desde mucho antes, desde la etapa de constitución del Yo.

“La tipología de las muertes muestra cuánto depende el hombre de su entorno tanto para vivir como para morir” (Alizade, 1996, p.19)

LA FUNCIÓN DEL OTRO EN LA CONFORMACIÓN DEL YO

Se analizará el Yo desde la necesidad vital del otro para ser, el Yo y el prójimo, tratando de visibilizar cómo opera el otro en ese proceso de afrontamiento de la propia muerte.

Desde Freud el Yo representa la superficie del aparato psíquico, deriva de las sensaciones corporales, principalmente de las que parten de la superficie del cuerpo. Es la parte del ello modificada por la proximidad y la influencia del mundo exterior. El Yo surge como consecuencia del contacto del ello con la realidad en etapas tempranas, donde el Yo busca reemplazar el principio de placer por el de realidad.

Supongamos ahora que el objeto que brinda la percepción sea parecido al sujeto, a saber, un *prójimo*. En este caso el interés teórico se explica sin duda por el hecho que un objeto *como* este es simultáneamente el primer objeto-satisfacción y el primer objeto hostil, así como el único poder auxiliador. Sobre el prójimo, entonces, aprende el ser humano a discernir (Freud, 1886,1899, p. 376).

Desde la conformación narcisista el Yo es constituido a partir de la identificación con el otro. El Yo se forma en base a identificaciones. Cuando un objeto es resignado sobreviene una alteración en el Yo que se describe como erección del objeto en el Yo. “una investidura de objeto es relevada por una identificación” (Freud, 1923-1925, p. 30).

Laplanche y Pontalis llaman identificación a un “Proceso psicológico mediante un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de este. La personalidad se constituye, se diferencia mediante una serie de identificaciones” (Laplanche y Pontalis, 1993, p. 184)

Es fundamental la idea de la constitución del individuo a partir de los otros. Como ya se dijo identificación: como mecanismo a través del cual el sujeto va construyendo su identidad. El otro es tomado como modelo y el sujeto adquiere la noción de ser él mismo.

Se deben distinguir las identificaciones primarias que se dan antes de toda relación de objeto. Donde es fundamental la relación con la madre, vemos el

desvalimiento del individuo desde lo físico, orgánico, donde necesita alimento, cuidado, contención. No hay una diferenciación entre yo y no yo, no hay una diferenciación con la madre.

Aparecen las identificaciones secundarias por resolución del Complejo de Edipo

“Las identificaciones secundarias refuerzan la identidad, especialmente la sexual, como salida de la conflictiva edípica” (Dondo, 2008, p. 28)

Esta identificación que propuso Freud que se relaciona con el imago paterno y se encuentra en el complejo de Edipo, precisamente cuando el padre interviene como un tercero en discordia entre el bebé y la madre, y querrá el niño ser como el padre, -ese al que la madre le presta atención-, para justamente recuperar a la mamá.

Continuando con el concepto de que el Yo se forma a partir de los otros, debemos mencionar el aporte de Piera Aulaguier que maneja el concepto de contrato narcisista. Donde el sujeto debe asegurar la continuidad, está en juego lo social. La familia y el grupo social inviste narcisísticamente al nuevo miembro, desde allí el sujeto tiene un lugar social (Aulagnier, 1993).

Lacan explica el proceso de identificación dentro de su teoría del espejo. El estadio del espejo, en Lacan se forma a través de la imagen a partir de los 6 meses de vida aproximadamente.

Es un tiempo constitutivo y se basa en el momento en que el bebé, a partir de los 6 meses y hasta aproximadamente el año y medio, se encuentra con un espejo o algo que refleja su imagen. Ve su propia imagen reflejada en el exterior, con un otro que le afirma, ese eres tú. El bebé va asumiendo esta situación, se satisface con la misma, va encontrando por primera vez sus límites, adquiriendo una forma definida, un contorno; esto es a lo que Lacan llama la identificación primordial. En el proceso de identidad hablamos de la identidad perceptiva, de la identidad con el otro.

Basta para ello comprender el estadio del espejo *como una identificación* en el sentido pleno que el análisis da a este término: a saber, la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen, cuya predestinación a este efecto de fase está indicada por el uso, en la teoría, del término antiguo *imago* (Lacan, 1949, p.87).

Lacan (1972) acompaña a Freud en la vivencia fragmentada del cuerpo por parte del niño, pero considera que esta vivencia se debe fundamentalmente a la insuficiencia orgánica. Esta insuficiencia orgánica refiere al estado de desvalimiento y dependencia que caracteriza al niño, entre otras cosas, por la falta de madurez de su coordinación motriz. Pero, por otra parte, esta falta se encuentra acompañada por un sistema de percepción visual más avanzado en su madurez, lo que lleva al niño a poder reconocerse en el espejo. Más allá de la vivencia fragmentada, y antes de poseer un control efectivo de sus movimientos corporales, el niño puede anticipar la totalidad de su cuerpo, mediante la identificación con la imagen del semejante y por la interpretación de su imagen en el espejo.

La vivencia fragmentada del cuerpo del niño marca el desarrollo posterior, viendo en el adulto que las huellas de esa fragmentación permanecen, son parte de lo fantasmático, lo imaginario. Surgen en nuestros sueños, miedos, momentos en que nos sentimos incompletos, faltos de miembros, con cortes. Hay entonces una tensión entre esa incompletud desde lo subjetivo y por otro la pretensión de completud. Este estadio no se termina acá, se va reeditando a lo largo de la vida, pues esa fragmentación que sufre el bebé por su propia inmadurez, deja una huella que permanece en la formación subjetiva, del mismo modo también permanece la intención de llegar a la completud.

Es así que puede visualizarse y a través de la imagen que ve, empieza a registrar que sí una parte de él se mueve, este movimiento es visualizado. Empieza a reconocer sus límites y sus potencialidades, esto reforzado por la asistencia del otro en este proceso. Esta asunción de su propia imagen Lacan le llamara identificación, hecho fundamental en la conformación del aparato psíquico.

