

EL DUELO PATOLOGICO EN LA ORFANDAD TEMPRANA¹

DR. JOSE REMUS ARAICO²

Mi interés por el tema del duelo, parte de dos de mis primeros casos que sirvieron de base para mis dos primeros trabajos analíticos^{11,12} En el primero, la depresión estaba en íntima relación con la homosexualidad manifiesta de un paciente hombre, en el cual la muerte del padre en la adolescencia, con la ausencia manifiesta del duelo, fue un factor muy importante en la eclosión de la perversión. En el segundo trabajo traté de mostrar el determinismo y la función inconscientes de la elección de un marido estéril en una joven mujer con cancerofobia e intensa reacción depresiva. Tanto la esterilidad del marido, como la muerte temprana del padre a los seis años de la paciente fueron negadas. Entre los determinantes más importantes de la elección adulta de tal objeto dañado fue el duelo patológico a la temprana pérdida del padre en pleno clímax edípico. En cuanto a la función inconsciente de tal elección, me referí entonces, entre otros, al factor económico. El Yo por su defecto estructural, repite la situación traumática y tal como en los sueños, trata por su función sintética de integrarla y elaborarla. Hoy día, no dudaría en considerar en estos pacientes defectos yoicos traumáticos, pero de naturaleza y destino muy distintos a los defectos de estructura que conceptualizamos con los llamados borderline.

Desde entonces he tenido la rara oportunidad de analizar, durante tiempo variable, a varios pacientes, y de supervisar el tratamiento de otros, todos con el antecedente, al igual que la joven, con depresión y cancerofobia, de la muerte de uno de los padres antes de los 7 años. Se trata de un grupo de adultos, 4 mujeres y 7 hombres. En relación al sexo del padre tempranamente perdido, dos de las mujeres eran huérfanas de padre y las dos restantes de madre; de los 7 hombres, a cuatro se les había muerto el padre y a dos la madre: el último, perdió a las dos semanas de su nacimiento a la madre y a los cuatro años al padre. La dinámica de este paciente tenía algunas singularidades, y sólo mencionaremos de paso que la idealización que desde pequeño tenía de la madre muerta a las dos semanas, no era sino la contraimagen idealizada de aspectos reales de la madre substituta. De lo más interesante era el hecho de que esta contraimagen enmascaraba las consecuencias de la muerte del padre, a mi juicio mucho más patogénica, según los conceptos a los que voy a referirme en el presente trabajo.

Todos los pacientes mostraron en la primera entrevista, diversos grados de depresión manifiesta, o débiles defensas maniacas. Ocho de los pacientes recurrieron al analista a raíz de pérdidas recientes de diversa índole, desde el fracaso económico inminente, esterilidad o infertilidad, hasta un cuadro depresivo severo con agitación, reactivo al primer aniversario de la muerte del otro padre. Los restantes tres, eran candidatos que por la superestructura

¹ Trabajo al Tema: "Duelo Normal y Patológico", del IV Congreso Psicoanalítico Latino Americano. Julio 8 a 14 de 1962. Río de Janeiro, Brasil. Publicado en Cuadernos de Psicoanálisis Vol. I, No. 1, Enero-Marzo de 1965, México, D.F.

² Fundador, Vitalicio y Psicoanalista Didáctico de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, A.C. Profesor Titular de las Facultades de Psicología y de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

previa no podían manifestar la típica “primera entrevista ingenua”. Todo apoyaría la idea de que la pérdida temprana de los padres, o de la figura importante que haga las veces de tal, predispondrá a la enfermedad depresiva adulta. Precisamente el objeto de este trabajo, es el de mostrar algunas de las secuelas que podemos observar en análisis de adultos que han quedado huérfanos tempranamente. Además, esbozaré una secuencia del análisis de estos pacientes y algunos intentos de estrategia técnica. En algún otro lado¹³ he tratado de desarrollar algunas ideas técnicas en el tratamiento de las reacciones depresivas.

