



**Universidad Nacional  
de La Matanza**  
Escuela de Posgrado

**TESIS DE  
MAESTRIA EN PSICOANALISIS**

*“EL IMPACTO DE LAS PALABRAS: EFECTOS PSÍQUICOS  
DEL DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO: Patología cervical  
relacionada con el HPV (Virus del Papiloma Humano)”*

**Autor: Lic. Daniela Alvarado**

**Directora: Mag. Andrea Martínez Filomeno**

Buenos Aires, Agosto 2011

Universidad Nacional de La Matanza  
Escuela de Posgrado  
Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia  
para Graduados

**TESIS DE  
MAESTRIA EN PSICOANALISIS**

*“EL IMPACTO DE LAS PALABRAS: EFECTOS PSÍQUICOS  
DEL DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO: Patología cervical  
relacionada con el HPV (Virus del Papiloma Humano)”*

**Autor: Lic. Daniela Alvarado**

**Directora: Mag. Andrea Martínez Filomeno**

Buenos Aires, Agosto 2011



## **ÍNDICE**

<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO I:</b>	<b>9</b>
<b>EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (HPV)</b>	
1.1 ¿Qué es el virus del papiloma humano (hpv)? De sus causas posibles y manifestaciones	
1.2 Relación entre Hpv y cáncer cervico-uterino	
1.3 Métodos para identificación de infección por hpv	
1.4 Diagnóstico, pronóstico y tratamiento: hacia la importancia de la prevención	
1.5 Discusiones y cuestionamientos actuales	
1.5.1 Las vacunas, ¿la solución?	
<b>CAPITULO II: DIAGNÓSTICO:</b>	<b>23</b>
<b>EL IMPACTO DE LAS PALABRAS</b>	
2.1 Concepto de diagnóstico-devolución diagnostica: abordaje desde la medicina y desde el psicoanálisis	
2.2 Discurso médico y psicoanalítico frente al diagnóstico y su entrega “devolución”- saber comunicar e informar, posibles iatrogenias	
2.3 Significado para el aparato psíquico del caer enfermo, ¿qué significa enfermar?	
2.3.1 La relación de la enfermedad y la muerte	
2.4 Mitos, creencias, y fantasías para diagnósticos como cáncer o HIV/, y su relación con el virus del papiloma humano	
2.4.1 Una aproximación al cáncer	
2.4.2 Enfermedades sexualmente transmisibles (ETS) y diagnóstico de hpv	
2.4.3 ETS: el caso del virus de papiloma humano (hpv)	

**CAPÍTULO III: DISPOSITIVO INTERDISCIPLINARIO DE DEVOLUCIÓN CONJUNTA DE INFORMACIÓN DIAGNÓSTICA: AYER Y HOY 47**

3.1 Descripción del dispositivo de devolución conjunta de información diagnóstica, oncológica, pronóstica y terapéutica (corresponde a las siglas DCIDOPT)

3.1.1 Recorrido por el servicio de ginecología en relación al dispositivo de "devolución diagnóstica"

3.2 Aportes de investigaciones previas realizadas: cambios y avatares actuales

3.3. Dispositivo de "devolución diagnóstica" dentro del contexto hospitalario

**CAPITULO IV: FRENTE A LOS ESTÍMULOS: FUNCIÓN DEL APARATO PSÍQUICO 65**

4.1 El aparato psíquico

4.2 ¿Cómo funciona y procede el aparato psíquico?

4.2.1 Otras aproximaciones.

**CAPÍTULO V: UN RECORRIDO POR EL TRAUMA A PARTIR DE LA ANGUSTIA 81**

5.1 ¿De dónde viene la angustia?

5.2 Trauma: diferentes concepciones

5.3 A partir de Freud, otros autores

**CAPÍTULO VI: POSIBLES EFECTOS PSÍQUICOS DE UN DIAGNOSTICO- A PARTIR DEL ANALISIS DE LAS "DEVOLUCIONES DE INFORMACION DIAGNOSTICA" 105**

6.1 Descripción de devoluciones diagnósticas

6.1.1 Análisis cualitativo y observaciones

6.1.2 Cuadros de análisis

6.2 Desarrollo teórico

**CONCLUSIONES GENERALES 141**

**BIBLIOGRAFÍA GENERAL 151**

## **AGRADECIMIENTO**

A todas las personas que acompañaron y apoyaron este proceso. Gracias por escuchar, aportar y cuestionar tanto de cerca como de lejos, en Argentina y Ecuador, espero este sólo sea el comienzo de un camino constante de aprendizaje:

A Ana Tropp y Margarita Guinzburg quienes me abrieron las puertas al servicio de Ginecología del Hospital Rivadavia con toda su generosidad y experiencia. Espero poder reflejar, de alguna manera, la importancia del trabajo que realizan.

A Álvaro Carrión por su rigurosidad y ejemplo, frente a lo cual, seguramente, no pude sacarle suficiente provecho.

A Andrea Martínez Filomeno, por su disposición y esfuerzo de trabajo a larga distancia.

Sin el apoyo de Gaby y el soporte brindado por la Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados-UNLaM, hubiera sido muy difícil llegar a este día.

A David, por su paciencia, credibilidad y empuje incondicional. A mi familia, colegas, amig@s y sobre todo a esas mujeres que pusieron en palabras sus experiencias aportando para fortalecer el propósito y fin de la investigación propuesta.

***"No pienso de ningún modo que la palabra sea "la prolongación de los movimientos subterráneos"; sino que tiene usos muy diversos; las más de las veces es un acto, solicitado por una situación, el que emerge a la luz, rompiendo con el silencio, y se lo desnaturaliza si se lo enquista en la continuidad de un monólogo interior"***

***Simone de Beauvoir, La force des choses***



## **INTRODUCCIÓN**

El dispositivo de devolución conjunta de información diagnóstica oncológica, pronóstica y terapéutica (DCIDOPT), o de "devolución diagnóstica" fue creado en un proceso de construcción interdisciplinaria (equipo de psicólogas y ginecólogos) en el Hospital Municipal Bernardino Rivadavia. El equipo, como objetivo se propuso mejorar la entrega de información diagnóstica mediante la particular escucha a las pacientes, fortaleciendo la alianza terapéutica para alcanzar mejores resultados de los tratamientos propuestos. Se buscó, así, que las pacientes y sus familias se sientan acompañadas y sostenidas durante el proceso de intervención hospitalaria, con la perspectiva de gestionar un mejor pronóstico, al consolidar los tratamientos para impedir que se abandonen los mismos.

Este espacio tuvo muy buenos resultados y fue el disparador de muchas investigaciones, sin embargo en los últimos años el servicio integral ha sufrido algunos cambios. Actualmente este dispositivo o metodología para entregar información diagnóstica, sólo se mantiene en el área de Patología Cervical (actualmente llamada Sección Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia). El seguimiento de la paciente, la continuidad y el acompañamiento dentro del hospital, es ahora irregular. Existen dificultades en el proceso hospitalario y déficit de personal especializado que imposibilita la implementación de esta propuesta como fue concebida.

A pesar de esto, las preguntas del lado de algunos profesionales de la salud con respecto al momento y la forma de entregar un diagnóstico, se mantienen. Cuestionamientos acerca de qué se dice, cómo se dice y a quién se dice, permiten enfatizar la importancia de la singularidad de cada paciente y su propia historia. Si bien este dispositivo, como su nombre lo indica, "Devolución Conjunta de Información Diagnóstica Oncológica, Pronóstica y Terapéutica ( DCIDOPT)", se enfoca particularmente a devoluciones diagnósticas de patologías cervicales oncológicas, es decir a pacientes cuyos diagnósticos eran LIE (Lesiones intrapiteliales escamosas o lesión cervical) de Alto Grado y Cáncer Invasor del TGI (tracto genital inferior), se extendió, a partir de 1999, a pacientes con diagnóstico de Displasia Leve o CIN I (LIE de Bajo Grado) del TGI.

Los diagnósticos de lesión o displasia del TGI, tanto de alto grado como de bajo grado, que han sido estudiados en los últimos años como producto o consecuencias del virus de HPV, en sus diferentes etapas, han ido poco a poco abarcando más lugar. Siendo este virus en la mayoría de los casos asintomático, de transmisión sexual, asociado o posible precursor de cáncer de cuello uterino y desconocido, por falta de una adecuada información, para la gran mayoría de pacientes que asisten al servicio de Ginecología del Hospital Bernardino Rivadavia, se decidió investigar los posibles efectos psíquicos que podría o no producir en las pacientes el recibir este diagnóstico.

A pesar de que el HPV se viene estudiando hace más de 20 años, continúa siendo una de las enfermedades de "transmisión sexual" más comunes. Se han realizado y continúan las investigaciones y campañas de prevención señalando su relación con el cáncer de cuello uterino. Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS-2009), en Argentina el 60% de las mujeres son portadoras del virus HPV. En América Latina de cada 10 mujeres, 7 poseen el virus, y cada año se diagnostican 510.000 casos de cáncer cervical en el mundo. Sin embargo este virus y sus efectos son desconocidos por la mayoría de mujeres que asisten al servicio del hospital referido

En este trabajo de investigación se describirá las devoluciones diagnósticas realizadas mediante el dispositivo DCIDOPT, a pacientes con diagnósticos relacionados con el virus del HPV. Se tratará de mostrar que siendo el HPV un virus que produce en la mayoría de casos patologías ginecológicas asintomáticas y silenciosas, el diagnóstico irrumpirá sorpresivamente, con un sui generis impacto psíquico en las pacientes.

Se evaluará la información recolectada y contenida en los informes de devolución diagnóstica, pretendiendo identificar variables discursivas que muestren cómo es recibida la noticia por parte de las pacientes, así como el resultado del poder, el beneficio, la agresión o la violencia de ciertas palabras puestas en juego en este espacio. Cada diagnóstico representará algo distinto para cada una de las pacientes, por esto será importante poder determinar o caracterizar el resultado que puede tener el uso de las palabras justas, el exceso, o el déficit de cierta información.



El desarrollo de la investigación estará dividido en capítulos generales, los cuales tendrán subcapítulos que abordaran más específicamente ciertas temáticas. En el primer capítulo se introducirá al lector a la problemática del **Virus del Papiloma Humano (HPV)**, definiendo al virus, sus posibles causas, estadísticas, cómo se manifiesta y los tratamientos y discusiones científicas actuales. Además se abordará la relación que tiene este virus con el cáncer de cuello uterino y la importancia que tiene la prevención primaria para detectar a tiempo las primeras manifestaciones del virus y evitar la enfermedad oncológica.

En el segundo capítulo, se definirá el **concepto de diagnóstico**, para situar las posibles consecuencias o beneficios de nombrar a la enfermedad, saber y no saber. Se comparará tanto el discurso médico como desde el psicoanalítico y su posicionamiento frente al diagnóstico. Se intentará abordar los diferentes mitos, creencias y fantasías frente a determinados diagnósticos como el cáncer o el HIV, el significado o efecto para el aparato psíquico del "caer enfermo" y se plantearán algunos desarrollos anteriores que demuestran la importancia del saber comunicar e informar. Se realizará un acercamiento a conceptos psicoanalíticos como: herida narcisista, elaboración, duelo en relación a la enfermedad y al diagnóstico para ir poco a poco profundizando en este campo de estudio.

En el tercer capítulo, y a partir de lo planteado en capítulos anteriores, se describirá la historia y desarrollo del **dispositivo de devolución diagnóstica** dentro del servicio de Ginecología del Hospital Municipal Bernardino Rivadavia, aportes de investigaciones realizadas hacia una reflexión acerca de la situación actual de este espacio y su intento de abordaje interdisciplinario en el marco hospitalario. Así mismo, y en el marco de este desarrollo, se intentará plantear la relación que puede devenir de la influencia de la realidad institucional, en la realidad individual de las pacientes.

En el cuarto capítulo se describirá y desarrollará **la función del aparato psíquico frente a los estímulos**. Conceptos como cantidad, exceso-déficit, serán planteados desde el recorrido de los primeros trabajos freudianos hasta otros autores que parten de esta línea freudiana pero aportan nuevas conceptualizaciones. Se abordará el enfoque económico-cuantitativo de la teoría del funcionamiento psíquico, llegando a definir así, **efectos psíquicos**.

En el quinto capítulo se presentará un breve recorrido teórico del concepto psicoanalítico freudiano de **la angustia**, desde sus primeras discusiones, hasta aportes de autores pos-freudianos como Laplanche. Se definirá la angustia como afecto, y este como punto de partida para abordar la **noción de trauma**, a partir de Freud y otros autores como Ferenczi, Bleichmar, Aulagnier entre otros, señalaremos las diferentes conceptualizaciones y desarrollos, tanto desde la teoría como desde la clínica. Se relacionarán estos dos conceptos propuestos con la importancia de la angustia señal, el efecto sorpresa y su correspondencia con la situación de peligro y series complementarias. El propósito de este abordaje es contar con algunos elementos que nos permitan relacionar el objeto de esta investigación con la contribución teórica y práctica del psicoanálisis.

A partir de este recorrido se propondrá un **acercamiento metodológico sobre el problema-investigación**, en el sexto y último capítulo. Mediante la recolección y análisis de los datos empíricos obtenidos, se buscará la interpretación de los mismos fundada en un marco referencial (cuerpo teórico), que permita una articulación posterior hacia ciertas reflexiones finales. El problema-objeto de la investigación propuesta en el trabajo gira en torno del interrogante: ¿Cuáles son los efectos psíquicos que produce una devolución diagnóstica de patologías cervicales relacionadas con el HPV (Virus del Papiloma Humano), en pacientes que se realizaron exámenes ginecológicos en el servicio de Ginecología del Hospital Municipal Bernardino Rivadavia, en la ciudad autónoma de Buenos Aires, en el curso del año 2007?



## **CAPÍTULO I: EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (HPV)**

El virus de papiloma humano, o papilomavirus humano (HPV, por sus siglas en inglés), es un virus que se transmite sexualmente y viene siendo estudiado hace más de veinte años. Tanto el hombre como la mujer pueden contagiarse, pero en la mujer es más fácil detectarlo por las características histológicas de su zona genital: el cuello de útero es una región de gran actividad celular y esta es más susceptible a la acción del virus.

### **1.1 Sus causas posibles y manifestaciones:**

Existen más de 100 tipos de HPV según la Organización Panamericana de Salud (2007). Se llaman papilomavirus porque algunos de estos tipos pueden causar verrugas, o papilomas, que son tumores benignos (no cancerosos). Diferentes tipos de virus del HPV causan las verrugas comunes que crecen en las manos, los pies y aquellas que se desarrollan en la boca y en el área genital. Se identifican que más de 40 de estos son transmitidos sexualmente e infectan el aparato genital masculino y femenino, infectan las células epiteliales (piel y mucosas). Existen un grupo de tipos considerados de alto riesgo, y otros de bajo riesgo, los de alto riesgo se encuentran relacionados con mayor frecuencia a los casos que pueden llevar al desarrollo de cáncer de cuello uterino, incluyen los tipos HPV- 16, 18, 31, 35, 39, 45,58,66, entre otros. De estos tipos el HPV-16 y el 18 son los que se encuentran con más frecuencia vinculados al cáncer de cuello uterino. Estos tipos de virus de papiloma humano causan crecimientos que son silenciosos e invisibles, comparados con manifestaciones detectables y benignas, como las verrugas causadas por los HPV de bajo riesgo 6 y 11.

Los factores de riesgo y las condiciones asociadas con la posibilidad de desarrollo de una enfermedad oncológica, determinados luego de los estudios e investigaciones médico-epidemiológicas son: actividad sexual a temprana edad, promiscuidad sexual, tabaquismo, mujeres con alto número de embarazos, uso prolongado de anticonceptivos, alguna condición de tipo hormonal, factores nutricionales, la aparición de otro virus, historia genética, etc. El estado del sistema inmunológico afecta directamente y permite la infección, hecho que se ha registrado en estados como el embarazo en el que las infecciones por HPV

aumentan (ya que el sistema inmunológico deprimido), a la vez que es más frecuente en mujeres con algún trasplante, o con reacciones HIV positivas.

"El HPV es altamente contagioso, es posible contagiarse al exponerse al virus una sola vez, se calcula que existe un contagio mayor durante los primeros 2-3 años de vida sexual activa, sin embargo es muy difícil determinar cuándo fue el contagio ya que el período de latencia del HPV puede ser de varios años"<sup>1</sup>. El virus puede no desaparecer, ya que puede permanecer sin manifestarse meses o años y aparecer nuevamente o puede actuar como agente inmunológico y no volver a expresarse. Es decir, según especialistas del centro CEMIC (Centro de Estudios Médicos e Investigación Clínica, Buenos Aires, 2007), "si una mujer que tuvo HPV se curó está en la misma condición que una mujer que nunca lo tuvo"<sup>2</sup>.

Aunque actualmente la mayoría de estudios coinciden que no existe cura médica para eliminar una infección del HPV, si existen tratamientos para las patologías cervicales que este produce, como las lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) o displasias (células del cuello uterino que atraviesan cambios, en los cuales las células anormales empiezan a aparecer en el tejido). En este sentido, los tratamientos administrados buscan atender los cambios en la piel o en la membrana mucosa causados por la infección, como verrugas y cambios precancerosos en el cuello uterino.

"El HPV es tan común que aproximadamente 20 millones de personas están infectadas actualmente. Al menos 50% de mujeres y hombres sexualmente activos contraerán el virus en algún momento y por lo menos un 80 % de mujeres habrá contraído una infección genital de HPV al llegar a los 50 años de edad"<sup>3</sup>. Según Muñoz Retana (2006), autor de "Epidemiología del Virus del Papiloma Humano", de este 50% de mujeres, hasta un 25% de las que se infectan por HPV desarrollan lesiones escamosas epiteliales (LIE) de bajo grado y en las que son mujeres jóvenes, el 90-95% de las infecciones curarán solas, sin ningún tratamiento.

---

<sup>1</sup> ¿Qué es el virus del papiloma humano? (2006). Empresa Farmacéutica y de Investigaciones MERCK y CO. (On line). Disponible en: [www.msd.com.ar/msdr/patients/cancer/viruspapilomahumano.html](http://www.msd.com.ar/msdr/patients/cancer/viruspapilomahumano.html)

<sup>2</sup> Sobre el HPV (Virus del Papiloma Humano) (2007), Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno", Fundado en 1958, Buenos Aires, Argentina; Disponible en: [www.cemic.edu.ar](http://www.cemic.edu.ar)

<sup>3</sup> Enfermedades de transmisión sexual-Virus del Papiloma Humano. GeoSalud-CDC-Centros para el control y la prevención de enfermedades. (On line). Disponible en: [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)



## 1.2 Relación entre hpv y cáncer cervico-uterino:

En la mayoría de los casos, las defensas propias del organismo son suficientes para eliminar el virus, si no es así el HPV puede dar origen a verrugas genitales, cambios benignos en el cuello uterino o displasias (células cervicales anormales) o en caso extremo si estas células anormales no son detectadas a tiempo, podrían evolucionar a pre-cáncer o cáncer. Usualmente el desarrollo de cáncer de cuello de útero tarda varios años, lo que significa que la infección por HPV de alto riesgo persistió, se mantuvo y evolucionó.

La relación entre la infección por HPV y el cáncer cervico-uterino ha sido estudiada extensamente ya que este tipo de cáncer representa un problema sanitario a nivel mundial. Según el periódico de Salud, Buena Praxis, publicado en el 2006, la mayor incidencia de contagio se da en adolescentes y mujeres jóvenes, sin embargo las patologías cervicales se presentan mayoritariamente alrededor de los 30 a 40 años y el cáncer invasivo entre los 40 y 60 años de edad, relacionando estos índices con el desarrollo de las lesiones provocadas por una infección por HPV, las cuales pueden tardar hasta 20 años en convertirse en un cáncer cervico-uterino invasivo.

Hoy se piensa que en el 99% de los casos de cáncer de cuello uterino aparece un tipo de HPV de alto riesgo, sin embargo especialistas aclaran que esto no quiere decir que todas las mujeres que tengan HPV contraerán cáncer, es una condición necesaria la presencia del virus pero no es suficiente, "menos del 2% de las mujeres que manifiestan HPV de alto riesgo desarrollan un cáncer maligno, y para que llegue hasta este punto, la presencia del HPV debe combinarse con otros factores ya planteados anteriormente además de una persistencia de muchos años."<sup>4</sup>

"Todos los tipos de HPV pueden arrojar resultados con anomalías leves en las pruebas de Papanicolaou que no tienen consecuencias graves. Aproximadamente 10 de 30 tipos de infección genital por HPV identificados pueden provocar, en casos raros, cáncer cervical. A pesar de que solo una pequeña

---

<sup>4</sup> Catalano, A. (1998, Febrero 16) *La historia del HPV, otro virus de transmisión sexual*. Sección Salud. Afecta principalmente a las mujeres. Clarín, Buenos Aires, Argentina.



proporción de mujeres tiene una infección persistente, la infección persistente por HPV de los tipos de "alto riesgo" constituye el riesgo de cáncer más importante"<sup>5</sup>

Complementando, el artículo de Página 12, escrito por Jorge R.Boasso, "el HPV, es causante de 470,000 casos de cáncer de cuello uterino y otros tipos de cáncer en el mundo. Aproximadamente el 70% de todas las mujeres sexualmente activas desarrollaran algún momento de su vida una infección por uno o más tipos de HPV, es decir en América Latina de cada 10 mujeres, 7 poseen el virus. La Organización Panamericana de la salud estima que más de 37,600 muertes se producen en América Latina y el Caribe debido al cáncer cervicouterino. En Argentina la edad promedio de aparición de cáncer es de 29 años."<sup>6</sup>

En este mismo artículo se menciona que el cáncer del cuello uterino es el segundo cáncer de la mujer en frecuencia en todo el mundo después del cáncer de mama y es el principal cáncer de la mujer en la mayoría de los países en vías de desarrollo, donde ocurre el 80% de los casos de cáncer de cuello uterino. Sin embargo, según se menciona en algunos estudios, lo alarmante es que el cáncer de cuello uterino es un tipo de cáncer 100% prevenible, y su detección en los estadios iniciales permitiría la cura.

Los controles ginecológicos de rutina podrían, entonces, aportar elementos para detectar a tiempo células anormales relacionadas con el HPV o con un pre-cáncer, previniéndolo y tratándolo exitosamente desde etapas tempranas. Son importantes los controles periódicos, ya que este virus generalmente no presenta ningún signo o síntoma, y solo por medio de exámenes como el Papanicolaou, o exámenes más específicos, a partir de un resultado sospechoso, se detecta, diagnostica y trata a tiempo. "Sólo la infección persistente de HPV de alto riesgo (aquella que no desaparece durante años) aumenta el riesgo de cáncer en las personas"<sup>7</sup>

<sup>5</sup> *Enfermedades de transmisión sexual-Virus del Papiloma Humano*. GeoSalud-CDC-Centros para el control y la prevención de enfermedades. (On line). Disponible en: [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)

<sup>6</sup> *Papiloma* (20 Diciembre 2007) Página 12: Suplementos. (On line). Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/16-2007-12-20.html>

<sup>7</sup> Muñoz, N., Bosch, J. (1996) *Relación Causal entre el virus del papiloma humano y el cáncer cervico uterino y consecuencias para la prevención*. Bol.Oficina.Panam 121 (6). (On line). Disponible en: <http://www.avizora.com/publicaciones/saludhumana/textos/epidemiologiaviruspapilomahumano.html>

### 1.3 Métodos para identificación de infección por hpv

A la mayoría de las mujeres se les diagnostica el HPV sobre la base de resultados anormales en las pruebas de Papanicolaou, esta es la herramienta primaria para la detección de cambios o alteraciones en el cuello uterino, muchos de los cuales están relacionados con el HPV. La prueba de Papanicolaou puede detectar células anormales, pre-cancerosas y cancerosas en el cuello uterino. La realización de pruebas de pap periódicas y un seguimiento médico cuidadoso, con tratamiento si es necesario, puede ayudar a asegurar que los cambios celulares en el cuello uterino causado por la infección por HPV no se conviertan en un cáncer cervical. La mejor forma de prevenir es realizarse anualmente tanto el papanicolaou como la colposcopia, pero menos de un 20% de las mujeres argentinas cumple este requisito.<sup>8</sup>

Así mismo se debe tomar en cuenta, que el resultado normal de la prueba de Papanicolaou no señala, necesariamente, la ausencia de infección por HPV. Hace falta, muchas veces, una colposcopia y una biopsia para poder indagar más profundamente y de forma acertada. En muy pocos países estos dos exámenes, el papanicolaou y la colposcopia son exámenes complementarios de rutina. Generalmente la colposcopia es un examen especializado que tiene un alto costo y por esta razón no se lo realiza en asociación con el Papanicolaou.

Se cuenta con diferentes métodos para detectar el HPV, muchos de estos son complementarios pero no todos son económicos y son pocos los utilizados en la práctica clínica diaria de hospitales públicos. Se mencionan algunos como: Papanicolaou-citología, colposcopia, histología, espectrofotometría, microscopía electrónica, biología molecular y serología.

---

<sup>8</sup> Una vacuna para preadolescentes (30 de Junio 2008). Recomiendan la inmunización contra el cáncer de cuello de útero-Página 12.Sociedad. (On line). Disponible en: [www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/html](http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/html)



### **Las técnicas de examen de cuello uterino y detección temprana consisten en los siguientes:<sup>9</sup>**

Papanicolaou: se toman muestras de células procedentes de la superficie del cuello uterino y la vagina. Las células son examinadas microscópicamente para determinar cualquier anormalidad.

- Examen pélvico: donde se palpa tamaño, forma y posición del útero y los ovarios, se utiliza un espejo para poder observar vagina y cuello uterino.
- Colposcopia: se examina el interior de la vagina y cuello uterino para tratar de identificar alguna anomalía, mediante la utilización de un colposcopio. Durante este procedimiento, si hay imágenes sospechosas se evalúa la extensión de la lesión para guiar la extracción de muestras de tejido para una biopsia. (Este examen no permite distinguir con seguridad entre infecciones por HPV de alto o bajo riesgo para esto será necesario una histología- clasificará e identificará el tipo de lesiones epiteliales).
- Biopsia: se saca del cuello uterino una muestra de tejido y se analiza microscópicamente.
- Legrado endocervical o LEC: se extraen células o tejidos del canal del cuello uterino para hacer una biopsia, puede ser realizado al mismo tiempo que una colposcopia.

Así mismo existe una prueba específica para detectar este virus en el ADN de las mujeres, esta prueba puede ayudar a los especialistas a decidir si se necesitan más pruebas o tratamientos adicionales.

#### **1.4 Diagnóstico, pronóstico y tratamiento: hacia la importancia de la prevención**

Los tratamientos son varios y también los resultados. Antes de iniciar un tratamiento, y a partir de diferentes tipos de acercamientos, se resalta la importancia de realizar un abordaje integral, donde es necesario tener un diagnóstico certero a partir de una observación prolongada, pruebas y análisis específicos, trabajo articulado con patólogo-a, lesión localizada, estudio de la

---

<sup>9</sup> Talgham, C. (2007). *Beneficios de la aplicación de la DCIDOPT en pacientes oncológicos en el marco de una propuesta psicoanalítica: sobre alianzas y transferencias*. Tesis de Maestría, Universidad Nacional de la Matanza y de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, Buenos Aires, Argentina, P.32

pareja para tratar a ambos si corresponde. Además de tratar todas las lesiones asociadas, tomar medidas higiénicas, y recomendar el uso de preservativos o la abstinencia sexual hasta el alta de la pareja. Estos son algunos de los parámetros que se toman en cuenta, ya que los tratamientos se ven frustrados por el nuevo contagio de la pareja, sin embargo no siempre es posible el tratamiento conjunto.

Para la entrega del diagnóstico, pronóstico y tratamiento es esencial en un primer momento, la parte técnica desde la visión netamente médica: analizar que cepa de HPV está presente, que tan avanzada está la infección, el tamaño de la infección. Además de estos criterios para el tratamiento es importante tomar en cuenta la realidad socioeconómica de la persona, la posibilidad de acceso al tratamiento, si la paciente desea tener hijos, el tratamiento conjunto con la pareja, la edad de la paciente, entre otros factores que viabilizaran el éxito del tratamiento y la prevención de una enfermedad futura más grave.

Para describir las células anormales que pueden verse en las diferentes pruebas diagnósticas, se han utilizado varios términos; se dividen en lesiones intraepiteliales escamosas (LIE o SIL, por sus siglas en inglés) de bajo grado y de alto de grado, otros términos que a veces se utilizan para describir estas células anormales son neoplasia intraepitelial cervical (CIN, siglas en inglés) y displasia. "Las lesiones intrapiteliales escamosas (LIE) de bajo grado o displasias leves- son una condición común, especialmente en mujeres jóvenes. "Las células escamosas son delgadas, planas, y se encuentran en el tejido que forma la superficie de la piel, en el revestimiento del conducto superior de los tractos respiratorios y digestivos, y en la vagina y la parte exterior del cuello del útero(...) La mayoría de las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado vuelven a la normalidad pasado unos meses o unos pocos años, A veces, estas lesiones pueden convertirse en lesiones de alto grado, sin ser necesariamente cáncer, pero eventualmente pueden convertirse en cáncer y deben ser tratadas por un médico."<sup>10</sup>

Se puede vislumbrar tres grados de lesiones epiteliales (1, 2,3), según la extensión de la alteración celular del epitelio. La CIN 3 (neoplasia intrapitelial cervical) se considera una lesión pre cancerosa precursora del cáncer

---

<sup>10</sup> *El virus del papiloma virus y el cáncer* (noviembre 1998), Med News, National Cancer Institute-University of Bonn, Medical Center. Disponible en: <http://www.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish.html>



cervicouterino, sin embargo solo una pequeña parte de las infecciones evolucionan de CIN I a CIN II, CINIII hasta llegar a un cáncer cervicouterino.

Esta clasificación permite al personal médico tomar en cuenta el tipo de infección para la indicación del tratamiento adecuado, ya que en el caso de que esta sea HPV con algún grado de neoplasia, el tratamiento deberá ser el indicado para una neoplasia. Si la misma esta solamente producida por el HPV deberá ser tratada como una enfermedad de transmisión sexual. Aunque actualmente no existe una cura médica para eliminar una infección del HPV, las lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) o neoplasias y las verrugas que estos virus causan pueden ser tratadas de las siguientes maneras, desde los tratamientos más simples a los más complejos:<sup>11</sup>

- Soluciones, ungüentos, de uso tópico como ácido tricoloroacético, Podofilina, Imiquimod, para tratamiento de verrugas genitales externas. Estos fármacos estimulan el sistema inmunológico para luchar contra el virus.
- Cauterización en frío o criocirugía (enfriamiento que destruye el tejido anormal).
- Tratamiento laser- cirugía: procedimiento quirúrgico que usa un haz de laser para hacer un corte en el tejido o para extirpar una lesión superficial.
- Tratamiento de escisión quirúrgica por medio del asa eléctrica (LEEP-siglas en inglés) para retirar tejido anormal.
- Cirugía convencional- conización: cirugía que extirpa un tramo de tejido con forma cónica en el cuello uterino y el conducto cervical.
- Estos tejidos que se extirpan son observados microscópicamente para determinar manifestaciones de células cancerosas. Es decir sirve tanto para tratar una afección de cuello uterino como para diagnosticar.
- Radioterapia, quimioterapia y procedimientos quirúrgicos más radicales como una histerectomía, donde se extirpa el útero incluyendo el cuello uterino y en algunos casos todo el aparato sexual femenino.

---

<sup>11</sup> Ibíd., Disponible en: <http://www.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish.html>



### **1.5 Discusiones y cuestionamientos actuales**

Los datos y estadísticas expuestas muestran la gravedad de esta problemática, por eso la importancia de la prevención primaria para detectar a tiempo las manifestaciones iniciales del virus y evitar la enfermedad oncológica. La prevención de la infección del HPV reduce el riesgo. El desarrollo de un cáncer asociado al HPV se convierte, generalmente, de forma lenta, previa a una infección persistente, en condición precancerosa en forma de una displasia o lesión intrapitelial avanzada. Si bien el HPV es un virus silencioso, si se toman las debidas precauciones y los controles periódicos se podrá evitar y tratar cualquier manifestación del virus sin tener que acercarse al cáncer. Es una enfermedad que puede ser prevenida casi enteramente, además de la detección temprana, existe la vacuna que previene el contagio de cepas de virus de HPV de alto riesgo, de la cual se discutirá más adelante.

La supervivencia después de diagnosticado cáncer cervical en su primer estadio es de 92%, cuanto más pronto se diagnostique más alta es la posibilidad de supervivencia. La supervivencia es más baja en países en vías de desarrollo debido a la investigación inadecuada y la imposibilidad de detección en una etapa temprana con un buen pronóstico. La intervención adecuada con mujeres que sufren esta patología debe necesariamente incluir una apropiada devolución diagnóstica y entrega de información, a la vez que un acompañamiento y asesoramiento integral oportuno.

En este sentido, según estudios de la incidencia del cáncer en los Estados Unidos y otros hechos por la Asociación Americana de Investigación de cáncer, determinan que la mayoría de cánceres cervicales diagnosticados está entre las mujeres que nunca han recibido una prueba de Papanicolaou o que llevan más de 5 años sin controles. La incidencia de este tipo de cáncer es mucho más alta entre mujeres de ingreso bajo y sectores marginales. Algunas de las razones, pobreza, carencia de seguro médico, educación, transporte y acceso limitado a centros de salud. Muchas mujeres viven en zonas rurales, o a las afueras de la ciudad, alejadas de los servicios de hospitales públicos, con diferentes culturas, tipos de lenguaje, cosmovisión, etc. Las investigaciones y estudios ginecológicos por otro lado están cargados de mitos, de miedos, de desinformación, son incómodos, implican varias visitas al hospital y demandan tiempo para cualquier tratamiento.

Por otro lado es importante tomar en cuenta que para el tratamiento de HPV, siendo una enfermedad de transmisión sexual, se debe involucrar a la pareja, lo que no pasa en la mayoría de los casos, entonces muchas de las mujeres hacen sus tratamientos largos y dolorosos y se vuelven a contagiar. El problema entonces va más allá del virus del HPV como tal, y saca a la luz otro tipo de problemáticas en relación al acceso a servicios de salud adecuados, viabilidad de sistemas de prevención en el marco de los derechos, educación, y buen trato.

Los investigadores agregan que si existieran más programas de prevención cuando se encuentran pruebas anormales de Papanicolaou se podría evitar la mayoría de casos de cáncer cervical. “cuando el tratamiento eficaz de lesiones pre-cancerosas está disponible, no es aceptable que ninguna mujer desarrolle esta enfermedad.”<sup>12</sup>

### **1.5.1 Las vacunas ¿la solución?**

En el 2006 salió al mercado la primera vacuna desarrollada por el laboratorio Merck, cuyas indicaciones eran para niñas desde los 9 años, preadolescentes y mujeres jóvenes, apuntando a mujeres que aún no han tenido relaciones sexuales, que tenían menos riesgo de haber contraído el virus de HPV. Estudios han demostrado que tiene una eficacia de 95%, aunque aún existen debates acerca de su capacidad y sobretodo el riesgo de que no se dé el énfasis necesario a los controles periódicos y exámenes ginecológicos regulares.

La vacuna se desarrolló a través de dos líneas de investigación, “por un lado el laboratorio Merck que sacó al mercado una vacuna tetravalente que protege contra los tipos 16,18,6,9 y que se aplica en un esquema de tres dosis 0 ,2,y 6 meses; mientras que el laboratorio Glaxo desarrolló una vacuna bivalente contra los tipos 16 y 18 que están presentes en el 70% de los canceres de cuello de útero, que se aplica en un esquema de tres dosis, 0,1,y 6 meses y contra las cepas 6 y 11

---

<sup>12</sup> Solo-visitar el programa para el índice cervical de los aumentos de la investigación del cáncer de la carta recordativa, tratamiento. (2005), Asociación Americana para la investigación de cáncer, Proyecto JAMA. Disponible en: [www.jamamedia.org](http://www.jamamedia.org)



que producen el 90% de las verrugas genitales."<sup>13</sup> Se propone su uso en ambos sexos entre los 9 y los 15 años de edad, y en mujeres entre los 16 y los 26 años.

A pesar de su posible eficacia, algunos especialistas piensan que la presencia de la vacuna puede ser contraproducente ya que la prevención con la vacuna no es total, ya que un 30% de cáncer cervical es producido por otras cepas de HPV y para estas no hay protección, además de que no se ha estudiado lo suficiente, por ejemplo los efectos adversos a largo plazo. "Según la OMS, la falta de conocimientos sobre la eficacia y seguridad a largo plazo de esta vacuna, justifica aplicarla en programas de inmunización en aquellos países donde existen altas tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino."<sup>14</sup> Además aun esta vacuna no es gratuita y tiene un gran costo, y tiene el riesgo que muchas personas una vez vacunadas se sientan tranquilas y se desprecupan del tema, dejan de prevenir y de hacerse los controles periódicos necesarios.

Esta vacuna no detecta todas las cepas de HPV que pueden evolucionar en cáncer, por eso es tan importante continuar con los controles citológicos, exámenes como papanicolaou y la colposcopia, solo así se puede determinar si una mujer tiene lesiones antes de que el cáncer este instalado. "El papanicolau se realiza hace más de 30 años en Argentina, pero la cobertura a nivel poblacional es muy baja y estimada entre el 15 y 25%."<sup>15</sup> Sin embargo, en Argentina no hay actualmente estudios epidemiológicos de incidencia que englobe todo el país. Hay estudios en diferentes áreas geográficas, de los cuales se rescata que la mayor frecuencia de este virus se observa en el norte, siendo mayor en mujeres de áreas rurales que urbanas un 60% vs 43%.<sup>16</sup>

La importancia del HPV en Argentina, como en el resto de los países en desarrollo, es que esta infección es más frecuente en las mujeres de bajos recursos. Generalmente esta población tiene escasa o nula asistencia médica, por lo que las lesiones por HPV no son detectadas y aún menos tratadas. Es por esto tal vez,

---

<sup>13</sup> Dreyer C, Stern L, *Vacuna para la prevención de la infección por el virus del papiloma humano: ¿Qué aplicaciones puede tener en nuestros pacientes?* (Julio-Agosto 2006). Evidencia: Actualización en la Práctica Ambulatoria-Vol. 9 Número 4; Buenos Aires-Argentina. Disponible en: [www.foroaps.org/files/vacuna/hpv.pdf](http://www.foroaps.org/files/vacuna/hpv.pdf)

<sup>14</sup> *Plantean dudas sobre la vacuna contra el HPV-Una especialista advierte que no hay certezas de que no genera efectos adversos (4 de Abril del 2007)*. Suplemento Salud- Prevención, Página 18 A (On line). Disponible en: [www.archivo.lavoz.com.ar](http://www.archivo.lavoz.com.ar)

<sup>15</sup> Dreyer C, Stern L, *Vacuna para la prevención de la infección por el virus del papiloma humano: ¿Qué aplicaciones puede tener en nuestros pacientes?* (Julio-Agosto 2006). Evidencia: Actualización en la Práctica Ambulatoria-Vol. 9 Número 4; Buenos Aires-Argentina. Disponible en: [www.foroaps.org/files/vacuna/hpv.pdf](http://www.foroaps.org/files/vacuna/hpv.pdf)

<sup>16</sup> *Ibíd.*

que el cáncer cervico uterino, llega a ocupar los primeros lugares en frecuencia de cáncer a nivel mundial.