La posibilidad del control de sí mismo que puede llegar a adquirir, y que hasta el momento no tenía por su propia inmadurez. La insuficiencia orgánica se aliena con la imagen que aparece como completa, luego se enajena de esa imagen y se anticipa de esta forma a su maduración y es acá donde se constituye el Yo. Es en ese espacio, donde el bebe quiere ser esa imagen para él perfecta, que tiene lo que a él le falta, es donde se juega lo imaginario, con ese otro que le dice: la imagen que ves, eres tú, la “forma ortopédica”, la que sale en apoyo, a ese cuerpo aún inmaduro, fragmentado donde hay una “discordancia primordial” entre lo que es y lo que quiere.

Este desarrollo es vivido como una dialéctica temporal que proyecta decisivamente en historia la formación del individuo: 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 sucederán desde una imagen fragmentada del cuerpo hasta una forma que llamaremos ortopédica de su totalidad (Lacan 1949, p.90).

Para Lacan el Yo no se constituye en un movimiento del interior al exterior, es decir, el Yo no se constituye en el interior del sujeto, sino que proviene del exterior, ya que se constituye mediante la identificación con una imagen que no es solamente el Yo, sino Otro (imagen especular e imagen del semejante). Por este motivo dirá Lacan que el Yo se constituye por “alienación”. Este Otro que colabora en la constitución del Yo, ese lugar desde donde el niño es mirado, es una instancia simbólica. Frente a la imagen que se presenta como propia hay una cierta ambigüedad. Despierta amor en cuanto la siente más propia y agresividad cuanto más ajena.

Este movimiento de identificación con la imagen exterior que lo consolida en su interior, hace al *narcisismo originario*, ese querer identificarse con una imagen que lo completa pero que finalmente no logra, por no llegar a ese ideal que nos impone el otro. El sujeto queda situado en esa tensión que se produce por el objeto de deseo del otro y por identificación con el otro, allí es donde aparece la triada del prójimo el Yo y el objeto. Se llega al fin del estadio del espejo (para Lacan) cuando se pasa del Yo especular e imaginario, al Yo social y simbólico. Este proceso que se desarrolla en el estadio del espejo como primer movimiento de identificación tiene un cierre en ese momento, pero como mencione antes, se sigue reeditando en toda la vida del sujeto

Lo social y cultural hacen, que el espejo, el otro, la mirada y la voz de la madre que dice ese eres tú, se amplíen y magnifiquen en la necesidad de esa aprobación masiva. Porque ese espacio que se juega entre lo imaginario y lo simbólico, donde se quiere ser esa imagen perfecta que tiene lo que le falta, también en su madurez.

El estadio del espejo marca una de las diferencias con la formación del Yo entre lo que plantea Freud y Lacan. Mientras en Freud la formación del Yo surge como consecuencia del contacto del Ello con la realidad en etapas tempranas, donde el Yo busca reemplazar el principio de placer por el de

realidad, en Lacan se forma a través de la imagen a partir de los 6 meses de vida aproximadamente.

La importancia en estos párrafos de desarrollar la formación del Yo y el proceso de las identificaciones desde Freud y la teoría del espejo de Lacan, tomando como punto, en las dos teorizaciones, la importancia del otro. Es para poder enunciar la función del otro desde lo constitutivo y su continuidad en el desarrollo evolutivo del sujeto. El otro sigue presente desde diferentes lugares y funciones, acompañando de forma activa y dinámica hasta el momento de la muerte. Se sabe de la muerte, se acompaña a otros hasta el momento de la muerte, se llora la muerte de otros, vivimos y elaboramos los duelos.

Cuando el cuerpo comienza a dar señales de enfermedad, cuando se recibe un diagnóstico que enfrenta a la posibilidad de morir, ¿se piensa en la propia existencia, o en lo que va a pasar con los otros cuando ya no se esté?, ¿cuál de estas situaciones genera mayor angustia, o ambas generan la misma?. Desde la conformación narcisista, hay un repliegue de la libido hacia el Yo, para de alguna manera preservarlo, defenderlo del sufrimiento, y también una expansión de ésta hacia los otros, los objetos de amor.

La relación del Yo y el otro, necesaria para ser, es también necesaria para dejar de ser, para morir. El Yo no puede pensar su propia muerte, no puede representarse a sí mismo muerto, solo a través de la muerte del otro se piensa en la propia muerte. Siguiendo un paralelismo con la teoría del espejo se puede decir que el paciente hace uso de este proceso para poder ver en el otro que acompaña, el cuidador principal, la familia, el cuerpo médico, el psicólogo, ¿qué le devuelve cada uno?

La importancia del prójimo para poder percibirse a sí mismo, para poder construirse en un principio, es ahora necesaria para poder transitar hacia la muerte. El otro que libidiniza, el otro que sostiene, el otro que refleja para poder verse a sí mismo, el otro que permite la ida, la separación y la muerte.

Ante la incertidumbre de la muerte el paciente puede hasta encontrarse por momentos con el vacío, no ve nada en ese espejo, puede manejarse en esta instancia la incapacidad del Yo de conectar consigo mismo porque los distintos roles se van perdiendo, van muriendo poco a poco, son las muertes psicológicas por la sensación de aniquilamiento que psíquicamente está

vivenciando. Hasta puede ver ese espejo roto y fragmentado que le deja ver más allá de él. Alizade (Alizade, 1996, p.101) desde allí ejemplifica el narcisismo terciario que hace referencia a una estructura abierta, donde no hay una envoltura, un límite como en el narcisismo primario y el secundario.

NARCISISMO

El término narcisismo fue introducido por Nákce en 1899, “un individuo da a su cuerpo un trato parecido al que daría al cuerpo de un objeto sexual” (Freud, 1992, p. 71). Una forma de autoerotismo que equipara a una perversión sexual. Desde 1910 es un término que aparece en los escritos de Freud. Posteriormente en autores como Lacan (1983) o Kohut (1966, 1968, 1971).

