

TRAUMA, CUERPO Y DUELO EN LOS ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD ADQUIRIDA.
Jorge Cantis **Presentado en Jornada de ASAPPYA “Duelos en la infancia y la adolescencia. Modos de intervención” (USAL, 2005)**

Introducción:

El abanico de las discapacidades adquiridas en la adolescencia es muy amplio y por tal motivo clasificaré el ingreso a ellas en 3 grupos, con el objetivo de reflexionar los tipos de duelos, problemáticas con el cuerpo y efectos traumáticos.

▪ **Modalidades:**

1) Progresiva:

Impedimentos físicos en los adolescentes como la obesidad, diabetes, problemas cardíacos, lesiones en el tejido muscular, alteraciones en la columna vertebral (escoliosis), deformaciones articulares (artritis reumatoidea) que los hacen ingresar al micromundo de la minusvalía en forma progresiva.

2) Traumatofilia:

Los accidentes en general son la primera causa de muerte en el mundo occidental.

Debido a los grandes avances de la medicina y la ingeniería, el número de sobrevivientes de distinta gravedad, va en constante aumento y nos hace pensar la naturaleza de los trastornos.

Todos sabemos que en la Argentina existe un porcentaje lamentablemente alto de adolescentes que ingresan a la discapacidad a consecuencia de accidentes domésticos, de tránsito y deportivos.

3) Abrupta:

En la forma abrupta, encontramos los ataques cerebrales, accidentes cerebro-vasculares y aneurismas congénitos en adolescentes que dejan severas secuelas motrices, sensoriales, lingüísticas y secuelas emocionales.

▪ **Desarrollo Conceptual:**

Focalizaré la problemática de un adolescente con una discapacidad adquirida en forma abrupta.

Viñeta Clínica:

Juan de 13 años. Llega a consulta psicológica por un accidente cerebro-vascular isquémico en la región parietal y témporo frontal izquierda y con secuelas motrices (hemiplejía derecha) y severos déficits en lo expresivo y en lo oral. En la conversación utiliza palabras aisladas; sin embargo se desenvuelve apelando a recursos compensatorios como los gestos o señalamientos.

Antecedentes significativos: dolores de cabeza, muerte del padre a los 12 años y asalto en la vía pública a los 12 años y 6 meses.

Los duelos en este tipo de problemáticas son también pérdidas pero conectados con aspectos de la imagen corporal o de la funcionalidad de una o varias partes del cuerpo (pérdida de una función o trastornos en la comunicación, pérdidas auditivas, visuales y trastornos del lenguaje).

- **Tipos de duelo**

Encontramos 2 tipos de duelos: duelo objetal y duelo narcisista.

En el duelo objetal predominan los sentimientos de tristeza y de dolor y el valor relacional para el contacto con el objeto y su vinculación con la función corporal perdida.

No obstante, la pérdida ha de aceptarse como definitiva y cuando ello se logra se catectizan

otras funciones por medio de las cuales se restablece la relación con el objeto.

En el duelo objetal también encontramos nostalgia por la pérdida del grupo de pertenencia, su grupo de amigos.

En cuanto al duelo narcisista si bien en el mismo los sentimientos de tristeza, dolor y pena son apreciables -en todo duelo existen-, las causas que los motivan son diferentes.

La importancia de la pérdida radica en las modificaciones que se producen intrapsíquicamente

entre las diferentes instancias del aparato mental, teniendo muy poca relevancia lo que ella

provoca en relación con los objetos.

Otra problemática en el duelo narcisista es la disarmonía estética. Lo que falla en el

adolescente mencionado es la apreciación de la belleza. Entiendo por belleza, como plantea

Meltzer (1990) el encuentro armónico entre elementos diferentes. Para este autor la belleza es

la armonía de lo visual.

A consecuencia del impacto estético surgen en el adolescente con discapacidad adquirida una

intensa desvalorización, auto desprecio y profundos sentimientos de humillación.

El juicio de realidad desaparece y se presentan ansiedades paranoides o cuadros delirantes

cuya temática hace referencia a la lesión física adquirida.

En este adolescente el duelo es muy narcisista por lo que perdió de sí. Es un duelo por la

pérdida de si mismo y debe además hacerse cargo del dolor de la madre y/o de las

frustraciones del grupo familiar.