Especialistas de la fundación Grupo de estudio de las patologías del tracto genital inferior (GETPGI) sostienen que en Argentina, los datos muestran que las lesiones precursoras de cáncer aparecen, en promedio, a los 30 años, por lo tanto algunos tratamientos antes de esta edad pueden ser innecesarios, y pueden traer problemas psicológicos y sobre tratamientos. Audisio, especialista de la fundación explica que las menores de 25 años tienen cuatro veces más HPV que las mayores de 35 años y precisa en su libro titulado *¿Qué sabes de HPV y vacunas?: “Esto se debe, por un lado, a qué medida que el epitelio (mucosa) del cuello va madurando, tiene menos probabilidad de adquirir la infección; y por el otro, a que la mujer que adquirió la infección en temprana edad, tiene alta posibilidad de que el virus desaparezca espontáneamente”*.<sup>17</sup>

En ese sentido existen los planteamientos y sobretodo ciertas críticas hacia la vacuna y el discurso farmacológico, porque si el 90% de las mujeres menores de 25 años elimina el HPV espontáneamente al cabo de dos años de contraerlo la vacuna desde la niñez podría alterar o influir en el funcionamiento inmunológico natural de la mayoría de las mujeres.

“En 2008 el consenso fue convocado por la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto=Juvenil (SAGIJ) donde se estableció que el momento óptimo de la aplicación de esta vacuna es a los 12 años, la edad frecuente de la primera menstruación y, en promedio, unos tres años antes de que las adolescentes argentinas tengan su primera relación sexual.”<sup>18</sup> Pero además se menciona que también se puede inmunizar a mujeres en edad reproductiva hasta los 26 años que haya o no tenido relaciones sexuales, claro que con los exámenes correspondientes que muestren no estar contagiadas, recalcan en este sentido que “es una vacuna preventiva y no terapéutica.”

Por otro lado, la vacuna tiene un alto costo, cada una de las tres dosis que debe aplicarse cuesta aproximadamente 1000 pesos y muy pocas obras sociales

<sup>17</sup> *Plantean dudas sobre la vacuna contra el HPV*-Una especialista advierte que no hay certezas de que no genera efectos adversos (4 de Abril del 2007). Suplemento Salud- Prevención, Página 18 A (On line). Disponible en: [www.archivo.lavoz.com.ar](http://www.archivo.lavoz.com.ar)

<sup>18</sup> *Especialistas acuerdan como utilizar la vacuna contra el HPV* (25 de Enero de 2008). La Nación: Ciencia/Salud. (On line). Publicado en la edición impresa. Disponible en: [www.lanacion.com.ar/ciencia/salud/vacuna/hpv.html](http://www.lanacion.com.ar/ciencia/salud/vacuna/hpv.html)



cubren el total de su costo. Este es el punto más problemático de la vacuna, y esto aseguraron expertos de la SaGIJ, cuando mencionaron que es inaccesible para muchas mujeres, considerando que el cáncer de cuello uterino es más frecuente en las mujeres de bajos recursos, con menos acceso a los controles ginecológicos, y pero aún al costo de la vacuna.

Así mismo como hay posiciones contrarias y oposición, por otro lado diferentes publicaciones científicas reportan que la vacuna reduce un 90% de las infecciones persistentes y las lesiones pre-cancerígenas. Si bien existen resultados positivos, aún quedan algunos interrogantes por responder, por ejemplo su efectividad poblacional, durabilidad y efectos secundarios a largo plazo.

Si bien estos resultados son prometedores, en contra está la priorización de un país, es decir la importancia y la necesidad de una respuesta integral que puede un estado dar a este tema como un problema de salud pública. Claro, los recursos económicos son limitados, la prevención primaria es la respuesta. "Los hospitales públicos y las obras sociales deben brindar un Programa de Prevención de cáncer de cuello de útero-infección por HPV, que es uno de los ocho autorizados y financiados con casi 47,8 millones de pesos por la Superintendencia de Salud. La prevención incluye la difusión de información sobre los factores de riesgo, prevención primaria y secundaria, Papanicolaou."<sup>19</sup>

Lo anteriormente mencionado es de vital importancia, ya que dentro de un abordaje integral, enmarcado en una política no solo de salud pública, si no de salud sexual y reproductiva, las recomendaciones, la difusión e información son importantes, siempre y cuando se enmarquen también en una concepción más amplia de lo que es la sexualidad, alejada de una "educación sexual" normativa y hacia la prevención de la salud integral, esto debe ser la base de la atención. "El 80% de los casos de este tipo de cáncer se registra en países en desarrollo donde los programas de prevención no han sido correctamente implementados o no existen."<sup>20</sup>

Si bien podemos encontrar este tipo de espacios de discusión en países de Latinoamérica como Argentina, en otros países como en el Ecuador, aún no se

---

<sup>19</sup> Rivera, M. (Febrero 2008) *Programa de Prevención*, Sociedad médica recomienda vacuna contra el HPV, Noticias de medicina, salud, medicamentos y farmacia- Pharma News- El Litoral (On line). Disponible en: [www.diariosalud.net](http://www.diariosalud.net)

<sup>20</sup> *Ibíd.*



establece un escenario claro de debate al respecto de la vacuna. Existe sin embargo el peligro de que en virtud de los discursos de sexualidad saludable, se interne totalmente en los debates médicos locales, lo que puede tener una respuesta bastante conservadora por parte de determinados grupos sociales, tal como ha venido sucediendo con la píldora del día después, negando incluso la libertad de opción de las mujeres para elegir la forma que consideren efectiva la prevención del virus, por el trasfondo moral que tienen este tipo de discursos.

Es innegable sin embargo que en el Ecuador, a pesar de que la publicidad de la vacuna es aún muy reducida, existe el interés de las farmacéuticas en promover un discurso de sexualidad saludable y de control de ITS (infecciones de transmisión sexual) a través del pánico, miedo y sobre todo con un alto costo económico. Así mismo, el tema es abordado parcialmente, las mujeres como únicas responsables de una “sexualidad segura”, limitándose a un discurso organicista que anule toda posibilidad de pensar en la sexualidad más allá de “los órganos sexuales reproductores”.

**CAPITULO II: DIAGNOSTICO, EL IMPACTO DE LAS PALABRAS**

"Para el paciente la enfermedad es siempre una ingrata experiencia, siente que algo anda mal en su persona, algo que lo dañará, si no es tratada rápida y apropiadamente. A menudo "eso" se identifica con un nombre, y para el paciente la función del diagnóstico consiste en suministrar el nombre en virtud del cual esa cosa ingrata, malévola y temible se convertirá en algo que tiene nombre, algo en lo cual es posible pensar, y que quizá es curable"<sup>21</sup>. El diagnóstico de una enfermedad entonces podría, en un principio, cumplir el papel de reconfortar tanto al médico como al paciente y por otro lado podría implicar un primer impacto emocional, seguido por el inicio o propuesta de un tratamiento. Es en este último sentido que, y señalando el aspecto negativo del impacto simbólico de la nominación, a diferencia de lo que se refiere en la cita, el solo nombrar la palabra "cáncer" puede despertar muchas fantasías, miedos y angustia.

Este impacto o efecto psíquico en las personas que escuchan este tipo de diagnósticos puede estar relacionado a que a pesar de los avances médicos, tanto el cáncer como ciertas enfermedades de transmisión sexual como el VIH-Sida están asociados con sufrimiento, pérdida de control, dependencia hacia un otro, aislamiento o la muerte. Así mismo hablar de una operación, de una cirugía, como posible tratamiento a seguir, es proponer algo de lo desconocido, un corte, una mutilación, una invasión al cuerpo: la enfermedad y la intervención médica.

Frente a este escenario, y a partir de experiencias clínicas se plantea la necesidad de que el personal profesional busque "una forma de comunicar el diagnóstico de la patología y su posterior tratamiento, con un lenguaje accesible, sin intranquilizar a la paciente y que sea fácilmente comprensible para ella, permitiendo de esta manera que la paciente pueda elaborar y procesar la información. El diagnóstico de cáncer implica un shock, un impacto emocional para quien lo recibe, pero también para quien lo comunica"<sup>22</sup>. Ergo, es importante tomar en cuenta no solo a quien recibe la información, de acuerdo a sus constelaciones psíquicas, y la decodifica de forma asistida, como se sugiere, sino

<sup>21</sup> Balint, M. (1981) [1961]. *El médico, el paciente y su enfermedad*. Buenos Aires: Biblioteca de psiquiatría dinámica, Editorial Libros básicos, p.64.

<sup>22</sup> Guinzburg, M., Talgham, Cc; Tropp, A. et al, (Octubre 2004). *Acerca de la relación médico-paciente en oncología, dar la mala noticia*. Trabajo presentado en las XX jornadas Anuales: Psicoanálisis de las configuraciones vinculares. Buenos Aires, Argentina.



también la manera en la que se hace esa entrega de información, ubicando la importancia de la singularidad del médico como sujeto que actúa desde un lugar y se involucra, posicionándose, según su historia personal para decir de la manera que lo hace o dejar de decir aquello que le concierne al paciente.

## **2.1 Concepto de diagnóstico-devolución: abordaje desde la medicina y desde el psicoanálisis.**

El concepto de diagnóstico es definido en el diccionario de la real academia de la lengua como el “arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad, mediante la observación de sus signos y síntomas.” Para la medicina en un diagnóstico clínico entran dos aspectos de la lógica en juego: el análisis y la síntesis y se utilizan algunas herramientas en el proceso: historia clínica, exploración física, exámenes de laboratorio u otros que se complementan.

Para definir un diagnóstico además del interrogatorio y anamnesis (cuestionario de historia vital) es complementario el examen físico para verificar la fisonomía material de la enfermedad, no sin antes haber marcado un ejercicio hipotético de asociación y agrupación de síntomas y signos. Es así que como principios del razonamiento diagnóstico se toma en cuenta algunos pasos: hacer un resumen objetivo del caso, ordenar la información, jerarquizar los síntomas y signos de acuerdo con su sensibilidad, especificidad, valor predictivo, importancia relativa en la fisiopatología de la enfermedad, potencial gravedad, entre otras, y se agrupa los síntomas y signos encontrados para distinguir entre síndromes, ir del síntoma y signo al síndrome, la nosología (clasificación) y la etiología (causa posible).<sup>23</sup>

En relación al razonamiento diagnóstico médico, J. Clauvrel en su libro “El orden médico (1978), pone en evidencia que la nosología (trabajo clasificatorio), a pesar de que desde la medicina se ratifica la importancia de evitar el reduccionismo, tiende a constituir la enfermedad como un ser, a hacer una

---

<sup>23</sup>Novás, J. (20 de abril 2006). *El diagnóstico médico: bases y procedimientos*, Ciudad de La Habana, Cuba.  
**Disponible en:** [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22\\_1\\_06/mgi07106.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi07106.htm)

ontología de las enfermedades, es decir "la máscara" con la que sería identificado y reconocido el/la paciente. Es así que la primera etapa del diagnóstico consiste en afirmar: "usted padece una enfermedad". De esta manera el paciente es invitado o "forzado" a desprenderse de toda interpretación subjetiva de lo que le sucede. Se ve definido según este autor, como: hombre más enfermedad, y lo que sellará su entrada en el discurso médico es el nombramiento de la enfermedad: el diagnóstico.

El acto de nombrar además de categorizar, es un acto que contribuye a disminuir la angustia, de un no-saber sobre sí mismo. Estas interrogantes son retomadas en el discurso médico para tratar de darle un sentido a ese no- saber. Así el médico se ubica en una posición de poder, porque se muestra como el que domina este nuevo sentido. El diagnóstico médico se sostiene en el hecho de que "el lenguaje médico dará cuenta de la enfermedad (...) descubriendo sus causas naturales" las únicas que formaran parte de este discurso. La medicina se ocupará de la enfermedad en tanto el sufrimiento es igual a dolor, opresión, fiebre, etc. Por ende, se busca erradicarla, delimitando previamente su lugar como parte de un síndrome dentro de una nosología, lo que es igual a conocerla en sus determinaciones y sus alcances, otorgándole un lugar. "De alguna manera entonces captura la queja y el sufrimiento en los códigos o signos de ese mismo saber médico, rechazando el discurso del paciente sobre su malestar o sufrimiento psíquico."<sup>24</sup>

La medicina, según J. Cauvrel, se dirige al hombre sano, en la medida que se ubica y se preserva un equilibrio funcional previamente establecido como categoría. La enfermedad altera un orden que por naturaleza debe ser otro. Si la enfermedad prevalece, esta derrotando a la disciplina médica en su afán de preservar el equilibrio funcional. Es así que el discurso médico separa al hombre de la enfermedad, gracias a la condición excéntrica de esta última. Se apunta al "hombre normal", aun cuando el concepto de "normalidad" no se halle lo suficientemente definido. La medicina de cierta manera siempre se enmarcará en la normativa: el bien está del lado del hombre normal y sano, mientras el mal está del lado de la enfermedad y hay que eliminarlo.

---

<sup>24</sup> Thompson, S, Frydman, A. et al. (2006) *El Proceso diagnóstico en psicoanálisis*, Facultad de Psicología/Secretaría de Investigaciones/ volumen XIV- Universidad de Buenos Aires, Argentina, p.104.



La norma, impone un orden, según el mismo autor, y este orden médico no solo rige en la consulta, sino es connatural a la vida misma, instaurando una jerarquía de las cosas. Marca el “deber ser” e impone un control (alrededor de la salud, alimentación, hábitos, higiene, vida sexual, ocio, etc.), y así: “la medicina sustituye el orden del deseo por el orden médico y muchas veces se vuelve moralizante.”<sup>25</sup>

La medicina es una disciplina de evaluación de los hechos, análisis de datos objetivos, nociones precisas y exactas. Lo que el médico observa es lo que puede inscribirse en cierto campo del saber, excluyendo otros discursos, incluido el de la persona que consulta. “Esto es propio del carácter totalitario del discurso médico (y de todo discurso) el hecho de no querer ni poder saber nada respecto de lo que no le pertenece, porque no es articulable en su sistema conceptual. (...) Entonces para la medicina los sufrimientos varios, alteraciones funcionales, cambios de humor, sueño, vida sexual, y sobre todo la angustia y lo que los pacientes hablan, es acogido por el médico con mayor o menor buena voluntad, pero sigue enteramente desprovisto de recursos, tanto para darles una explicación científica aceptable como para tratarlos (...)”<sup>26</sup>

Por otro lado y en consideración del campo disciplinario del psicoanálisis es importante diferenciar que el diagnóstico puede ser pensado como un proceso y no solo como resultado. “En el psicoanálisis un proceso diagnóstico es una puesta en juego del síntoma en un vínculo transferencial que supone al menos una experiencia del inconsciente.”<sup>27</sup> En este proceso (el paso de un estado a otro), intervienen los efectos de un dispositivo e intervención en búsqueda de un abordaje de justamente eso que la medicina deja afuera por no ser tal vez objetivable, medible y cuantificable: el padecimiento subjetivo. El psicoanálisis intentará no operar sobre el paciente imprimiéndole un código o “etiqueta” que deviene con frecuencia objeto de identificación o pertenencia (soy alcohólico, fóbico...), sino mas bien “causar efectos directos sobre “aquel que sufre”: efectos catárticos, la posibilidad de tomar la palabra, (todos ellos) efectos terapéuticos en

---

<sup>25</sup> Clavreul, J. (1978). *El orden médico*. Barcelona: Ediciones Argot (1983), p.139

\* *Mas adelante ahondaremos en este tema- cuando se hable de las enfermedades de transmisión sexual*

<sup>26</sup> Clavreul, J. Op.cit, p.93

<sup>27</sup> Thompson, S, Frydman, A. et al, p.104

cuanto se afecta la economía libidinal del sujeto, y un efecto analítico, el pasaje por las determinaciones subjetivas respecto de su propio deseo."<sup>28</sup>

En este sentido el saber médico es un saber sobre la enfermedad, mientras el saber del psicoanálisis es el saber de un sujeto, de lo que regula sus relaciones con el mundo y consigo mismo, de la dinámica psíquica que le caracteriza, y la noción de conflicto psíquico que le es inmanente y que se halla directamente relacionada con un "pathos". El psicoanálisis no es de ningún modo legislador, en la medida que no aporta consideraciones normativas sino epistémicas en tanto apela a conocer los efectos epifenoménicos de un orden psíquico, donde quien legisla, apelando a una lógica de funcionamiento, es el deseo y el inconsciente en sus múltiples dimensiones. En este sentido no se trata de nombrar y vencer los síntomas, solamente, en una visión unidimensional, sino el establecer relaciones de sentido mediante la interpretación. "La clínica psicoanalítica comienza ahí, en las manifestaciones de la transferencia, en el sitio donde se detiene la clínica médica."<sup>29</sup>

## **2.2 Discurso médico y psicoanalítico frente al diagnóstico y su entrega "devolución"- saber comunicar e informar, posibles iatrogenias.**

Hablar de devolución diagnóstica (entrega de información diagnóstica) lleva a pensar en la relación de un emisor, un mensaje y alguien que recibe aquel mensaje, es decir un receptor, dentro de un contexto, de "un escenario" (relación médico-paciente). Se presume un saber médico y un deseo de saber de quién consulta. Ahora bien, ese deseo ¿es de saber sobre su posible enfermedad, o de saber algo más allá de su enfermedad?

Una relación médico-paciente se abre en base a supuestos donde el/la paciente por su lado presume que su interlocutor conoce sobre su problemática y el médico refuerza este supuesto y el vínculo desde su discurso y posición de saber ("que puedo hacer por usted", "veamos qué le pasa", "tengo una mala o buena noticia que decirle", etc.) Si la relación es totalmente vertical, como suele ser, el/la paciente se someterá al saber médico, y aunque la información que reciba de su

---

<sup>28</sup> Clavreul. Op.cit, p.106

<sup>29</sup> Ibíd. , p.213



paciente sea una descripción de los síntomas y dolencias físicas, irrumpirá el lado afectivo presentándose de alguna manera, aunque sea o no tomado en cuenta.

Según Balint, en su libro “Médico, el paciente y la enfermedad”, uno de los miembros de esta relación (médico-paciente) goza de una posición superior, en la medida que posee conocimientos más profundos y mayor comprensión, así explica e interpreta los hechos, en el marco de esta relación. Por otro lado el otro miembro es débil (paciente) y ha acudido en busca de ayuda por su imposibilidad de comprender por sí mismo sus problemas, esto hace que se acumule mucha tensión y expectativas en el vínculo. Una manera de aliviar es transferir a este otro (médico), aparentemente menos vulnerable, las emociones y cuestionamientos con la esperanza de encontrar respuestas a sus interrogantes.

Ahora, ¿qué hace el médico con ese saber que se le supone?, ¿cómo entrega ese conocimiento?, y es posible que el camino sea hacia la transición dentro del conocimiento en donde “el supuesto saber” del lado del médico, pase a ser un saber producto de la interacción médico-paciente, donde la persona en lugar de paciente, vaya participando activamente en relación a su enfermedad: haciéndose cargo de lo que implica desde lo biológico, psicológico y social. Es decir, una relación que pase a ser más horizontal, donde el saber sea compartido, donde el/la paciente conozca su situación real, que no la presuma, que pueda caminar hacia una elaboración de la situación (enfermedad) y sea acompañada/o en su proceso particular y singular.

Muchas veces el médico puede ocupar un lugar de omnipotencia, obstaculizando la posibilidad de delegar funciones, así como la apertura a un trabajo interdisciplinario o la posibilidad de interconsulta con algún profesional de salud mental por ejemplo, esto podría implicar negar su saber médico, y entonces se asume la responsabilidad de toda la situación desde solo una sola perspectiva, lo cual implica un abordaje limitado.

En el psicoanálisis por su parte, se debe hacer una transición más o menos parecida, donde el analista como sujeto tiene que dejar de ocupar el lugar de saber, para que el sujeto pueda hacerse responsable de lo que dice, piensa, desea, y a partir de otro que escucha vaya encontrando las respuestas a sus propios interrogantes. Lo que pone sobre el tapete una necesaria crítica a la forma en la que se proponen ciertas prácticas psicoanalíticas, sin dejar de considerar que al

intervenir el psicoanalista en un campo que no es el del setting, el marco en el que se realiza la recepción de aquello que comunica en su quehacer (señalamientos e interpretaciones) puede atravesar distorsiones corregibles en la medida que el dispositivo exige un proceso. "La importancia de confirmar, develar, aquello que se pretende ocultar, permite al paciente derribar la barrera que lo mantenía dividido entre su propio saber, su propio negar-ignorar y el saber -poder médico". Este saber médico, que se pone en escena, debe permitir al paciente ser sujeto de su propia organización e integración, permitiendo un giro que hace que deje de ser para el médico "la gastritis de la 12" para ser "Juan que se puso contento al saber que no tenía más que una gastritis y no un cáncer como temía y no le decía a nadie"<sup>30</sup>.

La información diagnóstica y pronóstica que se entregue y cómo se lo haga, es indispensable como punto de partida para cualquier acción preventiva, siempre y cuando esta información garantice los efectos buscados y este enmarcada desde un enfoque integral, psicosocial y procedimental, ya que esta información, por otro lado, podría promover incluso el rechazo o negación frente a lo que se pretende transmitir.

En la mayoría de países de Latinoamérica existe el código de ética médico que plantea que el paciente tiene derecho a obtener del médico un informe completo y veraz sobre la enfermedad que ha padecido y la asistencia que se le ha brindado, sin embargo, existe una diferencia entre lo que significa conocer la enfermedad, recibir información diagnóstica-pronóstica y lo que para la/el paciente sea asumir y elaborar esta nueva situación de vida, con todas sus implicaciones. ¿Qué marcaría entonces, la diferencia entre informar o no adecuadamente? ¿Cual es una información completa o suficiente?

Para contextualizar e ir recorriendo el camino que guía las preguntas planteadas, es bueno recordar que la tendencia a ocultar el diagnóstico y pronóstico verdaderos al paciente con enfermedades como cáncer, era algo frecuente, sobre todo cuando no había un buen pronóstico o curación posible. La

---

<sup>30</sup> Karp M. David, *Iatrogenia del Saber médico*, Psicología-Psicogerontología-Psicosomática-Iatrogenia del saber médico, Montevideo-Uruguay. (On line). Disponible en: <http://dmkarp.es.tripod.com>



polémica sobre entregar o no información sobre ciertos diagnósticos se dividía: por un lado, aquellos que mantenían que "comunicar el diagnóstico es una inútil crueldad, y los que defendían una relación basada en la franqueza y la transparencia"<sup>31</sup> Era habitual no entregar toda la información al paciente, ya sea por la creencia de que las malas noticias destruirían la esperanza del paciente, el papel sobreprotector de la familia, la falta de habilidades de comunicación del médico y la opinión peyorativa y estigmatizada de la sociedad occidental respecto al cáncer u otras enfermedades. En la actualidad, se ha legalizado el derecho a la información y se trabaja desde el consentimiento informado, sin embargo, aun se mantienen interrogantes y dudas cuando nos planteamos sobre la manera adecuada de entregar esta información.

Muchos estudios, principalmente las investigaciones que se tomó en cuenta, realizadas en el Hospital Rivadavia de la ciudad de Buenos Aires, demuestran que el conocimiento de la verdad mejora los procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad. "(...) un paciente informado es un paciente con autonomía que podrá involucrarse de manera activa en los destinos de su tratamiento"<sup>32</sup>, sin embargo no se pretende profundizar sobre este punto como tal, sino mas bien, en los interrogantes anteriormente planteados y que se enfocan hacia el cómo entregar la información diagnóstica-pronostica y los posibles efectos psíquicos que conlleva la forma y el momento de su entrega. Este tipo de cuestionamientos planteados casi siempre se enmarcan en relación a enfermedades asociadas a un mayor riesgo de muerte como es el cáncer o el VIH-SIDA. Frente a esto, se han realizado muchas investigaciones y se plantean diferentes tipos de encuadres, dispositivos, o políticas para la forma de comunicar este tipo de diagnósticos. ¿Pero y que pasa con otro tipo de diagnósticos?, puede ser que algunas patologías también estén relacionadas, indirectamente, con una enfermedad de transmisión sexual como el HIV o con el cáncer, ¿se deben tomar las mismas precauciones o parámetros de intervención?

Entregar un diagnóstico es "una tarea de comunicación compleja que requiere de habilidades expertas, verbales, y no verbales. Por tal motivo el profesional debe estar formado y preparado para realizar tal esencial tarea y no

<sup>31</sup> Gómez, Sancho, M. (1998). *Medicina paliativa. La respuesta a una necesidad*. Madrid, España: Arán.

<sup>32</sup> Guinzburg, M., Talgham, Cc; Tropp, A. et al, (Octubre 2004). Op.Cit.

dejarla sujeta a la intuición, cuando la misma se realiza de manera 'inadecuada' y sin el mínimo cuidado, la experiencia traumática que implica el diagnóstico puede llegar a permanecer en la mente del paciente y su familia mucho tiempo después de pasado el golpe inicial. Quedará como una marca imborrable en la psiquis del paciente."<sup>33</sup>

Según otros investigadores, como Brown, Dunn y Butow,<sup>34</sup> y sus desarrollos del año 1997, mencionan que la información imprecisa o inadecuada sobre el diagnóstico hace que disminuya la confianza del paciente en el médico y que aumente la susceptibilidad a trastornos psicológicos. Los riesgos de no ofrecer suficiente información, pueden ser tan malos como dar demasiada a alguien que no lo solicita o no está preparado para escuchar. Algunos estudios refieren que los pacientes prefieren un médico que les ofrezca apoyo emocional y les contenga, más que una extensa información. Es importante entonces que la información sea progresiva, particular y que vaya acompañando el proceso de elaboración de la enfermedad o de su estado de salud.

El médico deberá entonces saber a quien tiene como paciente, sus características, su personalidad, antecedentes, edad, sexo, tipo de tumor o malestar, tratamiento, posibilidad de curación, pronóstico y buscar como objetivo la participación activa del paciente en su problema. Es por esto que se han expuesto dentro de los espacios médicos un grupo de principios necesarios para establecer una buena relación con el paciente, lo que ha demostrado que influye para una mejor recepción de la información diagnóstica, para el pronóstico, aceptación de tratamientos y en muchas ocasiones evolución de la enfermedad: "(...) buena primera impresión, buena comunicación entre el médico y su paciente, dedicarle el tiempo necesario, mostrar interés por el problema que trae a consulta, satisfacer las expectativas del paciente, mantener la confianza y el respeto mutuo, empatía, captar su mensaje, preocuparse por él como persona y no solo como enfermo, y hacerle entender que nos interesa, que comprendemos todas sus angustias, ansiedades y sufrimientos, estando en la plena disposición de ayudar en

---

<sup>33</sup> Talgham, C. (2007), Op.cit, p.97

<sup>34</sup> Brown R, Dunn S, Butow P. (1997) *Meeting patient expectations in the cancer consultation*. Ann Oncol; 8:877-82.



todo lo posible y nunca abandonarlo.”<sup>35</sup> Es preciso y suena bien, pero ¿hasta qué punto esto se aplica en la cotidianidad, desde la medicina es posible abordar todas las angustias, ansiedades y sufrimientos? ¿Es parte del rol, competencia y responsabilidad del campo médico o sería un discurso contrario del que mantiene la importancia del trabajo interdisciplinario?

Por otro lado, existen algunos factores que limitan mucho la información ofrecida al paciente: proceso de negación y/o olvido por niveles altos de ansiedad del paciente, experiencias traumáticas anteriores, estado emocional y conflictos actuales, realidad socioeconómica, ocultamiento de la enfermedad por parte de la familia, datos sobre el diagnóstico o tratamiento que se omiten por el médico de una manera defensiva. Aunque se trate de evitar que el paciente conozca de su enfermedad existen otras vías de conocimiento que le permitirán ir intuyendo y reconociendo que es lo que está pasando, por ejemplo escuchar conversaciones, silencios, gestos y actitudes de las personas que lo rodean. “Es importante aceptar que las malas noticias no pueden convertirse en buenas noticias. La intensidad de las mala noticia es proporcional a la distancia que existe entre la percepción del paciente ante la situación y la propia realidad.”<sup>36</sup>

En este sentido, es importante mencionar y describir ciertas advertencias que mencionan algunos autores sobre la entrega de información y la relación médico-paciente. Una de estas es la que plantea Balint (1961) cuando dice que el síntoma que presenta el paciente en la consulta rara vez es historizado con relación al sujeto que consulta, es decir que no es tomado en cuenta tanto la singularidad de cada paciente con su sufrimiento, como su particular demanda. Así mismo, menciona que “si la posición del médico se limita a consolidar lo que el paciente, en estos términos, presenta en la consulta, es un mero clasificador que actúa en complicidad con el goce del sujeto, con la preservación de su enfermedad”<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup> Novás, J. Op.cit.

<sup>36</sup> (Bennett M, Dawn A, (1996), *Discussing the diagnosis and prognosis with cancer patients*. Developing communication skills in medicine, Postgrad Med, United Kingdom, p. 25-29). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/postmed/pdf>

<sup>37</sup> Uzorskis B, (2002), página 12. Op.cit

Es necesario entonces no solo tomar en cuenta esto, sino también la irrupción de la subjetividad y de la propia historia del médico, hecho que por otra parte, es inevitable, pero que muy pocas veces es procesado adecuadamente y a tiempo. Es decir que tanto lo que hace o deja de hacer un médico en el momento de entregar un diagnóstico determinado, como lo que dice, qué palabras utiliza, qué deja de decir o cómo lo dice puede ser iatrogénico. Según los diccionarios médicos, iatrogénico se refiere a toda alteración del estado del paciente producida por el médico. Sin embargo, en la mayoría de casos se refiere a negligencias médicas, actos u omisiones por parte de un profesional médico que causa alguna lesión al paciente, daños físicos por cuidados médicos negligentes. En este caso nos referimos a un impacto más allá de lo biológico o físico, donde se toma en cuenta los posibles efectos psíquicos que no necesariamente tiene un procedimiento quirúrgico o farmacológico, sino el mismo discurso del médico, las palabras que utiliza o deja de nombrar.

Muchas veces el médico no le da la importancia suficiente al lugar de saber que le supone el/la paciente, el poder que tiene ante el sujeto, entonces no toma el cuidado necesario para hacer una adecuada derivación, "usted no tiene nada, tiene que ir al psicólogo", sin trabajar con el paciente la posibilidad de aceptación y comprensión por parte de esta persona que consulta con una cantidad de síntomas físicos, o no se detiene a pensar cómo le va a entregar a esta paciente la información necesaria, que si bien tiene el mismo o un diagnóstico muy parecido a su pacientes anteriores, es diferente, singular, única.

El autor de "Sobre la Iatrogenia", B. Uzorskis, plantea que frases como "cuidado con el estrés, nada de excesos", son formas recurrentes de cerrar la consulta médica, mostrando obviamente un discurso médico desde lo normativo, donde el médico ocupa el lugar de un superyó punitivo que no toma en cuenta la subjetividad de su paciente. "Esta forma de iatrogenia deja al médico en paz y al paciente angustiado por la ausencia de contención y de alguna estrategia viable, negociada en conjunto, para poder hacer algo distinto con su vida realmente en peligro".<sup>38</sup> Así mismo el médico rehúye muchas veces a informar adecuadamente

---

<sup>38</sup> Uzorskis B (Viernes, 31 de Mayo de 2002), "Usted no tiene nada, tiene que ir a ver un psicólogo", Extracto de Artículo de la Revista Psicoanálisis y el Hospital N.21, "Iatrogenia. Consecuencias negativas de una intervención". Psicología, Sobre la "Iatrogenia" Los posibles efectos nocivos de la práctica médica sobre sus pacientes". Disponible en: <http://www.página12.com.ar/diario/psicologia/index-2002-05-31.html>



de un procedimiento que puede ser mutilante para el paciente. A menudo convoca a un profesional “psi” para que se encargue de esta tarea. Un acto iatrogénico entonces “(...) puede tratarse de un movimiento precipitado, como acting-out, o inhibido, que impide actuar de acuerdo con lo que la demanda del paciente exige”<sup>39</sup>, y puede evidenciarse en exceso o déficit tanto de actos como de palabras.

¿Pero por qué se mencionan las palabras, que poder tienen estas? “Las palabras fueron originariamente ensalmos, y la palabra conserva todavía hoy mucho de su antiguo poder ensalmador. Mediante palabras puede un hombre hacer dichoso a otro o empujarlo a la desesperación; mediante palabras el maestro transmite su saber a los discípulos; mediante palabras el orador arrebató a la asamblea y determinó sus juicios y sus resoluciones. Palabras despiertan sentimientos y son el medio universal con que los hombres se influyen unos a otros”<sup>40</sup>. Lo que nos hace pensar la importancia de las palabras que son utilizadas al momento de entregar un diagnóstico, y como Freud plantea, no se debe despreciar su poder, que así como pueden resultar las palabras “(...) indeciblemente benéficas también pueden resultar terriblemente lesivas”<sup>41</sup>

Identificando y nombrando ciertas formas de iatrogenia, apuntamos a un diálogo constructivo entre profesionales de salud que permita enriquecer las diversas prácticas profesionales. En este sentido es necesario pensar en la subjetividad del profesional también, que compromete la eficiencia de su trabajo. Por ejemplo estudios del burn-out (punto de agotamiento en el personal de salud que llega a afectar la responsabilidad profesional) o la realidad de un sistema de salud precario en el que está inmerso.

Por último, en el marco de la salud mental, es necesario recordar y tomar en cuenta que tanto el vínculo médico-paciente, como la calidad y cantidad de información que se entregue puede afectar en la respuesta del paciente, (demostrado esto último en algunos estudios que refieren que en ciertas enfermedades donde no existe un tratamiento curativo claro y fácil, los factores emocionales que se relacionan con los procesos inmunológicos cumplen un papel

---

<sup>39</sup> *Ibíd.*

<sup>40</sup> Freud, S. (1916-17 [1915/1917]). *Conferencias de Introducción al Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo XV.p.15

<sup>41</sup> Freud, S. (1926). *Pueden los legos ejercer el análisis-diálogo con un juez imparcial*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo XX.p.175

importante), y abordar estos puntos deben ser responsabilidad y parte del proceder clínico de toda persona que se involucre de alguna manera en el proceso del paciente y no debe ser esta un labor solo de un especialista o del ámbito psi.

### **2.3 Significado para el aparato psíquico del caer enfermo, ¿qué significa enfermar?**

¿Qué pasa cuando alguien enferma? "Enfermar constituye una situación de crisis que cuestiona nuestro sentimiento de continuidad y permanencia, que se presupone necesario para la identidad. La enfermedad irrumpe, siempre sorprende inoportunamente. Se instala desafiando, con la potencia de lo ajeno, nuestra íntima cotidianeidad. Altera el orden de previsiones rompiendo la ilusión de unidad, justicia y racionalidad para el devenir."<sup>42</sup> Plantea a su vez que la enfermedad se instala como algo extraño que marcaría tanto en el cuerpo como el psiquismo que somos mortales y frágiles. Las lesiones, síntomas y enfermedades serían vividos como muertes parciales.

Esta ruptura viene a convertirse en una herida narcisista, donde será necesario un proceso de elaboración de esta experiencia. Esto que irrumpe obliga a reaccionar y siempre de una manera distinta y con diferentes recursos, en este sentido Freud en su libro "El malestar en la cultura (1930 [1929])" señala ciertas defensas contra el sufrimiento y sus amenazas, unas que vienen desde el propio cuerpo, desde el mundo exterior o desde vínculos con otros seres humanos, y ante estas situaciones de máximo sufrimiento, donde no se puede prescindir del dolor y la angustia, determinados mecanismo psíquicos de protección se pondrán en funcionamiento. De alguna manera toda situación actual remite a su prehistoria e historia, y, en este sentido, una enfermedad adquirirá para una persona la significación en el presente de acuerdo a sucesos anteriores, a cómo haya enfrentado y elaborado los distintos hechos traumáticos de su vida; pensando que el enfrentar la enfermedad, como la enfermedad misma, pueden constituirse en hechos traumáticos.

Según Alizalde, haciendo uso y ahondando en los planteamientos de Freud, con el comienzo de la enfermedad se alteran los procesos secundarios, donde el

---

<sup>42</sup> Alizalde M.A, (1995) *Clínica con la muerte*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, p.44.



paciente deberá adaptarse a una nueva situación vital. El narcisismo se ve herido, ya que constituye un grave tropiezo llegar a comprender que debido a la enfermedad nuestro cuerpo, o, nuestra mente, ha perdido momentáneamente su capacidad e integralidad. "(...) el sujeto padece el sufrimiento psíquico causado por la violencia simbólica que conlleva el sentirse como maquina-cosa que no funciona y no sirve. Lo que se vive como injusticia agrega su cuota de dolor "¿por qué justo a mí?"<sup>43</sup>

En busca de sentido y frente a esta pregunta M.Groshaus, autora de "Habitando los pasillos", plantea que en los pacientes aparece la idea de que "por algo será" y ese algo puede ser por haber hecho algo mal, como castigo, por los deseos, por los malos pensamientos. Y, muchas veces, estos sentimientos se acrecientan cuando se trata de enfermedades de transmisión sexual, porque se pone en juego lo más íntimo, la relación con un otro, los deseos reprimidos o los sentimientos de culpa en relación a ese expediente, con todo el sesgo cultural y los mitos individuales relativos al imaginario de la sexualidad, emergiendo, según la autora, mecanismos de autoinculpación: "Si no hubiera hecho tal cosa..."<sup>44</sup>, o mecanismos francamente paranoides de daño y destrucción de otro mal intencionado.