Es Freud quien distingue entre narcisismo primario y narcisismo secundario como un estadio normal del desarrollo de la libido.

Desde Laplanche y Pontalis (1996) se puede decir que: “El narcisismo primario designa un estado precoz en el que el niño catectiza toda su libido sobre sí mismo, mientras que el narcisismo secundario designa una vuelta sobre el yo de la libido, retirada de sus catexis objetales”.

Para Green el narcisismo es considerado como el amor exagerado a la imagen de sí-mismo, donde hay una autoidealización.

Y si es el narcisismo, en mayor medida que los demás puntos de la teoría, el que presenta el peligro de confusión entre la descripción y el concepto. La razón es que se trata, si se me permite decirlo así, de un concepto espejo, de un concepto que se refiere a la unidad del yo, a su forma bella, al deseo de lo Uno, por la cual contradice -hasta negarlas, quizás- la existencia de lo inconsciente y la escisión del yo, el estatuto dividido del sujeto. Como tal, el narcisismo solo espera el reconocimiento de esta singularidad, de esta totalidad (Green 1983, p. 25).

Menciona Green que para Lacan: “el narcisismo es una pieza maestra de su aparato teórico” (Green 1983, p. 15).

Hablar de narcisismo lleva a pensar en las diferentes acepciones y usos de este término, que puede conducir a un laberinto teórico. Los significados del narcisismo no quedarán acotados en estos párrafos, ya que tematizar esto no es el foco de este trabajo, la intención se acota entonces a ilustrar algunas dimensiones polisémicas de su sentido. Sentido este que abre la posibilidad de pensarlo en su relación con las formas de afrontar la vida pero más importante en relación a la muerte. Desde su concepción que abarca estructuras, estados, movimientos, fases, que permite al sujeto transitar hacia su muerte de diferentes maneras, hasta su concepción dinámica como “...ordenador estructurante básico de las instancias psíquicas” (Alizade, 1996. p. 94).

Narcisismo: En un primer momento Freud asigna a ese proceso por el cual el amor, la carga libidinal, es puesta en el propio sujeto; sujeto que aún no se ha diferenciado del otro, como narcisismo primario. Llamó narcisismo a la carga libidinal que trata al yo como objeto de amor, depositando en él la mayor parte de su energía, antes de elegir objetos exteriores.

En la maduración y evolución del sujeto logra diferenciarse del otro, como mencionamos anteriormente, la formación del yo surge como consecuencia del contacto del ello con la realidad en etapas tempranas, donde el yo busca reemplazar el principio de placer por el de realidad.

Con el yo ya constituido aparece el narcisismo secundario, donde la libido es retraída al yo.

Hay entonces una carga libidinal capaz de centrarse en el yo y también de expandirse al otro, vemos entonces la diferenciación interior - exterior, yo - otro. Podemos citar como ejemplo de expansión libidinal, el enamoramiento, como una de las formas sanas de funcionamiento, y siguiendo esta línea vemos en las enfermedades, dolores, sufrimientos, la retracción libidinal hacia el yo. Es la fuerza psíquica, el narcisismo, que maneja un concepto de economía que tiende a mantener el equilibrio.

Cuando se sabe que se va a morir, ante la amenaza concreta, estamos ante el hecho radical de toda vida humana, su finitud, que genera sufrimiento psíquico, se produce cierta desorganización del Yo. Una desorganización, un caos libidinal en la conformación narcisista del propio sujeto. Para Green el dolor del cuerpo es de índole narcisista, y el dolor Psíquico resulta de la pérdida de objeto.

El yo puede reorganizarse en, forma positiva o negativa. Alizade (1996) propone continuar con la perspectiva de la dualidad pulsional (eros-tanatos), lo positivo se corresponde con lo constructivo (eros) y lo negativo con lo destructivo (tanatos).

Debemos destacar que esta dualidad positivo - negativo por momentos no se ve en forma pura y diferenciada. Ante la posibilidad de la muerte hay situaciones, acciones y reacciones que pertenecen a ambos extremos simultáneamente, desde el dualismo que opone la vida y la muerte.

¿El paciente puede mostrarse de una forma con algunos familiares (ej.) y de la contraria con otros? Cada caso debe ser visto desde lo particular, la pregunta anterior surge al pensar que cuando el paciente afronta la muerte de una manera positiva como consecuencia directa esto se refleja en el entorno

inmediato, y les facilita la resolución del duelo, deja recuerdos y sentimientos agradables, tranquilos. Se genera una nueva pregunta, ¿sabrá el paciente de esto y lo maneja? Lo dejo planteado y abierto como algo muy interesante a estudiar.

Desde la intervención psicológica en Cuidados Paliativos se trabaja con las situaciones de dolor psíquico del otro, para esto debemos dar lugar al paciente y su propia muerte. Se debe tener presente que es el paciente quien va a afrontar la muerte, es él quien va a morir. Es el paciente, la familia, su entorno cercano, los que se encuentran en un lugar muy vulnerable. Se debe transitar entre los sentimientos y emociones que el paciente trae, desde su discurso (también los silencios), sean positivos o negativos, para ayudar a que se viva hasta la muerte de la mejor manera. Sin caer en un saber de omnipotencia, no vamos a disminuir a cero el dolor.

Desde este punto es donde por momentos podemos encontrarnos con la convicción de que para poder trabajar con el otro, el otro debe pasar por esos cambios en su narcisismo para que de alguna forma nos permita intervenir y trabajar. Mi hipótesis es que hay cambios en el narcisismo, que son generados por el dolor psíquico que se enfrenta. Alizade (1995) refiere a estos cambios como lo previo al narcisismo terciario, y plantea la posibilidad de que frente a las marcas de ser mortal se facilita la transformación narcisista. No siempre, ni todos, pueden vivir la muerte desde un cambio en el narcisismo que les permita ver más allá, que es lo que se logra desde un narcisismo terciario.