Los trabajos de Bowlby^{1,3} sobre el duelo, tratan de equiparlo a la desorganización de la unión del niño con la madre al destete, sobre todo en términos económicos. Al estudiar la “angustia de separación”², Pollock¹⁰ se refiere sobre todo a los fenómenos de adaptación. De aquí que ambos centren su interés en el destino de las catexis de objeto liberadas a la pérdida del objeto amado, y a las recatexis de objetos del mundo exterior. Bowlby describe tres fases en el duelo: la urgencia de recuperar el objeto perdido, la de desorganización y la de reorganización, estas dos las valora sobre todo como procesos de adaptación. El mismo autor condensa en siete puntos principales, la controversia en la bibliografía respecto al duelo. En este trabajo trataré de contestar el último punto: “¿En cuál etapa del desarrollo y por medio de qué procesos, el individuo llega a un estadio a partir del cual es capaz de responder a una pérdida de una manera saludable?” (Traducción mía).

Bowlby³ escribe al respecto que (p.323): “tradicionalmente esta pregunta... se refiere a tratar de comprender el punto de fijación al que regresa el melancólico. La mayor parte de las formulaciones psicoanalíticas postulan que esta fase sucede en la temprana infancia, con el corolario de responder favorablemente a las pérdidas (ulteriores), si todo ha ido bien en el desarrollo”. Klein^{7,8} situó en la lactancia y describió esta fase crítica del desarrollo llamándole posición depresiva. Pero más adelante Bowlby duda de la validación de tales datos de la temprana infancia. Para él (³ p.323) “la capacidad de reaccionar a la pérdida se desarrollará lentamente durante la infancia, y quizás nunca se termine tal como quisiéramos creer”.

Sin devaluar en lo más mínimo algunas de las hipótesis de Klein, que se me han mostrado utilísimas como base de sustentación teórica en mi conducta terapéutica, quiero enfatizar respecto al tema, que cual quiera que haya sido la “posición depresiva” de mis pacientes, no hizo esta fase del desarrollo sino colorear o dar una variante más a un sistema de incontables variables como es el desarrollo contemplado en su totalidad evolutiva: quiero enfatizar que la orfandad temprana es un elemento de mayor trascendencia en la patología de todos mis pacientes de esta serie. Es mi esperanza que al trabajar más el material que aún estoy recogiendo, podré relacionar el tipo de daño yoico resultante del impacto traumático, con el grado de desarrollo que había alcanzado el paciente hasta el momento de su temprana pérdida.

La relación madre-hijo podemos entenderla como el interjuego mutuo de numerosos impulsos por ambas partes que buscan satisfacción. En términos de relación de objeto, la madre pondrá en juego, satisfaciéndose y frustrándose diferentes modalidades o tipos de relaciones de objeto bastante bien definidas, sean éstas conscientes e inconscientes. Por ejemplo, con el hijo varón puede relacionarse conscientemente como con un nuevo hijo y una nueva esperanza,

pero inconscientemente repetirá la relación de objeto de su propio complejo edípico positivo y directo.

Contemplando esto desde el niño, la otra mitad de estas simbiosis, el pequeño apenas va a empezar un largo proceso de estructuración y una larga cadena de identificaciones. Desde Freud, en sus conceptos vertidos en *El Yo y el Ello*⁶ sabemos que el Yo proviene fundamentalmente del Ello, transformado por la relación con la realidad externa, siendo precisamente el aparato perceptor del Yo el que centra y dirige esta estructuración.

Este trabajo intenta llamar la atención en la falla yoica, consecuencia de la muerte temprana de uno de los padres, puesto que al perderse uno de los dos objetos más estructurantes (el padre o la madre) las percepciones ligadas a su presencia se muestran desorganizadas y las fantasías (de gratificación y agresión) no son rectificadas por un objeto real.

El sistema de modelos reaccionales yoicos que se estructuran con la madre, va a modificarse de múltiples maneras al entrar el padre en escena. Poco a poco así, si se quiere con la materia prima de la “posición depresiva” individual, por un continuo proceso de identificaciones primarias, que tal como las define Koff⁹, se confunde con el concepto de aprendizaje, se va estructurando el Yo. Las identificaciones secundarias o genuinas son ya más tardías, más complejas y están más cercanas al concepto de personalidad. Esta falla en los procesos de identificación y la consiguiente hipertrofia compensadora de la fantasía (idealización), a mi juicio son responsables de aquellos rasgos frecuentes en el adulto huérfano temprano. Me refiero en especial a cierta manera de ser “como si”, sin llegar a ser la “as if personality” esquizofrénica, sino más bien la consecuencia de una detención o retardo traumático del proceso de identificación.