La concepción del paciente sobre su propia enfermedad puede centrarse en dos teorías, de las cuales según Balint (1961) también parten las teorías médicas: la primera que el paciente estaba "sano" y "bueno" hasta que algo en el mismo empezó a funcionar "mal" o la segunda que más bien la enfermedad nada tiene que ver con el paciente y proviene del exterior y es un "cuerpo extraño". En ambos casos hay la presencia de una amenaza, lo que impulsa a una defensa, a librarse de esto "malo" por sí mismo o con la ayuda del médico.

En este sentido, caer enfermo puede constituir un severo golpe, o una experiencia gratificante. Sin embargo, Balint aclara que siempre será una gratificación parcial, ya que puede permitir una satisfacción directa a través de las zonas erógenas del cuerpo o porque permite al paciente retirarse de los distintos

---

<sup>43</sup> Alizalde, Op.cit.p.32

<sup>44</sup> Groshaus, M.C. (2002, Septiembre). *Habitando los pasillos: grupos de sala de espera de quimioterapia. Asistencia a pacientes oncológicos y condiciones de existencia en una cultura negadora de la enfermedad y muerte*. Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Asistencia y condiciones de existencia en la Argentina actual. Buenos Aires, Tomo XXV, Número 2. p.44

tipos de relación insatisfactoria, frustraciones, obligaciones o exigencias que le abruman. También es un momento de repliegue sobre sí mismo, donde el interés del individuo se concentra en su mismidad.

En algunas ocasiones una enfermedad accidental no tan grave puede transformar favorablemente la relación con el mundo, pueden desaparecer manifestaciones neuróticas o psicóticas. Freud ya planteaba esto, cuando hablaba sobre la erotización o sobreinvestimiento de un parte o de todo el cuerpo, lo que permite focalizar los estados de tensión, ofreciendo así "una solución momentánea a conflictos psíquicos insuperables" Por otro lado J.Clauvrel, en el libro ya citado "El orden médico", plantea que para muchas personas la enfermedad se constituye en un verdadero estatuto social y familiar, que puede conferir una existencia y establecer e instaurar relaciones humanas. Este estatuto logra un reconocimiento en el discurso médico y ante el médico, por la condición ontológica de paciente y por la nominación identitaria que le confiere la enfermedad.

Por otro lado, la enfermedad también representa un estado de extrema vulnerabilidad, de desvalimiento, donde hechos traumáticos se resignifican. Según J.Cauvrel esto es algo esencial para la entrada en el discurso médico y se asemeja a la entrada del niño al discurso de su madre. Así como una persona enferma no puede curarse, el niño en su pre maturación no puede satisfacer sus necesidades y la madre será la que interprete y decodifique sus gritos como demandas. El médico, de alguna manera, deberá interpretar y decodificar el padecimiento de la persona que acude a él, esperando que este sepa lo que por sí sola no puede saber, y calme su sufrimiento y angustia. Freud ya había planteado esto en sus desarrollos en "Inhibición, síntoma y angustia" ((1989) (1926 [1925])), donde menciona "(...) que las primeras experiencias de peligro, desvalimiento y dependencia, marcaran la necesidad de ser amado que el ser humano ya nunca podrá abandonar"<sup>45\*</sup>

Según Alizalde, en "La clínica con la muerte", los momentos que enfrentamos nuestra condición de ser mortales acaecen en toda la vida, tarde o temprano, ya sea frente a un accidente, enfermedad, envejecimiento entre otros.\*

<sup>45</sup> Freud, S. (1989) (1926 [1925]) *Inhibición, Síntoma y Angustia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo XX, p.146.

\*Aclaración de la autora: (este punto se profundizará en los capítulos siguientes cuando hablemos de trauma y angustia).



“La vivencia de una enfermedad, y más si es asociada cercanamente con la muerte, es de amenaza, se despiertan fantasías primarias depresivas, paranoides, penosas por un lado y enriquecedoras por el otro. El yo recibe una sacudida que lo enfrenta a su condición perecedera y da lugar a la elaboración y resignificación de la historia vivida. Se redimensiona el pasado y se relativa la existencia.”<sup>46</sup>

Freud, en “El malestar en la cultura”, señala que el ser humano tendrá que enfrentar a lo largo de su vida episodios de sufrimiento o “muertes parciales”, como menciona Alizalde, que resignificarán otras anteriores heridas narcisistas, donde se tendrá que realizar un proceso de duelo a partir del principio de realidad, que permita, finalmente, inscribir como recuerdo al objeto perdido, desinvertirlo (puede ser un ser amado o un ideal o abstracción equivalente, una condición), y recuperar el interés por el mundo exterior.

Podemos mencionar entonces que frente a situaciones vitales, como por ejemplo, situaciones que ponen en peligro la supervivencia o la integridad personal, situaciones de amenaza (la pérdida de salud frente a una enfermedad), o en las que hay en juego un quebranto importante, se producen efectos psíquicos que son de diferente índole. La angustia es una reacción emocional que surge ante situaciones de alarma, o situaciones ambiguas, o de resultado incierto; por ejemplo un posible diagnóstico de enfermedad que prepara o alerta para actuar frente al peligro. Esta reacción se vive generalmente como una experiencia desagradable ya que se presenta a partir de una amenaza para los propios intereses de un sujeto y se constituye, en el mejor de los casos, en una exigencia de trabajo para dar trámite a lo que afecta al psiquismo. Sin embargo, lo traumático de puntuales situaciones como las que tienen que ver con la enfermedad, impiden que los recursos personales del sujeto que sufre se dispongan con el fin de buscar, a partir de elementos de realidad, una respuesta a los padecimientos.

### **2.3.1 La relación de la enfermedad y la muerte**

Las ideas y afectos que tendremos en relación a la muerte estarán determinados por el contexto sociocultural. Morir podría ser considerado entonces como una

---

<sup>46</sup> Alizalde (1995) Op.cit.p.37

\*Aclaración de autora: (Esto se desarrollará en capítulos siguientes, cuando tratemos sobre el trauma y la angustia)

experiencia de trascendencia, una etapa natural y familiar o puede ser rechazada, negada y concebida como algo terrible, que produce temor, hasta el punto de que es algo que preferimos ni nombrar.

"(...) En las sociedades más industrializadas, la muerte ha ocupado el lugar de la sexualidad, como interdicción mayor. Técnicamente admitimos que podemos morir, compramos seguros para preservar a los nuestros, pero en realidad en el fondo nos sentimos inmortales. (...) se produce un desplazamiento material del sitio de la muerte, de la casa al hospital, la iniciativa pasa del moribundo y la familia, al médico y al equipo hospitalario, así expropiada de su lugar, la muerte se enajena".<sup>47</sup> En este sentido Alizalde, refiere que a la representación de la muerte se opone, desde una concepción que se funda en la cultura, la representación de la vida. Esta última es pensada a partir de una imagen naturalizada en la que se presenta a la salud y a la juventud como sinónimos de felicidad. Entonces la enfermedad, la vejez y la muerte vendrían a arruinar ese ideal de vida constituyéndose en "antinaturales". Deben, entonces, ser ocultadas y disfrazadas como algo vergonzante. La muerte de alguna manera está prohibida, mas aun donde priman los valores narcisistas de felicidad.

La autora puntualiza que en el caso del paciente con cáncer o con sida, el orden socio-cultural los considera marcados por la muerte, por lo "maligno" y por la negatividad. "La muerte entonces, desnaturalizada y desafectada, desmentida, es reconocida como algo de lo externo, algo que le pasa siempre a los otros o a nadie, y ocurre solo por alguna circunstancia "habrá hecho o algo le habrán hecho".<sup>48</sup> En relación a esto Freud en su artículo "De guerra y muerte" de 1915, plantea que existe una gran diferencia entre la muerte de uno y la muerte de otro, la propia muerte no se puede concebir. En el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad, por la condición que se halla implícita en la definición eminentemente tópica de lo inconsciente, en la que no cabe el registro de aquello que no es, en tanto tal, y, por ende, no existe posibilidad de representación de la muerte. La persona no se preocupa tanto por su propia muerte, la muerte es ante todo la ajena y vivimos en negación, pensando "a mí no me va a pasar", cuando llega una noticia como una enfermedad la cual nos

---

<sup>47</sup> Alizalde, Op.cit. p.45

<sup>48</sup> Ibíd., p.47



enfrenta con un cuerpo vulnerable, con un mal, algo de esa muerte negada, desconocida, se hace presente y sorprende.

La enfermedad es la marca de “ser mortal”, una situación que aproxima al sujeto a la idea de su finitud a través de experiencias o vivencias directas que lo ponen en contacto con su estado viviente de ser perecedero, inmortal, una pérdida, donde atraviesa una experiencia de ruptura con la imagen de un cuerpo entero y sano. “La vulnerabilidad corporal se manifiesta (...) Se sigue adelante, se niega, se apela a los mecanismos defensivos más variados, pero la marca está o estuvo y el psiquismo recibió señales de un saber que hiere y a la vez enseña, un saber que teje el delicado hilo de la sabiduría, por un lado, pero que obliga dolorosamente a través de los senderos psíquicos de la castración.”<sup>49</sup>

## **2.4 Mitos, creencias, y fantasías para diagnósticos como cáncer o HIV-Sida, y su relación con el virus del papiloma humano**

Cuando se plantea hablar del HPV (virus del papiloma humano) y se va indagando sobre esta enfermedad, los datos e información nos acercan a la relación que tiene este virus con el cáncer de cuello uterino por un lado y por el otro con las enfermedades de transmisión sexual (ETS), es así que frecuentemente se hace la asociación con la enfermedad de este tipo más conocida y más temida, como es el HIV- SIDA. Por tal razón se vio la necesidad de ahondar en los significados, discursos, mitos y creencias que se construyen a partir de estos dos tipos de enfermedades (cáncer y ETS- Sida) para entender en el contexto en que se enmarca el virus del papiloma humano.

### **2.4.1 Una aproximación al cáncer**

Es importante revisar el significado, y las representaciones que se generan alrededor de la palabra y diagnóstico de cáncer, ya que puede ayudar a identificar si muchas fantasías, miedos y temores alrededor de lo que esta enfermedad puede significar, puede tener relación con la llegada tarde de las pacientes a la consulta médica, así mismo los efectos psíquicos que puede causar nombrar y escuchar esta palabra en un diagnóstico. Un médico, o un profesional de salud no podrá

---

<sup>49</sup> Alizalde, Op.Cit, p.37

desconocer o ignorar lo que ciertas palabras o enfermedades representan y los sentimientos y afectos que se manifiesta

A lo largo de la historia siempre hubo una enfermedad que para la gente tenía connotaciones mágicas, demoníacas o sagradas: en el tiempo de Hipócrates era la epilepsia; en la antigüedad, la lepra; en la edad media, la sífilis y las pestes que asolaban Europa. En la actualidad es el cáncer la enfermedad "tabú," es decir prohibida o restringida, a pesar del desarrollo científico actual. "Cáncer es una palabra no científica que tiene varios significados, pero en la medicina se deriva, de los términos latino y griego: *cancrum* y *karkinos*, respectivamente, que significa cangrejo, utilizado por los médicos de la antigüedad al observar la similitud de los tumores malignos con este animal. Es una enfermedad muy antigua y se puede encontrar en el reino animal y en el vegetal. También esta palabra se usa en sentido figurado como un mal moral y lo tenemos presente en el cuarto signo del zodiaco que según como se presenta así es interpretado en bien o en mal."<sup>50</sup>

Según algunas investigaciones, como la realizada en el Hospital Provincial Docente de Oncología en Camagüey-Cuba (2006), el cáncer es una de las enfermedades con mayor impacto psicológico por el mal pronóstico o "malos augurios" que se han ido construyendo alrededor de su nombre, es visto como un presagio, no sólo de proceso doloroso y muerte, sino también de mutilación. En este sentido, el diagnóstico y la misma palabra cáncer, produce miedo y representa para muchas personas una imagen de soledad, abandono y desamparo, sumándole que no se puede definir la causa y origen preciso, lo que angustia más aún a las pacientes, y en su búsqueda de respuestas muchas veces se presentan mecanismos paranoides, de culpa (asociada al castigo) y búsqueda de responsabilidad.

A pesar de que el cáncer es una enfermedad grave, con elevada mortalidad, existen otros padecimientos tan graves y tan frecuentes como este. Sin embargo el tabú y los mitos alrededor del cáncer son tan arraigados que aún se les niega la verdad a los pacientes, y se le atribuye una evolución fatal, así como una incurabilidad que se relaciona con profundas alteraciones de la persona (físicas,

---

<sup>50</sup> Mendoza del Pino, (2006) M. *Alguna reflexiones sobre el tabú a la palabra cáncer*. Hospital Provincial Docente de Oncología "Madame Curie". Camagüey-Cuba. Disponible en: [www.amc.sld.cu/amc](http://www.amc.sld.cu/amc)



sexuales, laborales, sociales, económicas y familiares), por esto, por el peso connotativo y simbólico que posee el término la sola mención o el evocar la palabra cáncer o su posibilidad provoca un impacto emocional de gran magnitud.

“La enfermedad oncológica por su incidencia y prevalencia, por sus características de gravedad, por las de sus tratamientos y también por su ominoso significado cultural que a pesar de los avances de la ciencia y de la técnica aún hoy se mantiene, puede ser conceptualizada como un acontecimiento traumático que impacta en la vida de los que la padecen generando intentos de elaboración que se traducirán en conductas ajustadas o desajustadas a la situación.”<sup>51</sup>

Algunas investigaciones revelan que los enfermos de cáncer presentan tres veces más trastornos psiquiátricos que la población general y dos veces más que los enfermos con otras patologías somáticas, salvo el SIDA, (PSYCOG- Derogatis-1983). Debido a la importancia de la repercusión emocional de esta enfermedad, se fue desarrollando una subespecialidad, la Psicooncología, que se dedica al estudio e investigación de los aspectos psicosociales de las personas enfermas de cáncer y de las intervenciones psiquiátricas y psicológicas orientadas sobre todo, a mejorar la calidad de la vida de dichos pacientes.

Es fundamental entonces, trabajar sobre los nuevos significados y la posibilidad de dar nuevos sentidos, el cáncer deberá entenderse sobre todo como una enfermedad prevenible, que debe diagnosticarse y tratarse a tiempo, que es curable y un mejor pronóstico dependerán de que tan rápido se diagnostique y trate adecuadamente. El cáncer vivenciado como tabú o estigmatizado incide en que muchas actitudes básicas en la prevención y la curación no funcionen. A pesar de una mejor información actual sobre esta enfermedad, los profesionales no están preparados para enfrentar la situación de cómo entregar el diagnóstico de cáncer al paciente; tanto mencionar la palabra sin el contexto y preparación adecuada, como nombrarla a la ligera con el afán de prevenir en base al miedo puede causar efectos iatrogénicos en los pacientes.

---

<sup>51</sup> Vidal y Benito, (2006) *Psicoterapia en Psicooncología: Un modelo dinámico focalizado combinable con psicofármacos*. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 13, N° 3, noviembre de 2006, págs. 31 a 56.

### 2.4.2 Enfermedades sexualmente transmisibles y el diagnóstico de HPV

Las enfermedades sexualmente transmisibles (ETS) en muchas ocasiones tienen un carácter "vergonzante" y "moralizante", que las enmarca en el ocultamiento, además enfermedades como el sida comparten con el cáncer el estigma de enfermedad mortal, que afecta además, en su mayor parte, a personas entre 15 y 40 años. "Salvo en la guerra, no existe en la era moderna otra situación donde masivamente mueran individuos jóvenes".<sup>52</sup>

Aparecen en escena las llamadas ETS o Infecciones de Transmisión Sexual, principalmente con el surgimiento del VIH, como pandemia, desde donde se empieza a reconocer el impacto de otras infecciones de transmisión sexual, las mismas que son consideradas problemas de salud pública a nivel regional, a pesar de que las instancias de la salud de los estados han creado, históricamente, estrategias para evitar su propagación. Lo desconocido, las dudas, los problemas y preocupaciones relacionadas con lo sexual parecen manifestarse en este período de transición, como amenazas al bienestar y a la calidad de vida. Las respuestas sanitarias a estos problemas indican ese temor, en el sentido de que las infecciones quebrantan no solo la salud sexual, sino también, y por ende "la salud en general de la persona, la familia y la sociedad.(...) El sexo seguro aparece como una respuesta ante la inseguridad y el pánico ante las nuevas pandemias sexuales que manejan la seguridad de la sociedad, y son discursos que parten de la reflexión de la constante propagación del VIH, contraído a través del contacto sexual sin protección, y que según los cálculos de la OPS en la región, ha resultado en 2.5 millones de personas infectadas."<sup>53</sup>

Desde la normatividad del discurso médico, aparece esta nueva visión sobre la salud sexual, tratar a las infecciones de transmisión sexual desde un enfoque sindrómico y epidemiológico; es decir que, "una vez conocidos los problemas que son parte de la salud sexual, personal, familiar y social, puedan ser clasificados según el riesgo que representan, y enfatizar bajo la prevención y cuidado con el que deben actuar las personas, en sus comportamientos y

<sup>52</sup> Cahn.P, Cahn R, et. Al [1992 [1994]]. *PSIDA, un enfoque integral*. Psiquiatría, Psicopatología y Psicopatología, Paidós, Buenos Aires-Argentina, p. 19-20

<sup>53</sup> Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2000) *Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción*. Actas de una reunión de Consulta convocada por: OPS y OMS, en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS). Guatemala: OPS- OMS, p.15.



valoraciones, tomando en cuenta el alto riesgo que representan para la estabilidad y el desarrollo económico y social.”<sup>54</sup> En este sentido, el sexo seguro implica un control sobre las infecciones transmitidas sexualmente, basado primordialmente en principios médicos, que deben hacerse públicos para que la población pueda acceder a normas de cuidado y prevención.

### **2.4.3 ETS: el caso del virus de papiloma humano (HPV)**

Tras casi cuatro décadas, la información médica recopilada ha sugerido permanentemente una estrecha vinculación entre prácticas sexuales, estilo de vida, HPV y cáncer de cuello uterino. Al parecer las prácticas sexuales son un factor de riesgo para el aumento de la infección y de la enfermedad, si éstas son ejercidas antes de los 18 años de edad, con el “agravante” de la multiplicidad de parejas sexuales. Esto se menciona en los múltiples textos e investigaciones sobre el virus del papiloma humano.

“Tanto el cáncer invasor del cuello uterino como sus lesiones precursoras siguen un patrón típico de enfermedades sexualmente transmitidas, de tal forma que el comportamiento sexual implica un riesgo definitivo. Se incluyen factores, como el inicio de la vida sexual a edad temprana, múltiples parejas sexuales, muchos embarazos, promiscuidad de la pareja sexual y enfermedades de transmisión sexual”<sup>55</sup>

Al hablar de prevención, de esta y de otras infecciones de transmisión sexual, es recurrente encontrar en los discursos médicos, tanto para adultos, como para adolescentes, que las medidas más eficaces son evitar las relaciones sexuales, la monogamia (que en algunos casos se traduce como fidelidad) y el uso de anticonceptivos de barrera o preservativos. Igualmente, la recomendación directa que plantean los trabajadores de salud, en programas públicos destinados a la prevención, es que “para reducir el riesgo de cáncer cervical, se recomienda que todas las mujeres limiten el número de parejas sexuales, así como el uso del

---

<sup>54</sup> P.Cahn. et al. Op.cit. p.45

<sup>55</sup> Hinojosa y López (2000), *Lesiones pre invasoras de cuello uterino* En: Manual de Oncología. Procedimientos Médico- quirúrgicos. P. 362. México: McGraw Hill Interamericana Editores S. A de C. V.

preservativo o del diafragma y el consumo periódico de ácido fólico y alimentos que contengan vitaminas A y C."<sup>56</sup>

Se va construyendo el discurso médico frente al HPV, y el discurso del sexo seguro a partir del apareamiento del VIH, como una de las principales epidemias de transmisión sexual, esto condujo a que los epidemiólogos y profesionales de salud pública, con especialización en enfermedades infecciosas, se hayan enfocado en los estudios de "comportamientos sexuales de riesgo". Así, según los discursos del sexo seguro, las infecciones de transmisión sexual son las únicas enfermedades que se adquieren con placer, aquellas que se adquieren a través de prácticas sexuales, con personas infectadas, de constante incremento a nivel mundial pues están relacionadas a patrones de comportamiento promiscuo.<sup>57</sup> Si bien se reconoce que las infecciones de transmisión sexual han estado presentes desde siempre, se señala que su prevalencia es mayor en las últimas décadas y se ha hecho visible con el aumento de virus del HIV y Sida.

Por otro lado, uno de los puntos principales dentro de las discursividades de la sexualidad saludable, es la constante reiteración de la importancia de "tomar conciencia" y de la responsabilidad de la pareja. En esta forma, se presenta al tratamiento en el marco de acción a realizarse en pareja, pero hay un claro énfasis a mostrar ciertas infecciones como un problema eminentemente femenino. Los discursos de "riesgo y pánico" como menciona Quintana, M. (2008), en su libro "Sexo seguro, cuerpos disciplinados" enfocan el tema de la salud y de la sexualidad como cuestiones de vigilancia y control, pero a través de la generación del temor y del pánico, como formas de prevención y control. Es un tipo de discurso que aborda fundamentalmente las consecuencias de la enfermedad, advierte en los peligros y propone alternativas de tratamiento, que aunque no se mencionen como tales, están ligados a la publicidad farmacéutica. El discurso médico establece su orden a partir de esto también, y es así que en este intento, el

---

<sup>56</sup> Clark, J (1999) Clark, "Cáncer ginecológico" En: *Enfermería Oncológica*. Vol.1. Cap. Otto, Shirley (Comp.) España: Harcourt Brace de España, p.200.

<sup>57</sup> Enfermedades venéreas Posteriormente la Organización Mundial de la Salud las denomina E.T.S (enfermedades de transmisión sexual) y posteriormente se cambia a la denominación a ITS. (infecciones de transmisión sexual), ya que no todas las infecciones se manifiestan en enfermedades, sin embargo están presentes en el cuerpo.



nombrar en un diagnóstico o pronóstico la posibilidad o riesgo de cáncer es casi inevitable.

Así mismo, y en el caso del Papiloma Virus Humano, “una de las infecciones transmitidas sexualmente que más afectan a las mujeres”, como se menciona en diferentes medios y espacios, la amenaza y el riesgo de cáncer, el control y la responsabilidad de su propia salud y bienestar, aparece en relación al cuidado y control que pueda o “debe” tener la mujer respecto de su sexualidad y es ella la especial responsable de evitar la transmisión, aún a pesar de que el otro miembro de la pareja, si es que la hubiera, haga el tratamiento. Las recomendaciones y causas de la enfermedad, coinciden con la solución, sobre todo en las prácticas monogámicas.<sup>58</sup>

No obstante, si se mira en retrospectiva, y teniendo en cuenta que las infecciones de transmisión sexual han sido una constante en las sociedades, el nuevo enfoque que se da a la sexualidad, aparece como un mecanismo que no solo genera información y publicidad farmacéutica masiva, sino también el temor, el miedo; un temor que se apuntala en el panorama de las pandemias, en especial al VIH/ SIDA y pero aun si tiene relación con el cáncer también. Esta dinámica además se maneja en relación a los mismos discursos de poder, es ese mismo saber- poder, el que debe encargarse del control y de la regulación del riesgo a través de la aplicación del conocimiento científico- médico, en este caso.

---

<sup>58</sup> Quintana, M.S, *Sexo seguro, cuerpos disciplinados*, Flacso-Ecuador-Sede Ecuador, 2008, Ed. Abya Ayala.

### **CAPÍTULO III: DISPOSITIVO INTERDISCIPLINARIO DE DEVOLUCIÓN CONJUNTA DE INFORMACIÓN DIAGNÓSTICA: AYER Y HOY**

#### **Presentación**

Se ha investigado a lo largo de los últimos años el efecto desencadenante del cáncer sobre los afectos y emociones, se han abordado temas como: el impacto emocional, las consecuencias de la comunicación o sospecha de un diagnóstico de cáncer, el impacto traumático de la enfermedad neoplásica (desarrollo de la enfermedad oncológica), trastornos de ansiedad por estrés postraumático, las secuelas psicológicas, especialmente síntomas de ansiedad, depresión, o malestar psicológico en pacientes con cáncer, los trastornos mentales en pacientes con cáncer, o la carga emocional que desencadena en los familiares del paciente. Esto en relación a enfermedades asociadas con un riesgo de "mortalidad", del HPV no se ha profundizado mucho.

Por otro lado, se ha estudiado también la posible relación inversa, es decir si las emociones pueden desencadenar o al menos influir en un proceso hacia la enfermedad, esto en relación al papel que cumplen ciertos sucesos o acontecimientos estresantes o traumáticos (accidentes, pérdidas o procesos de duelo, violencia intrafamiliar, entre otros) en la vida de una persona previos al desarrollo del cáncer, el papel de la depresión u otros factores de vulnerabilidad para una persona.

No se ha dejado de estudiar tampoco, el efecto beneficioso del vínculo médico-paciente y del tratamiento o acompañamiento psicológico para un mejor pronóstico y evolución de la enfermedad. Y es en este escenario es donde se desarrollan las múltiples investigaciones realizadas por el equipo del Hospital Bernardino Rivadavia de la ciudad de Buenos Aires, y en donde se enmarca tanto el dispositivo de devolución de información diagnóstica, como el presente trabajo.

El dispositivo de "devolución diagnóstica" viene siendo evaluado desde hace más de 10 años en el Servicio de Ginecología del Hospital Rivadavia, sin embargo el primer trabajo de investigación cuantitativo y cualitativo sobre este tema se realizó en el año 2002: "Modalidad interdisciplinaria para informar a los pacientes el diagnóstico de enfermedades oncológicas en la Sección de Patología Cervical del Servicio de Ginecología del Hospital Municipal Bernardino Rivadavia



de Buenos Aires, Argentina" (Gurrucharri, C.; Bagnati, E.; Talgham, C.; Tropp, A et al.), en el cual se describe el funcionamiento de este método novedoso en el servicio para brindar información a pacientes a las que se les diagnosticó una enfermedad oncológica.

Este trabajo, al igual que investigaciones posteriores o trabajos presentados en diferentes ámbitos científicos, concluyen que el dispositivo de devolución es altamente eficaz en cuanto a la adhesión del paciente al tratamiento, la disminución del uso de analgésicos, aportando a mejorar la calidad de vida de la paciente. Se resalta la importancia de una información "adecuada", definiéndola como "el esfuerzo por particularizar, calibrar la situación objetiva y valorar también la subjetiva en el momento de la información". Asimismo, en el contexto de la relación equipo de salud - paciente y su entorno, se plantea que el correcto manejo de la información influiría en el éxito o el fracaso de esta relación, estimulando o dificultando el establecimiento de una alianza terapéutica tanto entre el equipo de salud y la paciente, como con su entorno.

### **3.1 Descripción del dispositivo de devolución conjunta de información diagnóstica, oncológica, pronóstica y terapéutica (corresponde a las siglas DCIDOPT):**

Desde el año 1997 hasta la actualidad, en la Sección Patología del Tracto Genital Inferior (TGI) y Colposcopia (conocida como Patología Cervical), articulado con el Servicio de Ginecología del Hospital Rivadavia, se utiliza la comunicación diagnóstica con una modalidad interdisciplinaria de información terapéutica y pronóstica para las pacientes con enfermedad oncológica del TGI llamada Devolución Conjunta Interdisciplinaria de Información Oncológica Diagnóstica, Pronóstica y Terapéutica y que llamaremos "devolución diagnóstica" desde ahora en adelante.

¿Cómo entregar un diagnóstico, o más bien cómo entregar un diagnóstico oncológico? Esa era la pregunta que desde un pensamiento interdisciplinario se planteó el servicio de Ginecología del Hospital Bernardino Rivadavia para proyectar alguna solución frente a lo que estaban experimentando con las pacientes que debían recibir determinados diagnósticos. Es así que se decide

implementar en el año de 1988 este dispositivo de devolución, que intentaría cumplir una función estratégica dentro de la institución hospitalaria para responder a una urgencia, y a lo que los profesionales de salud de esta institución llamaron en ese momento, "la resolución de cómo dar la mala noticia".

Esta metodología para la información de diagnósticos oncológicos fue innovadora en la república de Argentina, y fue trabajada por los médicos y psicólogas de la Sección de Patología Cervical y Servicio de Ginecología del Hospital Bernardino Rivadavia de la ciudad de Buenos Aires. Este dispositivo, según el equipo del hospital, fue diseñado con la intención de "atenuar" el impacto traumático que implica tanto recibir como dar la "mala noticia": el diagnóstico oncológico. El objetivo del dispositivo se dirige a que la paciente y su familiar-acompañante, "comprendan" el diagnóstico de cáncer y sus tratamientos, es decir un "mejor procesamiento y enfrentamiento de la información diagnóstica recibida, direccionado tanto hacia el plano informativo - cognitivo, como al plano inconciente - emocional, generando entonces, un espacio de contención que permita desplegar dudas, emociones, miedos."<sup>59</sup>\*

En el dispositivo de "devolución diagnóstica" participan algunos actores: un médico, una o más psicólogas del servicio de ginecología, la paciente, familiares y/o amigos. Muchas veces asisten otros médicos de otras especialidades, pasantes, residentes o invitados de otras instituciones. La paciente es citada para la "devolución diagnóstica" cuando concurre a retirar el resultado de un examen de Papanicolaou o el resultado de alguna otra biopsia (muestra de tejido para análisis más profundos) que confirma un diagnóstico médico, se le pide en ese momento que venga acompañada. Desde aquí empieza la sospecha de que "algo" no está bien, y es con este malestar y angustia posiblemente con lo que viene a la devolución diagnóstica cada paciente y en muchas ocasiones también su acompañante.

---

<sup>59</sup> Guinzburg, M., Talham, Cc; Tropp, A. (Octubre 2004). *Acerca de la relación médico-paciente en oncología, dar la mala noticia*. Trabajo presentado en las XX jornadas Anuales: Psicoanálisis de las configuraciones vinculares. Buenos Aires, Argentina.

\* Profesionales del Hospital B. Rivadavia que implementaron el Dispositivo de "devolución diagnóstica", han desarrollado múltiples estudios e investigaciones y aún algunos siguen trabajando y produciendo material de investigación, en el área de ginecología y patología cervical.



El trabajo interdisciplinario no es sencillo, porque implica un trabajo articulado de varias disciplinas y personas, el objetivo es trabajar en un abordaje integral y no individual, en este sentido, el dispositivo propone que el médico informe el diagnóstico y lo que éste implica, de manera clara, con un lenguaje sencillo y accesible, evaluando qué decir y cómo decirlo. Informa además la metodología diagnóstica, es decir si faltan estudios o pasos a seguir para completar o confirmar el diagnóstico y en algunos casos se propone ya los posibles tratamientos y pronóstico de la enfermedad.

Por otro lado la psicóloga se incluye con el objetivo de mediar entre el discurso médico y el de la paciente, habilitar el despliegue de emociones, dudas, mitos, creencias y facilitar la comunicación, la posibilidad de poner en palabras cierta angustia frente al dolor, la enfermedad, la muerte o cualquier fantasía que se presente. Acompaña al médico al informar el diagnóstico y a la paciente a asimilar o elaborar la noticia. Se constituye en un “traductor/a” entre el lenguaje médico y el de la paciente – familia. Además, mediante la escucha, entrevistas y la observación, se menciona la posibilidad de detectar variables de riesgo o vulnerabilidad, donde podrá intervenir para proponer un espacio psicoterapéutico con el fin de acompañar a la paciente o a su familia en el proceso de enfermedad, ya sea antes de una intervención hospitalaria, durante su tiempo en el hospital o en un seguimiento post hospitalario.

¿Ahora por qué son citados familiares de la paciente? Los profesionales de salud del hospital mantienen que es necesaria su presencia y soporte después de entregado el diagnóstico, ya que este provoca un impacto en la persona directa que la recibe, y en muchas ocasiones son los familiares quienes solicitan más información, piden aclarar dudas, interpretan ciertas conductas o palabras de la paciente o profundizan en alguna información. Esto permite un “puente” entre el discurso del ámbito médico o psi y la paciente que tal vez en ese momento le sea difícil comprender todos los procedimientos médicos. Los familiares se constituyen en muchas ocasiones en aliados de los profesionales de salud y en otras pueden obstaculizar la relación médico-paciente o transferir sus propias angustias y miedos a la paciente que recibe el diagnóstico.

En la concepción de este "dispositivo de devolución diagnóstica" se parte del reconocimiento de la singularidad de cada paciente, y como cada una utilizará distintos recursos psíquicos, dependiendo de la historia personal, herramientas y capacidad de elaboración para enfrentar una nueva crisis vital, en este caso una enfermedad, algo sorpresivo, no esperado. El diagnóstico viene a ocupar el primer impacto, como se mencionó en el anterior capítulo, además de lo que puede representar para cada persona la propuesta de diferentes tratamientos, todos implican algún tipo de cambio, que promueven fantasías, culpa, temores, y es por esto que se plantea la necesidad de un trabajo interdisciplinario de acompañamiento, elaboración y seguimiento.

En este contexto el manejo de la información a dar, a entregar o a "devolver" como se menciona para este dispositivo, descansa sobre tres pilares básicos propuestos: "Qué decir, cómo decirlo y cuándo decirlo", estos tres elementos estarán determinados por las características de todos los participantes de la devolución diagnóstica que se mencionaron anteriormente, pero sobre todo según los autores, por las características de la paciente y de su entorno. "¿Qué decimos? la verdad, teniendo en cuenta la capacidad de elaboración de cada paciente. ¿Cómo decirlo? Damos la información en forma oral, ayudándonos con gráficos o dibujos. Dejamos constancia escrita de lo informado en la historia clínica de la paciente, tratando también de dejar registrada su reacción y la de sus allegados. ¿Cuándo informar? En el momento en que la paciente viene a buscar su diagnóstico. En ese momento es citada a la entrevista. Pero la información debe ser dada siempre, de manera constante, a medida que vayan avanzando los estudios, surjan nuevos diagnósticos o que a la paciente o a su grupo de allegados les surjan nuevas inquietudes."<sup>60</sup> Se menciona también, que es muy útil para la paciente y su familia la invitación a comentar con sus propias palabras la información recibida, lo cual permite dar cuenta de que es lo que se ha comprendido o interpretado de la información entregada.

Dentro de las estrategias planteadas en el dispositivo, se recurre a la entrega de información en pequeñas dosis, "verdad gradual y acumulativa"

<sup>60</sup> Gurrucharri, C., Talgham, C. et al. (2001). *Devolución oncológica: nueva propuesta en el tracto genital inferior*. Congreso Internacional de Patología del tracto genital inferior y colposcopia. XXX Reunión anual. Buenos Aires. Noviembre 23 al 26 Fr. 2001.



dependiendo como cada paciente-familiar pueda ir recibéndola, y cómo va apareciendo la necesidad de informar en el proceso tanto de la enfermedad como del tratamiento. Así mismo establecer reuniones del equipo interdisciplinario previas para acordar lo que se dirá, manteniendo la premisa de adecuarla a cada paciente.

En este contexto, se propone un espacio donde la paciente pueda expresar todo esto que está sintiendo, lo que se está preguntando o fantaseando acerca de la enfermedad. Para este fin se diseñó e implementó un espacio especializado, un consultorio donde se realiza este encuentro; un lugar cómodo, alejado de ruidos, con una decoración agradable, intentando facilitar la contención de la paciente y su acompañante, tanto desde lo físico como emocional. \*61

Durante los años 1997 y 1998, las "devoluciones diagnósticas" fueron realizadas a las pacientes cuyos diagnósticos eran LIE de Alto Grado y Cáncer invasor del TGI (Tracto Genital Inferior). A partir de 1999 se extendió a pacientes con diagnóstico de Displasia Leve o CIN I (LIE de Bajo Grado) del TGI, sin realizar las "devoluciones diagnósticas" por medio de este dispositivo a las pacientes sin displasia o las que tienen menor patología. La población de pacientes que se atiende en el servicio es muy heterogénea con respecto a nivel de cultura, situación social y educación. Desde hace algunos años atrás, se atiende a muchas mujeres de países limítrofes, algunas de estas pacientes llegan después de haber pasado por anteriores instituciones, muchas de ellas ya con algún tipo de diagnóstico, y otras solo con el relato de una mala experiencia.

Las devoluciones diagnósticas dentro del encuadre de este dispositivo se realizaban en los consultorios externos de patología mamaria, patología cervical y oncología ginecológica, ahora sólo solo se mantiene en patología cervical, es decir en la Sección Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia. Aquí participan tanto profesionales de la salud como de la educación, ya que se abre un espacio para charlas y talleres educativos a pacientes que están en sala de espera para realizarse exámenes ginecológicos. Estos espacios apuntan a informar, reflexionar

---

\* Comentario de la autora: Sin embargo a pesar de mantener a través de los años de utilización de este dispositivo, este espacio con estas características, actualmente contrasta mucho con el mal estado de la edificación e instalaciones hospitalarias, así mismo con un discurso incongruente entre la contención que se intenta en este tipo de espacio y el trato que muchas pacientes dicen recibir de algunos de los profesionales de salud de la institución (fuera del dispositivo), antes o después de conocer su diagnóstico.

sobre mitos, miedos y temas desconocidos tanto de temas puntuales como anatomía, específicamente funcionamiento y localización de los órganos reproductivos, como de sexualidad y otros temas de interés de las pacientes. A su vez se informa sobre como son y que esperar de los exámenes y procedimientos médicos. Ahora si bien la interdisciplina es un objetivo común, importante y que agrega valor al servicio, aún se mantiene con muchas dificultades y obstáculos.

Después de realizar la descripción del dispositivo, es importante mencionar algunos de sus resultados y experiencias en estos años de funcionamiento. Una de las últimas investigaciones realizadas en el Hospital Rivadavia, Sección Patología Cervical y Servicio de Ginecología, en la que participaron varios autores ya mencionados entre ellos el Dr. Mario Lowenthal, Lic. Ana Tropp, Lic. Marga Guinzburg, Dr. Enrique Bagnati entre otros, autores e investigadores principales que participaron en la implementación y evaluación del dispositivo diagnóstico y de la articulación interdisciplinaria (1997), demostraron a través de estudios de casos que la deserción al tratamiento de las pacientes con patología oncológica del TGI (tracto genital inferior), fue menor en aquellas que concurrieron a la devolución oncológica con respecto a las que no lo hicieron.