Narcisismo Terciario

El narcisismo terciario que describe Alizade aparece ante la posibilidad de morir, como una forma de afrontamiento. Se vale de un imprescindible narcisismo primario en la especularidad estructurante de este, y de los movimientos de un narcisismo secundario para ir más allá de sí mismo. Es el resultante de un movimiento transformador. Se abre una línea teórica a partir de la transformación del narcisismo.

“Como si los espejismos narcisistas se disolvieran o como si por la hendidura de un espejo ahora roto se vislumbraba lo Otro, el Mundo...” (Alizade, 1996,

p.101). Aparece lo nuevo, lo ilimitado, lo no propio, la vinculación con objetos lejanos.

El sistema narcisista se reordena, como consecuencia de la transformación, el narcisismo terciario se evidencia. Hay una desnarcisización del yo, aparece la relación con un objeto que la autora denomina objeto lejano, hay una resignificación. En la nueva organización el equilibrio libidinal, trasciende al Yo y el otro, la relación con el objeto cambia, aparece la relación con un objeto que puede ser distante, que incluye a un Otro desconocido (objeto lejano). El Yo no recupera todas las catexis, por eso se habla de una desnarcisización del Yo.

En este narcisismo encontramos que parte de uno mismo se proyecta en la exterioridad, se dispersa, se extiende, toma más contacto con una realidad que le muestra lo perecedero del cuerpo y la finitud de la vida. Mientras que en el narcisismo primario ubicamos la no diferenciación entre lo propio y lo ajeno, está presente lo corporal, en el secundario ubicamos la identificación con el otro, la posibilidad de depositar la libido en otros y volver a replegarse en el yo. Es así que la realidad psíquica incorpora, incluye a los Otros, y a los Objetos de los otros por expansión narcisista, y estos se vuelven significativos.

Con el objeto lejano aparece el orden de lo social, el amor cambia, tiene un sentido más amplio que relaciona al sujeto de manera diferente, ya no reducido a los objetos inmediatos. Hay más respeto por sus semejantes aunque estos sean personas que no conocerá. El sujeto no se siente el centro del mundo, entonces el orden de lo social tiene otra importancia, y la solidaridad está presente, hay un trabajo creativo con la sociedad, sin esperar algo a cambio. Se transforma su sentido de responsabilidad ligada a su libertad y mayor creatividad.

Aparece una nueva idea de poder, se accede a la sabiduría que tiene que ver con la vida cotidiana. En esta forma consecutiva de narcisismo se observan sentimientos de solidaridad, libertad interior, creatividad.

Se ve la aceptación de la transitoriedad de la vida y un control de la destructividad. Estos cambios pueden darse por la maduración y su complemento con la experiencia de vida. (Alizade, 1996, p.103)

La conceptualización del narcisismo terciario que realiza la autora, está directamente ligada a las formas de afrontar la muerte, con la posibilidad de

que estas sean de manera positiva o negativa. Y a la concepción de ésta que frente a la proximidad de la muerte el individuo tiene esta capacidad.

Maneja la idea que durante la vida el sujeto va pasando por situaciones que lo posicionan en diferentes lugares. En relación a ese concepto de narcisismo como dinámico, organizador y estructurante de la vida psíquica, el narcisismo terciario sería, por las características que se desarrollaron, al que se puede acceder desde una forma positiva de afrontar la muerte.

O sería al revés: ¿por este narcisismo terciario es que se puede acceder a una forma positiva de afrontar la muerte?

Narcisismo negativo Green

Realizar un desarrollo del narcisismo negativo de Green implica un trabajo en sí mismo, hasta se puede realizar recortes del mismo dada la profundidad con que lo desarrolla. En contrapartida desarrolla el concepto de narcisismo positivo, que tiene una función objetivizante, interviene en las emociones, afectos, de las relaciones con los otros y con el otro -objeto narcisista. La pulsión de vida lleva al yo a buscar nuevos objetos, para nuevas satisfacciones. El narcisismo positivo o de vida busca una identificación narcisista con el objeto faltante, para Green el narcisismo positivo no se completa nunca.

Green explora desde las teorizaciones de Freud y de otros autores, poniendo énfasis en la vigencia de éstas, y su soporte en la clínica. Nos coloca frente a conceptos pilares de la teoría a los que interpela, desconstruye y vuelve a construir.

La elaboración teórica que él propone es detenerse en la importancia del problema del límite entre lo exterior y lo interior.

Aquí quedará abierto el camino para profundizar.

Por lo que en este trabajo se realiza un recorrido que nos permite visibilizar su concepto de narcisismo Negativo en relación a lo desarrollado anteriormente. Sería desafortunado no hacerlo, cuando el tema es el narcisismo y la muerte y el autor nos presenta una conceptualización que acompaña y dialoga con las formas de afrontar la muerte.

Plantea que en el proceso que lleva al narcisismo de muerte, al objeto ya se le ha dado muerte. Este narcisismo permite evitar la obligación de invertir al

objeto. No es la ausencia de objeto, sino el objeto sin carga libidinal, lo que lleva a un estado de cero, de vacío, de neutro. “Nadie es lo que es sin objeto” (Green, 1986, p. 187).

Es la desinvertidura de sí mismo y del objeto. En este concepto la muerte no llegaría desde afuera, sino que la llevamos dentro, de alguna forma para disminuir la angustia ante la muerte. Hay un predominio de la pulsión de muerte, llevando al sujeto a un *no deseo*, de alguna forma para evitar sufrimientos, por procesos que se van dando en forma repetitiva. Donde la intervención de la pulsión de muerte dirigida hacia el interior está procurando la disminución de la tensión a cero, al deseo de nada, de no vivir. De alguna forma se corresponde al principio de Nirvana para Freud, la tendencia del aparato psíquico a disminuir las tensiones a cero.

Lleva a la desinvertidura de sí-mismo y del objeto.