Las fallas en la identificación, tal como era de suponerse, se observaron sobre todo en aquellos pacientes a los que se les murió el padre del mismo sexo. Por el contrario, en términos generales, la patología era mucho más manifiesta y profunda en el área de las relaciones de objetos actuales, sobre todo expresada en conflictos conyugales, en aquellos que sufrieron la pérdida del padre del sexo opuesto. La relativa constancia de estos dos hechos clínicos: el predominio de la patología en el área de la identificación o en la de las relaciones de objeto heterosexual, dependiendo de la relación del sexo del paciente con el del padre perdido, nos llevaron siempre de la mano, en los análisis, a la construcción fenoménica del temprano trauma. La estructuración estaba centrada en el eje de la precoz orfandad, pues en el clímax de la misma estuvo siempre la revivencia y recuperación de recuerdos de aquellos momentos. El trauma siempre fue tanto más intenso, cuanto más rápida y sorpresiva fue la pérdida del objeto. Las percepciones que guían al Yo inmaduro para el manejo de las necesidades instintivas, sobre todo de dependencia y amor, así como la absorción y control adecuado de la agresión, se ven interrumpidas, perturbándose por lo tanto, por las alteraciones económicas consiguientes, los mecanismos adaptativos del duelo. El Yo inmaduro sólo puede recurrir en esta emergencia, al empleo de mecanismos de defensa inmaduros, entre los que se encuentran principalmente la escisión, la idealización y la negación, y todos sabemos las serias consecuencias de la persistencia en el adulto del empleo sistemático por el Yo de estos mecanismos de defensa.

Lo particular del ambiente cultural del pequeño, imprimirá su sello y vestirá el duelo con los ropajes propios de cada serie de valores institucionalizados que están limitando y conteniendo a los integrantes de cada cultura. Sin embargo, uno de los elementos centrales para mí es que la libido y la agresión libres de descarga exterior, así como las fantasías no rectificadas y en conflicto con las huellas de las percepciones del objeto perdido producen la desorganización del Yo. Creo que estos pacientes se quedan fijados en esta etapa de desorganización la que es enmascarada, o aún medio compensada, por aspectos sanos y sobre todo por identificaciones del tipo “como si” (un perpetuo aprender a ser). También encubren la fijación en la desorganización yoica, las relaciones de objeto defensivas, como en el caso de la elección patológica de la enferma cancerofóbica¹². Existe en estos adultos, huérfanos tempranos, un elevado montante de actitudes masoquistas que a mi juicio, con la consecuencia de la idealización del objeto perdido alimentada en la infancia por la “novela familiar”, verdadera religión hogareña a un dios “particular”, que ha originado imagos que parasitan y someten al Yo.

La fase final del duelo, la de reorganización, en la que el Yo acepta el juicio de realidad de la desaparición definitiva del objeto muerto y recatetiza nuevos objetos del mundo exterior, a mi juicio no es posible, en el huérfano temprano, precisamente por el defecto traumático del Yo adquirido antes de la solución del Complejo de Edipo. Desde Freud en el Apéndice al Análisis de Juanito⁴ y en El Final del Complejo de Edipo⁵ sabemos el valor económico de la represión en la “homeostasis psíquica”, y sabemos también que ésta se logra al finalizar el complejo central del desarrollo. Creo que es precisamente por una capacidad para la represión exitosa, entre otros factores, que el humano puede “hacer un duelo normal” y esto sólo es posible después de un desarrollo edípico favorable, entendiéndose por esto último, la capacidad de un Yo no traumatizado al grado de nuestros huérfanos, para reprimir y emplear otras defensas.