Así mismo se puntualizó las razones por las cuales era muy frecuente que una vez comunicado el diagnóstico, muchas personas deserten o no continúen con los tratamientos necesarios e indicados. Según los resultados de estos estudios, la devolución diagnóstica a través de este dispositivo y su metodología crearía en la paciente mayor conciencia de enfermedad, mejor tolerancia y aceptación a estudios diagnósticos, logrando la conformación de un vínculo entre la paciente, su familia y el equipo profesional y en consecuencia mejores resultados pronósticos y terapéuticos.

Este vínculo y acompañamiento sostenido entonces, permitiría evidenciar que dentro de la devolución existe un antes y un después de la entrega de información y que la desaparición de la angustia por el "no saber" y la mitigación de ciertas fantasías y miedos, permite que la paciente y sus familiares puedan afrontar los estudios y tratamientos propuestos. Después de un estudio comparativo en un periodo de 5 años, desde 1997 al 2002, en el Servicio de Ginecología del Hospital B.Rivadavia, a través de un registro sistemático en la



Sección Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia, sobre 462 diagnósticos oncológicos del TGI, se realizaron 292 devoluciones diagnósticas, de estas “el 92% de las pacientes que participaron accedieron al tratamiento, así mismo “ (...) comparando pacientes que sufren una misma operación, las que tuvieron devolución conjunta oncológica solicitaron menor cantidad de analgésicos.”<sup>62</sup>

Profundizando investigaciones previas, la autora C. Talgham en la investigación del año 2007, “Beneficios de la aplicación de la DCIDOPT en pacientes oncológicos en el marco de una propuesta psicoanalítica: sobre alianzas y transferencias” plantea los conceptos de “Alianza Terapéutica” desde la psicoterapia y “Transferencia” desde el psicoanálisis, para analizar desde este abordaje la adhesión o conflicto de pacientes a los distintos tratamientos médicos propuestos. Expone en su trabajo que “(...) al identificar estos factores, se puede permitir predecir y corregir “déficits” en la relación médico-paciente y transformar dichos obstáculos en instrumentos.”<sup>63</sup> Esto implica fortalecer una relación de confianza y respeto entre terapeuta, médico y paciente, por un lado y una alianza de trabajo por el otro, lo cual permitiría habilitar y fortalecer los tratamientos iniciados.

Menciona a su vez que en el contexto de la relación equipo de salud - paciente y su entorno, su posible “alianza terapéutica” y el correcto manejo de la información adquirirá una importancia fundamental, que influirá en el éxito o el fracaso de dicha relación, lo que en definitiva, condicionará en buena medida el desarrollo del tratamiento. Expone que la información que debe recibir un paciente debe ser “adecuada”, apuntando al esfuerzo de ver las particularidades de cada paciente y de manejar con la misma importancia la situación objetiva, más propia del discurso médico, sin dejar de valorar también la subjetiva en el momento de la información, propia del discurso de la paciente y de lo ignorado en la persona del médico o profesional de salud.

---

<sup>62</sup> Lowenthal, M. Guinzburg, M., et al. (Septiembre 2002). *Menor deserción a los Tratamientos Indicados por Patología Oncológica del Tracto Genital Inferior Gracias a una Nueva Forma de Comunicación Interdisciplinaria de los Diagnósticos*. Buenos Aires: Rev. De la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, Vol. N° 953, p. 173-187.

<sup>63</sup> Talgham, C (2007), Op.cit. p.435

### **3.1.1 Recorrido servicio de ginecología en relación al dispositivo de "devolución diagnóstica":**

El equipo de psicología del servicio de Ginecología del Hospital Municipal Bernardino Rivadavia ha trabajado en el área de Oncología Genito- Mamaria desde su creación. A finales de los años 60, Ginecología se dividía en las áreas de Crisis Vitales (consultorios externos) y Sala, donde intervenía el equipo de psicología para trabajar con las personas internadas, desde la devolución diagnóstica hasta la culminación de su proceso hospitalario. A partir de este comienzo se fueron creando nuevas áreas en el servicio, por ejemplo Planificación Familiar en 1969, Adolescencia en el año de 1977, sin embargo es en 1988 cuando se sistematiza el trabajo, dejando en claro el objetivo de una asistencia interdisciplinaria. El servicio de ginecología del hospital Municipal Bernardino Rivadavia tiene entonces un recorrido de mucha experiencia en la asistencia interdisciplinaria ya que fue planificado y pensado desde esta visión, un abordaje "bio-psico-social" y fue en este contexto que se fue elaborando e implementando el dispositivo de devolución diagnóstica conjunta, con la inclusión del grupo de psicólogas en el equipo de salud, desde un inicio.

No obstante, y a pesar de esta concepción, actualmente, este servicio ha sufrido algunos cambios estructurales, y el área de Sala de Internación- Psicooncología, en donde se enmarca el "dispositivo" y metodología en mención, ha sido una de las secciones que más inestabilidad ha manifestado en los últimos años, tanto por la disminución en el equipo de psicólogas y profesionales de salud, como por los efectos y consecuencias directas de cambios administrativos, cambios estructurales y logísticos, así como por los diferentes momentos de crisis institucional hospitalaria. Es así que esta sección antes trabajaba con un equipo de psicólogas que acompañaban a la paciente desde el inicio de su proceso hospitalario, desde el mismo momento de conocer, discutir y entregar un diagnóstico, exámenes, internación y muchas veces aún después se mantenía una psicoterapia individual externa. Actualmente terapias grupales y familiares no son más parte del las actividades de esta sección y la participación en las "devoluciones diagnósticas" de una manera óptima e integral es limitada.



Actualmente el equipo forma parte solamente de la "devolución diagnóstica", siendo muy difícil un seguimiento hospitalario por el tiempo en que se demoran los estudios y exámenes, como las fechas de internación y de cirugía; en ese lapso muchas veces se pierde el contacto con las pacientes. El propósito es mantener la posibilidad de trabajar con las pacientes después del momento de devolución diagnóstica, lo que aporta para sostener el seguimiento hospitalario y la propuesta de prevención. En este sentido, se intenta lograr que este contacto permita dejar abierta la posibilidad de un futuro encuentro.

A pesar de los esfuerzos que realizan las y los profesionales que trabajan en estas áreas mencionadas, actualmente el dispositivo y su metodología como fue diseñada y concebida no está siendo implementada en su totalidad, y los cambios y dificultades institucionales se suman a esta situación. Se retomará esto mencionado, una vez que se analicen los casos seleccionados para esta investigación; donde será necesario tomar en cuenta el contexto social e institucional (ámbito hospitalario) donde se despliega este espacio propuesto de "devolución diagnóstica".

### **3.2 Aportes de investigaciones previas realizadas: cambios y avatares actuales**

La experiencia de la sección de Infectología del Hospital Fernández de la ciudad de Buenos Aires, donde desde 1982 se atienden casos de VIH-sida, permite enfatizar la importancia de la incorporación de profesionales psi, al equipo médico, no solo en un intento de mejorar el trabajo en prevención y tratamiento, pero también como recurso de interrogación sobre la interacción de "lo orgánico" y lo "psíquico".

A partir de encontrarse frente a una enfermedad posiblemente terminal o crónica, los especialistas en infectología debieron reaprender aspectos de cómo abordar e intervenir frente a este tipo de pacientes. "Un abordaje multi e interdisciplinario, además de correcto desde un punto de vista teórico, se planteó imprescindible en el intento de dar respuesta a la nueva situación. Si el Sida es virus, linfocitos, infecciones oportunistas, tumores, caquexia y demencia, no es

menos cierto que el SIDA también es sexo, droga, prejuicio, discriminación, temor al contagio, estigma, persecución, escarnio y aislamiento."<sup>64</sup>

En este recorrido se recalca la importancia de la inserción del psicólogo en el área médica, tema que no ha resultado fácil. Aún ahora es frecuente encontrar a profesionales médicos que carecen de una actitud de comprensión acerca de la importancia de un trabajo sostenido y articulado, así se recurre al psicólogo solo ante situaciones de desborde o angustia, donde seguramente es el mismo médico que se ve confrontado con una situación que no puede controlar. En muy pocas ocasiones se demanda una interconsulta en diferente contexto. En la mayoría de hospitales, los servicios de psicopatología centralizan la asistencia de la demanda psi, casi siempre esta llega por consultorios externos, y es muy poca la atención de pacientes internados con un acompañamiento desde el proceso de diagnóstico, internación y alta.

En los últimos años la presencia de profesionales psi en ciertas áreas como de las afecciones psicosomáticas, oncología, u otras especialidades fue creciendo, especialistas médicos vieron la necesidad de la inclusión de psicólogos para el trabajo interdisciplinario en enfermedades o epidemias como el sida que se caracteriza o depende del sistema inmunológico y entonces su pronóstico se relaciona con situaciones de vulnerabilidad y estado de ánimo. Una de las variables que pueden influir para una baja de defensas corresponde al orden psi. En relación a esto, en 1890 Freud sostuvo que "{...} los grandes afectos tienen mucho que ver con la capacidad de resistencia a las infecciones {...} La propensión a contraer tífus y disentería es mucho mayor en los integrantes de un ejército derrotado que en los triunfadores."<sup>65</sup>

Más adelante Freud menciona la importancia que adquieren estados de depresión, duelo y toda pérdida en general, cuando se refiere que los afectos en sentido estricto se singularizan por una relación muy particular con los procesos corporales, "{...} todos los estados anímicos, aun los que solemos considerar (procesos de pensamiento), son en cierta medida afectivos y de ninguno están

---

<sup>64</sup> Cahn, P et al. Op.cit. p.21

<sup>65</sup> Freud, S., (1886-1899) *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud Tratamiento Psíquico (Tratamiento del alma) (1890)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo I. p.119



ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos”.<sup>66</sup>

A partir de estas reflexiones en el Hospital Juan Fernández se propuso una alternativa posible, para abordar la problemática del VIH-sida. El equipo de servicio de infectología conformado por médicos rotantes, residentes de clínica, odontóloga y el equipo psi, compuesto por psicólogos/as. Responden cuando existe una demanda desde los consultorios externos, con la premisa de que este pedido de consulta también demanda de atención psi. Es por esto que habitualmente se realiza una “co-atención”, por un médico y un psicólogo, siempre que sea posible respetar este marco.

En la metodología que se plantea, en una entrevista con el/la psicóloga, se recaba alguna información sobre su educación, ocupación, familia, antecedentes de pérdidas y cambios significativos, hábitos, conductas que puedan implicar riesgo, su situación vital actual. La idea es tener una información previa que podrá complementarse más adelante con otras entrevistas o sesiones si se produce un seguimiento. El objetivo es la elaboración de estrategias de abordaje terapéutico más rápidos y eficaces, conociendo los riesgos o vulnerabilidad del paciente.

Una vez realizado el examen de serología (muestra de sangre para ser analizada), se ofrece un espacio de apoyo psicológico que puede seguir hasta el momento de la entrega del resultado, y es entregado por el equipo psi, donde se trabaja con los niveles de ansiedad que genera, como lo llaman estos autores, “la nueva toma de conciencia de situación.”

En esta etapa la información y el esclarecimiento alrededor de la temática SIDA es central, y la relación con el psicólogo facilita el acceso a la “noticia”. La entrevista de entrega de resultados, como en cualquier otra posible devolución diagnóstica, tiene una significación especial tanto para la persona que lo recibe como para la que comunica, “(...) deberá entonces condensar un difícil equilibrio entre las proporciones -lo mas exactas posibles- de información, contención, asesoramiento, silencio, comprensión y respeto (...) este proceso demanda un camino de aprendizaje mutuo.”<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> Cahn P. et al. Op.cit. p.115

<sup>67</sup> Ibid.p.117

Estas entrevistas se dirigen hacia el cuidado y la reapropiación del cuerpo, es decir se plantea la necesidad de preservar los intereses del sujeto, (proyectos, metas, objetivos), y lo que tiene que ver con precauciones específicas para evitar el contagio. En el caso de que sea seropositivo se plantea una psicoterapia mas sostenida, trabajo tanto individual, de pareja o con familiares para reforzar la contención familiar y social.

Para un sistema de salud centrado en la enfermedad, las respuestas se dirigen a contextualizar y nombrar patologías y pandemias apelando a alta tecnología, costosa farmacología, vacunas entre posibles respuestas. La propuesta del equipo del H. Fernández es desplazar la mirada desde la enfermedad a la salud y desde allí pensar el sida, el cáncer, el hpv, entre otros diagnósticos. De esta manera se resalta una intervención que se dirige hacia la prevención, sin embargo y a pesar de los buenos resultados e importancia, hasta ahora es donde menos se invierte. Los programas de prevención no son sistemáticos, sostenidos ni evaluados, menos aún en otros países de Latinoamérica como Ecuador. Es necesario apelar a espacios de abordaje interdisciplinario, que propongan alternativas frente al discurso del "miedo y control", y se enmarquen en una política de salud mental que fortalezca los intereses en prevención, atención, acompañamiento, asesoramiento y seguimiento integral.

A partir de estas investigaciones y experiencias previas que demuestran que los dispositivos creados para devolver diagnósticos ya sean de cáncer o HIV- SIDA, surgieron de posibles necesidades similares, intentando como objetivo principal atenuar el impacto de la noticia diagnóstica y abordando de una manera integral, para diferentes beneficios pronósticos y terapéuticos. Se resalta por un lado el apuntalamiento que estas dos propuestas tienen en el ámbito de la prevención y por otro lado, con una mirada crítica, se intentará delimitar ciertos obstáculos que permitan repensar o cuestionar los efectos de estos espacios y la aplicabilidad efectiva de metodología y enfoque de abordaje planteado; cuando se piensa en el abordaje de otras patologías o enfermedades.

Será necesario de todas maneras, que más allá de los dispositivos o metodologías que se puedan plantear, pensar o cuestionar, se profundice en la conceptualización que está detrás de estos supuestos. En este sentido, vale recalcar



Rivadavia, (Talgham. C, 2007), en el marco del dispositivo de devolución diagnóstica, donde se menciona la importancia de abordar a la enfermedad desde una concepción integral, donde se sitúe al cuerpo íntimamente ligado a la condición emocional, psicológica y social de sujeto, este se encuentre sano o sufriendo una enfermedad, ocupando la posición de tratante o de quien recibe tratamiento.

La autora C. Talgham, hace un recorrido en relación a la importancia del lugar que en algún momento ocupa el médico, mencionando de esta manera a algunos autores que hacen una comparación con la función materna, esto en relación a lo básico de dos acciones principales: la empatía y el miramiento. Por un lado, para saber acerca de la necesidad de otro, en este caso un hijo/a (paciente) y atender su demanda garantizando el suministro adecuado y por otro lado, el miramiento, mirar con interés y afecto, reconociéndolo como sujeto, con su propia autonomía, sin ser anulado por la enfermedad.

Se rescata entonces, nuevamente la importancia de la relación médico-paciente, y la posibilidad de vínculo, que puede estar enmarcado en un discurso, "relación" o "encuentro" que contenga, facilite, permita elaboración, o por el contrario generadora de angustia y de posible iatrogenia.

### **3.3. Dispositivo de "devolución diagnóstica" dentro del contexto hospitalario.**

Desde la implementación del dispositivo de "devolución diagnóstica" en el año 1997 a la actualidad, han ocurrido algunos cambios y sobre todo dificultades en el Hospital Municipal Bernardino Rivadavia. Esta institución ha atravesado algunos problemas administrativos y económicos, algunos de estos relacionados con factores socio-políticos. Esto ha llevado a un deterioro constante y progresivo tanto de la infraestructura misma como de equipos tecnológicos, falta de insumos y recursos humanos necesarios para una buena y eficiente atención, dificultando el fortalecimiento de programas y proyectos implementados para una mejor atención a la ciudadanía. Así mismo, se ha visto obstaculizado la sostenibilidad de estrategias de comunicación y abordaje interdisciplinario en el contexto hospitalario.

El Hospital Rivadavia es el "nosocomio" (del griego noso enfermedad, come cuidar, es decir "lugar de cuidado de enfermos") vigente más antiguo del país, antes de su traslado al barrio de Palermo, su nombre era Hospital de Mujeres, ubicado en el centro, cerrando sus puertas en 1887. Esta nueva edificación, según el artículo de La Nación (2006), "fue construida con varios pabellones que se comunican con jardines y una estructura típica del estilo arquitectónico sanitario de aquella época y es sólo en 1946 cuando comienzan a ingresar hombres al hospital".<sup>68</sup>

Tuvo diferentes nombres y denominaciones antes de llegar a su actual nombre en 1978, como "Hospital Nacional Bernardino Rivadavia", y fue cambiado de administración quedando en el ámbito "Municipal" -en junio de 1992. Este último cambio trajo algunas diferencias administrativas y económicas, y el hospital dejó de tener tantos recursos y apoyo monetario.

Como el primer hospital de la nación, en el año 2007 cumplió 120 años como institución, y en su conmemoración se resaltaron las obras que se están realizando desde el año 2006, para mejorar las edificaciones: mejorar los quirófanos, ascensores e implementos necesarios para una mejor atención. Sin embargo el hospital sigue mostrando huellas del deterioro. "Los techos de cirugía se caen o ya se cayeron. Detrás del área de oncología, una monumental montaña de basura apila partes de muebles y objetos en desuso. Las ventanas de la cocina, sin protección ni mosquiteros, dan a un patio donde abunda la basura." (La Nación, 2006). Diferentes reportajes y artículos documentan que la mayoría de los pacientes no critican a los profesionales de salud, más bien se quejan del estado del edificio, de las esperas prolongadas, aunque si mencionan que el encuentro con los médicos y cirujanos y demás profesionales de la salud, era antes "más accesible". Por otro lado, los profesionales de salud, lamentan también no poder darles un mejor servicio: " (...) hay unas esperas terribles porque sólo funcionan los dos quirófanos de ginecología y uno de obstetricia, no hay los insumos necesarios, no

---

<sup>68</sup> *La realidad del hospital municipal* (2006). La Nación, Buenos Aires-Argentina. Disponible en: [http://www.lanacion.com.ar/archivo/Nota.asp?nota\\_id=860667](http://www.lanacion.com.ar/archivo/Nota.asp?nota_id=860667)



se pagan bien a los profesionales, parecería que hay un nivel de maltrato en diferentes ámbitos dentro de la institución”.<sup>69</sup>

Es así que innumerables paros y manifestaciones se han pronunciado durante los últimos años exigiendo aumento salarial, respuesta a nombramientos ya concursados desde el 2004, obras de readecuación y reforma de infraestructura pendientes, normas de seguridad mínimas, ascensores en buen estado, tecnología y aparatos médicos actuales y con mantenimiento adecuado, jubilaciones, entre otras.

En defensa de la salud pública, y en este caso con el objetivo de salvar el Hospital Bernardino Rivadavia, se han realizado algunos eventos para convocar a la comunidad, a los vecinos y a los propios pacientes que denuncian la falta de presupuesto, para cumplir con las necesidades de la institución. ATE, Asociación de Trabajadores del Estado de la Ciudad de Buenos Aires, es uno de los organismos que denuncian la falta de insumos para las distintas prestaciones, el descuido del edificio, además aclaran que el funcionamiento del hospital se da gracias “ (...) al gran esfuerzo de su personal, quienes para llevar a cabo sus tareas diarias tienen que poner a prueba su creatividad, saliendo del paso con lo que encuentran y con lo poco que tienen, sin ir en desmedro de su propia profesionalidad”.<sup>70</sup>

Por otro lado según un informe de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad, el 64% de los hospitales no cumple con las condiciones mínimas de seguridad e higiene, y según un artículo de Perfil del año 2008, en el Rivadavia temen que ocurra otro Cromañón “(...) los techos se desmoronan a metros de las camas, los cables de luz están pelados y a la vista y hasta los residuos patológicos (jeringas y otros restos biológicos) comparten los pasillos con los pacientes. De sus 13 quirófanos, sólo funcionan cuatro, y hasta hace poco había que subir a los enfermos hasta la sala de cirugía por la escalera”.<sup>71</sup>

---

<sup>69</sup> *Hospital Municipal Rivadavia* (2008). Gobierno de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.gcba.gov.ar/areas/salud/rivadavia/nombres.php>

<sup>70</sup> *ATE protestará frente al Hospital Rivadavia por el “caótico” estado del nosocomio* (La Plata 2007). Agencia Nova-Noticias de la Provincia de Buenos Aires, En defensa de la Salud Pública. La Plata- Provincia de Buenos Aires, República de Argentina. Disponible en: [http://www.agencianova.com/nota.asp?n=2007\\_8\\_7&id=42589&id\\_tiponota=11](http://www.agencianova.com/nota.asp?n=2007_8_7&id=42589&id_tiponota=11)

<sup>71</sup> *Salud al Límite* (21 de Junio de 2008). Perfil Noticias. Sociedad. (On line). Disponible en: [http://www.perfil.com/contenidos/2007/02/05/noticia\\_0055.html](http://www.perfil.com/contenidos/2007/02/05/noticia_0055.html)

Buenos Aires, una de las ciudades del mundo con más hospitales por habitante (hay 33 para 3 millones), sigue siendo uno de los sitios con más trabas para un acceso digno a la salud. (Perfil, 2008)

A partir de este recorrido y en el contexto de una realidad hospitalaria deficiente, probablemente un dispositivo de devolución diagnóstica en un espacio diferenciado, pensado y construido en base a una conceptualización interdisciplinaria y de acompañamiento sostenido entra en contradicción con su razón de ser, o su funcionalidad. Tal vez deba ser repensado y puesto en cuestionamiento hacia una reflexión y análisis de la situación y manejo de crisis del mismo personal profesional, y su discurso institucional. Se tendrá que hacer algo con la angustia frente a una realidad distinta o en constante cambio. La realidad institucional influye tanto en pacientes como en el personal de salud, donde se legitima un discurso del desorden y caos.

En este escenario, donde existe menos personal del ámbito psi, donde la atención fuera-dentro del dispositivo es contradictoria y antagónica, y donde existe poca posibilidad de seguimiento, es difícil sostener el vínculo paciente-médico, o paciente-psicóloga, o como se ha mencionado en anteriores investigaciones una posibilidad de "alianza terapéutica". Este tipo de "dispositivos" o metodologías, no deberán desarrollarse aislados de un sistema de salud mental, de un sistema hospitalario que responda congruentemente a una concepción de salud mental, fortaleciendo y potencializando estos espacios.

Será importante y necesaria la posibilidad de trabajar la enfermedad y salud más allá del ámbito orgánico y biológico. En este caso, al ser una enfermedad o virus de transmisión sexual, ligado directamente con aspectos de la sexualidad, tanto inconscientes como conscientes, tener un nombre fácilmente asociable con el virus HIV y una posibilidad de desencadenamiento y relación cercana con cáncer de cuello uterino, será fundamental ese encuentro y en ese proceso o vínculo, cómo se entregue la información. Este acercamiento permitirá dar cuenta de lo beneficioso o perjudicial que puede ser el momento de entrega del diagnóstico y si este puede tener o no un efecto traumático para una paciente. En este sentido, indagar si para ciertas pacientes el momento de la devolución diagnóstica de HPV, mediante este tipo de dispositivos, creado para alertar y prevenir, cumple



justamente con ese papel de alerta de posible peligro, o desencadena que ese peligro sea vivenciado en ese mismo momento, obstaculizando la posibilidad de pensar y actuar.

"La realidad de nuestros pacientes de hospital es la de una indigencia material profunda. La realidad que debemos recuperar es la de poder construir sistemas de representaciones que restituyan el derecho a pensar y a estructurar proyectos que no reduzcan a los seres humanos que constantemente el sistema expulsa hacia la marginalidad a sus puros cuerpos biológicos, que no limite nuestras acciones a un asistencialismo que despoja los restos de identidad y genera la engañosa propuesta de una sola realidad, la de una economía sin salida en el campo Nacional, la de un cuerpo sin subjetividad en el espacio de la vida humana".<sup>72</sup>

La realidad institucional aporta elementos que pueden afectar la realidad individual tanto de los pacientes como de trabajadores y profesionales de salud. El posible desvalimiento institucional, se sumará al desvalimiento individual, este último, provocado por una situación de conflicto, al afrontar lo que significa "esa situación de enfermedad".

---

<sup>72</sup> Bleichmar, S.; *Las formas de realidad*. Psicoanálisis, sociedad y cultura. Entre la realidad y el deseo. Año XII.N35. Buenos Aires: Revista Topía, 2002

**CAPITULO IV: FRENTE A LOS ESTÍMULOS: FUNCIÓN DEL APARATO PSÍQUICO****Presentación**

El enfoque económico, el cual será fundamental para el desarrollo de esta tesis, es uno de los elementos a tomarse en cuenta dentro de la explicación metapsicológica freudiana, con el aspecto tópico y el dinámico. Es en el marco de este enfoque que los aspectos teóricos relativos al destino de las cantidades de excitación y sus magnitudes, a las investiduras, la circulación y movimiento de las catexias en términos de condensación y desplazamiento; los montos de excitación que se ponen en juego y que imprimen una exigencia de trabajo al aparato psíquico, nos servirán dentro del modelo explicativo por el que optamos.

La perspectiva económica se articula con una perspectiva tópica y otra dinámica, como diferentes modalidades a partir de las cuales se piensa lo psíquico y se ponen en juego estas tres dimensiones: la relación e interjuego de las representaciones psíquicas, el vínculo de los sistemas consciente, preconsciente e inconsciente, en relación a una energía libre, ligada, y móvil. En la segunda tópica, cobran vigencia las nociones de *conflicto psíquico* y de *defensa*, a partir de la consideración de un psiquismo dividido en instancias: ello, yo, súper yo. El conflicto intra-psíquico entre fuerzas que se oponen y dejan ver un funcionamiento que gira en torno a montos pulsionales y a la exigencia que estos imprimen para tramitar cantidades de energía psíquica con la anuencia de las defensas, para gestionar el conflicto. En este sentido se puede entender la importancia de los aspectos económicos, más aún, en su relación al síntoma y lo traumático. En este sentido, muchos de los trabajos freudianos giran en torno a la hipótesis económica como elucidación a partir de un tipo, un modelo, en una perspectiva por medio de la cual se relaciona un determinado síntoma con rendimientos psíquicos diversos.

Para desarrollar este capítulo, e ir situando que se entiende por aparato psíquico y sus funciones, será fundamental ir a uno de los primeros escritos de Freud, "Proyecto de Psicología (1895)", trabajo de suma importancia ya que como señala Strachey en la introducción a este texto, es un documento cargado de lo que posteriormente serían las teorizaciones psicológicas freudianas centrales. El mismo Freud, en las primeras líneas del proyecto plantea que el propósito del



mismo es figurar a los procesos psíquicos como estados cuantitativamente determinados de partes materiales que sean comprobables.

De igual manera, lo que es importante recalcar es la innegable presencia del “Proyecto de Psicología” en posteriores escritos teóricos que Freud fue desarrollando a partir de este documento de clara argumentación neurológica. Sin embargo es también pertinente señalar como en el transcurso del tiempo Freud gradualmente desvía su interés de los postulados neurológicos y teóricos a los psicológicos y clínicos, reemplaza los sistemas de neuronas por representaciones psíquicas, y la “cantidad” será pensada como energía psíquica. Así mismo, es evidente que dentro de este texto, hay muy pocas construcciones que se encaminen a lo que más tarde sería la técnica del psicoanálisis; la asociación libre, la interpretación del material inconsciente y la transferencia que apenas se vislumbran.

Indudablemente una gran mayoría de los escritos fundamentales de la obra freudiana son ampliamente enriquecidos bajo la luz que arroja el “Proyecto”. Es aquí donde introduce el enfoque económico-cuantitativo a la teoría del funcionamiento psíquico, desde aquí intenta explicar como el organismo funciona y reacciona frente al ambiente, como opera defensivamente y sus diferentes mecanismos frente a cantidades fluyentes externas y excitaciones internas. De esta manera, desarrolla que las operaciones del organismo trabajarían en función del principio de inercia y de constancia, para esto el aparato conformado por sistemas de neuronas ( $\phi$ ,  $\psi$ ,  $\omega$ ), recibe, descarga, inhibe y aprende, para responder lo más económicamente posible.

#### 4.1 El aparato psíquico-

“Tratar el psiquismo (¿la psique, el alma?), como aparato: (...) la idea de aparato está ligada a lugar, espacio, localización, procesos, funcionamiento, conjuntos, sistema, modelo, maquina”.<sup>73</sup> Es decir el intento de representar algo que no está presente como tal, sino que a partir de sus efectos, procesos y consecuencias se puede dar cuenta de una interrelación de sistemas e instancias que se ponen en juego para hablar de síntomas, sueños, u otros mecanismos psíquicos.

<sup>73</sup> Kaufmann, P (1996), *Elementos para una enciclopedia del Psicoanálisis. El aporte Freudiana*, Paidós, Buenos Aires-Barcelona-México; p.68

Es así que Freud en su intento de entender el mecanismo y dar respuesta a interrogantes de su clínica, vio necesario a "eso" desconocido, representarlo mediante un aparato con el que pueda acercarse al funcionamiento y formación de distintos procesos psíquicos. Fue clave para este acercamiento la introducción de un factor cuantitativo, cantidades endógenas y exógenas, que se relacionarían en sus diferentes desarrollos ya sea con instancias o sistemas neuronales, para poder diferenciar procesos psíquicos en sujetos "normales" y neuróticos.

En sus desarrollos iniciales, en el "Proyecto de Psicología" (1950 [1895]), Freud plantea la tendencia del aparato psíquico a mantener un nivel lo más bajo posible de energía interna, es decir mantener el funcionamiento del aparato a partir del principio de constancia, buscando mantener flujos persistentes de energía psíquica que permitan el funcionamiento del psiquismo. Un primer funcionamiento que se irá complejizando hacia un equilibrio entre energías externas e internas, transformación de energías fluentes, a partir de las necesidades vitales (hambre, cobijo, resguardo, protección, sexualidad), los requerimientos de la vida, que hacen indispensable, por la condición de prematuridad del ser humano, que sea asistido por un Yo auxiliar, en la realización de una "acción específica". Un juego en el que domina el principio de placer, que apunta a la disminución de la excitación por medio de la descarga, haciendo frente a montos de excitación que generan displacer. Aquí aparece la función de los mecanismos psíquicos como la alucinación, el pensamiento, así como de la "defensa" asegurando la constancia de "menor excitación", es decir del placer.

En este mismo trabajo, Freud desarrolla y trata sobre la cantidad de energía que fluye dentro del sistema. Cómo esta forma caminos para la descarga o se sirve de los ya conocidos, que se constituyen en vías facilitadas. A estas huellas o marcas Freud las llama facilitación. La facilitación "(...) depende de la magnitud de la impresión y de la frecuencia con que esa misma impresión se ha repetido (.....) depende de la cantidad endógena (Qn) que dentro del proceso excitatorio corre a través de la neurona y del número de repeticiones del proceso."<sup>74</sup>

Se entiende entonces, que la capacidad de memoria (inscripción de huellas mnémicas), en el sistema se basa en las diferentes marcas o facilitaciones por

---

<sup>74</sup> Freud, S, *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886-1889)*, Obras Completas, Tomo I, Amorrortu Editores, Buenos Aires, p. 345



donde fluyó una cantidad de energía. Mientras más grande sea la cantidad endógena ( $Q_n$ ) mayor será la facilitación, obedeciendo al sistema placer-displacer. La idea de un aparato psíquico en funcionamiento se explica mediante la construcción de un modelo operativo en el que deberá existir una regulación, ya sea por barreras, filtros, desviaciones que permiten elegir distintos caminos que adquieren complejidad prescindiendo de la descarga, ya que no sería en muchas ocasiones lo más económico para el aparato.

Así, en el sistema  $\psi$  las neuronas investidas o la investidura crearán también facilitaciones. Estas vías facilitadas podrán ser privilegiadas o no dependiendo de vivencias de placer, displacer o de metas distintas como: asociaciones, recuerdos, pensamientos o juicios; o también podrán ser burladas si el yo logra inhibir la cantidad y así alterar el decurso excitatorio. Aquí Freud esboza ya la función del yo, como inhibidor de la excitación, si este no actuara se habilitarían las facilitaciones más antiguas.

Por otro lado, y a partir de lo planteado en relación a dos aparatos fundantes del aparato psíquico (aparato del lenguaje y aparato neuronal) Freud complementa en la carta 52 dirigida a Fliess en 1896, cuando habla de un mecanismo psíquico que se ha formado por estratificación sucesiva como resultado del reordenamiento, a través del tiempo, de las huellas mnémicas y sus nuevos nexos, es decir donde se ordenan las percepciones, signos, huellas inconscientes, las representaciones verbales y la conciencia. En este sentido, aunque no se mencionan los sistemas ( $\varphi, \psi, \omega$ ) sino más bien se introducen las transcripciones P, Ps, Icc, Precc y Cc, donde se crean nexos y asociaciones por simultaneidad, por casualidad o por ligarse a una representación-palabra. Entonces se podría suponer también que estos procesos implícitamente requerirían vías facilitadas. Freud afirma que estas transcripciones están separadas según sus portadoras neuronales y determina un giro importante al especificar que esta separación se establece de una manera no necesariamente tónica.

Podemos en este punto resumir el salto cualitativo, Freud empieza a plantear un aparato psíquico como un instrumento compuesto de instancias o sistemas, dejando de lado el situarlo dentro de un ordenamiento espacial y alejándolo de cierta manera de una concepción fisiológica. Desde esta construcción el concepto de facilitación deja de estar enfocado hacia las conexiones neuronales

pero continúa refiriendo a caminos viables de circulación donde la cantidad es ahora llamada energía psíquica.

En el capítulo VII de la "Interpretación de los sueños", en 1911, después de un recorrido de diez años (1890-1900), Freud reúne los elementos trabajados anteriormente para plantear una "representación figurada del instrumento que sirve para la operación psíquica", y caracteriza al aparato compuesto por distintas instancias, que están orientados en el espacio y tiempo como lentes de un telescopio, donde son recorridos en un cierto orden por las energías o las excitaciones que los penetran en el curso de los diferentes procesos, como un "aparato reflejo", la actividad va de un extremo a otro: de lo sensible a lo motor, de la excitación a la inervación (descarga de energía).

Más adelante, en El esquema del Psicoanálisis (1940 [1938]), Freud ahonda en la conceptualización del aparato psíquico como la posibilidad de representación, de poder pensar y ejemplificar la complejidad de eso que pasa "psíquicamente" y es desconocido: "Suponemos que la vida anímica es la función de un aparato al que atribuimos ser extenso en el espacio y estar compuesto por varias piezas; nos lo representamos, pues, semejante a un telescopio, un microscopio, o algo así. (...) Hemos llegado a tomar noticia de este aparato psíquico por el estudio del desarrollo individual del ser humano",<sup>75</sup> y es que hacia allá apuntaría toda la construcción teórica de Freud, hacia una verdadera comprensión del mecanismo de aparición de la psiconeurosis, en este sentido da cuenta que el mecanismo del sueño pertenece a la misma serie de formaciones psicopatológicas: mecanismo de la histeria, la obsesión y las ideas delirantes.

La conceptualización del aparato psíquico y su recorrido teórico-clínico permitió a Freud desarrollos posteriores en relación a diferentes procesos y mecanismos psíquicos. Desarrolla entonces, tanto la primera tópica: Inconsciente, Preconsciente, Consciente. Y posteriormente, la segunda tópica (ello-yo-súper yo), construcciones hacia una comprensión del funcionamiento psíquico, sus principios y procesos. Los elementos que constituyen en sus diferentes desarrollos, al aparato psíquico freudiano son:

---

<sup>75</sup>Freud, S. (1986) (1939). *Esquema del psicoanálisis. La psique y sus operaciones*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. Tomo XXIII. P.143



El consciente, es la parte del aparato psíquico más próxima al mundo exterior, la parte más superficial de la vida psíquica, registra la información y su función es perceptiva, así como el dominio y control de la motilidad, pensamiento, razonamiento y rememoración. El preconscious; se encuentra entre el CC e ICC, y contiene aquellos pensamientos y vivencias que mediante un esfuerzo de atención son accesibles de convertirse en conscientes. El inconsciente en cambio, es la parte originaria del psiquismo, que contiene aquello arcaico y reprimido, aquello que no tiene acceso a la consciencia sino por un proceso de levantamiento de censura o resistencia y a través del preconscious. Contenidos que están empujando por salir y regidos por el principio del placer, que al hacerse conscientes lo hacen en forma de "manifestaciones".

Esta primera concepción se enmarcaría desde un punto de vista tópico, mientras que al referirse a la segunda tópica considera un abordaje dinámico, manteniendo de alguna manera la propuesta de movimiento, conflicto y defensa en ambas propuestas. Desarrollará más ampliamente, la escisión necesaria del aparato para su constitución, es decir, la presencia del mecanismo de la represión como posibilitador de esa diferenciación. Algo pasa a estar "reprimido" es decir inconsciente, si bien aclara Freud que no todo lo inconsciente fue reprimido.

En su segunda tópica entonces, el Ello será lo originario, lo constitutivo y reserva de lo pulsional, se rige por el principio de placer- descarga. El Yo, su núcleo se relaciona con el sistema percepción-conciencia, actúa como mediador entre el Ello y el Súper Yo, entre la realidad externa y la interna, entre la pulsión y las exigencias del mundo exterior y de sus ideales, tiene a su cargo diferentes mecanismos de defensa frente a peligros tanto internos como externos, por ende la tarea defensiva de la represión, las diferentes resistencias y "almácigo" de la angustia. El Yo se origina de la influencia del mundo exterior sobre el Ello, entonces si bien es una instancia que apunta al equilibrio, su autonomía no es tan verdadera. Freud ya perfilaba esta instancia desde sus primeros trabajos, cuando planteaba al "yo inhibitor" esa instancia que mediaba entre la descarga de excitaciones automática y la posibilidad de mantener una cantidad en el organismo, para una respuesta más económica. Y por último el Súper Yo con elementos inconscientes, preconsciouses y conscientes controla y es el juez o censor del Yo. Se manifiesta en la conciencia moral, prohibición, censura y la

formación de los ideales. Se forma a partir de identificaciones, la interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales.