El narcisismo de muerte puede manifestarse de diferentes maneras: ascetismo, falta de deseo sexual, anorexia mental, autismo, entre otras. Pueden ser formas de manifestarse en cualquier momento de la vida, como consecuencia de la historia de cada uno en su relación con los afectos. El narcisismo negativo se puede ver en la melancolía, donde el objeto perdido se incorpora al Yo por identificación, no hay deseos de buscar otros objetos.

Además del narcisismo de vida y el narcisismo de muerte, subdivide y describe cinco formas: el corporal, el intelectual, narcisismo moral, el género neutro, complejo de la madre muerta.

Green nos plantea el funcionamiento de estas formas de narcisismo, de vida (positivo), de muerte (negativo), en el transcurrir de la vida del sujeto. No son formas de funcionamiento que aparezcan ante la muerte.

“La muerte, ¿una “pulsión”? ¿Es así? A esta pregunta aquí y ahora solo podemos responder con silencio” (Green, 1986, p. 53).

La función de la angustia ante el enfermar.

Pablo 48 años consulta por dolor en el brazo y hombro, le realizan varios estudios y lo internan. Cuando tomamos contacto con él lleva tres meses y medio de internación.

Inmediatamente que le comunicamos la forma en la que vamos a trabajar, allí en el primer encuentro el paciente comienza a llorar.

“Salir del silencio, pasar al discurso nunca deja de tener sus riesgos” (Green, 1986, p. 127).

Pablo nos manifiesta “necesito de alguien fuerte con quien hablar”

El paciente nos trae su relato, cuenta su historia, no es solo su pasado, es la representación simbólica que está asociada a vivencias significativas buenas y malas para recordar y para no recordar. En el relato es donde puede producir sentidos, transformar en historia con sentido.

No sabemos cómo fueron los tres meses y medio anteriores, sí que al momento de habilitar un lugar, nuestro discurso en este caso, da lugar al llanto. Una clara exteriorización de su angustia, que debemos poner como primer punto en la elaboración del Diagnóstico Situacional. El paciente muestra sentimientos de tristeza y angustia que lo desbordan acordes al momento vital de crisis que transita.

Las enfermedades nos generan miedo, el miedo nos motiva a aumentar nuestros cuidados, nos enfrentan con la vulnerabilidad del cuerpo. Esta emoción, el miedo, cumple la función adaptativa de protección a nuestro cuerpo ante el dolor; dolor físico. En la enfermedad está presente la incertidumbre, los pacientes buscan atención anticipada más por el miedo al dolor que por el dolor en ese momento, esto nos habla del dolor emocional.

La función de la angustia como una función del Yo frente a algo que puede ser traumático, la enfermedad, produce el dolor Psíquico “como una de las formas más extremas de las relaciones entre angustia y narcisismo” (Green, 1986, p. 143).

“La angustia nace como reacción frente al peligro de la pérdida del objeto” (Freud, 1925-1926, p. 158). La angustia está ligada a la noción de peligro, está ligada al exceso, donde hay demasiada carga libidinal. Es la angustia

automática, donde no se espera auxilio del objeto. La angustia señal tiene una función protectora, aparece como anticipación del peligro de perder el objeto.

Freud nos ubica en una primera angustia, la angustia por separación de la madre, *angustia primordial*. Posteriormente por desvalimiento del lactante que necesita ser alimentado se genera la insatisfacción que es tomada como peligro. En los dos casos se genera la angustia, ya en el lactante un objeto exterior (el pecho de la madre, la madre) pone fin al peligro, con esta experiencia se pasa de la situación de peligro a la pérdida de objeto. “Esta mudanza significa un primer gran progreso en el logro de la autoconservación; simultáneamente encierra el pasaje de la neoproducción involuntaria y automática de la angustia a su reproducción deliberada como señal de peligro” (Freud, 1925-1926, p. 130).

“... Winnicott (1974) describiera como angustia inconcebible, angustia sin nombre, invasora e invalidante” (Alizade, p.125). Cuando se sabe que se va a morir la señal de angustia aparece frente a un sufrimiento nuevo e impredecible, un sufrimiento que aun no está y genera en el psiquismo el orden de lo nuevo.

La angustia aparece frente a las representaciones de la muerte, a nivel de los afectos en ese orden de lo nuevo que abre la presencia de la muerte. Green sostiene que los afectos son centrales en la vida psíquica, el Yo puede vivenciarse a sí-mismo, con su cuerpo y con los demás desde los afectos.

En cuidados paliativos una de las funciones es aliviar, disminuir el dolor en sus diferentes manifestaciones, físico y psíquico, por lo que es fundamental el trabajo interdisciplinario. Desde nuestra disciplina no podemos dejar de ver los dos dolores. La persona se vuelve un cuerpo a ser tratado, un cuerpo enfermo que comienza a dar señales de una amenaza. Así comienza a darse una forma de saber, aunque no sea un saber intelectual. Comienza entonces una pelea vital del cuerpo con la enfermedad y del Yo en esa constante tensión de lo que se es y lo que se quiere ser frente a la amenaza no solo de no llegar al ideal, sino también la amenaza que trae la enfermedad, es la de aniquilación.

La vida psíquica del sujeto busca permanentemente un estado de equilibrio. Se hace referencia con esto a los distintos movimientos, adaptaciones, cambios, que el sujeto debe hacer. Hablamos del equilibrio libidinal, el manejo de los

quantum de energía psíquica, que al enfrentarse a cambios debe restablecer el equilibrio, desde su conformación narcisista.

P: Quiero que los médicos me digan lo que puede pasar, necesito saber para poder organizarme.

Pablo sale los fines de semana, tiene alta transitoria. Él manifiesta que debe saber para poder organizarse, hablar con su madre, concluir con proyectos, está pintando y arreglando la casa, para acomodar las cosas.

En la enfermedad el paciente va enfrentándose a diferentes pérdidas. Pérdida del cuerpo sano, va percibiendo cambios en su cuerpo por la enfermedad y por los tratamientos. El peligro de la pérdida del objeto va recorriendo un doble camino, el del cuerpo y el del narcisismo como mecanismo que sostiene una imagen de sí. El Yo se siente abandonado, supera (es mayor) la angustia de castración, el objeto al que se enfrenta perder es el Yo mismo, es la pérdida de todo, la muerte. La angustia de muerte deviene de la angustia de castración (Freud, S. 1923 y 1926).