El defecto para un desarrollo más adecuado del complejo edípico, pudimos verlo en aquellos pacientes de nuestra serie en donde se realizó precozmente la reconstrucción de la pareja por matrimonio del padre sobreviviente. Se pudo ver en los análisis que el niño no pudo asimilar completamente la nueva figura, sobre todo si era del mismo sexo. Seguramente los celos y la agresión jugaron un importante papel para esta diferencia con los que perdieron el padre del sexo opuesto, pues hasta cierto punto, la nueva relación de objeto, aunque forzada, es en sí misma gratificante y reparadora. Pudimos observar todas las variantes de los conflictos con imagos “madrastras y padrastros malos”. Todo esto se debe a “lealtades con el objeto muerto e idealizado”, que expresado en términos de lo económico, serían debidas a las fijaciones traumáticas. Este fenómeno lo pudimos ver clínicamente en algunos adultos de nuestra serie, como una hipersensibilidad por “lo distinto”, por ese pequeño matiz que hace a las cosas y a las gentes semejantes pero no idénticas. Durante el tratamiento, las percepciones actuales eran interceptadas con “asombro” por la recatetis de huellas mnémicas durante el proceso del recordar. En muchos pacientes este fenómeno precedía a una crisis depresiva, como si expresaran con esta reacción su desilusión por no encontrar en el mundo exterior el objeto exacto que la huella mnémica disparaba, repitiéndose en pequeño y en tiempo acelerado, todo el proceso de duelo. Pero también en esta repetición nos señalaban los pacientes el grado de desorganización en que habían quedado

fijados, pues no tolerando el duelo final, al que poco a poco se acercaban y estratégicamente los conducíamos, escapaban a las mismas defensas que una vez había utilizado su Yo inmaduro en la emergencia del trauma. Estoy convencido que estos cuadros están en la categoría de las neurosis traumáticas, solamente que son neurosis traumáticas con características propias. A veces esta superposición de la reactivación parcial de los recuerdos, con las nuevas percepciones evocadoras, llegaban a adquirir la calidad de 'extrañamiento' y hasta el principio de despersonalizaciones o escisiones súbitas del tipo de las reacciones disociativas agudas. Estas reacciones eran demostrativas de la desorganización interna latente a la que quedaron fijados.

Respondiendo a la pregunta de Bowlby que antes transcribí, relativa a la etapa del desarrollo y a los procesos en ella adquiridos por medio de los cuales el individuo es capaz, a partir de esa etapa, de elaborar un duelo normal, contestaría en base a lo antes expuesto que: la superación del complejo edípico con la capacidad del Yo que lo ha atravesado para reprimir, sublimar (como defensa altamente económica), y conceptualizar lo que sucede (juicio de realidad), es lo que marca el jalón más importante para un duelo normal ulterior.

Vale la pena llamar la atención en lo que respecta a la maduración del tránsito por el complejo edípico nuclear para soportar y elaborar "duelos dentro de límites normales", que muchas veces nos topamos con pacientes que han exigido un sistema defensivo muy estructurado en base a las ventajas secundarias de un constante "pseudo duelo". Todos sabemos también, lo arduo del trabajo analítico para poder liberar los componentes depresivos "genuino" de este tipo de estructuras que presentan una fachada histeroide. Una solución "aceptable" del edípico a su tiempo es un aliado para el progreso analítico, pues entre otros factores, la capacidad de represión secundaria pone al servicio del Yo un momento elevado de libido desexualizado, que en mi opinión es uno de los ingredientes básicos del complejo proceso que llamamos sublimación, o en términos de relaciones de objeto, la capacidad de reparar a los objetos y al Yo que los contiene.

Antes de terminar, sólo deseo enfatizar dos aspectos de técnica: 1o) Se puede descubrir una cierta secuencia del tratamiento de estos pacientes: después de una etapa de comienzo en que estos huérfanos tempranos plantean sus primeras defensas contra la depresión y trauma básicos, sobreviene con grandes expresiones de afecto el duelo que habla sido incompleto, y es entonces que poco a poco aparecen los recuerdos de su peculiar situación traumática. El proceso de reorganización aparece en la transferencia con demandas urgentes de los pacientes de "ser educados y dirigidos". Creo que el analista no representa un "objeto transferido" en la expresión más exacta del término, sino un objeto real por el que los pacientes desean ser guiados, educados, etc., intentando suplir la parte de relación objetal infantil que les faltó. En esta etapa del tratamiento, es cuando existe el mayor peligro de una "inducción educativa" por parte del terapeuta, en vez de continuar analizando con gran libertad, todas las "pautas educativas" que el paciente tiene reprimidas o mal estructuradas, dándole así la gran oportunidad en su vida de adquirir valores propios. En la etapa de la máxima depresión y con el consiguiente análisis del cambio de ritmo de horario, en algunos casos se han dado sesiones extras sin límite de tiempo prefijado. Por ejemplo, con un