Es así y a partir del planteamiento de la primera y segunda tópica, que entendemos como efectos psíquicos, a los posibles desenlaces de estas cantidades que el aparato puede o no puede manejar, equilibrio o desequilibrio entre sus sistemas o instancias o como mantiene Freud, las salidas o fracasos del Yo para mediar entre los impulsos del Ello frente a las exigencias del Súper yo. En este escenario emergen los síntomas, una formación de compromiso entre el deseo y la defensa, entre la satisfacción de una instancia y la otra, la expresión simbólica de conflictos psíquicos que son resignificados y que tienen su núcleo en la infancia, contenidos reprimidos inconscientes. De esta estructuración psíquica entonces, dependerá de cómo cada sujeto afronte y elabore los diferentes sucesos de su vida, sobre todo aquellas vivencias que pongan en juego la capacidad de elaboración y procesamiento de estímulos externos y excitaciones internas en el aparato psíquico.

#### **4.2 ¿Cómo funciona y procede el aparato psíquico?**

Hasta ahora y a partir de las aproximaciones de Freud se ha planteado que los procesos psíquicos, en el marco de una teoría económica, mantienen una relación de circulación, distribución, aumento y disminución de una energía cuantificable. En el "Proyecto de Psicología" (1950 [1895]), Freud se refiere al principio de funcionamiento en relación al sistema de neuronas, en un primero momento estas tienden a evacuar completamente cantidades de energía que ingresan al aparato, siguiendo vías y caminos facilitados, es decir dentro del modelo arco-reflejo, donde la cantidad de excitación que reciben las neuronas sensitivas son descargadas por el extremo motor. Más adelante señala la existencia de excitaciones internas, esas de las que no se puede escapar, como el hambre, y es necesaria una acción específica, no cualquiera. Es aquí donde el aparato aprende y necesita tolerar cierta cantidad de energía, lo cual puede permitir buscar vías sustitutivas a la descarga total.

El principio de constancia aparece entonces, como regulador del funcionamiento del aparato psíquico, apuntando a mantener constante la suma de excitaciones en su interior y permitiendo mecanismos de evitación, defensa y



descarga alternativa. Este principio está en la base de toda ciencia, y forma parte del aparato teórico que Breuer y Freud construyeron para acercarse a las manifestaciones de la histeria, sin embargo dentro de sus conceptualizaciones se mantienen algunas diferencias.

Para Freud el principio de constancia aparece en un segundo momento, ya que aparecería en un primer momento la tendencia a la inercia, es decir a la descarga total, respondiendo así, a un funcionamiento primario del aparato y la circulación de energía libre. Sólo después y a partir de una función secundaria, en relación al enfrentamiento con las necesidades de la vida, mencionada anteriormente, es que se mantiene una provisión de cantidad, también con el objetivo de evitar y defenderse de aumentos y excesos. El principio de inercia según Freud, regularía este tipo de funcionamiento primario, una energía libre, mientras que el de constancia se articularía con el proceso secundario, en el cual la energía está ligada, se mantiene constante y sin excesos. La constancia es posible gracias a la función inhibidora del yo, su capacidad de ligar energía psíquica (elaboración), y dar paso a procesos más complejos en el aparato como el pensamiento, elaboración, o aplazamiento de la descarga.

La existencia de una cantidad de energía endógena ( $Q_n$ ) en el aparato psíquico que tiende siempre a la descarga; al ser interna es ineludible, a diferencia de los estímulos externos que producen cantidades de energía de las que el sujeto puede escapar. Esta idea sería la base de la conceptualización posterior de lo que Freud llamaría pulsión, esta fuerza de empuje que constituye el motor del aparato psíquico, una fuerza constante.

En este sentido plantea que los procesos psíquicos inconscientes, los más primarios y antiguos se rigen bajo el principio de placer, aquello que es displacentero se rechaza, buscando la satisfacción por cualquier vía. Posteriormente aparece el principio regulador de realidad: ya “(...) no se representó lo que era agradable, sino lo que era real, aunque fuese desagradable”<sup>76</sup>, para entender este planteamiento Freud ya en sus trabajos anteriores ejemplifica este proceso con el hambre, el paradigma de la vivencia de satisfacción en un primer momento. Señala en relación a esto, que como esta

---

<sup>76</sup> Freud, S., *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico* (1911), Amorrortu Tomo XII Obras Completas, Argentina, 1998, Pág. 224.

satisfacción no es duradera, pronto el niño se encuentra de nuevo enfrentado al displacer de una tensión que actúa por sumación, ante lo cual va a intentar repetir esa satisfacción por vía alucinatoria (principio de placer). Al no obtener la satisfacción esperada de esta manera, el niño se desengaña, ese intento es abandonado, y empieza a cobrar importancia el mundo externo, porque es ahí desde donde se podrá modificar esa situación displacentera. Este es el primer encuentro con la frustración que va a mover al sujeto a su desarrollo psíquico, empleando el pensamiento podrá buscar vías alternativas de descarga específica o de postergación (proceso secundario). El principio de realidad sirve al principio de placer, ya que permite tolerar, esperar y manejar la frustración ya que la alucinación sirve por poco tiempo frente a las necesidades, o como menciona Freud, "frente al apremio de la vida".

En tal razón, Freud en 1911, en su artículo "Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico", complementa y revisa ciertos trabajos anteriores y profundiza sobre estos dos principios reguladores del aparato psíquico, el de placer y de realidad, y la relación correspondiente a los procesos primarios y secundarios propios del funcionamiento psíquico, y enfatiza en este momento la relación e importancia de la realidad externa y mundo exterior objetivo. El inconsciente se maneja bajo el funcionamiento del proceso primario, y el consciente y preconscious por el proceso secundario. Es decir que, desde un punto de vista dinámico-económico, el proceso primario contiene energías psíquicas libres que apuntan a la descarga o satisfacción de deseo, es decir bajo el principio de placer utiliza mecanismos de desplazamiento, condensación, alucinación para su movimiento.

Por otro lado, el proceso secundario, característico de las funciones de pensamiento, atención, juicio, razón, contiene energía ligada, bajo el principio de realidad, donde la descarga es específica bajo diferentes vías de satisfacción y postergación. "(...) el proceso secundario constituye una modificación del proceso primario. Cumple una función reguladora, que se ha vuelto posible por la constitución del yo, cuyo principal papel consiste en inhibir el proceso primario".<sup>77</sup> Estos dos tipos de procesos no solo se diferencian por su funcionamiento si no que

---

<sup>77</sup> Laplanche, J., Pontalis J.B. (2001) [1967]. *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós. P.303



también marcan una diferenciación en el aparato psíquico mismo, es decir una evolución de un mecanismo de "arco reflejo" a la capacidad de almacenar cierta cantidad para complejizar el aparato psíquico y permitir el desarrollo de otros procesos psíquicos.

Es así que Freud, en sus diferentes exposiciones sobre el aparato psíquico y su función de reducir, suprimir o permitir cualquier acción que pueda poner en peligro el principio de constancia, introduce el concepto e instancia del yo, este como agente de estas defensas a través de diferentes mecanismos. El yo vendría a actuar en el caso de la presencia de exceso de cantidad de excitaciones, de las cuales, si son internas, no se puede escapar y es frente a estas excitaciones que se constituyen los diferentes mecanismo defensivos que Freud desarrollara en trabajos posteriores y referente al síntoma. Freud sin embargo llama defensas, a un mecanismo más complejo, más allá de las medidas que adopta un organismo para reducir cualquier aumento de tensión y descargar.

Si bien va complejizando su teoría del aparato y funcionamiento psíquico permanecerá la función de un modelo psicofisiológico planteado desde un inicio, la función del aparato psíquico será entonces la de administrar y tramitar la cantidad de excitación que recibe tanto desde afuera como desde adentro. ¿Qué pasa cuando entran cantidades que el organismo no puede manejar?, Freud ahonda en este cuestionamiento cuando habla del dolor, y lo diferencia del displacer, por su fuente, es decir que si bien constituyen aumentos excesivos de cantidad en el aparato psíquico, el dolor proviene del "exterior" y en el caso del displacer del "interior". En este sentido las situaciones de dolor físico se deben a la rotura del dispositivo protector y se enmarcará en la esfera sensorial, el aparato reaccionará para crear una contracarga y, en consecuencia, y en este trabajo psíquico, se empobrecerán los demás sistemas. El propósito es ligar psíquicamente estas cargas para poder descargar después de alguna manera. La defensa, cualquiera que sea, pretende poner a operar mecanismos que reduzcan y supriman la posibilidad de poner en peligro la integridad o constancia del aparato psíquico, para las excitaciones internas el aparato psíquico manejará otro tipo de mecanismos, cualquiera de estos no operará sin algún tipo de efecto en el psiquismo.

Freud (1926) propone una visión global del concepto de defensa; incluye, además de la represión, otros mecanismos de defensa más primarios: regresión,

formaciones reactivas, conversión, aislamiento, anulación, introyección, identificación, proyección, vuelta sobre sí mismo, transformación en lo contrario, escisión, clivaje, etc. Intervienen no sólo ante resultados pulsionales sino ante todo aquello que provoca angustia: emociones, situaciones, exigencias del superyó, de la realidad, entre otros. Y menciona así mismo como estos mecanismos van afectando la unidad del yo, produciendo fisuras y grietas en el funcionamiento psíquico.

A partir de estos desarrollos, en un primer momento Freud llamará traumáticas, a las excitaciones externas que poseen fuerza suficiente para perforar la protección anti estímulo. No se ahondará en este momento en la conceptualización de angustia y trauma, ya que corresponde a capítulos posteriores, sin embargo es importante señalar que cuando Freud trabaja sobre las neurosis traumáticas, propone su origen en esa cantidad o carga sorpresiva, que no dio lugar a una señal de angustia como último recurso frente a la amenaza; lo que hubiera permitido que el aparato se prepare sobrecargándose antes de recibir la excitación. Menciona a su vez, que cuando la cantidad de excitación (trauma), es demasiado intensa, la angustia no logra tampoco su eficacia. Se pondrán en juego otros mecanismos para un intento de elaboración posterior, en este caso los sueños repetitivos y de angustia hacia un intento de ligar la energía psíquica que irrumpió, independiente de un principio de placer.

Esto expuesto permite plantear otra función del aparato psíquico, y hacia dónde se dirige "el trabajo" que realiza el psiquismo. Consistirá además de lo planteado anteriormente, en integrar, ligar o establecer conexiones asociativas entre las excitaciones, cantidades o energías que confluyen en los sistemas a través de un conjunto de operaciones, a esto Freud lo llamará elaboración psíquica.

En este sentido, la estructuración del aparato psíquico, del cómo este se estructure a partir de un otro y la relación con el mundo interno y externo, marcará el camino y los posibles recursos de la vida anímica. "Desde su origen, el funcionamiento del aparato psíquico está fundado sobre una hiancia (béance). Es un aparato que funciona rectificando el riesgo de su propio fallo, un sistema en el que la inclinación a autodestruirse engendra las estructuras que le permiten sobrevivir. Se trata por lo tanto nada menos que de un sistema en equilibrio."<sup>78</sup> Es

---

<sup>78</sup> Kaufmann,P (1996), p.71



decir que los diferentes estímulos, ya sean sucesos o vivencias, producirán efectos. El aparato psíquico y su equilibrio estarán siempre puestos en juego, y no sin consecuencias.

La conceptualización de aparato psíquico enmarca la construcción que intenta explicar lo desconocido y si bien existe un recorrido extenso para hablar de los avatares psíquicos de los seres humanos, eso desconocido subsiste y es necesario ir renovando permanentemente los diferentes acercamientos y aproximaciones. Es por esto importante mencionar algunos desarrollos teóricos de autores que a partir de las propuestas freudianas, nos brindan otra mirada.

#### **4.2.1 Otras aproximaciones.\_**

Cuando se mencionan los diferentes tipos de defensa y frente a los peligros que amenazan y ponen al aparato psíquico en peligro, se plantean los conceptos de estímulo, conflicto, excitaciones, energía, cantidad, pulsión. ¿Las palabras, como representaciones, esas nombradas, escuchadas, habladas, se pueden pensar como posibles estímulos, que provenientes del exterior, presentadas sorpresivamente, irrumpirían displacenteramente en el aparato psíquico? ¿Estas pueden provocar una sumatoria de cantidades excesivas al interno del sistema, poniendo en juego el equilibrio del aparato psíquico? <sup>79</sup>

S. Bleichmar en su libro "La fundación de lo inconciente", plantea un recorrido a partir de interrogantes en relación a lo originario y arcaico, sus ideas permiten un acercamiento a cuestionamientos del actual trabajo. "¿De qué modo se inscriben, enlazan, retrasciben, los elementos provenientes del real externo que afectan al sujeto psíquico? Y eso no sólo en los primerísimos tiempos de su constitución, sino a lo largo de la vida misma, ¿Activan representaciones previas? ¿Son capaces de producir efectos inéditos respecto de modos de funcionamiento anteriores?"<sup>80</sup>

Señala entonces que si bien la represión originaria marca la fijación de representaciones en el inconciente, no quiere decir que nuevos elementos no puedan ingresar, los cuales dependerán de eso originariamente constituido, produciendo algún tipo de efecto. Diferencia entonces, los tipos de

<sup>79</sup> Cuestionamiento y comentario de la autora

<sup>80</sup> Bleichmar, S. (1993). *La fundación de lo inconciente*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, p.69

representaciones que entran al psiquismo, distintos momentos e investiduras. Y se pregunta qué es lo que marcaría el destino de estas representaciones, la pertenencia a uno u otro sistema, su mecanismo posterior, si son capaces de ligar o enriquecer al psiquismo.

A partir de esto planteado, refiere a la limitación de una concepción del aparato psíquico netamente económico, donde se apunte a entender estos movimientos como transformaciones directas de cantidad a cualidad. Entonces menciona que no se puede reducir a una teoría solamente de estímulos, si no a “(...) la importancia de la función estructurante de la alteridad humana, es decir la importancia de la función del otro humano como instituyente de la subjetividad”.<sup>81</sup> La autora utiliza el concepto de metábola para profundizar estas aproximaciones, (concepto propuesto por Laplanche), refiriéndose a la idea de que lo que ingresa del exterior se procesa e inscribe psíquicamente, y este procedimiento será lo que de la particularidad a las formas con las que los seres humanos organizan su relación con las diferentes vivencias y sufrimientos.

Aquí se considera importante resaltar una cita de un caso clínico de la autora, señalando que los estímulos y excitaciones, no vienen solos, no vienen de un mundo exterior llenos de cantidades en movimiento, es a partir de un otro- semejante donde se apuntala todo el aparato psíquico y su funcionamiento, y así esos estímulos toman un sentido distinto y por ende causan efectos. “Pocas sesiones después dijo: No fue sólo lo que usted me dijo lo que me conmovió tanto. Fue su mirada-yo estaba frente a frente- su mirada de dolor...Fue como si algo hubiera quebrado la prohibición de sentirlo; mi mirada, por primera vez, devolviendo en espejo el sufrimiento obturado”<sup>82</sup>

Por otro lado, “En los orígenes del sujeto psíquico (1986 [2008])”, la misma autora, S.Bleichmar, plantea y desarrolla sus teorizaciones a partir de una concepción del aparato psíquico en construcción, es decir procesos previos necesarios a la instauración del inconsciente, diferenciándose de una Melanie Klein que propone un inconsciente desde los orígenes. Se dirige a evidenciar cuales son los prerequisites básicos del funcionamiento del psiquismo, resalta la importancia de los tres tiempos del Edipo, desde un planteamiento de Lacan, para marcar los

---

<sup>81</sup> Ibid. p.70

<sup>82</sup> Ibid.p.82



movimientos por los cuales debe pasar el sujeto psíquico en estructuración: “(...) el desprendimiento de la madre y la constitución de una estructura singular que le permita ubicarse en el mundo en tanto sujeto.”<sup>83</sup> En este sentido la identificación primaria y secundaria y la represión originaria, son parámetros de esta condición estructurante.

Freud en relación a esto menciona que el aparato psíquico no existe desde un comienzo, que no existe diferencia entre los sistemas inconsciente y pre-consciente, esto es un proceso en relación a la represión primaria, y aquellas fijaciones que se establezcan a lo largo de las etapas de la vida del niño, hasta la resolución del complejo de Edipo y constitución del súper yo.

La autora plantea un antes y un después de la represión originaria, fundante del aparato psíquico y así diferencia lo que se puede llamar síntoma, de un trastorno precoz en un aparato psíquico aun no diferenciado. Así desde una concepción metapsicológica postula que la represión es un mecanismo de defensa posterior, más complejo, que se instala una vez establecida una separación entre la actividad anímica consciente e inconsciente. Antes de esta fase Freud señala otros destinos de la pulsión: transformación en lo contrario, vuelta sobre sí mismo, que serán mecanismos de defensas primarios frente a mociones pulsionales.

Para S. Bleichmar, será clave basarse en algunos elementos para definir su trabajo y perspectiva de abordaje en la clínica: y más que afirmaciones se plantea cuestionamientos alrededor de qué modelo de aparato psíquico se está hablando, y esto en relación a su constitución, la ubicación del paciente en la topia intersubjetiva (es decir si su aparato funciona con mecanismo más arcaicos o no) y la determinación de la historia. Plantea entonces que desde una perspectiva histórica- estructural habrían verdaderos momentos previos de organización del psiquismo, que prepararían la instalación de la represión originaria, un proceso histórico de constitución del sujeto psíquico, y de la diferenciación entre los sistemas; inconsciente y pre-consciente-consciente.

Introduce esta concepción importante desde la metapsicología, señalando la importancia del otro en esta constitución del aparato psíquico, una relación que no deja de ser invasiva y traumática, pero necesaria, a partir del cual el ser humano

---

<sup>83</sup> Bleichmar. S, (1986 [2008]). *En los orígenes del sujeto psíquico. Del mito a la historia*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, p.30

por su capacidad de simbolizar, interioriza el código de su relación con el otro. Resalta entonces, esta posibilidad de intercambio simbólico, más allá de la asistencia material en sus necesidades.

Regresando a su primer trabajo citado, "La fundación de lo inconciente" (1993), desarrolla sobre la constitución de la subjetividad en los comienzos, desde la instalación de aquellas representaciones que dan origen al inconsciente, "(...) de las transformaciones a las cuales está sujeta el procesamiento que transforma a la cría humana en ser humano sexualizado y atravesado por la cultura, capturado por el malestar que a ello es inherente".<sup>84</sup>

Entonces lo inconciente no se crea de la nada, expone la autora, y tampoco el yo, son necesarias esas primeras inscripciones, primeras ligazones, que irán fundando procesos más complejos desde los primeros tiempos de la vida. Es así que "(...) la función materna es fundamental en relación al principio de placer y realidad, en las inscripciones de los objetos originarios y a sus aspectos ligadores, de apertura a los sistemas deseantes a partir de nuevas vías de placer que no queden reducidas ni fijadas a la satisfacción pulsional mas inmediata."<sup>85</sup> Esta función sexualizante y narcisizante de la madre sería la premisa de partida para la estructuración de los sistemas psíquicos del niño.

A partir del desarrollo freudiano, así como de las aproximaciones y teorizaciones de otras y otros autores, se pretende abordar sobre la estructura del aparato psíquico, sus complejos procesos donde intervienen múltiples factores que determinarán las diferentes posibles respuestas o sin respuestas de un ser humano frente a su mundo interior como exterior (sus diferentes realidades) y vivencias futuras.

---

<sup>84</sup> Bleichmar, S. (1993) p.11

<sup>85</sup> Ibid. p.13



## **CAPÍTULO V: LA NOCIÓN DE TRAUMA EN RELACIÓN A LA NOCIÓN DE ANGUSTIA**

### **Presentación**

¿Qué elementos permiten que una situación devenga traumática? ¿Qué importancia tiene la posibilidad de una angustia señal? En el desarrollo de este capítulo se abordará el concepto de trauma, su directa relación con la angustia, y se recorrerá algunos desarrollos posteriores a partir de la conceptualización freudiana, con el objetivo de profundizar en estos interrogantes.

### **5.1 ¿De dónde viene la angustia?**

Lo que caracteriza a la angustia, es el factor económico, vinculada a la cantidad de excitación. Freud califica a la angustia como un afecto, así como el dolor, odio, amor, pero no cualquier afecto, este es displacentero. Produce efectos en el orden de lo somático, en este sentido se caracteriza por dificultad respiratoria, aceleración del ritmo cardiaco, y además un estado de malestar, sensación de displacer y peligro interno sin una causa específica externa, con la condición de un incremento de tensión.

¿Por qué la angustia es un afecto?, Freud formula que los procesos de carga, ingreso de cantidad, recorrido, facilitación y descarga producen sensaciones, una en relación a la acción muscular que se ejecuta y la otra en relación al placer-displacer que caracteriza esa vía de descarga, esto permite distinguir e identificar los afectos. En ese sentido, afecto sería el proceso final de descarga y percepción en relación a un camino de huellas mnémicas ya establecido, es decir en relación a una experiencia previa, pasada. De esta manera Freud desarrolla y se mencionará más adelante, que la experiencia previa en donde el afecto-angustia se re-significa (o significa), es el nacimiento; aquella primera experiencia de cantidades abruptas de excitación entrando al sistema, aun no aparato psíquico. Sensación fisiológica, que coincide con la separación de la madre y hace referencia al ahogo, estrechez, angostamiento, significado etimológico de la palabra angustia.

Freud a partir de sus observaciones y escucha en la clínica, toma algunos elementos para acercar la respuesta del cómo se produce ese estado, síntoma frecuente y doloroso de la neurosis (no solo de esta, y la diferenciará a lo largo de su recorrido) y cómo pensar este afecto en términos de la teoría psicoanalítica.

Freud abordará por primera vez el problema de la angustia en sus investigaciones sobre las “neurosis actuales”, donde diferencia neurastenia de neurosis de angustia y formula su primera teoría sobre la causa y origen de la angustia, desarrollos previos a sus primeras hipótesis del aparato psíquico. Empieza a investigar en 1892, atribuyéndole a la angustia un origen sexual, afirma entonces, que por un lado, en la neurosis de angustia a partir de excitaciones acumuladas sin una vía de salida, la tensión sexual (libido) no-descargada se transforma en angustia (exceso); y así mismo en el caso de la neurastenia, el alivio inadecuado de esta excitación sexual (déficit). Es decir que atribuye su origen a “desórdenes de la vida sexual actual” por ejemplo la masturbación, el coitus interruptus, etc. El mecanismo de formación de los síntomas en este tipo de neurosis es puramente físico (somático), sin llegar a ligarse con lo representacional, es decir sin ninguna determinación o elaboración psíquica. “La tensión física crece, alcanza su valor de umbral con el que puede despertar afecto psíquico, pero (...) el anudamiento psíquico que se le ofrece es insuficiente, es imposible llegar a la formulación de un afecto sexual porque faltan para ello las condiciones psíquicas; así, la tensión psíquica no ligada psíquicamente se muda en angustia”<sup>86</sup>.

Por otro lado, diferencia las “neurosis actuales” de las “psiconeurosis”, donde los fenómenos psíquicos eran evidentes, pero ya no se trataba de una situación actual y de ahí el nombre, si no de un conflicto histórico, anterior. Freud planteó que en este tipo de neurosis la causa del acumulamiento de excitación, o de no descarga sería de índole psíquico (por causa de la represión), sin embargo al igual que en las neurosis actuales, la libido no adecuadamente descargada o ligada, sería trasmudada en angustia.

Entre psiconeurosis y neurosis actuales existen marcadas oposiciones, sin embargo también correlaciones y ninguna de las dos será abandonada por completo en su obra, esto podemos evidenciar cuando en desarrollos posteriores Freud introduce el concepto de “hipocondría”, articula que el síntoma de la neurosis actual o su mecanismo, sería frecuentemente el precursor del síntoma psiconeurótico, es decir una frustración que no permita una adecuada descarga,

---

<sup>86</sup> Freud, S. (1884): Manuscrito E, Obras Completas, Amorrortu, 1982, Buenos Aires, p.232



produciría un estancamiento de la libido, resaltando lo actual que se pone en juego. En común tanto neurosis actuales como psiconeurosis tendrán el factor económico y la diferencia fundamental es el factor psicológico; el origen de la angustia en las psiconeurosis, en este momento teórico, proviene de la represión, por lo tanto no es una angustia marcada en lo somático, aunque algo de esto se involucra.

Frente a esto, Laplanche en su escrito de 1981, “De una teoría de la angustia a otra”, hará un recorrido de las diferentes formulaciones freudianas acerca de la angustia. Planteará que la primera teoría entre los años 1895 y 1900, es una teoría netamente económica, donde la angustia es concebida como energía sexual no elaborada. La segunda teoría por otro lado, presentada en el texto de 1926, “Inhibición síntoma y angustia”, la define como más compleja, donde se plantea la noción de peligro. Así mismo la noción del yo, será puesta en primer plano por Freud, en el marco de su segunda teoría del aparato psíquico, el Yo no solo como lugar de angustia, sino como causa posible de la angustia, capaz de repetir la angustia por su propia cuenta, al menos como señal. De alguna manera se abandona la visión mecánica de cantidad, de una transformación lineal de libido en angustia. La segunda teoría de la angustia entonces, se enfocará hacia la función de la angustia, según Laplanche una teoría más histórica, ya que la angustia como señal o como símbolo deberá ser puesta en relación a otras experiencias angustiantes que ella repite. Una concepción mucho más simbólica de la angustia y a la vez una teoría que abre la puerta a una concepción de la angustia más objetivista.

Regresando a los textos de Freud y a su obra clave para tratar este tema, “Inhibición, síntoma y angustia”, vemos que este deja de lado esta primera teoría de la angustia sobre las psiconeurosis, proponiendo una nueva concepción donde ya no ocuparía la moción pulsional reprimida el lugar de fuente de la angustia, sino el Yo cobra un papel protagónico como almacigo y responsable de la angustia. En el cambio de estas formulaciones define que “(...) la angustia no es producida como algo nuevo a raíz de la represión, sino que es reproducida como estado afectivo siguiendo una imagen mnémica preexistente. (...) Los estados afectivos están incorporados en la vida anímica como unas sedimentaciones de antiquísimas vivencias traumáticas y en situaciones parecidas, despiertan como unos símbolos

mnémicos”<sup>87</sup>. Es así que Freud ve necesario remontarse a esas vivencias traumáticas anteriores, que están detrás de la reacción de angustia. Se resalta la actuación del Yo frente a esta amenaza, ya sea con una señal de angustia para evitar la situación de peligro, sustraerse de ella, o su rebasarse frente a una acumulación de excitaciones desbordantes que hace que experimente sin previo aviso para la huida, una nueva situación traumática ligada a las anteriores. “No seguirán ustedes creyendo en serio que uno huye porque siente angustia, no, uno siente angustia y emprende la huida por un motivo común, el que nace de la percepción del peligro.”<sup>88</sup>

Freud distingue entonces dos mecanismos productores de angustia a partir de su segunda teoría. Por un lado la situación de peligro, donde la cantidad de excitación que desborda al yo se transforma en angustia y el segundo mecanismo donde el yo genera una alarma, una pequeña cantidad de angustia, que permite poner a operar los mecanismos de defensa. Esta última es una angustia preventiva de displacer, usada para protegerse y defenderse. Según Laplanche (1981:51), la angustia será concebida como el afecto menos elaborado y más cercano a la descarga energética pura, sin embargo puede ser transformada en un elemento eminentemente significativo, en señal; lo que indicaría la posibilidad de un trabajo psíquico.

Freud además tanto en la “Conferencia veinticinco” (1917) como en “Inhibición, síntoma y angustia” (1925[1926]), menciona que la angustia estará vinculada a la idea de la percepción de un peligro, y se preguntará la forma de identificar que estamos frente a un peligro o amenaza. Desarrolla que el indicador será la comparación entre la fuerza del peligro externo, cantidades o estímulos, y posibilidad del yo para manejarlo. La angustia es una reacción ante este peligro que amenaza, por un lado por factores externos de la realidad (amenazas efectivas) que provocan una reacción normal ante un peligro exterior; aquí el desarrollo de la angustia es útil y ventajoso, que permite una acción o huida, a esta la llama angustia realista. La angustia puede ser excesiva y ahí produciría más bien todo lo

<sup>87</sup> Freud, S. (1926 [1925]), *Inhibición, Síntoma y Angustia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo XX, p.89.

<sup>88</sup> Freud, (1916-1917), *Conferencias de Introducción al psicoanálisis (Parte III) 26ª Conferencia. La Teoría de la libido y el narcisismo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo XVI, p.391



contrario, sería paralizante y la medida que se adopta para evitar el peligro será inadecuada.

Por otro lado aparece la angustia neurótica, donde la formación de síntomas aparece como el mecanismo de protección frente al peligro y ligadora de la angustia. Freud nombra tres estados de este tipo de angustia: la angustia flotante o expectante, posible de ligarse a cualquier representación, la de las fobias, fijada a una determinada situación u objeto y la tercera que presenta una total ausencia de relación con una situación u objeto, aparece en relación a otros síntomas. Laplanche en relación a esto señala que la diferencia radica "(...) entre una angustia ante un peligro real, que se contrapone a una angustia ante un peligro fantasmático interno, (...) no es la angustia como fenómeno la que será más real que otra, sino que se sitúa ante un fenómeno efectivo de la realidad exterior."<sup>89</sup>

Según nuevos aportes de Freud, se planteará que el peligro ira movilizándose también, es decir desde un peligro objetivo en el momento del nacimiento, hacia la ausencia del objeto que satisface las necesidades. La insatisfacción, la pérdida del objeto, la pérdida del amor del objeto, la castración-separación. Las defensas y los síntomas entonces, servirán para evitar la situación peligrosa, donde la angustia aparece para señalar esta situación, si se evita el peligro entonces no aparece la angustia y no como sostenía anteriormente Freud, que el síntoma es creado para evitar la angustia.

Para dejar en claro lo expuesto y ordenar esas ideas que además Freud las fue construyendo en el marco de un ir y venir, y de muchas contradicciones y reformulaciones por muchos años, se sitúa los siguiente: La primera teoría freudiana sobre la angustia en las psiconeurosis plantea que frente a un conflicto, el aparato psíquico recurre a la represión, esta causa angustia y promueve mecanismos de defensa y síntomas para protegerse de la angustia. En la segunda teoría formula, que frente a un conflicto que involucra un peligro, el yo genera angustia-señal, y la angustia-señal promueve defensas contra la situación peligrosa, no contra la angustia. Esta última teoría entonces, pone énfasis en el rol del Yo frente a las amenazas de peligro.

---

<sup>89</sup> Laplanche, J. (1981). *La angustia, Problemáticas I*. Buenos aires: Amorrortu Editores, p.64.

En este sentido Laplanche (1981) resalta que es esencial la introducción del yo en la teoría de la angustia, sin embargo cuestiona si es además del lugar o “almáximo” de la angustia, también el productor. Según este autor, es en el ello de donde proviene toda angustia y en el yo donde se produciría, “(...) la angustia sería el aspecto inconciliable del deseo, de todo deseo y en el mejor de los casos, el resto reducido al mínimo, pero resto inconciliable de este”.<sup>90</sup>

La última concepción freudiana de la angustia, nos lleva a pensar que la angustia es la reacción frente a un peligro y ante la posibilidad de perder el objeto, diferenciándola del proceso del duelo donde ya existió una pérdida del objeto. Por lo tanto, tenemos que la angustia ante el peligro de castración, o ante el peligro de cualquiera de sus derivados, es la angustia señal, y la angustia, de las neurosis de angustia o de las neurosis de guerra o traumáticas, es el caso de la angustia automática. (Sobre estos dos tipos de angustias se hablará en relación al trauma)

## **5.2 Trauma: diferentes concepciones**

En el diccionario de Laplanche Pontalis (1967: 447), se plantea que trauma o traumatismo viene del griego que significa herida y deriva de “perforar”, una herida con efracción. Además se refiere como a la consecuencia sobre el conjunto del organismo por causa de una violencia externa. Si bien son términos utilizados en medicina, Freud los toma desde el plano psíquico con sus respectivas particularidades, remitiendo ante todo a una concepción económica, un aumento tan grande de excitación en relación a la tolerancia del sujeto y su capacidad de administrar, tramitar y elaborar psíquicamente estas excitaciones. Se habla entonces de un exceso causado tanto por un acontecimiento violento, como de una acumulación de excitaciones sin descarga.

Como Freud señaló en el anterior capítulo, en el “Proyecto de Psicología” (1895), introduce un enfoque económico-cuantitativo a la teoría del funcionamiento psíquico, entonces para hablar de angustia y trauma es necesario esbozar nuevamente lo que Freud se plantea incansablemente a lo largo de su obra: una concepción de cantidades de excitación que fluyen tanto externas como internas y sus diferentes mecanismos que el aparato psíquico maneja tanto para la

---

<sup>90</sup> Ibid, p.153



descarga inmediata, tendiente al placer, como bajo el principio de constancia, tolerar, inhibir o buscar otras alternativas o vías de descarga.

Siguiendo esta misma línea, Freud en “Más allá del principio del placer” (1920), ejemplifica la relación de un organismo vivo con su medio ambiente, plantea el ejemplo de una “vesícula viva” que se preserva de las excitaciones externas más potentes con una capa protectora, dejando pasar de esta manera la cantidad de excitación tolerable. Una efracción en esta capa, la perforación de la protección anti estímulo, sería justamente lo traumático, donde el trabajo del aparato es movilizar toda la energía disponible para combatir esta cantidad disruptiva (contrainvestidura) y restablecer las condiciones del principio de placer. Es decir, ligar las excitaciones de tal forma que sea posible una descarga o una tramitación. Definirá que la tarea más importante de un organismo vivo será la de protegerse contra los estímulos, ya que el exceso o un déficit de cantidad o de energía, perturbaría la economía energética del organismo.

Ahora bien, no solo se tomará en cuenta la importancia del estímulo externo y la cantidad que ingresa al aparato, sino la capacidad de ligazón que tiene el sistema, es decir entre más elevada investidura, más recursos energéticos que le habiliten el poder tramitar y ligar psíquicamente (elaboración psíquica). “Cuanto más alta sea su energía quiescente propia, tanto mayor será también su fuerza ligadora; y a la inversa cuanto más baja su investidura, tanto menos capacitados estará el sistema para recibir energía afluyente, y más violentas serán las consecuencias de una perforación de la protección anti estímulo (...)”.<sup>91</sup>

La capa o barrera protectora irá respondiendo a una compleja organización psíquica, de varios sistemas psíquicos, donde se juega lo pulsional, las primeras experiencias constitutivas del aparato, los recursos que va adquiriendo el aparato psíquico para responder a los diferentes estímulos, pero en síntesis, a una función del Yo. “El sistema nervioso se afana por mantener constante dentro de sus constelaciones funcionales algo que se podría denominar la “suma de excitación”, y realiza esta condición de la salud en la medida en que tramita por vía asociativa todo sensible aumento de excitación o lo descarga mediante una reacción motriz

---

<sup>91</sup> Freud, S., (1920-1922). *Más allá del principio del placer-Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. Tomo XVIII. P.30

correspondiente”.<sup>92</sup> Lo que funcionaría entonces como pantalla protectora es la angustia, y como Freud lo señaló más tarde, es el Yo el único almacén de la angustia.

De esta manera, en la experiencia traumática habría un fracaso de esa función y especialmente del dispositivo de señal y alerta (angustia señal) por el cual el Yo habría preparado la barrera protectora, es decir la falta de un apronte angustiado no permitiría la sobreinvestidura de los sistemas que reciben primero el estímulo, y no se pueden ligar los volúmenes de excitación. Este fracaso, según Freud, lleva al terror, o angustia automática desarrollada años más tarde en “Inhibición síntoma y angustia” (1920), como afecto masivo y parálisis del Yo, este que sin estar preparado, fue tomado por sorpresa. Laplanche y Pontalis definen la angustia automática como la “[...] reacción del individuo cada vez que se encuentra en situación traumática, es decir, sometido a una afluencia de excitaciones, de origen externo o interno que es incapaz de dominar. La angustia automática se opone, en la opinión de Freud, a la señal de angustia”<sup>93</sup>. En relación a esto, la posibilidad de angustia señal, permitiría ligar para poder dar lugar al proceso secundario, poder pensar y actuar. Una de las tempranas e importantes funciones del aparato anímico sería justamente la de ligar las cantidades de excitación que le llegan y sustituir el proceso primario que gobierna en ellas por el proceso secundario, “trasmudar su energía de investidura libremente móvil en investidura predominantemente quiescente”.<sup>94</sup>

Cuando Freud profundiza sobre la angustia entonces, ve necesario abordar otros términos que son asociables o se prestan para la confusión, es así que al hablar sobre angustia, terror y miedo, enfatiza que es el factor sorpresa y su relación con el peligro lo que permite distinguir estas nociones. La angustia designa una expectativa frente al peligro y prepara frente a este, aunque sea un peligro desconocido. El miedo por otro lado necesitará de un objeto específico y el terror será la vivencia del peligro en sí, se corre este peligro sin estar preparado, sorprende. En este sentido, lo traumático estaría relacionado con una experiencia

---

<sup>92</sup> Freud, S, (1886-1899) *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud. Bosquejos de la “Comunicación Preliminar de 1893 (1940-41 [1892])*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo I. p.190.

<sup>93</sup> Laplanche, J; Pontalis, B, ((2001) [1967]).*Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós, p.27

<sup>94</sup> Freud, S. (1920-1922). Op.cit, p. 60



de terror, (la no-posibilidad de angustia) que prepare o alerte de un peligro, o una angustia automática (la vivencia del peligro) frente a lo inesperado y sorpresivo.

El concepto de trauma tiene un largo desarrollo dentro de la teoría psicoanalítica, es una noción fundamental dentro de la concepción tanto de una teoría etiológica como en la teoría defensiva y de estructuración del aparato psíquico. Sus avances desde el proyecto de psicología para entender la estructuración del aparato y su funcionamiento, fueron articulados con el conocimiento que adquiriría gracias a su escucha en la clínica, gracias a sus “pacientes histéricas”. En este sentido, y en relación al desarrollo histórico y de la clínica, será clave para Freud la concepción de lo traumático, esto que implicará tanto una relación causa-efecto, como también efecto-reacción, (sin dejar aún lado su visión económica-cantidad). El trauma o situación traumática como se refiere posteriormente, se presentará tanto como factor predisponente o como factor desencadenante.