EL DUELO Y SU RELACIÓN CON EL NARCISISMO

Ante el proceso de la enfermedad se van afrontando las diferentes pérdidas.

El duelo es un proceso normal frente a la pérdida del objeto amado. Pero en el propio duelo, la pérdida es total, es aceptar la finitud.

La angustia que aparece frente a la proximidad con la muerte, está ligada al narcisismo, ese narcisismo que se enfrenta a la pérdida del objeto, que es su propio Yo.

Las diferentes etapas por las que se transita en el duelo, por la pérdida de una persona amada, son de alguna forma, las mismas que el paciente enfrenta y recorre cuando se confronta en la enfermedad.

Rabia e ira. Aparece el enojo, la falta de comprensión, no se consigue dar respuestas a porque tiene que suceder.

Negación. P: No manifiesta tener conciencia de su enfermedad, sabía su diagnóstico pero se vió una actitud ambivalente.

El paciente negaba su situación de enfermedad, más que desconocimiento, no aceptaba la gravedad de su diagnóstico. Así cómo negaba los antecedentes familiares.

Negociación. P: responde que ahora sí puede organizarse, ver lo que va a hacer, porque vino la Doc. Hace un rato y le dió las respuestas que él esperaba.

Depresión. P: me levante y todo para venir y después no, no pude me dio bajón. No me dio ganas y tampoco veo que le importe a nadie.

Aceptación. P: uno cuando nace es como un almanaque, como un reloj le ponen la pila y un día se termina, es lo que tiene que pasar.

Ese cuerpo a ser tratado desde lo psíquico comienza múltiples duelos. Sus propios duelos, de la persona que se va, el duelo anticipado por lo que deja de ser, por los diferentes roles en los que ya no estará, padre, hijo, pareja, trabajador, y así con todos los roles en los que se funciona. El propio duelo, el duelo anticipado, se trata de una pérdida que aún no se ha dado. El objeto a perder es la propia vida, la identidad, la estructura psíquica.

El propio duelo es complejo ya que se debe realizar el desplazamiento desde sí, desde su Yo que es el objeto a perder, hacia otros destinos.

En Cuidados paliativos es importante que el paciente pueda hablar de sus miedos e incertidumbres. El objeto de duelo en los pacientes es el duelo a la vida misma. Debe tener el espacio para poder vivir el duelo así como vivió la vida, estar en la muerte así como se está en la vida. La muerte es no estar más y que los otros sigan a pesar de eso. Con el duelo propio se va significando, se va dando un lugar intrapsíquico a la muerte.

Como refiere Freud la resolución del duelo, se da cuando el Yo logra disponer de sus investiduras, re trayéndolas hacia el Yo nuevamente, para poder dar lugar al desplazamiento de la libido hacia otros objetos. Ante el momento de la propia muerte, esa pérdida inminente lo enfrenta a su propio duelo. Esto necesariamente implica invertir otros objetos, no puede ser el Yo porque este es el objeto a perder.

Entonces la finalización del propio duelo desde las referencias de Freud corresponde al desplazamiento libidinal a otros objetos. Al decir de Alizade el desplazamiento hacia objetos lejanos, conformando el narcisismo terciario.

Formas de afrontar la muerte Alizade

La Dra. Alcira Mariam Alizade médico psiquiatra y psicoanalista. Fue Miembro titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Se destaca su especial interés y aporte sobre la psicoterapia de enfermos terminales y sus investigaciones sobre psicología de la mujer.

La autora describe que hay momentos de la vida por los que se pasa, como enfermedades, accidentes, que van marcando el cuerpo. “Las marcas de ser mortal” (Alizade, 1996, p. 36) que suceden en cualquier momento pero que van mostrando al sujeto la vulnerabilidad. De esta manera que duele a la vez enseña, y lleva al Psiquismo a un saberse mortal, un saber corporizado, desde el cuerpo, no intelectual. Las que pueden llamarse muertes parciales.

Dentro de las entrevistas con el paciente Pablo aparece:

- **P:** Me sacaron muerto de un pozo de agua, era un bebé gateaba y me caí en el pozo, mi madre sentía que ladraban los perros y cuando miró ladraban al pozo. La tapa se había corrido, mi padre me vio por el pañal, ya flotaba boca abajo me sacaron muerto morado, en la policlínica me sacaron.

A los 4 años se me abrió la cabeza con el filo de un hacha que estaba usando mi hermano, ahí me llevó un vecino porque me desangraba.

Con la meningitis estuve un año y medio en coma.

Ahora yo tengo ganas de vivir pero....

-**T:** Su mamá ya vivió cosas muy difíciles con su salud, con las cosas que le pasaron, y ahora el cáncer.

-**P:** Por eso yo quiero que esté preparada, que no sufra tanto, que se quede tranquila.

“Estas marcas pueden llegar a imprimir una nueva dinámica a la cotidianidad de un sujeto al facilitar la transformación narcisista y una cierta mayor lucidez frente al misterio de la existencia” (Alizade, 1996, p. 37).

La muerte Psíquica, otro dualismo cuerpo - psiquis. Es la muerte que se transita antes de la muerte física, la otra muerte, la de adentro, como menciona la autora. Donde ubica la muerte erótica y la tanática como formas de afrontar

la muerte, de transitar la muerte psíquica hasta la muerte física. Desde las formas que afronte su muerte el paciente, se van a marcar los duelos de las personas queridas.

Poniendo la mirada en lo pulsional, el tiempo que transcurre en el por morir cuando la muerte está próxima, si se pudo dar una elaboración del perder la vida, se ayuda a que la pulsión de vida no actúe. Y aparece necesariamente la pulsión de muerte que acompaña a la persona hasta el final. Hablamos de la pulsión de muerte como desobjetivizante (Green, 1986). Diferenciada de su función destructiva, aquí aparece colaborando en un retorno a lo natural e inorgánico.