- **Duelo y Cuerpo**

Respecto del cuerpo hay dos alternativas: el cuerpo como fuente pulsional y el cuerpo como estructura neuronal. El **cuerpo pulsional** es como fuente de la pulsión sexual y de auto conservación. Me refiero a la estructura química del organismo, a la energía pulsional. En las lesiones adquiridas la problemática del adolescente radica en el **cuerpo neuronal**: en cómo procesar la exigencia pulsional o sea el cuerpo como estructura neuronal. Al respecto Freud dice que "los estímulos pulsionales que se generan en el interior del organismo no pueden

tramitarse mediante ese mecanismo, por eso plantea la existencia mucho más elevada de la función nerviosa”.

▪ **Trauma**

Encontramos tres momentos en el trauma.

Un primer momento como trauma irrupiente que corresponde a la aparición brusca del accidente cerebro-vascular en el adolescente.

En los primeros tres meses posteriores a la afección he observado en el adolescente que todo estaba detenido, no había nada de acontecer psíquico, funcionaba como en automático. Existía una indiferencia mecánica. El paciente circulaba entre dormido y despierto. En este momento el trauma barre con todo. Todo trauma es desubjetivante, barre toda energía psíquica, toda subjetividad.

Pero es importante reflexionar acerca de la movilidad subjetiva del paciente previa a su accidente porque si bien el trauma cambia todo, después poco a poco se va asimilando a lo previo. Entonces el trauma se va integrando a la modalidad de cada uno.

La familia muchas veces se resiste a recordar como el adolescente era antes, como contribuyendo a identificarse con el trauma. La familia dice que él está triste y en realidad se encuentra inmerso en una indiferencia mecánica, casi en automático, la tristeza es de la familia.

Es una etapa en que el paciente está apático, abúlico, embarullado, indiferente y en estado de sopor.

Estos estados afectivos son equivalentes a los sentimientos de las neurosis traumáticas. Al respecto Henry Cristal habla de la carencia de palabras para expresar los estados afectivos. Otro autor, Lifton (1979), investigó las neurosis traumáticas en personas afectadas por la bomba de Hiroshima, estudió la vivencia traumática y habla del estado “numbing”, de estar en el limbo. Tal es el estado de vivencia traumática de la persona lesionada cerebralmente en los primeros meses.

Debemos estar atentos en forma preventiva a que la persona lesionada cerebralmente no quede fijada a esta situación.

Al respecto el Dr. David Maldavsky (1993), refiriéndose a las neurosis traumáticas dice que “hay un dolor que no cesa, con una abolición de la conciencia (y la subjetividad) que deja una fijación duradera”.

Frente a los sentimientos que aparecen como dormidos, los terapeutas tendremos en cuenta

cuál es la organización psíquica previa a la lesión cerebral para determinar qué aspecto

preexistente se está potenciando en esta realidad física que se introduce como elemento

patógeno en el nivel psíquico.

En un segundo momento del trauma encontramos exigencias pulsionales despertadas por el mismo y reacción catastrófica expresada a través de la apatía.

La apatía corresponde a una descualificación de los afectos y tiene que ver con el desinterés.

Dentro de la apatía hay que distinguir la apatía del shock de la apatía de los procesos tóxicos.

La apatía del shock orgánico radica en la inexistencia de la cualificación de los afectos combinada con un estado de shock.

Es una apatía a consecuencia de un estado de agotamiento pulsional por el drenaje energético durante el shock, como consecuencia del trauma. El paciente casi no siente, está indiferente.

Pero observamos otra apatía: que tiene características más similares a las neurosis actuales, a los estados tóxicos: son estados de intoxicación. En esta apatía el paciente sabe a dónde apuntar. Hay un estado tóxico. Los estados tóxicos pueden derivar de distintos orígenes pero siempre existe una imposibilidad de procesar determinada pulsión. En esta lesión cerebral está comprobando qué ha quedado de sí mismo, “sus deshechos”.

Pero hay un segundo momento que es la aparición de la tristeza, la depresión o como lo denomina Kurt Golstein “reacción catastrófica”: “una especie de constatación de proceso en el

plano biológico, un fenómeno depresivo provocado por la percepción que el lesionado tiene de sus propias limitaciones”.

El paciente comienza a conectarse, aparece la demanda. Empieza a salir de ese estado mecánico.

Los estados depresivos están ligados a la autoestima y al sentimiento de inferioridad. Pueden aparecer distintos tipos de llantos catárticos y comunicacionales.

Los llantos catárticos tienen la característica de lo expulsivo, como un intento de desembarazarse del sentir.

Los llantos comunicacionales son un intento de encontrar interlocutores válidos, interlocutores empáticos que puedan acompañar.