Freud en sus primeras conceptualizaciones ubicará al trauma como causa. En la primera teoría etiológica de las neurosis se referirá a un acontecimiento personal y penoso de la historia del sujeto. “Toda vivencia que suscite los afectos penosos del horror, la angustia, la vergüenza, el dolor psíquico; y desde luego, de la sensibilidad de la persona afectada, dependerá que la vivencia se haga valer como trauma”<sup>95</sup>. Planteará que también podría actuar una sumación de traumas parciales o un acontecimiento aparentemente indiferente que se asociaría con el suceso de genuina eficacia, o un momento temporal que funcione como disparador del trauma. Así mismo lo define como agente provocador, desencadenante del síntoma. “El trauma psíquico, o bien el recuerdo de él, obra al modo de un cuerpo extraño que aún mucho tiempo después de su intrusión tiene que ser considerado como de eficacia presente.”<sup>96</sup>

En esta primera conceptualización, el trauma, concebido como un incremento excesivo del estímulo fue planteado por Freud como producto de una experiencia externa, la seducción traumática, configurando la primera teoría etiológica de las neurosis desde la “Comunicación Preliminar” (1893). El “trauma

---

<sup>95</sup> Freud, S. (1893-5) *Estudios sobre la histeria (J.Breuer y S.Freud)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo II. p.31-32.

<sup>96</sup> *Ibíd.*, p.32

psíquico” como causa, pertenecía a todos los cuadros histéricos y su consecuencia era el recuerdo-símbolo mnémico que se expresaba en el síntoma: “la histérica sufre por sus reminiscencias”, ese “cuerpo extraño” que podría ser eliminado por abreacción y catarsis, una descarga, la “talking cure”. Freud sitúa a la histeria de una manera totalmente original y diferente de cómo había sido tratada por el discurso de la medicina; que proponía una etiología hereditaria y desconocía el mecanismo en juego. Así, Freud la va a ubicar en el campo de lo psicopatológico a partir de tres elementos: la etiología, el mecanismo y la determinación del síntoma.

Freud propone a su vez, ciertas condiciones para que exista un trauma, Laplanche y Pontalis en su diccionario mencionan que serían tanto “ (...)el acontecimiento en sí, que por su misma naturaleza no permite la abreacción de la experiencia, las condiciones psicológicas en las que se encuentra el sujeto en el momento del acontecimiento (estado hipnoide de Breuer), situación efectiva (circunstancias sociales, exigencia de la tarea), que dificulta la reacción adecuada y finalmente, sobretodo según Freud, el conflicto psíquico, lo que impediría al sujeto integrar en su personalidad consciente la experiencia que le ha acontecido (defensa)”<sup>97</sup>, además de una sumación de eventos. Se evidencia que el factor económico continúa teniendo un papel predominante, ya que las consecuencias del trauma siguen relacionándose con la incapacidad del aparato psíquico de liquidar las excitaciones según el principio de constancia. De esta manera su eficacia patógena se puede relacionar con la violencia, lo sorpresivo de su aparición, el estado del sujeto, y su capacidad de ligar o no este acontecimiento dentro de la organización psíquica.

El trauma ocurriría en dos tiempos, un primer acontecimiento que sería traumático, desde el punto de vista económico, adquiriendo este carácter sólo con posterioridad (a posteriori- resignificándose); es decir el recuerdo de esa primera escena de seducción, se vuelve patógeno ya que provoca que se disparen excitaciones internas. Hasta este punto Freud había planteado la concepción de una teoría de la defensa, un mecanismo conversivo, una eficacia del trauma, aunque en este último punto es donde posteriormente da un viraje muy importante que influirá tanto para la teoría como para la clínica futura. A partir de

---

<sup>97</sup> Laplanche J, Pontalis B. Op.Cit, p. 448



la renuncia de Freud a la realidad de la seducción traumática en la etiología de las neurosis, expresada en la carta 69 del 21 de Septiembre de 1897, donde comunica a Fliess "No creo más en mi neurótica", la concepción de realidad psíquica toma un papel protagónico. El hecho de que el paciente neurótico sepa o no el origen real de sus traumas infantiles (o incluso los posteriores) deja de ser relevante en el sentido que las fantasías, aunque no se basen en acontecimientos reales, pueden tener para el sujeto el mismo valor patógeno que las diferentes situaciones traumáticas reales. Al plantear esto, aparece el mundo de lo fantasmático, la realidad psíquica. Los acontecimientos externos tendrán efecto, en relación a las fantasías que se activan y las excitaciones internas-pulsionales que desencadenan.

Este es un paso importante para los próximos desarrollos de Freud, sin embargo no tomará mucho tiempo para que vaya más allá de este planteamiento, y es donde relaciona este acontecimiento externo-interno con otros factores para hablar de la etiología neurótica, la constitución y la historia infantil. Introduce aquí la idea de series complementarias, respondiendo a los interrogantes "¿son las neurosis enfermedades exógenas o endógenas? ¿Son la consecuencia ineludible de una cierta constitución o el producto de ciertas impresiones vitales dañinas (traumáticas)? Y, en particular: "¿Son provocadas por la fijación libidinal (y el resto constitución sexual) o por la presión a la frustración? para incluir tanto lo uno como lo otro. "La constitución sexual no habría provocado neurosis si no hubieran tenido tales vivencia y estas no habrían tenido efecto traumático con otra disposición de libido."<sup>98</sup> La ecuación etiológica entonces que propone es: Constitución sexual (vivenciar prehistórico) + vivenciar infantil = predisposición por fijación libidinal, + vivenciar accidental (traumático) del adulto = neurosis.

Una vez planteado esto y a partir de estos desarrollos, Freud regresará a pensar el trauma una vez más con énfasis en el enfoque económico cuando trata sobre las neurosis traumáticas. Las neurosis de guerra le permiten pensar en una situación de peligro o acontecimiento peligroso que desborda al aparato sin capacidad de reacción, es decir sin ligazón posible. Así ubica entonces lo que puede estar más allá del principio de placer y cómo el aparato frente a una efracción por un exceso de excitaciones, necesita realizar un trabajo de elaboración psíquica

---

<sup>98</sup> Freud.S, (1916-1917), *Conferencias de introducción al psicoanálisis (III)*, p.316

(ligazón) por medio de la repetición, por ejemplo en los sueños, en los juegos, flashbacks, entre otros.

Freud reexaminó este tema, desde el problema de la angustia, tomando en cuenta la teoría de Otto Rank, según la cual, el afecto de angustia era una consecuencia del proceso de nacimiento y una repetición de esta vivencia en posteriores situaciones. La angustia originaria o primordial se relaciona con la angustia de nacimiento, y aunque en este peligro del nacimiento no habría contenido psíquico ni una organización yoica, Freud plantea que en ese momento el bebé percibirá una enorme perturbación en la economía de su libido narcisista. En el momento del nacimiento, “(...) grandes sumas de excitación irrumpen hasta él, producen novedosas sensaciones de displacer y muchos órganos conquistan elevadas investiduras.”<sup>99</sup> La angustia como lo mencionamos anteriormente, será un estado displacentero, que en su base tendrá siempre un incremento de excitación que será valorado como peligroso.

Siguiendo este recorrido Freud plantea que en el lactante, la situación de insatisfacción por la ausencia de la madre se relaciona con esa primera vivencia de nacimiento, en estas dos situaciones, habría un incremento de estímulos, una perturbación económica por el incremento de cantidad (Q) (acumulación de excitación interna o externa) en espera de tramitación. Ahora, cuando el bebé experimenta que un objeto exterior pone fin a la situación de peligro, satisfaciendo sus necesidades y funcionando como barrera anti-estímulos, *el peligro deja de ser solamente una situación económica*. La ausencia de la madre (perder el objeto), deviene ahora el peligro, y una señal de angustia será la que permita alertar la situación de peligro temida. De esta manera, habría un progreso, desde una angustia deliberada y automática producto del desvalimiento psíquico, correspondiente a su vez de un desvalimiento biológico, hacia una acción de señal, que prevenga ese estado, apuntando a la auto-conservación. (El paso del principio del placer al de realidad, de un proceso primario a uno secundario.)

La pérdida del objeto como condición de la angustia persiste también en las siguientes etapas del desarrollo psicosexual. Las situaciones traumáticas entonces, se relacionarían con experiencias de pérdida (de la madre, del amor de la madre,

---

<sup>99</sup> Freud, S. Op.cit (1925-1926), p.128



del amor del superyó, etc.). El complejo de Edipo y la amenaza de castración constituyen una de estas situaciones paradigmáticas, todas las etapas en la vida sexual infantil y las mociones pulsionales que la acompañan serán vivenciadas como peligrosas, remitiendo a un estado primitivo de "desvalimiento", un estado de impotencia frente a las irrupciones de estímulos tanto externos como internos que el Yo no puede administrar.

De esta manera, Freud articulará la situación traumática con situación de peligro y angustia, (esto será clave para el abordaje de esta investigación). Llamará traumática a una situación de desvalimiento vivenciada y la diferenciará de la situación de peligro. En este sentido y como mencionamos anteriormente, será un progreso para el aparato psíquico y su auto preservación el poder estar alerta y evitar que acontezca una de estas situaciones traumáticas. Así, Freud ubica a la situación de peligro, del lado de una expectativa; en ella se da la señal de angustia, anticipando al trauma "(...) La angustia es la reacción originaria frente al desvalimiento en el trauma, que más tarde es reproducida como señal de socorro en la situación de peligro. El yo que ha vivenciado pasivamente el trauma, repite ahora de manera activa una reproducción morigerada de esta, con la esperanza de poder guiar de manera autónoma su decurso."<sup>100</sup> El Yo permitirá de esta manera diferenciar estas dos situaciones: la automática que sería la inundación del aparato psíquico provocando un estado de desorganización psíquica y la señal recibida y manejada por el yo para impedir esta irrupción.

Aquí la importancia de este progreso, la presencia de la angustia como señal, la prevención como reacción frente al peligro, una situación que puede ser representada y permite al sujeto actuar. Ahora bien, como desarrolla Freud, si los peligros son comunes a los seres humanos y han sido ya experimentado biológicamente por el prolongado desvalimiento y dependencia del ser humano, filogenéticamente, por las exigencias pulsionales de la sexualidad infantil, psicológicamente, por una imperfección de nuestro aparato anímico, y por la dificultad del yo frente a peligros pulsionales internos. *¿Por qué en ciertas situaciones futuras, posteriores, la angustia no se presenta como señal, y desborda al*

---

<sup>100</sup> *Ibíd.*, p.156

*aparato psíquico, paralizando al sujeto? O también preguntarse ¿Por qué no se evidencia el peligro?<sup>101\*</sup>*

¿Qué dice Freud al respecto? En "Moisés y la religión monoteísta" (1934-1938) plantea algo más sobre el trauma, y aclara que si bien cabe suponer que una vivencia cobra carácter traumático a consecuencia de un factor cuantitativo, no solo dependerá de esto para ese efecto, ya que en otra constitución podría no suceder así. Entran en juego entonces, las series complementarias, "(...) una serie variable en la que dos factores se dan cita para el cumplimiento etiológico: un más de uno de ellos es compensado por un menos del otro"<sup>102</sup>, lo constitucional y lo adquirido, que determinarán el posible efecto traumático de diferentes vivencias para cada individuo en particular. (*Esto ya se planteó anteriormente en relación a la ecuación freudiana y la etiología de las neurosis*)

A partir de lo desarrollado, se pone en evidencia que Freud da gran importancia al estado del yo y a su posibilidad o imposibilidad de mandar señales frente a una determinada situación de peligro. Su capacidad le permitirá evitar ser desbordado, tomado por sorpresa o por exceso; esto determinado de alguna manera por las series complementarias correspondientes. Un gran peso tendrán aquellas vivencias primeras que tuvieron un efecto traumático en el aparato, pero a la vez, el ser humano se verá enfrentado a nuevos peligros, que reeditarán vivencias traumáticas anteriores y convoquen a ese desvalimiento propio del ser humano.

Para entender y enriquecer estos planteamientos freudianos, Jaroslavsky E. (2009) menciona que para hablar de un yo adecuadamente desarrollado que tenga recursos suficientes para enfrentar los diferentes peligros a los que está enmarcado el ser humano, será necesario pensar también en los recursos representacionales con los que cuente, es decir " (...) a mayor incremento del sistema preconscious/consciente y de sus estructuras, tendremos una mayor fortaleza del yo, que le va a posibilitar sortear con éxito los peligros que lo amenazan tanto del interior como del exterior"<sup>103</sup>. Esto dependerá, como señala

<sup>101</sup> Cuestionamientos planteados por la autora- que definirán el recorrido del presente trabajo: todos los subrayados son de la autora.

<sup>102</sup> Freud, S. (1939 [1934-1938]). *Moisés y la religión monoteísta*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. Tomo XXIII. P.70

<sup>103</sup> Jaroslavsky E. (2009): *Crisis de angustia (crisis de pánico) y estados límite*, Desde la Clínica, Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados N.32, 2009, p.152.



este autor, de la resolución del Edipo y sus consecuencias estructurales en el desarrollo y estructuración del psiquismo.

Es decir, será clave para la estructuración del sujeto su capacidad recursiva, esas primeras vivencias y experiencias. Este autor, como otros, resalta la importancia de la función continente y simbolizante de la madre con relación al desvalimiento primitivo. Freud en su trabajo "Inhibición síntoma y angustia" refiere, " (...) los progresos del desarrollo yoico, es cierto, contribuyen a desvalorizar y empujar a un lado la anterior situación de peligro, de suerte que puede decirse que una determinada edad del desarrollo se recibe, como si fuera la adecuada, cierta condición de angustia. El peligro de desvalimiento psíquico se adecua al período de inmadurez del yo; así como el peligro de la pérdida de objeto a la falta de autonomía de los primeros años de la niñez, el peligro de castración a la fase fálica, y la angustia frente al superyó al período de latencia. Empero, todas estas situaciones de peligro y condiciones de angustia pueden pervivir lado a lado y mover al yo cierta reacción de angustia aún en épocas posteriores a aquellas en que habría sido adecuado (...)"<sup>104</sup>.

Para complementar H.Bleichmar (1999) en relación a esto mencionado, señala que existirán experiencias de sufrimiento psíquico en esos primeros tiempos de la vida, y el desenlace de estas marcará la forma de reaccionar frente a futuros peligros. Es decir que si existió una figura que vino a sostener, a responder ese llamado de auxilio y que contuvo (una madre suficientemente buena en el sentido de D.Winnicott), es esa acción- representación la que se inscribe. Y si por el contrario se obtiene una respuesta agresiva o (no-respuesta), se inscribirá que el sentimiento de angustia no cumple su función, es decir, esa señal en búsqueda de respuesta, significa peligro y esta desbordaría la capacidad del aparato psíquico, generando impotencia e indefensión.

El trauma, en términos psicoanalíticos, se relacionará a una serie de situaciones traumáticas relacionadas con la posibilidad de angustia, más que a un solo acontecimiento, donde no solo se pone en juego una efracción en su barrera anti-estímulos, como mencionaba Freud en sus primeros desarrollos, sino una situación vital de desvalimiento. Es decir que si bien las cantidades de excitación

---

<sup>104</sup> Freud, (1924 [1925-1926]) Op.cit, p. 134

en relación a la capacidad de administración del aparato mantiene su importancia, la estructuración del psiquismo y los peligros internos entre los conflictos yo-ello-súper yo, ideales y relaciones objetales (“designa el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantaseada de los objetos, medio para la satisfacción pulsional”<sup>105</sup>), serán determinantes para la resignificación y la manera en que se resignifiquen anteriores experiencias disparadas por las actuales.

### **5.3 A partir de Freud, Otros autores:**

La conceptualización del trauma ha sido abordada desde diferentes puntos de vista tanto psicológicas como metapsicológicas y no ha dejado de ser un punto de discusión entre diferentes autores, más aun cuando su abordaje es esencial en la práctica clínica. Existen de alguna manera dos tendencias, una que se enmarca en poner énfasis al acontecimiento de la “realidad”, y la otra que se dirige hacia la actividad fantasmática, en el orden de la “realidad psíquica”. Así mismo será importante resaltar que dependerán estos desarrollos de la concepción de estructuración y aparato psíquico que estos diferentes autores mantengan. No se profundizará en cada una de sus teorías, se pretende más bien, señalar algunos aportes que fortalecen los desarrollos teóricos freudianos, brindando insumos para responder algunos de los cuestionamientos planteados en este trabajo, o a su vez para plantear nuevos interrogantes.

Mencionar los importantes desarrollos de Ferenczi sobre su concepción del trauma, es necesario, ya que de una manera distinta de las primeras teorizaciones freudianas, este autor plantea que lo patógeno no es tanto el contenido -la representación- de la escena traumática, sino la imposibilidad de representarla y verbalizarla. Ferenczi no hablará de represión sino de clivaje intrasistémico, es decir, de alteraciones o escisiones yoicas, por lo que en estos casos el trauma es más destructivo, apuntando a algo más originario, más primario.

Resalta además el estatuto real de la escena traumática, más allá de una realidad psíquica, predisposición o constitución, mantiene que el no profundizar

---

<sup>105</sup> Laplanche J, Pontalis B. Op.cit, p.359



en su origen externo significa un riesgo. Relaciona al trauma con la imposibilidad de pensar, de significar, de contener un afecto desbordante. Para este autor los efectos del traumatismo dependerán de la estructura subjetiva de quien lo padece, de una disposición y de la capacidad de poner en juego defensas. El traumatismo produce inmediatamente un desborde de angustia, que impide reaccionar favorablemente a una situación, sea huyendo o eliminando el peligro exterior. "El «choque» es equivalente a la anulación del sentimiento de sí, de la capacidad de resistir, de actuar y de pensar en defensa del propio Yo".<sup>106</sup> En este sentido habla sobre "conmoción psíquica", que aparece sorpresivamente y frente "al sentimiento de estar seguro de sí, en el cual a consecuencia de los acontecimientos, uno se siente decepcionado; antes, uno tenía demasiada confianza en sí y en el mundo circundante, después demasiado poca o ninguna. Uno habría sobreestimado su propia fuerza y vivido en la falaz ilusión de que tal cosa no podía suceder; "(...) a mí no".<sup>107</sup>

Ferenczi más que oponerse a las ideas de Freud, planteaba nuevas hipótesis a partir de concepciones freudianas y sus ideas hasta ahora han tenido grande influencia para el psicoanálisis contemporáneo, sobretodo en el ámbito de la técnica psicoanalítica. En uno de sus trabajos más importantes y más polémicos en su tiempo, "Confusión de lenguas entre los adultos y el niño" (1932), atribuye a los objetos externos un papel determinante en la estructuración del aparato psíquico del niño, le da importancia a la posibilidad traumática que puede resultar la realidad psíquica del otro, cuando ese otro ejerce el poder de dar o imponer sus propios significados. En este artículo menciona la importancia del trauma y en particular el traumatismo sexual como factor patógeno, y esto en relación a los múltiples casos de seducciones incestuosas que comprueba a partir de su práctica clínica. En este sentido define el trauma como la expresión de un trastorno en la comunicación entre el niño y el adulto, es decir una "confusión de lenguas", un desencuentro y malentendido entre el lenguaje de ternura de los niños, propio del lenguaje infantil, y el lenguaje de la pasión propio de los adultos. Resalta entonces, la importancia de esos vínculos primeros "adecuados" que permitan evitar el estado de un "(...) Bebé sabio": el niño escindido, se escinde para adaptarse a

---

<sup>106</sup> Ferenczi, S. (1934), *Reflexiones sobre traumatismo*. Madrid: Espasa-Calpe. Tomo IV. P.153

<sup>107</sup> *Ibíd.*, p.154

padres inadecuados. De algún modo se invierte la situación parental".<sup>108</sup> Ferenczi en este artículo plantea que si bien el niño se recupera de la agresión siente una confusión enorme, es a la vez inocente y culpable.

Para Ferenczi entonces, la importancia no solo es del exceso sino también del déficit, "(...) más que una seducción sexual efectiva practicada por un adulto, el trauma es una invasión de la psique incipiente del niño que pone en peligro su desarrollo futuro, sea que el objeto este "demasiado presente" o "demasiado ausente", en todo casi siempre hay una demasía que deja su impronta cuantitativa en el establecimiento del objeto interno primario".<sup>109</sup> El trauma entonces sería el resultado de la ausencia de una reacción apropiada del objeto ante una situación penosa o de angustia, lo que daría lugar a un estado de desvalimiento que podría reactivarse en cualquier momento futuro.

Profundiza en sus desarrollos teóricos sobre la función del analista, enfatizando el trabajo de la clínica con personas que han vivenciado este tipo de experiencias, y plantea que se debe apuntar a restablecer o quizá establecer por primera vez un objeto que sea contenedor y a la vez operar como protección anti-estímulo contra la excitación. ¿Puede ser esta, en alguna medida, la función de un profesional de salud, en este caso psicólogo/a en un dispositivo de devolución diagnóstica? ¿Es posible apuntar a este objetivo en un dispositivo hospitalario?

Se dejan estas interrogantes planteadas, para retomarlas posteriormente, y continuar por ahora; a partir de esto planteado por Ferenczi; en los trabajos teóricos de Silvia Bleichmar, autora argentina que retoma conceptualizaciones del proyecto de psicología de Freud (1895). Menciona en su trabajo "La fundación de lo Inconciente" (1993) al traumatismo como una relación entre cantidades que ingresan y capacidades de ligazón en el interior del sistema. Esta autora describe como disruptivo, muy primario, desde el acto del autoerotismo al narcicismo, desde la sexualidad vista como traumática, que irrumpe, y donde es un objeto contenedor (función materna) que debe propiciar las ligazones para poder manejar toda esta cantidad, creando vías colaterales para poder tramitarlo. Señala

---

<sup>108</sup> Jarast G. (2008), *Del trauma al trauma psíquico: construyendo psicoanálisis-Ferenczi y el trauma escenificado en el vínculo transferencial*, Actualidad Psicológica Año XXXIII N.363, Estrés Post-traumático, Buenos Aires, p.13

<sup>109</sup> Bokanowsky, T. (2005). *Variaciones sobre el concepto de traumatismo: traumatismo, lo traumático, trauma*. Revista de psicoanálisis. LXII. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina.p.15



que una de las características que tiene el traumatismo es justamente la imposibilidad de procesamiento por vías normales.

Si bien se realizó un acercamiento a ciertos postulados teóricos de esta autora en el anterior capítulo sobre el aparato psíquico, es importante retomar aquí su propuesta que permita seguir con el desarrollo de la noción de trauma. En relación a esto, la autora plantea el hecho de que no hay un sujeto homogéneamente instalado frente a la realidad, pasivo frente a lo que le ocurre, sino un sujeto activo que está procesando de distintas maneras las cosas que le suceden. De esta manera S. Bleichmar señala que el traumatismo se articula con la capacidad del aparato de entramar o de simbolizar aquello que le ocurre, retomando la visión freudiana en el hecho de que el traumatismo no puede ser pensado sino en relación con la teoría económica. "El umbral en el ser humano está determinado por la capacidad metabólica, vale decir simbolizante, con que cuenta el aparato psíquico para establecer redes de ligazón que puedan engarzar los elementos sobreinvertidos que tienden a romper sus defensas habituales".<sup>110</sup>

En este sentido, el traumatismo se relaciona con lo real exterior, con algo que ingresa al aparato.

La autora en su artículo "Las formas de realidad" (2002), define a la realidad exterior no como campo homogéneo sino como un espacio con toda su complejidad y diversidad. Realidad como en el proyecto de psicología de Freud (1895), procesos continuos que ejercen constantes estímulos discontinuos para el aparato anímico. "Realidad exterior que no solo incide sino que constituye, introduce de modo permanentemente desequilibrios que obligan a un trabajo de ligazón y evacuación, complejizando las funciones y constituyéndose en motor del crecimiento psíquico. De esta realidad exterior dos son los ordenes privilegiados, el cuerpo y el otro humano, ambos generando las condiciones que propician la emergencia de toda representación, de todo pensamiento."<sup>111</sup>

---

<sup>110</sup> Bleichmar, S. (2000). Seminario *Traumatismo y simbolización: los modos del sufrimiento infantil*, clase N° 1 dictada el 3 de abril de 2000 (On line). Disponible en: [http://www.silviableichmar.com/sem\\_clases/semi2000.htm](http://www.silviableichmar.com/sem_clases/semi2000.htm)

<sup>111</sup> Bleichmar, S. (2002). *Las formas de realidad*. Psicoanálisis, sociedad y cultura. Entre la realidad y el deseo. Año XII. N.35. Buenos Aires: Revista Topia.

S. Bleichmar refiere entonces que frente a estas cantidades fluyentes y en constante desequilibrio en función de la estructuración del psiquismo es necesario un proceso de "(...) descomposición y recomposición, es decir incorporación (...) entre el discurso-deseo de la madre, comportamiento significativo del adulto, y el inconsciente en vías de constitución, este sería el momento esencial que debe llamarse descualificación".<sup>112</sup> Se relaciona este planteamiento en algún sentido, con lo planteado anteriormente por Ferenczi en relación a la importancia de un "entendido" entre el lenguaje del adulto y del niño.

Por otro lado y para complementar lo dicho, Piera Aulagnier, hablará de dos tipos de violencia que se pueden relacionar con lo anteriormente desarrollado tanto por Ferenczi como por S.Bleichmar en relación a la noción de trauma, resaltando también la problemática de lo psíquico como producto de un espacio relacional. En este sentido en su trabajo "La violencia de la interpretación" (1977), plantea el efecto de la anticipación, para definir el enfrentamiento con una experiencia, un discurso, una realidad que se anticipa, (discurso materno), a las posibilidades de respuesta (psique en estructuración del niño). Ella formula que cuando más se retrocede en la historia, mayores caracteres de exceso y violencia presenta esta anticipación, exceso de sentido, de excitación, de frustración, pero también exceso de gratificación o de protección. En un principio, las palabras y los actos maternos se anticipan, irrumpen, pero en esto significan y estructuran. Este tipo de violencia es una acción necesaria y constitutiva, lo traumático según esta y otros autores. "La madre posee el privilegio de ser para el infans el enunciante y el mediador privilegiado de un "discurso ambiental", del que le transmite, bajo una forma pre digerida y pre modelada por su propia psique, las conminaciones, las prohibiciones, y (...) los límites de lo posible, de lo lícito (...) es su portavoz".<sup>113</sup>

Este proceso a pesar de ser violento, por existir una inequidad entre estos dos participantes, uno con más poder y con un aparato psíquico estructurado y el otro en relación de dependencia en proceso de constitución, es necesario. La madre es como un intérprete para el niño, hablará del niño y al niño, permitiéndole el acceso al campo de discurso. Sin embargo señala que esta función tiene un

---

<sup>112</sup> Bleichmar S. ((1984) [2008]) *En los orígenes del sujeto psíquico. Del mito a la historia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. p.29

<sup>113</sup> Aulagnier, C.P. (1977) [1975]. *La violencia de la interpretación*. Del pictograma al enunciado. Buenos Aires: Amorrortu Editores. p.33



tiempo limitado, y debe cambiar en relación al proceso de estructuración del aparato psíquico del niño. Es en este momento en que Aulagnier introduce otro concepto, "violencia secundaria", cuando justamente existe esta imposibilidad para la madre de aceptar que este momento primero, esta forma de relación o vínculo debe cambiar.

La violencia secundaria referirá entonces, al riesgo del exceso, cuando la madre frente al niño en este caso crea sobre-significaciones o cuando ofrece un discurso que no acepta alternativas, esto será perjudicial y alterará el funcionamiento del Yo. Se afectará el proceso de "metabolización" (concepto propuesto por Laplanche, utilizado por Bleichmar y otros autores) como función del aparato psíquico. Se verá obstaculizada la posibilidad de representación propia, la transformación de una información exterior en representación, eso heterogéneo en propio será interrumpido.

Para terminar este breve recorrido, con la dificultad que implica seleccionar ciertos autores y algunas partes de su teoría, y en esto correr el riesgo de perder la riqueza de cada uno de sus desarrollos, se introducirá por último el concepto de "disrupción" del autor Moty Benyakar, para complementar lo hasta ahora expuesto acerca de de trauma y el campo de lo traumático. Se intentará luego tomar aquello propuesto por cada autor y definir ciertos caminos teóricos que permitan abordar el objeto de estudio del presente trabajo.

Benyakar (2006) plantea que hablar de situación traumática para referirse a cualquier evento fuerte e intenso es confuso, entonces resalta la importancia de un término preciso que permita distinguir diferentes variables en juego para diferentes tipos de situaciones, "lo disruptivo".

Según este autor no son las características de una situación las que determinarían lo traumático, sino el particular encuentro entre una situación y la especificidad con que un determinado psiquismo la vivencia. Serían eventos que irrumpen y producen en el sujeto distorsiones de la vivencia afectando, de esta manera, la posibilidad de articular afecto y representación, no se puede pensar, no se puede sentir. Diferencia lo que es vivencia traumática y vivenciar traumático, la primera estaría relacionada con un evento fáctico circunscrito en el tiempo y en el espacio. A diferencia de esto, el vivenciar traumático, sería parte del proceso continuo en la infancia, remite a un proceso parte de la estructuración del

psiquismo, al exceso cuando falla la función mediatizadora. Esto ya lo plantean diferentes autores citados y otros que tienen desarrollos completos sobre esto mencionado, como Winnicott, Bion, entre otros.

Para ir finalizando este capítulo, se considera importante señalar algunas de las diferentes posibles perspectivas de la noción de trauma, es así que se cita el trabajo sobre las “Variaciones sobre el concepto de traumatismo” de Bokanowsky (2005) como aporte para ir a estos diferentes posicionamientos teóricos a lo largo de este capítulo. Este autor señala que existen algunas diferencias entre estos tres términos: traumatismo, lo traumático, trauma, y si bien no se profundizará en cada una de estas porque existiría una confusión muy grande en relación a las nociones que cada autor utiliza, si se considera los diferentes momentos y perspectivas a las que se dirigen. Es así que menciona que en general “traumatismo” se designa a los efectos psicológicos de cierta experiencia de separación, de pérdida, accidente, enfermedad, etc. Sugiere que se utilice esta palabra para referir a un nivel de desorganización psíquica que se vincula con los procesos secundarios, donde no se perturba ni las relaciones objetales, ni la ligazón de las mociones pulsionales.

Por otro lado, la palabra “trauma” más bien indicaría un fenómeno que actúa en una etapa temprana, más primitiva, poniendo en riesgo las investiduras narcisistas como la organización yoica. Y “lo traumático” en un sentido de funcionamiento psíquico, que se relaciona tanto con el trauma como con lo traumático, para hablar del impacto traumático relacionado a la compulsión de repetición. Se referirá al aspecto económico, la relación de falta de apronte de angustia y con defectos de protección anti-estímulo, que se vincula con toda una serie de acontecimientos, desde las neurosis de guerra, hasta patologías provocadas por catástrofes naturales o sociales.

Estos tres términos se pueden relacionar con diferentes tiempos de desarrollo de la teoría freudiana, desde los Estudios sobre la histeria (1895) hasta El esquema de psicoanálisis (1938), este último donde menciona ciertos elementos que Ferenczi desarrolló años atrás, sobre los posibles trastornos y escisiones yoicas. Tras los avances de Ferenczi, Klein y Winnicott, la clínica psicoanalítica profundizará sobre los efectos de las deficiencias de los vínculos primarios, y las fallas, rupturas o escisiones que esto provocaría en el yo y sus efectos fronterizos.



Estos diferentes autores planteados, al hablar de trauma profundizan en este campo no tratado anteriormente sobre etapas más arcaicas de la estructuración del aparato psíquico y plantean estas "fallas" en relación a primeras inscripciones del sujeto, a eso que no pudo procesarse psíquicamente y que entonces no puede ser tramitado mediante las funciones normales del yo.

En relación a esto, Freud resalta la necesidad y el valor de estos primeros vínculos y en relación a las diferentes situaciones traumáticas, donde refiere este desvalimiento propio del ser humano, que se ira resignificando a lo largo de la vida e irá marcando la forma de reacción o elaboración frente a futuros peligros y amenazas. Desarrolla y avanza en sus diferentes teorizaciones, en un ir y venir de la teoría económica, dándole en algunos casos más importancia al componente cuantitativo y en otras al conflicto intrapsíquico. Estos diferentes abordajes se irán complementando e irán mostrando la complejidad de los procesos psíquicos en un marco tanto económico como dinámico.

El concepto de peligro, situación de peligro, será importante para marcar una diferencia entre un aparato que está preparado o que presenta la posibilidad de una angustia señal que le permita manejar esa situación displacentera, frente a otro que sea tomado por sorpresa, y se desborde. La posibilidad de angustia señal estará relacionada entonces, con las capacidades y recursos que tenga el yo para defenderse y manejar esos estímulos tanto internos y externos, recursos para ligar y simbolizar ( proceso secundario) y esto dependerá necesariamente de esa "posibilidad de yo", es decir a partir de un otro, que permita la constitución, que habilite la posibilidad de simbolizar, que auxilie, que escuche, que contenga en esos primeros desbordes de angustia, violentos pero necesarios para permitir la representación del mundo. De esta manera habilitará la contingencia de una protección anti estímulo en el marco de una estructuración del psiquismo.

Hay algunos conceptos importantes que menciona Freud a lo largo de este recorrido propuesto que vale la pena puntualizar: por un lado, la "resignificación" en donde se define una acción retroactiva y que se debe considerar cuando se hable sobre situaciones traumáticas, es decir un movimiento desde el presente hacia el pasado, planteando un modelo diferente de temporalidad. En relación a esto se plantea, que las experiencias nuevas de peligro o satisfacción que enfrentará un sujeto en su vida, estarán de alguna manera ligadas a vivencias

anteriores. Sin embargo este movimiento no es lineal o directo, si no tiene que ver con un complejo involucramiento de factores, tanto constitutivos como actuales, las “series complementarias”, por otro lado, noción fundamental para hablar de efectos traumáticos.

Por ahora, se dejan planteadas algunas preguntas *¿se podría hablar del efecto traumático de las palabras? ¿Cuánto agrega a la situación traumática el desvalimiento del paciente, y a la vez el desvalimiento institucional? ¿Sentirse desamparado?*

*¿El diagnóstico médico-palabra, nombra lo innombrable que ha aparecido en el cuerpo, este tiene un efecto traumático? ¿Qué se resignifica a partir de esto traumático?*



## **CAPÍTULO VI: PROPUESTA METODOLOGICA ACERCA DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

### **POSIBLES EFECTOS PSÍQUICOS DE UN DIAGNOSTICO- A PARTIR DEL ANALISIS DE LAS "DEVOLUCIONES DE INFORMACION DIAGNOSTICA"**

#### **Presentación**

El presente capítulo tiene como finalidad la recolección, análisis e interpretación de datos con el objetivo de relacionar el cuerpo teórico, con los resultados empíricos obtenidos. El problema objeto de investigación propuesto en el siguiente trabajo a partir del interrogante ¿Cuáles son los efectos psíquicos que produce una devolución diagnóstica de patologías cervicales relacionadas con el HPV (Virus del Papiloma Humano), en pacientes que se realizaron exámenes ginecológicos en el servicio de Ginecología del Hospital Municipal Bernardino Rivadavia, en la ciudad autónoma de Buenos Aires, en el curso del año 2007? direccionó los diferentes desarrollos planteados en los anteriores capítulos en relación al virus como tal, su relación con otras enfermedades, la descripción del dispositivo de devolución diagnóstica y la importancia de la forma en cómo se entrega la información. Así mismo el recorrido desde el psicoanálisis a partir del aparato psíquico, sus mecanismos, sobre la angustia y trauma para definir el escenario donde se hablara de posibles efectos psíquicos frente a diferentes acontecimientos para la vida anímica o psiquismo de un sujeto.

El presente problema objeto de investigación requirió de un tipo de investigación de diseño descriptivo ya que el objetivo de la misma es la descripción de los efectos psíquicos que se produce en la "devolución diagnóstica" antes planteada. En tanto al tipo de estudio fue de carácter cualitativo dado que se utilizó la técnica de análisis de contenido para la interpretación de los datos. Se recurrió a una fuente de datos secundaria directa ya que se retomaron los datos obtenidos y registrados en los informes de "devoluciones diagnósticas" de patologías cervicales relacionadas con el HPV, que son completados el mismo momento de operación del dispositivo hospitalario (DCIDOPT). Estos datos serán articulados teóricamente a través de fuentes secundarias bibliográficas.

Se tomó en cuenta los informes de "devoluciones diagnósticas" dentro del dispositivo de devolución conjunta (DCIDOPT), que se realizaron en los meses de mayor atención hospitalaria de este mismo año: Marzo, Mayo, Octubre en la Sección de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia, Servicio de Ginecología del Hospital Municipal Rivadavia, con diagnósticos de patologías cervicales relacionada con el HPV: LIE de alto grado y LIE de bajo grado, de las cuales se tomaron 10 devoluciones como muestra para este estudio. Se seleccionaron estas 10 devoluciones en base a los siguientes criterios: a) Fueron realizadas en el período mencionado anteriormente b) Tipo de diagnóstico: LIE de alto y bajo grado c) nacionalidad y edad de la paciente d) Motivo de consulta: control, derivación, enfermedad previa; no se tomó en cuenta escolaridad, ni estado civil. Se enfatizó entonces, en lo dicho por el médico como el discurso y comportamiento de las pacientes al momento de recibir el diagnóstico.

### **6.1 Descripción de devoluciones diagnósticas**

Es importante mencionar que del año 2007 se preseleccionaron 57 devoluciones de patologías cervicales relacionadas con el virus del HPV. Devoluciones realizadas por profesionales de salud: médico y psicólogas, en algunas ocasiones más de una psicóloga. En todas las devoluciones seleccionadas la autora estuvo presente, como observadora no participante o como parte del equipo profesional del dispositivo de devolución.

Se revisaron las 57 devoluciones propuestas, donde se atendieron a mujeres argentinas en su mayoría, con un porcentaje menor, sin embargo importante, de mujeres de otras nacionalidades, mayoritariamente peruanas, bolivianas y paraguayas. Las mujeres atendidas se encuentran en el rango de edad, entre los 19 años hasta los 67 años, en su mayoría entre los 40 y 55 años. Vienen generalmente acompañadas de su pareja, sea este esposo o conviviente, o de sus hijos, sin embargo el número de mujeres que viene sola es considerable, sobre todo en mujeres extranjeras.