-Muerte erótica

La autora la denomina como muerte con vida. Esta forma de afrontar puede hacer de la muerte un poema.

En esta forma el sujeto se apropia de la muerte, es él quien tiene el timón, lo que no quiere decir que no sienta angustia. Desde las marcas de ser mortal que nos plantea Alizade, sí el aprendizaje de éstas va siendo enriquecedor, conforma la muerte erótica. Donde predomina desde el dualismo pulsional, la pulsión de vida.

Aunque se presente como tan lejano o imposible y contradictorio, son llamadas muertes alegres o vitales.

Quien vive su muerte actúa de forma activa, tomando decisiones, va poniendo las cosas en orden. Haciendo estas cosas se va despidiendo, así ayuda a las personas que lo rodean posteriormente a recuperarse de mejor manera.

Pueden haber creencias del más allá, en la persona que está por morir, que alivian. Quien espera la muerte habla de proyectos, esperanzas, ilusiones, que deposita en los que quedan y aman. Les deja la orden de continuar con alegría, la responsabilidad de ser felices aunque él no esté.

-Muerte tanática

Cuando se afronta la muerte de esta forma deja en quienes lo rodean culpas, reproches, amargura, que les dificulta recuperarse de su pérdida. La muerte tanática genera destrucción y caos, donde opera la pulsión de muerte en *tensión* con la pulsión de vida, no meramente la pulsión de muerte.

Se puede hacer de la muerte un acto cobarde, y las denomina melancólicas o mórbidas.

La muerte tanática se observa como forma negativa y es caracterizada por la destrucción y el miedo, en estos casos las marcas de la muerte van dejando huellas penosas.

Puede aparecer una fascinación por la muerte, que revela el desprecio por la vida, y se visibiliza poniéndose en riesgos que disminuyen la distancia con la muerte. Esto no indica la falta de miedos, por el contrario, pero esos miedos son vividos desde el enojo.

Se puede observar en determinados pacientes que perciben su enfermedad, su diagnóstico como una consecuencia de sus actos en su forma de vivir. Pensando desde la práctica en los pacientes de EPOC, éstos se manifestaban de forma particular, con enojo y agresividad. Mostrando esa agresividad con el entorno, por ejemplo familiares a los que se destrataba y desvalorizaba, sea cual fuera su actitud hacia ellos. No solo con los que oficiaban de cuidadores principales, también con el círculo cercano. Llevando esto a que muchos familiares se negaban a sus cuidados, manifestando que el paciente no seguía los tratamientos o continuaban con conductas de consumo que los ponían en mayor riesgo.

Con el cuerpo médico y las instituciones que prestaban sus servicios se comportan de manera muy demandante, enojados y manteniendo la agresividad.

Conclusiones

Estamos educados desde lo familiar y lo social, desde los mandatos, a no pensar en la muerte. No transitamos por nuestras vidas con la muerte incorporada como un proceso más de nuestro ciclo vital. Por tanto afrontar la muerte genera miedo, ansiedad, enojo, negación, dolor.

Somos seres contruidos y contruidos por otros. Desde nuestro desvalimiento físico que necesita de otro para vivir, crecer y desarrollarse, hasta nuestra conformación psíquica que necesita del otro para poder diferenciarse y constituir nuestro Yo.

La necesidad del otro para poder ser, se mantiene en el desarrollo de nuestra vida, y así necesitamos del otro para dejar de ser, para morir. No podemos pensar nuestra propia muerte, pero podemos saber de la muerte a partir de la muerte del otro. Cuando acompañamos a otros a morir, podemos vernos en ellos y así acercarnos a esa dimensión de lo nuevo.

Los Otros que están en el momento del por morir, son los que pueden ayudarnos a dejar las cosas en orden. Y son los que nos van a sobrevivir a través de los recuerdos y los afectos.

Queda planteado que hay diferentes formas de afrontar la muerte, de ir hacia la muerte. Puede ser de una forma positiva o negativa, denominadas por Alizade como formas eróticas o tanáticas. No siempre se dan en forma pura y por separado, hay momentos en los que confluyen.

Llegamos a esas formas por nuestra historia, nuestras experiencias. Por la forma en que nuestro narcisismo es conformado, y se va modificando de manera dinámica. Como mencione en el desarrollo, mi hipótesis es que hay cambios en el narcisismo que nos permiten afrontar la muerte de una u otra forma. Es el Narcisismo terciario que nos presenta Alizade, con el desplazamiento libidinal a objetos lejanos, y así logrando concluir el propio duelo.

Green nos plantea una conceptualización fascinante de un narcisismo negativo, que por sus características nos lleva a afrontar la muerte de una forma tanática.

En un diálogo con lo expuesto por Alizade se puede sostener que: en el concepto de narcisismo negativo de Green podemos encontrar una forma tanática de afrontar la muerte, por las características. Si la persona que se encuentra ante la posibilidad de morir tenía una conformación narcisista negativa, siguiendo a Green, su forma de afrontamiento se alineará con una forma tanática.

Pero *no* se puede decir que en la forma tanática de afrontar la muerte esté siempre presente el narcisismo negativo de Green. Porque El narcisismo negativo conceptualizado por Green puede estar presente en todo momento de la vida, no aparece, no se constituye al momento de afrontar la muerte. Este narcisismo negativo no aparece ante la posibilidad de la muerte.

“Nadie muere en la víspera” ¿o sí? o ¿morimos cuando asumimos, aceptamos, perdonamos, ponemos cosas en orden? Hasta se alejan a seres queridos tratando de evitar el sufrimiento del paciente y del que queda y se ama. Sacándolos de ese lugar, desenvistiendo (Green, 1986).