En un tercer momento del trauma aparece la furia, ya sea escondida bajo la apariencia de la depresión o desenmascarada. Los estallidos de furia corresponden a un pasaje de estados de gran insensibilidad a momentos de gran irritación ante cualquier tipo de estímulo. Consideramos que los estallidos de furia son uno de los grandes indicadores a tomar en cuenta, ya que la persona lesionada cerebralmente está totalmente despierta, conciente de sus déficits pero muchas veces esta furia puede interferir y frenar todo proceso de rehabilitación.

Planteo dos tipos de furia:

- I) Furia por los estímulos.
- II) Furia por entender y no ser entendidos.

I) La furia por los estímulos.

Autores que han investigado acerca de las personas que han vivido un episodio traumático dicen que después del mismo dichas personas quedan afectadas por un sentimiento de irritabilidad. La irritabilidad deriva de que no se ha reestablecido la coraza de protección antiestímulo por factores biológicos y neurológicos.

La furia aparece en el lesionado cerebral frente a la sensación de que a través de las demandas lo saquen de una especie de microatmósfera de protección en la que quiere quedar encerrado. (Cantis, 1998)

En esa furia el lesionado cerebral quiere reestablecer algún sustituto de la coraza antiestímulo pero fracasa en su intento. En este momento se manifiesta un transporte ya que en un principio el impacto se produjo sobre el sistema nervioso o sea desde adentro; en cambio en esta furia este impacto se produce ante un estímulo exterior. El estímulo viene aportado desde afuera, desde el mundo, y ahí hay un transporte, hay una proyección. En realidad en este momento el paciente ya se está despertando, hay intentos de contacto.

II) La furia de no ser entendido.

Esta furia tiene que ver con una impotencia motriz, con un dolor rabioso. El lesionado cerebral no encuentra los caminos para expresarse, se siente como atado a una silla. Son momentos muy dolorosos en los que es importante ayudarlo y contenerlo.

La discriminación, de estas dos furias, o sea como una irritación generalizada y la otra como dolor e impotencia nos permite dar un paso muy importante en el abordaje clínico. (Cantis, 2002)

El trabajo de duelo en el adolescente mencionado nos remite al concepto de trauma, al trauma como algo irrumpiendo y algo irrumpiendo puede ser el momento del A.C.V.

Generalmente cuando hay un trauma luego de transcurrido un tiempo relativo, el problema pasa a focalizarse en qué hace el paciente con las exigencias pulsionales despertadas por el trauma.

Entonces el problema que uno tiene son las pulsiones que vuelven a estar traumatizantes, porque es muy difícil procesarlas.

El trauma suele exigir que haya algún trabajo de duelo. Es muy poco frecuente que con dicho trabajo se termine de resolver el problema del trauma, porque el trauma exige todo el tiempo hacer algo con las pulsiones que despertó.

Podemos conceptualizar dos tipos de trauma: el trauma puntual y el trauma que se da después de sentirse invadido por el dolor, o sea la furia. El paciente verbalizaba durante la sesión, tocándose las piernas y brazos hemipléjicos, "no puedo jugar a la pelota, no voy a jugar más".

El duelo está en que ya no va poder jugar así. Pero enseguida queda contaminado este dolor y si se transforma en resentimiento, lo que es frecuente, entonces hay furia.

En el resentimiento hay hasta venganza, hay envidia por los que pueden seguir jugando. En "Ricardo III" se ve como el monarca transformó su deformidad física en una hostilidad hacia todo el mundo; ahí se advierte que había una pulsión desmesurada despertada por el trauma que suele ser hostil y violenta.

El objetivo de las metas clínicas en el trabajo de duelo en los adolescentes con discapacidades adquiridas no es sólo abordar su dolor sino analizar la violencia que permanece y poder darle su cauce. En otros pacientes en igual situación traumática observé un estado de agobio y de cansancio que se debe a una violencia interna que no tiene procesamiento. Si se encuentra una forma de descargarla el adolescente se revitaliza.

La imposibilidad de desplegar esta agresividad deja al adolescente con una mayor tendencia a replegarse.

▪ **Duelo y Desmentida**

También en el proceso de duelo juega un papel muy importante la tendencia a la desmentida.

Y es importante preguntarnos cual es el valor de la desmentida funcional y la desmentida patológica, porque siempre es necesario algún grado de desmentida en estos casos para seguir viviendo, pero es necesario evaluar hasta dónde y cómo.

Podríamos llamar funcional a la desmentida siempre y cuando no interfiera en la complejización psíquica.