Se seleccionaron las 10 devoluciones en función de que cumplan con los criterios seleccionados, pero además se evaluó si la información era suficiente y completa para el análisis, que sea en lo posible la primera devolución de la



paciente, que el diagnóstico se ajuste a los criterios señalados, es decir a lesiones intraepiteliales de alto o bajo grado. Así mismo, se optó por una muestra heterogénea, donde se pueda analizar la entrega de devoluciones diagnósticas a mujeres de diferentes edades y condiciones.

El análisis que se realizó a las diferentes devoluciones diagnósticas no pretende dar un juicio de valor o plantear criterios o "verdades" absolutas, sino mas bien señalar elementos que permita pensar sobre lo planteado en anteriores capítulos y den cuenta de los aspectos que se tienen que rescatar y resaltar del trabajo interdisciplinario del mencionado dispositivo. En este sentido, señalar ciertos obstáculos en el marco hospitalario que pueden evidenciar la dificultad del de informar "adecuadamente" sobre un determinado diagnóstico, pronóstico o tratamiento.

En este sentido, este análisis fue guiado a partir de algunas preguntas complementarias, a fin de resolver dicho problema:

¿Cuáles son las características de la devolución diagnóstica que se propone en el dispositivo DCIDOPT?

¿Cómo propone el médico la devolución diagnóstica de las diferentes patologías cervicales relacionadas con el HPV?

¿Cuáles son las características discursivas que se presentan en la devolución diagnóstica de lesiones o patologías cervicales relacionadas con el HPV, por parte del médico y en la recepción de la paciente?

¿Cuales indicadores se pueden reconocer en el discurso y comportamiento de las pacientes que muestren su reacción tanto en la devolución diagnóstica como en el momento previo y posterior a esta?

¿Cuáles elementos se pueden identificar en el discurso de la paciente que manifieste algún efecto psíquico?

Durante la devolución diagnóstica se observaron los siguientes indicadores, variables y valores, y fueron analizados mediante la técnica de análisis de contenido. La técnica de análisis de contenido está destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto, según define Klaus Krippendorff, "(...) el análisis de contenido se

caracteriza por investigar el significado simbólico de los mensajes, los que no tienen un único significado, ya que los mensajes y las comunicaciones simbólicas tratan, en general, de fenómenos distintos de aquellos que son directamente observados."<sup>114</sup> Esta metodología se utilizaba para analizar mensajes escritos u orales, por ejemplo de libros sagrados, el propósito era y es hasta ahora conocer las "entrelíneas" de cada mensaje, o a donde dirigen o conllevan ciertas palabras, mensajes o estatutos a diferentes públicos y en determinados contextos.

Para facilitar este análisis de las "devoluciones diagnósticas" seleccionadas y a partir de lo anteriormente planteado, la matriz de datos que se propone toma en cuenta los diferentes tiempos: Inicio, desarrollo y final de la devolución y variables, dimensiones y valores que se describirán a continuación.

---

<sup>114</sup> Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona. Editorial Paidós.



<b>Unidad de Análisis</b> <b>(U.A.)</b>	<b>Variables</b> <b>(V)</b>	<b>Dimensiones</b> <b>(D)</b>	<b>Valores</b> <b>(R)</b>
Devoluciones diagnósticas de pacientes con diagnósticos de patologías cervicales relacionadas con el HPV.	<b>V1.</b> Información brindada por el médico	<u>Diagnóstica</u> - Historización de la enfermedad. –Motivo de consulta. <u>Pronostica y terapéutica</u> Tratamiento, causa de la enfermedad. <u>Otros recursos</u> - resultados de exámenes, uso de gráfico	<b>R1.</b> Excesiva <b>R2.</b> Necesaria <b>R3.</b> Deficitaria
	<b>V2.</b> Comunicación verbal (equipo de salud, paciente, y/o acompañante)	Saludo Preguntas Intervenciones- participantes Palabras, nominaciones o definiciones de la enfermedad Creencias (fantasías, mitos) Sorpresa Afectos y emociones (angustia/alivio) Sentimiento de impotencia Sentimiento de irrealidad Culpa Despedida	<b>R1.</b> Presencia <b>R2.</b> Ausencia
	<b>V3.</b> Comunicación no verbal	Saludo Miradas Contacto físico Postura y movimiento corporal. Afectos y emociones (angustia/alivio) Reacciones Sorpresa Despedida	<b>R1.</b> Ausencia <b>R2.</b> Presencia

### **6.1.1 Análisis cualitativo y observaciones**

Cuando hablamos del HPV, tema central del presente trabajo, es inevitable pensar que al ser un virus de transmisión sexual, que se liga con diferentes aspectos de la sexualidad, tener un nombre fácilmente asociable con el HIV y una posibilidad de desencadenamiento en cáncer de cuello uterino, las diferentes devoluciones diagnósticas muestran en su discurso ciertas señales de efectos psíquicos a partir de la información recibida. El análisis y la articulación con el cuerpo teórico propuesto, permitirá dar cuenta entonces, si es que el momento de entrega del diagnóstico, y cómo se lo hace, puede tener un efecto traumático o no para una paciente. En este sentido, indagar si para ciertas pacientes el momento de la devolución diagnóstica de patologías cervicales asociadas con el virus HPV no cumple con el papel de alerta de posible peligro, sino que logra que ese peligro sea vivenciado en ese mismo momento.

La relación médico-paciente será un factor importante para tomar en cuenta, no es cualquier persona quien está entregando un diagnóstico, no es cualquier diagnóstico, ¿Qué lugar ocupa el médico? ¿Lugar de saber, lugar de omnipotencia-poder, lugar de padre, lugar de juez (superyó)? ¿En qué lugar lo pone la paciente? ¿Esas palabras que vienen de él, (médico) tienen un peso más grande, más fuerte, más violento o más continente para quien recibe el diagnóstico?

#### **6.1.1.2 Cuadros de análisis**

Aunque la mayoría de estudios, recapitulando, coinciden que no existe cura médica para eliminar una infección de HPV, los tratamientos apuntan a tratar las patologías cervicales que este produce, las lesiones intrapiteliales escamosas (LIE) o displasias, donde las células del cuello uterino atraviesan cambios, y células anormales aparecen en el tejido. Los tratamientos apuntan a estos cambios de la membrana mucosa causada por la infección, tienen algunos procedimientos que citamos en el primer capítulo y que los más frecuentes: LEEP y Conización. La mayoría de tratamientos propuestos en las siguientes “devoluciones” apuntan al problema de los efectos del virus en la mujer y en muy pocas ocasiones se la aborda como un tema preventivo en pareja.



**DEVOLUCIONES DIAGNÓSTICAS- DISPOSITIVO HOSPITAL RIVADAVIA**

**D: Doctor, P: Paciente, F: familiar, Ps: Psicóloga**

Unidad de Análisis (U.A.)	Variables (V)	Dimensiones (D)	Valores (R)
<p><b>Devolución Número 1</b></p> <p><b>Mujer Argentina 40 años</b></p> <p><b>Diagnóstico Lie bajo grado</b></p> <p><b>Plan Propuesto: Leep</b></p> <p><b>Esposo-acompaña</b></p>	<p><b>V1. Información brindada por el médico:</b></p> <p>D: Buenos Días, yo soy el Dr. X y le presento a la psicóloga D</p> <p>D: Nos hemos juntado para comunicarle algo, <b>se imagina que puede ser?</b></p> <p>D: Nosotros sabemos que la enfermedad recorre una escalerita, donde aquí abajo implica estar sano y <b>aquí arriba el cáncer</b>, (tacha la palabra cáncer).</p> <p>D: <b>Ud. no tiene cáncer, pero ha empezado a recorrer la escalerita.</b></p> <p>D: Esta claro hasta ahí?</p> <p>D: <b>Lo que usted tiene, tiene diferentes nombres</b>, pero eso no significa que cambia la enfermedad, lie de bajo grado, displasia, Cin.</p> <p>D: ( P: me va a operar?) si, <b>proponemos hacer un LEEP</b>, ( explica con dibujo el procedimiento del LEEP, la importancia que tiene este procedimiento no solo para tratamientos sino para estudiar). Explica otros métodos, otros tratamientos, leep, cono.</p> <p>D: <b>La mejor opción sería un LEEP, es más conservador.</b></p> <p>D: Esto se puede repetir, con el LEEP solo no alcanza, en el 90% de casos no se repite, por eso los controles son necesarios.</p> <p>D: <b>Estás condenada a los controles.</b> Primer año cada tres meses, pap. y colpo, segundo cada 4 meses , después 6 meses.</p> <p>D: El Leep tiene muchas ventajas, anestesia local, en el consultorio, ese mismo día te vas a tu casa. <b>Es un procedimiento sencillo.</b></p> <p>D: ( P: duele?) un poco</p> <p>D: Quien es una persona valiente? La que hace cosas a pesar del miedo.</p> <p>D: Eso que mencionas es otro problema, no tiene que ver con esto</p> <p>D: esto avanza, y sigue subiendo escalones, es posible que estas lesiones se den <b>por el virus del HPV (virus del papiloma humano), es un virus que se transmite sexualmente.</b></p> <p>D: Leep Ya!</p> <p>D: Menciona otros procedimientos, la necesidad de otros estudios para los otros problemas mencionados.</p> <p>D: Exámenes de sangre, si todo está bien, turno y comprar material descartable.</p> <p>D: esto es rápido</p> <p>D: <b>¿Quedamos de amigos?</b></p> <p>D: <b>No le dimos una noticia muy buena?</b></p> <p>D: <b>Puede hacer una fiesta?</b></p> <p><b>Haga una fiesta todos los días, hay que festejar todos los días.</b></p>	<p><u>Diagnóstica-</u> Historización de la enfermedad. -Motivo de consulta.</p> <p><u>Pronostica y terapéutica</u> Tratamiento, causa de la enfermedad.</p> <p><u>Otros recursos -</u> resultados de exámenes, uso de gráfico</p>	<p><b>R1.</b> Excesiva</p> <p><b>R2.</b> Necesaria</p> <p><b>R3.</b> Deficitaria</p>
	<p><b>V2. Comunicación verbal (equipo de salud, paciente, y/o acompañante):</b></p> <p>P: <b>Algo para curarme</b></p>	<p>Saludo</p> <p>Preguntas</p> <p>Intervenciones-</p>	<p><b>R1.</b> Presencia</p>

	<p>P: <b>Bárbaro no tener cáncer.</b>                  F: Puede aclarar eso de la escalerita?                  P: todas son lo mismo, que vamos a hacer? Me va a operar?                  P: en el caso de que no resulte otra vez un Leep                  P: <b>Estoy muy traumatizada</b>                  PS: Que le preocupa?                  P: No sé                  P: Cómo es el tratamiento?                  P: <b>Me cortan, duele, explíqueme?</b>                  PS: Cada persona lo maneja de diferente manera, depende de la sensibilidad y cómo este ese momento.                  P: <b>yo soy muy miedosa</b>                  PS: es importante resaltar que Ud. se preocupa, este pendiente, se hace controles, eso habla de que usted se cuida.                  P: Tengo otras afecciones, miomas, quistes.                  F: Cuál es la causa, se puede esperar?                  PS: es un virus muy común en las mujeres, y puede estar latente o escondido por mucho tiempo.                  F: Qué se puede hacer, lo otro?                  PS: Está claro?                  P: De acuerdo con lo que me va a hacer y después voy a ginecología para lo otro.                  P: Yo soy muy irregular, habrá problema con eso? Cuando tardará la operación?                  P: Bueno                  P: Quedamos de amigos                  F: Le agarró a tiempo, es una ventaja                  P: <b>esperaba algo peor, ya no tengo dudas</b></p>	<p>participantes                  Palabras, nominaciones o definiciones de la enfermedad                  Creencias (fantasías, mitos)                  Sorpresa                  Afectos y emociones (angustia/alivio)                  Despedida</p> <p>Sentimiento de impotencia                  Sentimiento de irrealidad                  Culpa</p>	<p><b>R2.</b>                  Ausencia</p>
	<p><b>V3. Comunicación no verbal:</b>                  Aparentemente tranquila, positiva.                  P: Sonríe cuando menciona que está muy traumatizada.                  P: Mira a las personas presentes, muy atenta                  Silencio y dudas cuando se habló del HPV                  Explicación- alivio.                  D: emotivo, cierra muy positivo.</p>	<p>Saludo                  Miradas                  Contacto físico                  Postura y movimiento corporal.                  Afectos y emociones (angustia/alivio)                  Reacciones                  Silencio                  Sorpresa                  Despedida</p>	<p><b>R1.</b>                  Presencia</p>

**OBSERVACIONES:**

Cuando el médico entrega el diagnóstico, menciona la palabra cáncer, sin embargo no profundiza en la historización de la enfermedad y de los antecedentes de la paciente, se plantea entonces la pregunta de si ¿es necesario enfatizar en la posibilidad de la evolución hacia una enfermedad oncológica? O por otro lado, ¿es importante o no detallar los diferentes nombres de la enfermedad y posibles tratamientos?

La paciente se alivia, se tranquiliza a partir de la información entregada, expone sus preocupaciones, su miedo sobre el dolor, los procedimientos de cirugía, ella pone en palabras sus sentimientos y sus silencios que denotan angustia frente a una enfermedad de transmisión sexual. El discurso de control, está presente, "está condenada a controles", refleja la necesidad de los profesionales de salud a instalar la prevención en el marco del miedo. La información sobre el HPV



se lo entrega superficialmente, la intervención de la psicóloga es necesaria para profundizar y aclarar ciertas dudas en relación a esta.

Unidad de Análisis (U.A.)	Variables (V)	Dimensiones (D)	Valores (R)
<p><b>Devolución Número 2</b></p> <p><b>Mujer Argentina 43 años</b></p> <p><b>Diagnóstico Lie bajo grado</b></p> <p><b>Plan Propuesto: Leep</b></p> <p><b>Concurre con: su esposo e hija</b></p>	<p><b>V1. Información brindada por el médico:</b></p> <p>D: Buenos días soy el Dr. X, la Licenciada M</p> <p>D: Bueno, si estamos acá es porque algo pasa... ¿Estos son los estudios que te hiciste?</p> <p>D: Bueno algo pasa, <b>si dibujamos una escalerita y en la base está la salud y al final está el cáncer... usted no tiene cáncer pero ya empezó a recorrer la escalerita, pero podemos parar si hacemos algo. ( tacha la palabra cáncer)</b></p> <p>D: Existe una lesión y tiene varios nombres, se deben sacar las manchitas que están el cuello del útero a través de una mini cirugía.</p> <p><b>Proponemos hacer un Leep-</b> este procedimiento tiene algunas ventajas, es con anestesia local, en el consultorio.</p> <p>D: También existen otras alternativas y maneras de tratar esta lesión ( explica las diferentes opciones)</p> <p>D: <b>Se transmite por transmisión sexual.</b></p> <p>D: Responde algunas preguntas que hace la paciente y el esposo, sobre la operación y los controles posteriores.</p>	<p><u>Diagnóstica-</u> Historización de la enfermedad. –Motivo de consulta.</p> <p><u>Pronostica y terapéutica</u> Tratamiento, causa de la enfermedad.</p> <p><u>Otros recursos -</u> resultados de exámenes, uso de gráfico</p>	<p><b>R1.</b> Excesiva</p> <p><b>R2.</b> Necesaria</p> <p><b>R3.</b> Deficitaria</p>
	<p><b>V2. Comunicación verbal (equipo de salud, paciente, y/o acompañante):</b></p> <p><b>F: ¿Cómo se contagio?</b></p> <p>PS: Aclara que el virus pudo haber estado dormido desde hace mucho tiempo y que no necesariamente tiene que haber un tercero, es un virus muy común, un gran porcentaje de mujeres lo tiene o lo ha tenido alguna vez.</p> <p>PS: ofrece un espacio para hablar, entrega los datos.</p>	<p>Saludo</p> <p>Preguntas</p> <p>Intervenciones-participantes</p> <p>Palabras, nominaciones o definiciones de la enfermedad</p> <p>Sorpresa</p> <p>Afectos y emociones (angustia/alivio)</p> <p>Despedida</p>	<p><b>R1.</b> Presencia</p>
	<p><b>V3. Comunicación no verbal:</b></p> <p><b>Parece nerviosa</b></p> <p>Después que se nombra el diagnóstico, los familiares sonrían nerviosos</p> <p><b>Después de saber que es un virus que se transmite sexualmente, silencio y se genera cierta tensión.</b></p> <p><b>Después de la aclaración de la psicóloga se nota cierto alivio.</b></p>	<p>Saludo</p> <p>Miradas</p> <p>Postura y movimiento corporal.</p> <p>Afectos y emociones (angustia/alivio)</p> <p>Reacciones</p> <p>Silencio</p> <p>Sorpresa</p> <p>Despedida</p>	<p><b>R1.</b> Presencia</p>

**OBSERVACIONES:**

Se plantea la posibilidad de un déficit de información, en el momento en que existe un pedido sin respuesta, en este caso sobre las causas de esta enfermedad, marcando la importancia de profundizar sobre el virus del HPV. Al ser una enfermedad de transmisión sexual, es importante por un lado, entregar la información completa tanto para prevenir, como la posibilidad del trabajo en pareja, e ir analizando y trabajando sobre posibles fantasías, mitos y prejuicios acerca de la

culpa, la traición y la responsabilidad, elementos que pueden aparecer relacionados con este virus o ETS.

Se destaca la importancia y necesidad de las intervenciones del equipo psi, quienes pueden identificar los momentos donde es necesario profundizar en cierta información, o donde la paciente o familiar tienen dudas sobre lo explicado por el médico.

Unidad de Análisis (U.A.)	Variables (V)	Dimensiones (D)	Valores (R)
<p><b>Devolución Número 3</b></p> <p><b>Mujer Argentina 67 años</b></p> <p><b>Diagnóstico Lie alto grado</b></p> <p><b>Plan Propuesto: conización</b></p> <p><b>Sin acompañante</b></p>	<p><b>V1. Información brindada por el médico:</b>  D: Bueno Señora si la llamamos es <b>porque algo no anda bien.</b>  D: Ud. Sabe lo que es un cono?  D: Lo que tengo que decirle es <b>que usted tiene una enfermedad que le va a llevar al cáncer si no hacemos algo. ( Dibujo escalera)</b>  D: <b>Lo que usted tiene se llama lesión de alto grado, CIN III, displasia, no le cambio la enfermedad, sólo el nombre.</b>  D: Que hacemos?  D: Hemos encontrado manchas en los exámenes y análisis que son sospechosas, hay varias formas de tratar esto, se lo puede hacer de una forma más conservadora, pero no es su caso. La conización es eficaz, siempre y cuando vaya acompañada de controles.  D: Dibuja como sería la conización y enseña a la paciente que la cirugía es más compleja. Es una gran biopsia ampliada, que sirve para tratar y examinar, ya no es tan conservadora. La operación es por vía vaginal, con internación y anestesia general.  D: No sé exactamente cuántos días de internación, 3 o 4 días probablemente, hay que hacer primero unos exámenes, sacar turno y eso se va a demorar un poco.  D: Ud. ya sabía algo de esto, contaba con alguna información?  D: El psicólogo es como un médico clínico  D: Usted sabe que pasa después de la biopsia?  D: (Vaciamiento) Que es eso?  D: Sacar la matriz, eso no es vaciar.</p>	<p><u>Diagnóstica</u>-  Historización de la enfermedad. -Motivo de consulta.  <u>Pronostica y terapéutica</u>  Tratamiento, causa de la enfermedad.  <u>Otros recursos</u> - resultados de exámenes, uso de gráfico</p>	<p><b>R1.</b> Excesiva  <b>R2.</b> Necesaria  <b>R3.</b> Deficitaria</p>
	<p><b>V2. Comunicación verbal (equipo de salud, paciente, y/o acompañante):</b>  P: Me dijeron directamente que me tienen que hacer un cono  P: (D: Sabe lo que es un cono?) No, me imagino  P: (D: Que hacemos?)Eso ¿Cómo es la operación?  P: Cuantos días internada?  P: Tanto!!!  Ps: Usted ya contaba con alguna información?  P: Silencio  P: Es más chocante el saber que van a explicarme la operación con psicólogos.  P: Cómo es la operación? Lo que se es lo que vi en los resultados del PAP, de la biopsia, no quise preguntar más. Tuve ya unos resultados previos en otro hospital, me cambié de hospital y son los mismos.</p>	<p>Saludo  Preguntas  Intervenciones-participantes  Palabras, nominaciones o definiciones de la enfermedad  Creencias (fantasías, mitos)  Sorpresa  Afectos y emociones (angustia/alivio)  Despedida</p>	<p><b>R1.</b> Presencia</p>



	<p>Ps: Qué paso cuando se enteró de la presencia de psicólogas?                  P: Con su mano aleja, tengo respeto a los psicólogos, pero cuando tengo un problema lo arreglo con mi amiga.  <b>P: (D: Qué pasa después de la biopsia?)</b>  <b>Vaciamiento</b>                  P: Sacar la matriz                  Después de explicación de D                  P: eso ya lo sabía, necesito la orden y me voy!!</p>		
	<p><b>V3. Comunicación no verbal:</b>                   P: <b>Con su mano rechaza la idea de un espacio psicológico.</b>                  P: No mira al doctor ni a la psicóloga                  P: Mira el reloj constantemente                  P: <b>Un poco agresiva</b>  <b>Muchos Silencios</b>  <b>Defensa, bronca?</b></p>	<p>Saludo                  Postura y movimiento corporal.                  Afectos y emociones (angustia/alivio)                  Reacciones                  Silencio                  Sorpresa                  Despedida                   Miradas                  Contacto</p>	<p><b>R1.</b>                  Presencia           <b>R2.</b>                  Ausencia</p>

**OBSERVACIONES:**

Se observa que las devoluciones diagnóstica se entregan de la misma manera si la paciente viene o no acompañada, es importante tomar en cuenta que si existe en la metodología del presente dispositivo la premisa de solicitar a la paciente que venga acompañada, tomar en consideración este elemento en el contexto de la devolución.

Por otro lado, el que la paciente tenga información previa, posiciona al médico y equipo psi en un lugar de no-devolución, se deberá indagar de donde salió y cómo se presenta esta información y aclarar o revisarla si es necesario. Así mismo tomar en cuenta, ciertas fantasías (por ejemplo de “vaciamiento”) y si es posible ponerlas en discusión en este espacio.

La paciente manifiesta rechazo, ira, bronca, y no se muestra sorprendida frente a la información que se le entrega, estas emociones nos indican que ciertos mecanismos de defensa están presentes ¿puede esto ser una señal de ciertos posibles recursos de la paciente hacia la elaboración o proceso de duelo frente a la enfermedad?

Se resalta una vez más, la importancia de la historización de la enfermedad y frecuencia de los controles, no es lo mismo trabajar con una persona que se realiza controles periódicos, que de alguna manera da cuenta de las señales o estado de su cuerpo, que una persona que a pesar de evidente sintomatología no se realizó los exámenes y controles necesarios.

Unidad de Análisis (U.A.)	Variables (V)	Dimensiones (D)	Valores (R)
<p><b>Devolución Número 4</b></p> <p><b>Mujer Argentina 48 años</b></p> <p><b>Diagnóstico Lie bajo grado</b></p> <p><b>Plan Propuesto: Leep</b></p> <p><b>Sin acompañante</b></p>	<p><b>V1. Información brindada por el médico:</b>  <b>D: Si estamos aquí es porque algo pasa</b>  <b>Uso de Gráfico- escalera: Usted ha empezado a recorrer – al final de la escalera, escribe la palabra Cáncer, y luego la tacha.</b>  <b>D: Ud. no tiene cáncer, pero ha empezado a recorrer la escalera.</b>  <b>D: (P: Esto se cura?) Si, Ud. tiene que poner el cuerpo y nosotros la cura, tiene bajo grado.</b>  <b>D: ( P: Cómo se llama la enfermedad?) no importa, tiene varias denominaciones, lie de bajo grado, displasia, se produce por el virus del HPV.</b>  <b>D: No; Virus HPV y el virus del Sida se contagian por vía sexual, pero nada tiene que ver uno con otro.</b>  <b>D: (P:es grave?) Si</b>  <b>D: Hay evolución cada vez más grave hasta que no se puede curar, hoy le digo que le vamos a curar.</b>  <b>D: Se acuerda como le quemaron?</b>  <b>D: La topicaron?</b>  <b>D: Leep, quien?</b>  <b>D: Cuando?</b>  <b>Doctor fue a buscar historial.</b>  <b>D: Me está mintiendo, no vino en Octubre de 2004, o 2006 fue? ( revisa historia) Vino Noviembre 2003, confirma que hizo un leep, bueno entonces es exactamente igual que ahora.</b>  <b>D: Hizo una reunión como esta?</b>  <b>D: No hay seguridad absoluta</b>  <b>D: Me sonaba su apellido</b>  <b>D: No, no me canse, el diagnóstico fue a tiempo</b>  <b>D: da la orden y análisis, material descartable, costos.</b>  <b>D: No se puede hacer los exámenes ahora, necesita turno.</b>  <b>D: Mire de lo que se está salvando</b>  <b>D: (P:cáncer no tengo) Por eso, ahora mejor</b></p>	<p><u>Diagnóstica-</u>  Historización de la enfermedad. –Motivo de consulta.  <u>Pronostica y terapéutica</u>  Tratamiento, causa de la enfermedad.  <u>Otros recursos -</u>  resultados de exámenes, uso de gráfico</p>	<p><b>R1.</b>  Excesiva  <b>R2.</b>  Necesaria  <b>R3.</b>  Deficitaria</p>
	<p><b>V2. Comunicación verbal (equipo de salud, paciente, y/o acompañante):</b>  P: ¿Esto se cura?  P: <b>¿Cómo se llama la enfermedad?</b>  P: <b>HPV, no es sida?</b>  P: Hay cura?  PS: Que paso? Que sentiste?  P: <b>Será miedo, es que me venía tratando</b>  PS: Es una lesión de bajo grado, es menor y se puede hacer mucho.  P: Me trato desde hace rato, me quemaron ya antes  P: Con un líquido  P: Me hicieron Leep  P: <b>Acá; Ud. mismo me atendió</b>  P: 2004  P y Ps conversan mientras D fue a revisar historia  Ps: es importante detectar a tiempo y no dejar</p>	<p>Saludo  Preguntas  Intervenciones-participantes  Palabras, nominaciones o definiciones de la enfermedad  Sorpresa  Sentimiento de impotencia  Afectos y emociones (angustia/alivio)  Despedida</p>	<p><b>R1.</b>  Presencia</p>



	<p>que avance  <b>P: Pero hice lo que me pidieron.</b>                  P: ( D: tuvo una reunión como esta?) Si, por eso estaba nerviosa.                  P: Dejé mi trabajo ahora.                  P: La más chica tuvo y después se fue, es contagioso? Igual yo tengo cuidado.                  PS: es importante que su hija se realice controles también                  P: Ud. se cansó y me atendió otra doctora                  P: ¿Se puede hacer ahora mismo análisis? Estoy en ayunas.                  PS: Como se siente, como se va?                  Entra una Doctora, interrumpe, hace una consulta al Dr.  <b>P: Ahora me pongo mal por mi hijo, pero más tranquila, quiero hacer lo más rápido posible los análisis, tengo que estar preparada para todo, la vida no es fácil.</b>  <b>P: ( D: Mire de lo que se está salvando) Cáncer no tengo</b>                  P: Si, gracias por todo.                  PS: Ofrece un espacio, entrega sus datos.</p>		
	<p><b>V3. Comunicación no verbal:</b>   <b>P: (Después de que D: ... le vamos a curar) se pone mal, se agarra la cabeza y se pone a llorar.</b>                  P: Triste                  P: Despedida</p>	<p>Saludo                  Miradas                  Contacto físico                  Postura y movimiento corporal.                  Afectos y emociones (angustia/alivio)                  Reacciones                  Silencio                  Sorpresa                  Despedida</p>	<p><b>R1.</b>                  Presencia</p>

**OBSERVACIONES:**

La paciente viene con mucha angustia a la devolución, es importante entonces contextualizar e historizar en qué condiciones viene la persona. En este caso, no era la primera devolución y el vínculo entre médico-paciente se ve obstaculizado frente a esta omisión. (P: "pero hice lo que me pidieron")

Mencionar "el poner el cuerpo", potencializa la relación vertical del profesional de salud frente a la paciente, donde se evidencia la omnipotencia del médico y su posibilidad "poder-responsabilidad" en la cura, "le vamos a curar". Frente a preguntas de la paciente, las respuestas no son dadas por los profesionales, y el déficit de información previo, hace que exista un exceso de preguntas e intervenciones que por ahí son innecesarias ("me estas mintiendo"). Esto podría debilitar el vínculo transferencial médico-paciente, y la posibilidad contenedora del espacio y objetivo del dispositivo. "Después de que el médico menciona "le vamos a curar", la paciente se pone mal, se agarra la cabeza y se pone a llorar"

Por otro lado, es importante recalcar la importancia de las diferentes fases de la devolución, desde su inicio hasta el cierre. En este caso se aclara y se pone énfasis en resumir lo dicho y que a pesar de haber mencionado el estar avanzando hacia el cáncer, la paciente "no tiene

esa enfermedad.", esto permite que el médico haga un cierre optimista, tratando de ganar la confianza nuevamente de la paciente.

La paciente sale preocupada, menciona ciertos elementos de su vida familiar, es necesario entonces, la intervención de la psicóloga y buscar un espacio de trabajo terapéutico donde se puedan trabajar y elaborar ciertos elementos que interrogan y angustian a la paciente.

Unidad de Análisis (U.A.)	Variables (V)	Dimensiones (D)	Valores (R)
<p><b>Devolución</b> <b>Número 5</b> <b>Mujer</b> <b>Argentina</b> <b>29 años</b> <b>Diagnóstico</b> <b>Lie alto grado</b> <b>Plan</b> <b>Propuesto:</b> <b>Leep</b> <b>Esposo-</b> <b>acompañá</b></p>	<p><b>V1. Información brindada por el médico:</b> D: Buenos Días, yo soy el Dr. X y le presento a la psicóloga D D: <b>Si estamos aquí es porque algo pasa; usted sabe algo de lo que tiene?</b> D: Si dibujamos una escalerita y en la base esta la salud y al final está el cáncer. <b>Ud. no tiene cáncer, pero ha empezado a recorrer la escalerita.</b> D: <b>Si no hacemos algo esto que tiene va a convertirse en cáncer.</b> D: Usted quiere más hijos? D: Hemos observado, si este es el útero con una especie de túnel (Dibuja) la presencia de unas manchas. Hay varias formas de tratar esto, ofrecemos ahora un Leep, es con anestesia local, en los consultorios de acá, y el mismo día te vas a tu casa y puedes estar trabajando al día siguiente. D: Existen otros tratamiento como el cono, pero esto traería algunos inconvenientes, es menos conservadora. D: <b>es grave si no se trata, son muy importantes los controles.</b> D: <b>Ahora hay que festejar, mira de lo que safas, si esto avanza es mortal.</b></p>	<p><u>Diagnóstica</u>- Historización de la enfermedad. -Motivo de consulta. <u>Pronostica y terapéutica</u> Tratamiento, causa de la enfermedad. <u>Otros recursos</u> - resultados de exámenes, uso de gráfico</p>	<p><b>R1.</b> Excesiva <b>R2.</b> Necesaria <b>R3.</b>  Deficitaria</p>
	<p><b>V2. Comunicación verbal (equipo de salud, paciente, y/o acompañante):</b> P: <b>Tengo dos hijos y me gustaría, tuve una pérdida ( D; no presta atención)</b> P: La operación es por la parte de abajo? F: Le tienen que operar de cálculos P: <b>Me duele, cuando me hicieron la biopsia estaba asustada, mas de 15 días me sentí enferma.</b> P: <b>Pensé que era más grave, tenemos familia con cáncer, pensaba en la quimioterapia.</b> PS: Ofrece un espacio, entrega los datos.</p>	<p>Saludo Preguntas Intervenciones-participantes Palabras, nominaciones o definiciones de la enfermedad Creencias (fantasías, mitos) Sorpresa Afectos y emociones (angustia/alivio) Despedida</p>	<p><b>R1.</b> Presencia <b>R2.</b> Ausencia</p>
	<p><b>V3. Comunicación no verbal:</b>  P y F: atentos y parecen tranquilos  P: <b>pensativa, en otro lugar, no mira al doctor ni a las personas presentes.</b></p>	<p>Saludo Postura y movimiento corporal. Afectos y emociones (angustia/alivio) Reacciones Silencio Sorpresa Despedida  Miradas Contacto físico</p>	<p><b>R2.</b> Presencia          <b>R1.</b> Ausencia</p>



**OBSERVACIONES:**

Ya se mencionó en anteriores capítulos, que la entrega de información diagnóstica de una enfermedad, causará de alguna manera un impacto en la persona que recibe esa información, también se señaló que estos hechos se relacionan o se asocian con los diferentes acontecimientos y formas de elaboración pasadas. Por eso será importante tomar en cuenta. Lo que se menciona en este espacio, por ejemplo cuando la paciente menciona que tuvo una pérdida anterior.

En este sentido, frente a lo dicho por la paciente "me duele, cuando me hicieron la biopsia estaba asustada, mas de 15 días me sentí enferma", pone en evidencia la angustia de la paciente frente a los tratamientos propuestos. El mencionar los diferentes nombres, denominaciones, tratamientos, posibilidades y demás, *¿es información necesaria o excesiva que se entrega a esta paciente?*

Si bien el doctor y la psicóloga intervienen para dejar en claro que es una enfermedad que está avanzando, pero que no es cáncer y hay mucho que hacer, se posiciona a la vez la necesidad de control, y de gravedad, "D: Ahora hay que festejar, mira de lo que safas, si esto avanza es mortal"

En relación a esto, se repite lo anteriormente citado, "es importante aceptar que las malas noticias no pueden convertirse en buenas noticias. La intensidad de las malas noticias es proporcional a la distancia que existe entre la percepción del paciente ante la situación y la propia realidad." (Bennet M; Dawn 1996) Resaltar la importancia de la subjetividad y necesidad de particularizar el discurso y lo que significa cada situación para cada paciente, es fundamental.

Frente a las fantasías de la paciente en relación al cáncer, "pensé que era más grave, tenemos familia con cáncer, pensaba en la quimioterapia", el discurso médico de miedo y control se evidencia. D: "es grave si no se trata, son muy importantes los controles". El nombrar la palabra cáncer, el uso de la escalerita (recurso gráfico utilizado) en todas las pacientes para evidenciar la posibilidad de evolución hacia el cáncer, *¿logra el objetivo de fomentar los controles y la realización de los tratamientos adecuadamente?* En algunos casos se podría pensar que la forma de entrega de información diagnóstica, puede asustar tanto a la paciente que imposibilite el poder pensar, elaborar, responsabilizarse por su cuerpo-salud, sin poder actuar hacia justamente ese control o tratamiento que se pretende.

La paciente "pensativa, en otro lugar, no mira al doctor ni a las personas presentes".

Unidad de Análisis (U.A.)	Variables (V)	Dimensiones (D)	Valores (R)
<b>Devolución Número 6</b>  <b>Mujer Peruana 42 años</b>  <b>Diagnóstico Lie alto grado</b>	<b>V1. Información brindada por el médico:</b> D: Buenos Días, yo soy el Dr. X y le presento al equipo, las psicólogas M y C D: <b>Si estamos aquí es porque algo pasa</b> D: <b>Ok, nosotros sabemos que la enfermedad recorre una escalerita, donde aquí abajo implica estar sano, y aquí arriba, el cáncer...</b> D: <b>Ud. no tiene cáncer, pero va a tener si no hacemos algo, la escalerita ya la comenzó a</b>	<u>Diagnóstica</u> - Historización de la enfermedad. -Motivo de consulta. <u>Pronostica y terapéutica</u> Tratamiento, causa de la enfermedad. <u>Otros recursos</u> -	<b>R1.</b> Excesiva <b>R2.</b> Necesaria <b>R3.</b> Deficitaria

<p><b>Plan Propuesto:</b> <b>Cono</b></p> <p><b>Sin acompañante</b></p>	<p><b>subir.</b> D: Lo que usted tiene <b>lo puede escuchar con diferentes nombres</b>, lesión de alto grado, CIN III, displasia. D: <b>(interrumpe a la paciente) Hay varias formas de tratar esto</b>, nosotros pensamos que lo mejor es hacer un cono, ahora... quieres más hijos? Porque de eso dependerá que tratamiento se proponga, uno menos o más conservador. D: <b>( Explica cómo sería la cirugía</b>, con un dibujo del cuello y canal uterino- donde aparecen unas manchitas y donde se intervendrá) D: <b>Ahora, algo importante es que va a tener que hacerse controles toda la vida. NO vamos a irle a buscar a su casa.</b> D: (Pregunta la causa de la enfermedad) Le dice que no, <b>esto se relaciona con un virus, HPV.</b> D: <b>explica que es un virus que se transmite por vía sexual ( no es clara su explicación)</b> D: Propongo el cono y creo que no hay mejor manera de resolver el problema, es importante que tenga cuidado con los consejos que le den afuera. D: <b>(P:Voy a perder el trabajo?) Nosotros no podemos cuidarte el trabajo, si la salud. Es preferible perder el trabajo que la salud.</b> D: <b>Nada asegura una curación. (Contradicción), después de la operación no te aseguro que no vuelva a pasar, pero en un gran porcentaje de mujeres se cura con este tratamiento.</b> D: explica sobre los exámenes, turno, situación del hospital, le da una orden con fecha distinta, le habla de otros posibles tratamientos. D: entendiste el plan propuesto?</p>	<p>resultados de exámenes, uso de gráfico</p>	
	<p><b>V2. Comunicación verbal (equipo de salud, paciente, y/o acompañante):</b> P: <b>Vine varias veces y no me atendieron, y bueno doctor que tengo?</b> P: Bueno yo ya me hecho algunos exámenes, <b>en Perú me hicieron varios estudios y me dijeron que no tenía nada.</b> P: Porque viene esto? <b>Cómo puede ser si me hice todos los estudios, todos los años?</b> PS: Es importante los controles que se he ha realizado, los estudios nos permiten detectar a tiempo. <b>Esto es muy común en las mujeres.</b> P: NO ( a la respuesta sobre si quiere más hijos) P: <b>Las manchitas son como carne sancochada?</b> P: <b>No puede ser que me puse limón después de tener relaciones sexuales?</b> P: <b>Voy a perder el trabajo?</b> P: Yo trabajo para mis hijos. P: ¿Los dolores y cólicos? PS: Esta claro? PS: Como se siente ahora? P: <b>A veces me siento como si me faltara el aire</b> PS: es que esto genera ansiedad P: <b>Sí, estoy preocupada por el trabajo, por mis hijos.</b> PS: mire X si usted siente todo esto y quiere hablar, nuestro equipo le ofrece la posibilidad de tener entrevista con una psicóloga. Esto es voluntario, le dejo mis datos. Si usted necesita venir, no dude en venir al primer piso, ahí tiene mi</p>	<p>Saludo Preguntas Intervenciones-participantes Palabras, nominaciones o definiciones de la enfermedad Creencias (fantasías, mitos) Sorpresa Afectos y emociones (angustia/alivio) Sentimiento de impotencia Culpa Despedida</p>	<p><b>R1.</b> Presencia</p>



	<p>nombre. P: Gracias PS: así mismo le sugiero que cuando salga de aquí anote todas las preguntas que se le vienen a la cabeza para poder preguntar cuando charle con el Dr.</p>		
	<p><b>V3. Comunicación no verbal:</b> <b>Entra enojada, o un poco asustada?</b> <b>Se angustia y llora ( después de citar los diferentes nombres diagnósticos)</b> Dr.: interrumpe y no permite paciente terminar su relato, <b>Silencio, paciente no dice nada después de la explicación del tratamiento, mira al vacío, parece paralizada.</b> Dr.: no le permite hablar ni expresar, ella no insiste tampoco. La paciente al final asiente, pero se la ve intranquila, no deja de apretar sus manos, y acepta el espacio psicológico propuesto.</p>	<p>Saludo Miradas Contacto físico Postura y movimiento corporal. Afectos y emociones (angustia/alivio) Reacciones Silencio Sorpresa Despedida</p>	<p><b>R1.</b> Presencia</p>

**OBSERVACIONES:**

Cuando se describe la metodología de trabajo del dispositivo de devolución diagnóstica, se señala sobre la importancia de contextualizar este espacio en el ámbito hospitalario, y poder abordarlo en el marco de un modelo de gestión de salud mental. Se menciona esto porque si bien existe este dispositivo que apunta a la contención y entrega de información "adecuada", es importante que sea compatible con los demás espacios de atención hospitalaria. En este caso, la paciente llega muy molesta porque además de que no la atendieron las veces que vino al hospital, señaló que después de entregados los resultados, algunas de las enfermeras la trataron "mal". P: "Vine varias veces y no me atendieron, y bueno doctor que tengo?"