En este contexto cabe preguntarse si la muerte erótica sería entonces poder morir en la víspera, aceptando la finitud. La muerte erótica llega a esa comunión a ese todo perfecto que se quiere ser y por eso se acepta la finitud. Se traspasa esa rotura en el espejo donde más allá de éste se encuentran los objetos lejanos que podemos libidinizar al encontrarnos en un Narcisismo Terciario.

El recorrido bibliográfico me ha suscitado varias hipótesis:

¿Morir en la víspera es la muerte Psíquica?

¿La muerte domesticada de la que habla Ariès es lo que se busca en Cuidados Paliativos?

Así se me es lícito hablar de mis propias contribuciones, el lector informado advertirá con facilidad que las opiniones que sostengo son diferentes de los puntos de vista tanto de Lacan como de Grunberger.

No cabe lamentar esta falta de acuerdo sobre un problema, aunque sea tan decisivo; al contrario tenemos que saludar el hecho de que elaboraciones teóricas inspiradas en interpretaciones diferentes reavivan la controversia, puesto que la luz solo puede nacer del cotejo de las ideas (Green, 1983, p. 15)

BIBLIOGRAFÍA

Abt, A.(2004) *El hombre ante la Muerte: Una mirada antropológica*. Url: www.socargcancer.org.ar

Alizade, A. M. (1996). *Clínica con la muerte*. Amorrortu.

Alizade, A. M. (1999, May). *Duelos del cuerpo*. In Primer Congreso de Psicoanálisis y xi Jornadas Científicas “Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy”. Asociación psicoanalítica del Uruguay.

Ariès, P., & Elías, J. (1982). *La muerte en Occidente*.

Ariès, P., & Armiño, M. (1983). *El hombre ante la muerte* (No. 229). Madrid: Taurus.

Acevedo, S. (2002) Cuerpo y discurso en Psicoanálisis. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis – APU*. Recuperado de <http://www.apuguay.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

Castoriadis-Aulagnier, P. (1993). *La violencia de la interpretación*. Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Ceriani Cernadas, C. (2001). Notas histórico-antropológicas sobre las representaciones de la muerte. *Revista Archivo Argentino de Pediatría*. 326-336 Recuperado en www.conicet.gov.ar

Docentes de 3er. Ciclo del Área de Psicoanálisis - Facultad de Psicología - UdelAR (2008) *Letras abiertas del psicoanálisis - Teoría y clínica* Colección Curricular - Serie Psicoanalítica .Editorial: PSICOLIBROS waslala

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>

Entrevista con Alcira Miriam Alizade. (2003) Recuperado
<http://www.idl.org.pe/idlrev/revistas/156/156matilde.pdf>

Freud, S. (1886, 1899). El Proyecto de psicología para neurólogos. *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud*. En Obras Completas (O.C.) vol. I. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1914). Introducción del Narcisismo. *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología, y otras obras* En Obras Completas (O.C.) vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1915). De guerra y de muerte. temas de actualidad. En Obras Completas (O.C.) vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1915). Pulsión y destino de pulsión. *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología, y otras obras*. En Obras Completas (O.C.) vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S (1917). Duelo y melancolía. *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología, y otras obras*. En Obras Completas (O.C.) vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1920). *Más allá del principio de placer: psicología de las masas y análisis del yo*. En Obras Completas (O.C.) vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu

Fulco, M. C. (2002). DUELO POR LA PROPIA MUERTE: ¿DUELO POSIBLE?. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 96, 92-100.

Gandolfi, A. (2012) Dispositivo de intervención en cuidados paliativos: el encuadre interno como instrumento. Montevideo: Facultad de Psicología.
Inédito

Gandolfi, A., Protesoni, A.; Reina, M. (2008). "Invenciones clínicas sobre las afecciones del cuerpo". En: *IX Jornadas de Psicología Universitaria*, Psicolibros, Montevideo.

Gandolfi, A., Protesoni, A.; Reina, M. (2010). "Desafíos en la intervención domiciliaria en el ámbito de los cuidados paliativos". Presentado en: V Congreso Uruguayo de Psicología Médica, Montevideo.

García, J. T. J. T. L. (1994). Algunas aportaciones de la psicología al ámbito de los enfermos en situación terminal. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, (61), 85-92.

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>

Gómez Sancho, M. (2005). *Morir con dignidad*. Madrid: Arán, 267-269.

Green, A. (1986). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.

Green, A. (1970). *El narcisismo primario¿ estructura o estado?*. Proteo.

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. N. (2000). *Autoestima, identidad, alteridad*. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Hornstein, L. (2000). *Narcisismo*. Buenos Aires: Paidós

Lacan, J. (1949). *El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. Escritos I, 1.

Laplanche, J. (1973). *Vida y muerte en psicoanálisis*.

Laplanche, J., Laplanche, J. L., Laplanche, J., & Laplanche, J. (1971). *Diccionario de psicoanálisis* (Vol. 38, No. 159.964. 2). Labor,.

Maldavsky, D. (1988) *Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.

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>

M' Uzan, M. (1978) *Del arte a la muerte*. ICARIA Editorial, Barcelona.

Negro, M. *El Psicoanálisis frente a la terminalidad y la muerte*. Recuperado <http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num11/clinica-negro-psicoanalista-frente-a-la-terminalidad-y-la-muerte.php>

Pecznik, A., Pecznik, A., Davies, E., Higginson, I. J., Tierney, L. M., Torralba Roselló, F., ... & Trakal, E. (2012). *El sujeto ante su muerte: violencia y terminalidad terapéutica* (No. 159.964. 2). ONUSIDA.

Protesoni, A. (2013). "Caracterización de la demanda y evaluación de las intervenciones psicológicas en cuidados paliativos en el primer nivel de atención". Montevideo: Facultad de Psicología. Rev. Itinerario 2013.

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

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>

Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento de psicooncología. *Boletín de psicología*, (75), 73-85.

Vivante, A. (1978) *Reflexiones Críticas Sobre la Conceptualización de la Muerte desde el Punto de Vista Antropológico en "La Muerte en Medicina"*. Editorial Quirón, La Plata, 109-120