La desmentida es patológica en la medida que el adolescente sigue adherido a un pasado irrecuperable. El adolescente se opone a una realidad y hay una tendencia a sacrificar un fragmento vital y como consecuencia de ello hay un notable repliegue narcisístico, mutilante de un deseo.

En cambio, en la desmentida funcional el adolescente abre un futuro. Ello no implica que en esta desmentida no haya un proceso de duelo.

En realidad, la desmentida funcional siempre se pone de lado de la pulsión, pero no de la pulsión de muerte. O sea, que la desmentida pasa a ser un representante importante de la vida rutinaria que trata de afirmarse por sus propias leyes.

- **Metas Clínicas**

¿Cómo analizar los duelos?

Si uno enfatiza el duelo, la pérdida corre el riesgo de que el trauma quede coagulado y el paciente se vuelva lastimero y pobrecito.

Es necesario analizar el trauma que retorna todo el tiempo y hace sentir al adolescente invadido por las miradas sociales, angustia que genera sentimientos de burla, furia y venganza. El trauma es constante evocador y el terapeuta debe abordar qué se genera en el adolescente para evitar sentimientos de desamparo.

- **Contratransferencia y duelo**

Uno de los sentimientos que se despiertan en los terapeutas es el estado de pánico como efecto y angustia identificatoria, me refiero en especial a aquellas situaciones de acceso brusco e inesperado como por ejemplo en los accidentes cerebro-vasculares o traumatismos de cráneo a consecuencia de un accidente de tránsito. En estas situaciones el terapeuta puede fantasear el riesgo de verse involucrado en una situación similar a la de su paciente lesionado cerebralmente.

Otro aspecto es la desconfianza del potencial del paciente o sea la transmisión de su pesimismo al terapeuta a quien contagia dicho estado ligado a la frustración del deseo ambicioso. (Cantis, 1999)

La desconfianza desemboca por parte del paciente en el impulso de arruinar todo proyecto clínico como un intento de esterilizar ligado con la envidia.

¿Qué sucede cuando se advierte el goce del paciente en arruinar todo? El terapeuta reacciona con una tendencia a hablar e invertir en exceso. El terapeuta siente que no ha dado lo suficiente y es porque el paciente está en una mezcla entre arruinar y demandar; el analista puede quedar confuso frente a esta situación y una de las manifestaciones de este hecho es el

acelere vertiginoso y la entrada a una hiperestimulación sensorial para despertar al paciente lesionado cerebralmente, para sacarlo del estado de sopor.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que el exceso de estimulación conlleva el riesgo de violentar al paciente, lo cual debe evitarse.

También aparecen sentimientos de culpa en el terapeuta por advertir las diferencias y una tendencia a nivelar por lo bajo.

Bibliografía:

- Cantis, Jorge. (1996). "Intervención psicoterapéutica individual como apoyo al tratamiento de rehabilitación de la persona afásica", Ponencia presentada en el Tercer Congreso Internacional de Afasia y Cuarta Asamblea General de la Asociación Internacional de Afasia (Würzburg, Alemania).
(1998). "Afasia o el ingreso abrupto al mundo de la discapacidad", Actualidad Psicológica, Bs. As. N° 256.
(1999). "La Contratransferencia en la Clínica de la Discapacidad", en Contribuciones al Trabajo Psicoanalítico con Niños y Adolescentes; Ricardo Vergara Editores, Bs. As.
(2002) "Expresión de los afectos en las personas afásicas", en Subjetividad y Procesos Cognitivos 2, Neurociencias, Bs. As, Argentina.
- Freud, S. (1916). "Algunos tipos de carácter dilucidado por el trabajo Psicoanalítico. Las excepciones"; Vol. XIV; Amorrortu Editores, Bs. As.
(1926) "Inhibición, Síntoma y Angustia"; Vol. XX; Amorrortu Editores, Bs.As.
- Iruela, L. M. (1995) Daño cerebral traumático, neuropsicología y calidad de vida, España, Fundación Mapfre Medicina.
- La Fond, Ponzio (1991) El afásico: comunicación y daño cerebral. Bs. As. La Colmena.
- Lifton, R. J. (1979) The broken connection. New York. Simon & Schuster.
- Maldavsky, David. (1993) "Metapsicología de las neurosis traumáticas", Revista de Psicoanálisis, Vol. N° 1. Buenos Aires, Argentina.
(1994) Pesadillas en vigilia. Amorrortu Ediciones. Buenos Aires.
- Meltzer, D. (1990) "la Aprehensión de la Belleza". Ed. Patía, Bs.As.