paciente que está asistiendo cuatro veces por semana, programo junto con él una quinta “sesión especial y extra” sin límite de tiempo. Los niveles de regresión y reorganización (reparación) alcanzados con esta variante técnica han sido tremendos. La recuperación de recuerdos se ha facilitado grandemente con esta medida. En uno de mis pacientes, trabajamos cuatro veces estas sesiones extras. El final de estas sesiones lo daba el mismo material, pues la fatiga inclusive era analizada. Habitualmente cuando las hicimos duraron alrededor de tres horas. Cuando el duelo y la etapa de reorganización habían pasado, no hemos sentido grandes diferencias entre estos pacientes y psiconeuróticos no huérfanos, aunque cuando la “sensibilidad” a la pérdida de objeto seguramente no será rectificadas totalmente. Creo que queda con el analista una liga importante aún después de suspendido el análisis, pero aún no pasa el tiempo suficiente para poder dar juicios más seguros a este respecto.

2º) Con cualquier preconcepto sobre la “oralidad”, (cuando trabajé en estos pacientes) sobre todo en cuanto a querer “forzar lo teórico en lo clínico” acerca de la depresión, estorbaba la comprensión global de mayor importancia del trauma que de la etapa oral del paciente. Esto lo recalco, porque una buena parte de los pacientes de esta serie eran pacientes en análisis con candidatos a los que supervisaba. La continua recomendación de observar más el trauma que la “oralidad” de sus pacientes era enfatizada en las sesiones de control. Se podría decir que dependiendo de la época del trauma en todo el contexto histórico, éste era más importante que las “técnicas orales” que siempre se ponían en juego cuando los pacientes entraban en depresión. Por ejemplo, se tendía erróneamente a enfatizar más la posibilidad de “un pecho malo o un pecho bueno”, que a ver la analidad o la angustia de castración encubierta por la depresión.

Está en proyecto en la Clínica de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, la investigación en equipo de otros elementos psicológicos de la orfandad temprana, pues aún hay muchos e interesantes caminos por explorar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bowlby, J.: *The Nature of Child's Tie to his Mother*. Int. J. Psycho-Anal. Vol. 39, 350-373.
2. ___ *Separation Anxiety*. Int. J. Psycho- Anal. Vol. 41. 89-113.
3. — *Processes of Mourning* int. J. Psycho-Anal. Vol. 42. 317-340.
4. Freud, S.: *Apéndice al Análisis de la Fobia de un Niño de Cinco Años*: (1922). Obras Completas. Vol. XV Ed. S. Rueda. B. Aires, 1954.
5. — *El Final del Complejo de Edipo* (1942). Obras Completas. Vol. XIV. Ed. S. Rueda. B. Aires, 1954.
6. Freud, S.: *El Yo y el Ello* (1927). Obras Completas. Vol. IX Ed. S. Rueda. B. Aires, 1953.

7. Klein, M.: *A Contribution to the Psychogenesis of the Manic-Depressive States*, (1939). En: Contributions to Psycho-Analysis. Int. Psa. Library. Londres.
8. —*Mourning and its Relation to Manic-Depressive States*. (1948). En: Contributions to Psycho-Analysis. Int. Psa Library. Londres 1948.
9. Koff, R. H.: *A Definition of Identification*. A Review of the Literature. Int. J. Psycho-Anal. Vol. 42, 362-370.
10. Pollock G.H. : *Mourning and Adaptation*. Int Psycho-Anal. Vol. 42. 341-361.
11. Remus Araico, J.: *Depresión y Alteraciones de Carácter en un Homosexual*. Revista de Psicoanálisis. Vol. XII. 69-79, 1955.
12. __Determinismo y Función Inconscientes de una Elección de Objeto en una Fobia al Cáncer. Trabajo leído en la Asoc.. Psic. Argentina, 1955.
13. —*Psicoterapia de las Reacciones Depresivas*. Rev. de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. México, D. F. Vol. 3, No. 1. 15.22, 1962.

Dr. José Remus Araico
Paseo del Río # 111, casa 20
Fortín Chimalistac
Coyoacán, 04319
México, D. F.
Tels. y Fax 56-61-07-67 y 56-61-36-50