Se ha planteado la importancia de escuchar sobre los antecedentes e historia de la paciente en relación a su enfermedad, P: "Bueno yo ya me hecho algunos exámenes, en Perú me hicieron varios estudios y me dijeron que no tenía nada". P: "¿Por qué viene esto? Cómo puede ser si me hice todos los estudios, todos los años?" y en este caso se evidencia ciertos obstáculos. La paciente es interrumpida en algunas ocasiones o "no escuchada" en otras, lo que dificulta para que la paciente pueda manifestar su frustración, y diferentes emociones frente a la sorpresa de lo que está escuchando.

Por otro lado se evidencia que la información que se entrega por parte del médico tiene un efecto en la paciente, por ejemplo cuando el médico menciona los diferentes nombres y tratamientos: "Se angustia y llora (después de citar los diferentes nombres diagnósticos)". "Silencio, paciente no dice nada después de la explicación del tratamiento, mira al vacío, parece paralizada."

La paciente menciona su preocupación por perder el trabajo, y frente a esto aparece: "Nosotros no podemos cuidarte el trabajo, si la salud. Es preferible perder el trabajo que la salud.", intervención que pone en evidencia cierta característica del discurso médico, donde la subjetividad de la paciente no es tomada en cuenta, o más bien donde el valor objetivo más importante es el mundo biológico y físico, dejando a un lado las posibles connotaciones psicológicas y sociales que una enfermedad conlleva. D: "Ahora, algo importante es que va a tener que hacerse controles toda la vida. No vamos a irle a buscar a su casa".

La información sobre el HPV y la forma de contagio entregada, no es clara, lo que deja más dudas que aclaraciones. Las intervenciones de la psicóloga son acogidas positivamente por la paciente y el espacio terapéutico propuesto se inicia después de la devolución. PS: "Es importante los controles que se he ha realizado, los estudios nos permiten detectar a tiempo. Esto es muy común en las mujeres".

Las fantasías, mitos e información acerca de la sexualidad, tiene importancia en este espacio, pero aun más la forma de vivir esa sexualidad y su historia en relación a esta. P: "Las manchitas son como carne sancochada? P: ¿No puede ser que me puse limón después de tener relaciones sexuales?"

La paciente menciona y describe preocupaciones y emociones presentes, lo que muestra que la información que se entrega en este dispositivo tiene ciertos efectos en quien la recibe: P: "me siento como si me faltara el aire (...) Si, estoy preocupada por el trabajo, por mis hijos." Será importante entonces, que se tome en cuenta ciertos aspectos de las pacientes, en este caso por ejemplo, las condiciones psicosociales de esta paciente. Es una mujer que reside en Argentina hace algunos años, migrante, con sus familiares lejos, donde su trabajo tiene una gran importancia, ya que el objetivo de su salida del país es poder trabajar y mandar dinero a sus hijos que viven en Perú. Es necesario poder entregar la información diagnóstica pensando en este contexto, en la singularidad e historia de cada una de las pacientes. En este sentido, los términos y lenguaje que se utilicen deberán también ser tomados en cuenta para priorizar que la paciente entienda todo lo dicho y disminuir de esta manera las brechas de las diferencias socioculturales.

Unidad de Análisis (U.A.)	Variables (V)	Dimensiones (D)	Valores (R)
<b>Devolución Número 7</b> <b>Mujer Argentina 47años</b> <b>Diagnóstico Lie alto grado</b> <b>Plan Propuesto:</b>	<b>V1. Información brindada por el médico:</b> ( Se realizaron dos veces biopsia para comprobar diagnóstico) <b>D: Saluda, y empieza a recapitular historia clínica</b> D: Usted es de Misiones, Cómo es esto de ir y venir? D: <b>estamos igual que al principio, sabemos algo de lo que pasa, pero no totalmente, es importante entonces tratar de decidir juntos.</b> D: <b>Dibuja la escalerita salud-cáncer;</b> aún no sabemos si se subió o no un escalón, o si está un	<u>Diagnóstica</u> - Historización de la enfermedad. -Motivo de consulta. <u>Pronostica y terapéutica</u> Tratamiento, causa de la enfermedad. <u>Otros recursos</u> - resultados de exámenes, uso de gráfico	<b>R1.</b> Excesiva <b>R2.</b> Necesaria <b>R3.</b> Deficitaria



<p><b>Leep o Cono</b></p> <p><b>Hija- acompañía</b></p>	<p>escalón más abajo, es decir si podemos curar algo más grave, también algo menor.</p> <p><b>D: es importante saber dónde estamos parados y por eso propongo una biopsia ampliada, tomar una muestra para analizar, es posible que con esto quede curada, si hay algo más, hay más tratamiento.</b></p> <p>D: Esta claro, entendieron?</p> <p>D: Nos complica que usted viva en Misiones, ya que os controles se tienen que hacer cada tres meses.</p> <p><b>D: Cómo existen algunas dudas de los exámenes, entonces decidamos juntos sobre el tratamiento, ahora con cualquier tratamiento Ud., deberá hacerse controles, para toda la vida.</b></p> <p>D: dibuja las dos opciones: LEEP y CONO</p> <p>La segunda operación, se saca más tejida, se envía al laboratorio, es más seguro, pero exige internación.</p> <p>D: Ud. no está presa, pero se debe internar con anestesia general.</p> <p>D: En la primera operación es solo anestesia local, con cualquiera es importante ir y volver toda la vida.</p> <p>D: Explica a partir de la intervención de la PS lo que es una biopsia ampliada.</p> <p><b>D: Entonces que decidimos un cono o LEEP?</b></p> <p>D: Bueno entonces, vamos a proceder de esta manera:</p> <p>Entrega exámenes, da orden, explica sobre turno, situación del hospital. Exámenes, material descartable.</p> <p>D: (Frente a dudas de la paciente) Se realizarán los exámenes previos necesarios para tomar precauciones.</p> <p><b>D: No hay ninguna cirugía fácil, dentro de lo que es cirugías, esta es de bajo riesgo.</b></p> <p><b>D: Nosotros sabemos lo que hacemos y te podemos curar... ahora si te veo en el pasillo, no esperes que me acuerde, decime la palabra clave, que vienes hacerte un cono.</b></p> <p>D: que pasa si no te tratas?</p> <p>D: Por eso hay que tratarse y los controles.</p>		
	<p><b>V2. Comunicación verbal (equipo de salud, paciente, y/o acompañante):</b></p> <p>PS: Usted, vino por algún motivo especial a Buenos Aires?</p> <p>P: <b>Sólo por esto</b></p> <p>PS: <b>Este espacio es para preguntar cualquier cosa, responder dudas, es importante que tengan clara la información.</b></p> <p>P: <b>Estoy a su disposición</b></p> <p>F: ( D: habla de internación) Mejor</p> <p>P: Si, si es más seguro</p> <p>PS: Se entendió los términos tratados, si saben lo que significa una biopsia ampliada?</p> <p><b>P: ( Frente a la decisión que propone D) La más segura</b></p> <p><b>F: La más segura</b></p> <p>P: pasa algo si mi sangre es negativa y tengo diabetes?</p> <p>PS: Interviene para proponer un espacio,</p>	<p>Saludo</p> <p>Preguntas</p> <p>Intervenciones-participantes</p> <p>Palabras, nominaciones o definiciones de la enfermedad</p> <p>Creencias (fantasías, mitos)</p> <p>Sorpresa</p> <p>Afectos y emociones (angustia/alivio)</p> <p>Despedida</p>	<p><b>R1.</b></p> <p>Presencia</p>

	<p>acompañar. Nosotras trabajamos con los médicos, si cree que le viene bien hablar, aliviar un poco hablando de lo que siente, o aclarar alguna duda.                  F: (Interrumpe), Es la cirugía riesgosa?                  PS: interviene una vez más para proponer espacio. Entrega nombre y datos.                  PS: está claro? Quieren decir algo más, preguntar algo?                  F: Gracias</p>		
	<p><b>V3. Comunicación no verbal:</b>  <b>Cómo se decide en este espacio?</b>  <b>Se las ve confundidas.</b>  <b>P: transpira, parece asustada, se queda en silencio cuando el D le pregunta sobre que procedimiento seguir.</b>  <b>P: no parece escuchar, no dice nada más, solo se despide con la mano</b>  <b>Es la hija quien toma la palabra.</b></p>	<p>Saludo                  Miradas                  Contacto físico                  Postura y movimiento corporal.                  Afectos y emociones (angustia/alivio)                  Reacciones                  Silencio                  Sorpresa                  Despedida</p>	<p><b>R1.</b>                  Presencia</p>

**OBSERVACIONES:**

En esta devolución, se resalta q se toma en cuenta que es una segunda biopsia, por lo cual el médico empieza a recapitular historia clínica y pone énfasis en la importancia de una decisión conjunta, esto fortalece una relación más horizontal, el vínculo paciente-medico y a su vez la posibilidad de que la paciente tenga un papel más activo en su tratamiento. D: "estamos igual que al principio, sabemos algo de lo que pasa, pero no totalmente, es importante entonces tratar de decidir juntos".

Ahora, *¿hasta qué punto la paciente debe participar, elegir o decidir?* D: "Cómo existen algunas dudas de los exámenes, entonces decidamos juntos sobre el tratamiento, con cualquier tratamiento Ud. deberá hacerse controles, para toda la vida.... Entonces que decidimos un cono o LEEP?"

La paciente frente a las opciones propuestas, menciona "La más segura" y su hija repite lo mismo "Se las ve confundidas. P: transpira, parece asustada, se queda en silencio cuando el médico le pregunta sobre que procedimiento seguir".

Se puede decir entonces, que entregar la información clara, verídica, sin estar enmarcada en el control y miedo, parece tranquilizar a las pacientes, este es un buen ejemplo de esto: D: es importante saber dónde estamos parados y por eso propongo una biopsia ampliada, tomar una muestra para analizar, es posible que con esto quede curada, si hay algo más, hay más tratamiento". Sin embargo, fortalecer un discurso claro, evitando contradicciones es necesario, es decir intentar ser congruente, por ejemplo: por un lado se fortalece el vínculo médico-paciente y alianza terapéutica, apuntando a contener y entregar información de una manera integral y acompañada y por otro se marca una separación o relación distante y objetiva. D: "Nosotros sabemos lo que hacemos y te podemos curar... ahora si te veo en el pasillo, no esperes que me acuerde de tu nombre, decime la palabra clave, que vienes hacerte un cono".



Y el cierre: P: “no parece escuchar, no dice nada más, solo se despidió con la mano, es la hija quien toma la palabra”.

Unidad de Análisis (U.A.)	Variables (V)	Dimensiones (D)	Valores (R)
<p><b>Devolución Número 8</b></p> <p><b>Mujer Argentina 19 años</b></p> <p><b>Diagnóstico Lie alto grado</b></p> <p><b>Plan Propuesto: Leep</b></p> <p><b>Madre-acompañante</b></p>	<p><b>V1. Información brindada por el médico:</b></p> <p>D: <b>Bueno, si estamos aquí es porque algo pasa</b></p> <p>D: te voy a explicar, nosotros sabemos que la enfermedad recorre una escalerita, <b>donde aquí abajo implica estar sano, y aquí arriba el cáncer</b>, no tienes cáncer, pero si no hacemos algo vas a tenerlo, <b>el proceso maligno está solo en la piel, so lo tratamos hoy, tiene cura.</b></p> <p>D: <b>Esto que tenes, tiene muchos nombres; Lie de alto grado, CIN III, displasia.</b></p> <p>D: Es riesgoso el buscar información en lugares incorrecto, <b>si han escuchado algo del HPV entonces sabes que tu pareja también tiene que tratarse, es importante que se pueda realizar un examen, una penescopía.</b></p> <p>D: Es importante que le menciones esto. Ahora para tu caso, existen <b>algunos tipos de tratamientos, unos ultraconservadores, conservador, o radical, realiza una explicación de todos y recomienda el LEEP.</b></p> <p>D: <b>El tratamiento solo no sirve, estas condenada a los controles, cada tres meses el primer año y cada cuatro el segundo.</b></p> <p>D: <b>Si te hubieras hecho el control antes, hubiéramos detectado una lesión menos grave, por eso es importante el tratamiento pero los controles son fundamentales.</b></p> <p>D: el virus del HPV es diferente al HIV, eso es <b>importante que sepas, es muy común en las mujeres, pudo haberte transmitido una anterior pareja.</b></p> <p>D: No te adelantes</p> <p>D: La cirugía es simple, sin internación, sin riesgo para embarazo posterior.</p> <p><b>El HPV es muy común, el 80% de mujeres lo tienen, o lo han tenido, por eso son importantes los controles.</b></p>	<p><b>Diagnóstica-</b></p> <p>Historización de la enfermedad. –Motivo de consulta.</p> <p><u>Pronostica y terapéutica</u></p> <p>Tratamiento, causa de la enfermedad.</p> <p><u>Otros recursos -</u> resultados de exámenes, uso de gráfico</p>	<p><b>R1.</b> Excesiva</p> <p><b>R2.</b> Necesaria</p> <p><b>R3.</b> Deficitaria</p>
	<p><b>V2. Comunicación verbal (equipo de salud, paciente, y/o acompañante):</b></p> <p>P: <b>Estoy ansiosa</b></p> <p>F: Nos prohibieron el internet para buscar información, pero estamos preocupadas por este virus HPV.</p> <p>P: (Penescopía) <b>Mi novio es depresivo, me preocupa que él no pueda hacerse los exámenes.</b></p> <p>P: <b>Es que soy remaricona (empieza a llorar), me preocupa la cirugía, la internación, este virus, la posibilidad de embarazo.</b></p> <p>P: Me preocupa el tema del embarazo y la transmisión de este virus.</p> <p>P: Cómo es el tratamiento para el hombre?</p> <p>PS: Importante que a partir de un control, se detectó esto, es a tiempo, hay algo, mucho por hacer.</p> <p>P: <b>( D:explicación HPV) estoy más tranquila por</b></p>	<p>Saludo</p> <p>Preguntas</p> <p>Intervenciones-participantes</p> <p>Palabras, nominaciones o definiciones de la enfermedad</p> <p>Creencias (fantasías, mitos)</p> <p>Sorpresa</p> <p>Afectos y emociones (angustia/alivio)</p> <p>Despedida</p>	<p><b>R1.</b> Presencia</p>

	<p><b>eso, pero nerviosa por el LEEP</b> PS: Propongo que conversemos un rato te parece? Te doy mis datos, y podemos hacerlo ahora, podemos acompañar este proceso.</p>		
	<p><b>V3. Comunicación no verbal:</b>  Entra P con su madre, saluda al D y a PS  <b>P: No deja de mover las manos, los pies</b>  <b>P: Lloro, se mueve en la silla</b>  <b>F: Tranquiliza a P</b>  Devolución dura bastante tiempo, amplia, contenedora.</p>	<p>Saludo Miradas Contacto físico Cambio de postura y movimiento corporal. Afectos y emociones (angustia/alivio) Reacciones Silencio Sorpresa Despedida</p>	<p><b>R1.</b> Presencia</p>

**OBSERVACIONES:**

En este caso se marca la importancia del tratamiento de la pareja, lo que no se muestra en las demás devoluciones. D: "(...) si han escuchado algo del HPV entonces sabes que tu pareja también tiene que tratarse, es importante que se pueda realizar un examen, una penoscopia".

En esta devolución también se enfatiza en la importancia de los controles. D: "El tratamiento solo no sirve, estas condenada a los controles, cada tres meses el primer año y cada cuatro el segundo. D: "Si te hubieras hecho el control antes, hubiéramos detectado una lesión menos grave, por eso es importante el tratamiento pero los controles son fundamentales".

La información entregada y profundizada en este caso sobre el HPV, es importante ya que la paciente y su madre se ven aliviadas y tranquilas al escucharla. F: "Nos prohibieron el internet para buscar información, pero estamos preocupadas por este virus HPV".

D:" el virus del HPV es diferente al HIV, eso es importante que sepas, es muy común en las mujeres, pudo haberte transmitido una anterior pareja. PS: El HPV es muy común, el 80% de mujeres lo tienen, o lo han tenido, por eso son importantes los controles.

Así mismo las aclaraciones frente a preocupaciones manifestadas por la paciente:

D: "La cirugía es simple, sin internación, sin riesgo para embarazo posterior".

La paciente manifiesta sentimientos, emociones y preocupaciones frente a lo escuchado: "Estoy ansiosa", "mi novio es depresivo, me preocupa que él no pueda hacerse los exámenes".

P: Es que soy remaricona (empieza a llorar), me preocupa la cirugía, la internación, este virus, la posibilidad de embarazo. (...) "Me preocupa el tema del embarazo y la transmisión de este virus".

Frente a las explicaciones y profundizaciones sobre alguna información necesaria que demanda la paciente, menciona "estoy más tranquila por eso, pero nerviosa por el LEEP", frente a lo cual, el equipo aclara el procedimiento del tratamiento propuesto. La psicóloga propone un espacio para trabajar sobre algunos temas puntuales que preocupan a la paciente, se observa que está muy nerviosa: "No deja de mover las manos, los pies" P: Lloro, se mueve en la silla.



Unidad de Análisis (U.A.)	Variables (V)	Dimensiones (D)	Valores (R)
<p><b>Devolución Número 9</b></p> <p><b>Mujer Argentina 20 años</b></p> <p><b>Diagnóstico Lie bajo grado</b></p> <p><b>Plan Propuesto: Leep</b></p> <p><b>Viene sola</b></p>	<p><b>V1. Información brindada por el médico:</b></p> <p>D: Buenos Días, yo soy el Dr. X y le presento a la psicóloga D</p> <p>D: <b>Si te llamamos, es porque algo no anda bien.</b></p> <p>D: Si dibujamos una escalerita y sabemos que la enfermedad la recorre, donde <b>aquí abajo implica estar sano y al final está el cáncer, tenemos que decirte que has empezado a recorrer la escalerita.</b></p> <p>D: <b>Si no hacemos algo esto que tenes va a convertirse en cáncer.</b></p> <p>D: Hemos observado, si este es el útero con una especie de túnel (Dibuja) la presencia de unas manchas, es una lesión en el cuello, causado por un virus, el HPV o virus del papiloma humano. <b>Esto tiene diferentes nombres, Lie de bajo grado, displasia, CIN; es lo mismo.</b></p> <p>D: Hay varias formas de tratar esto, <b>ofrecemos ahora un Leep</b>, es con anestesia local, en los consultorios de acá, y el mismo día te vas a tu casa.</p> <p>D: <b>Existen otros tratamiento</b> como el cono, pero esto traería algunos inconvenientes, es menos conservadora.</p> <p>D: <b>Si llegas a tu casa y te preguntan que tenes, que respondes?</b></p> <p>D: ( P: Cáncer) No, te expliqué que es lo que estaba pasando y el posible tratamiento.</p> <p>D: <b>No todo cáncer es hereditario, el HPV no lo es, es un virus que se transmite sexualmente, ya te explique eso.</b></p> <p>D: (Frente al miedo de exámenes) Yo puedo examinarte si quieres.</p> <p>D: ( La nombra por su primer nombre)</p> <p>D: <b>Estamos aquí para curarte, queremos curarte, vos quieres curarte?</b></p> <p>D: <b>Estamos a tiempo</b></p> <p>D: explica procedimientos, entrega orden y especificaciones para exámenes y turno.</p> <p>D: da orden con fecha distinta, explica la situación del hospital, y la espera para el turno.</p> <p>D: Esta claro?</p>	<p><u>Diagnóstica-</u> Historización de la enfermedad. –Motivo de consulta.</p> <p><u>Pronostica y terapéutica</u> Tratamiento, causa de la enfermedad.</p> <p><u>Otros recursos -</u> resultados de exámenes, uso de gráfico</p>	<p><b>R1.</b> Excesiva</p> <p><b>R2.</b> Necesaria</p> <p><b>R3.</b> Deficitaria</p>
	<p><b>V2. Comunicación verbal (equipo de salud, paciente, y/o acompañante):</b></p> <p>P: Que tal</p> <p>PS: Hola, toma asiento por favor</p> <p>P: ( Si llegas a tu casa te preguntan que tienes?) <b>No sé, no tengo idea, tengo cáncer.</b></p> <p>P: <b>Me van a operar, sacar el útero y no tener hijos o morirme, prefiero morirme a no tener hijos.</b></p> <p>P: <b>El cáncer es hereditario.</b></p> <p>PS: Por qué dices que es hereditario?</p> <p>P: <b>Porque muchos de mi familia se han muerto por eso, y han sufrido mucho.</b></p> <p>P: <b>Tengo miedo de los exámenes</b></p> <p>P: <b>No quiero que un hombre me chequee, quiero una mujer doctora.</b></p> <p>PS: Las personas que te examinan son médicas o médicos, no son hombres o mujeres comunes, son profesionales especializado que van a tratar de</p>	<p>Saludo</p> <p>Preguntas</p> <p>Intervenciones-participantes</p> <p>Palabras, nominaciones o definiciones de la enfermedad</p> <p>Creencias (fantasías, mitos)</p> <p>Sorpresa</p> <p>Afectos y emociones (angustia/alivio)</p> <p>Despedida</p>	<p><b>R1.</b> Presencia</p>

	<p>curarte, con una mirada profesional. Pero si quieres podemos pedirle a una doctora o doctor con quien te sientas cómoda.</p> <p>P: ( D: ofrece examinarle) Asiente</p> <p>PS: Así mismo yo te propongo un espacio para que hablemos, para que conversemos sobre esto u otras cosas. A veces eso ayuda.</p> <p>P: <b>no, he tenido muchas experiencias con psicólogos, he estado en hogares de adolescentes, mi familia es una mierda, mi madre...</b></p> <p>P: ( le dice su primer nombre) con bronca.</p> <p>PS: <b>Es importante hacerse los exámenes y controles, tu ahora estas aquí porque te hiciste a tiempo los exámenes y hay como tratar esta lesión. No tenés cáncer, pero hay que tratar esta lesión que se produce por este virus, que no es igual al HIV</b></p> <p>PS: Estas al principio de un recorrido que puede parar, los tratamientos no son tan complejos, pero es necesario que te controles.</p> <p>PS: Está claro?,</p> <p>P: Si</p> <p>P: ( D: vos quieres curarte?) SI</p> <p>PS: te doy mis datos por si quieres conversar o preguntar algo más.</p>		
	<p><b>V3. Comunicación no verbal:</b></p> <p>P: <b>nerviosa, parece asustada.</b></p> <p><b>Silencios, sus ojos llorosos, pero se muestra muy dura.</b></p> <p><b>Se molesta cuando le mencionan su otro nombre.</b></p> <p><b>Respuestas agresivas, alza la voz, se para de la silla.</b></p> <p><b>No acepta espacio psicológico.</b></p>	<p>Saludo Miradas Contacto físico Postura y movimiento corporal. Afectos y emociones (angustia/alivio) Reacciones Silencio Sorpresa Despedida</p>	<p><b>R1.</b> Presencia</p>

**OBSERVACIONES:**

Se utiliza la misma forma de entregar el diagnóstico y tratamiento como en las anteriores devoluciones diagnósticas, donde se dibuja la escalerita y se menciona la posibilidad de evolución en cáncer, D: "Si no hacemos algo esto que tenes va a convertirse en cáncer". Así mismo la causa de esta enfermedad (virus del HPV), los diferentes nombres como se denomina la enfermedad y las posibilidades de tratamiento.

El médico pregunta "Si llegas a tu casa y te preguntan que tenes, que respondes?"  
Y la paciente responde: No sé, no tengo idea, tengo cáncer. (...) me van a operar, sacar el útero y no tener hijos o morirme, prefiero morirme a no tener hijos".  
P: "El cáncer es hereditario".

Se resaltan estas intervenciones porque será importante revisar los efectos que puede tener el mencionar la palabra cáncer para ciertas pacientes, y cómo esto se relaciona con vivencias individuales y singulares de cada una de las personas que se sientan en este dispositivo de devolución. En este caso específicamente, se trata de una mujer que al parecer tiene una historia



conflictiva de vida, por lo que se presencian mayores elementos de vulnerabilidad, debiendo estos ser tomados en cuenta para evaluar la forma de entregar un diagnóstico y de fortalecer el objetivo de la prevención. Será importante sobretodo fortalecer las estrategias que apunten a una intervención integral e interdisciplinaria (bio-psicosocial).

PS: Por qué dices que es hereditario?

P: Porque muchos de mi familia se han muerto por eso, y han sufrido mucho.

P: Tengo miedo de los exámenes

P: No quiero que un hombre me chequee, quiero una mujer doctora.

Paciente responde con bronca, se altera en algunas ocasiones, se para de la silla, alza su voz, y rechaza el espacio psicológico.

P: (...)He tenido muchas experiencias con psicólogos, he estado en hogares de adolescentes, mi familia es una mierda, mi madre...

La paciente “parece nerviosa, asustada”, en silencio, sus ojos llorosos y se muestra muy dura.” La PS no pierde la oportunidad para profundizar sobre cierta información mencionada, y si bien la paciente no pregunta nada más, es importante dejar en claro algunas cosas que provocaron reacción en ella y si la psicóloga considera conveniente realizar ciertas señalizaciones que permitan bajar un poco sus resistencias. La PS interviene: “Es importante hacerse los exámenes y controles, tu ahora estas aquí porque te hiciste a tiempo los exámenes y hay como tratar esta lesión. No tenes cáncer, pero hay que tratar esta lesión que se produce por este virus, que no es igual al HIV...”

Unidad de Análisis (U.A.)	Variables (V)	Dimensiones (D)	Valores (R)
<b>Devolución Número 10</b>  <b>Mujer Argentina</b> 52 años  <b>Diagnóstico</b> Lie alto grado  <b>Plan Propuesto: conización</b>  <b>Concurre con: su esposo</b>	<b>V1. Información brindada por el médico:</b> D: Si estamos aquí es <b>porque algo pasa</b> Uso de Gráfico- escalera: ha empezado a recorrer – al final de la escalera, escribe la palabra Cáncer, y luego la tacha. D: <b>Ud. tendrá cáncer si no hacemos algo para prevenirlo.</b> D: <b>Lo que usted tiene se llama de muchas maneras, lie de alto grado, carcinoma in situ, CIN, todos estos son lo mismo.</b> D: Sabemos lo que tiene y cuanto. Dibujo del cuello uterino para explicar. D: <b>El tratamiento que propongo- es una conización</b> , explicación a partir del dibujo, es importante sin embargo que los controles se realicen cada tres meses. D: Ahora mismo estoy haciendo la orden, la derivación para la fecha de internación. <b>Resume el problema, el diagnóstico y tratamiento propuesto.</b> A partir de la pregunta de la paciente sobre la posibilidad de sacar todo el útero menciona. D: <b>Si en su casa hay mosquitos, pones raid y no una bomba para solucionar el problema y destruir todo no? Con el cono la mayoría</b>	<b>Diagnóstica-</b> Historización de la enfermedad. –Motivo de consulta. <b>Pronostica y terapéutica</b> Tratamiento, causa de la enfermedad. <b>Otros recursos -</b> resultados de exámenes, uso de gráfico	<b>R1.</b> Excesiva <b>R2.</b> Necesaria <b>R3.</b> Deficitaria

	<p><b>de mujeres se curan.</b>                  Al finalizar y para responder la <b>queja de la paciente sobre la situación del hospital</b>  <b>D: En el hospital las cosas se demoran, explica la situación y condiciones del hospital.</b>                  D: Es importante hacer las cosas, estamos llegando a tiempo, el objetivo es curarse.                  D: Explica la operación, es necesario la internación, será con anestesia general y en dos o tres días estarás mas recuperada.                  Entrega las instrucciones necesarias y deja el espacio para aclarar alguna duda.                  Se utilizan:                  Gráfico de escalera                  Gráfico de cuello                  Gráfico de operación- conización</p>		
	<p><b>V2. Comunicación verbal (equipo de salud, paciente, y/o acompañante):</b>  <b>P: No me desayuno la noticia ( ausencia de sorpresa)</b>  <b>P: No podemos sacar todo el útero?</b>                  P: Hay mucha demora, tanta espera, ya más de 4 meses que estoy en esto.                  P: Puedo esperar más tiempo?  <b>P: ¿Cómo es la operación? Se necesita anestesia?</b>                  P: <b>Tengo miedo a sentir dolor</b>                  PS: Ofrece un espacio para acompañar en este proceso.</p>	<p>Saludo                  Preguntas                  Intervenciones- participantes                  Palabras, nominaciones o definiciones de la enfermedad                  Creencias (fantasías, mitos)                  Sorpresa                  Afectos y emociones (angustia/alivio)                  Sentimiento de impotencia                  Despedida</p>	<p><b>R1.</b>                  Presencia</p>
	<p><b>V3. Comunicación no verbal:</b>   <b>Se mueve en su silla, no deja de frotar sus manos</b>  <b>Silencios</b>  <b>Su esposo no interviene y no es invitado a participar.</b></p>	<p>Saludo                  Miradas                  Contacto físico                  Postura y movimiento corporal.                  Afectos y emociones (angustia/alivio)                  Reacciones                  Silencio                  Sorpresa                  Despedida</p>	<p><b>R1.</b>                  Presencia</p>

**OBSERVACIONES**

En esta devolución se resume el problema, el diagnóstico y tratamiento propuesto de la misma manera que se lo hizo en las anteriores devoluciones mencionadas. En este caso al parecer existe ausencia de sorpresa frente a la “noticia” de la enfermedad.

P: “No me desayuno la noticia”, sin embargo, las fantasías y miedos son evidentes y frente a esto la posibilidad de sacar todo eso “malo”, en este caso, “el útero”.

D: “¿Si en su casa hay mosquitos, pones raid y no una bomba para solucionar el problema y destruir todo no? Con el cono la mayoría de mujeres se curan”.

P: “Tengo miedo a sentir dolor”, (se mueve en su silla, no deja de frotar sus manos).

Así mismo la preocupación por la situación del hospital, por las demoras y la posibilidad de esperar en relación a su enfermedad, P: “Puedo esperar más tiempo? P: ¿Cómo es la operación? Se necesita anestesia?



El médico responde a sus preguntas, explica la situación del hospital, y lo inevitable de esperar, de los turnos y trámites necesarios.

Existen muchos silencios, su esposo no interviene y tampoco es invitado a participar. *¿Si la función del acompañante es escuchar aquello que la paciente no puede escuchar, ser un apoyo y un posible aliado para el equipo de salud, es necesario involucrarlo en la devolución si este no participa espontáneamente?* Es decir, si bien es necesario aclarar, responder, interpretar e intervenir frente a las preguntas, silencios y diferentes reacciones de la paciente, también se deben identificar elementos o señales en quienes acompañan a la paciente. Se plantea este interrogante en relación a que si bien la persona presente en el espacio dispositivo puede ser un aliado y un tercero que apoye a la paciente en este momento, también puede obstaculizar cualquier proceso de elaboración en el marco de un vínculo médico-paciente, así que será importante analizar su posible participación.

## 6.2 Desarrollo teórico

A partir de lo expuesto, se observa que la información y metodología que se utiliza en el "dispositivo" es similar en la mayoría de devoluciones: se entrega el diagnóstico en un espacio determinado, que pretende ser acogedor y familiar. Se le pide a la paciente cuando va a retirar sus exámenes que venga acompañada y se le cita para un día específico. En el dispositivo está presente tanto el médico como el equipo de psicólogas del área, y se revisa la historia brevemente para saber cuál es el tratamiento propuesto.

Es el médico quien informa el diagnóstico, tratamiento y el equipo de psicólogas acompaña el proceso de devolución interviniendo para posibilitar el despliegue de preguntas o dudas de la paciente o sus acompañantes. Así mismo, aclarar la información entregada, proponiendo un espacio terapéutico en el caso de ser necesario.

La propuesta médica para las diferentes patologías cervicales y para entregar la información a las diferentes mujeres que asisten al dispositivo es casi idéntica, se diferencia básicamente en el tratamiento propuesto, es decir si se debe proceder a una cirugía más o menos conservadora, a un LEEP o un cono, y las diferentes implicaciones que cada uno de estos tratamientos tiene. Se repiten los métodos de entrega de información, al inicio, desarrollo y final, el uso de gráficos, intervenciones, mencionando en todos los casos la posibilidad de una evolución hacia el "cáncer". El discurso médico se enmarca y apunta al control y prevención a

partir del miedo hacia esta posible evolución de enfermedad oncológica, sin diferenciar o tomar en cuenta en su discurso, factores de edad, nacionalidad, antecedentes, entre otros, que singularizarían a cada paciente.

En el discurso médico aparecen con mucha importancia y protagonismo los términos y categorizaciones científicas, el uso de diferentes recursos para nominar a la enfermedad, así mismo explicar los diferentes tipos de tratamientos y la propuesta que realiza a la paciente. Se utilizan frases enmarcadas en un discurso de control como “está condenada a hacerse exámenes”, “no vamos a ir a buscarla a su casa”, “estamos aquí porque algo pasa”, “si no hacemos algo, esto que tenes, va a convertirse en cáncer”, así como un discurso de saber-poder, “estamos aquí para curarte”, entre otras que se describen en las observaciones de las diferentes devoluciones. Así mismo, ciertas contradicciones entre un discurso contenedor y uno que debilita ese vínculo médico-paciente, “nosotros sabemos lo que hacemos y te podemos curar... ahora si te veo en el pasillo, no esperes que me acuerde, decime la palabra clave, que vienes hacerte un cono”.

Las pacientes preguntan sobre los procedimientos quirúrgicos, sobre la causa y pronóstico de la enfermedad. En muchos casos ponen en palabras su miedo, su angustia, sus interrogantes y en otros los silencios y lenguaje corporal señalan cierta incomodidad, sorpresa o preocupación. Sus intervenciones no son muy extensas, y al parecer en una posición más receptora y pasiva frente a la información entregada por el médico.

Por otro lado, en el discurso y comportamiento de las pacientes se evidencian ciertas reacciones frente a la información recibida en la devolución diagnóstica, también en el momento previo y posterior a esta. En algunos casos manifiestan miedo, angustia, “estoy traumatizada”, se plantean interrogantes frente a la cirugía, frente al virus del HPV, y estas se despliegan a partir de ciertas fantasías o reacciones en relación a lo que significa el cáncer o una enfermedad de transmisión sexual para ellas. Y en otros, la información entregada produce alivio, aclara dudas, más aún si se establece claramente la diferencia entre el tener y poder tener cáncer, es decir la posible evolución oncológica, así como la diferencia entre el virus del HPV y otros virus de transmisión sexual.



Algunas de las pacientes manifiestan ira, agresividad o ciertos mecanismos defensivos, así como sorpresa, dudas, silencios y ausencias. En algunas devoluciones es más evidente las reacciones y efectos que produce la información entregada en el dispositivo, ya que son puestas en palabras y se manifiesta en el discurso mismo de la paciente; en otras, el comportamiento ( movimiento de las manos, movimiento corporal, llorar, alzar la voz, las miradas, entre otras) muestran que esas palabras, gráficos, mensajes se reciben no sin un efecto, en algunos casos que permite a la paciente movilizarse, hacer algo por “esto” que tiene en su cuerpo, y en otros casos parecería taponar o paralizar cualquier posibilidad de pensamiento y acto.

Como se habló anteriormente, la enfermedad es vivida como una “ingrata experiencia” y el ponerle un nombre a “eso extraño” que sucede en el cuerpo puede causar un alivio, pero a la vez un impacto emocional. Ahora, este impacto dependerá también de qué información es entregada, el diagnóstico como tal y que palabras y recursos son utilizados. En este caso, cabe señalar que la palabra cáncer mencionada en todas las devoluciones, así como las enfermedades de transmisión sexual como el HIV-sida se asocian con sufrimiento, dolor, procedimientos médicos agresivos (quimioterapia, radioterapia) y muerte. Sin embargo, es importante resaltar que la sola presencia del virus HPV no implicaría un desarrollo de cáncer. La condición psíquica, emocional es un factor determinante también para la evolución hacia una enfermedad oncológica, donde se necesita la presencia de otros factores asociados (tabaquismo, condición hormonal, historia genética entre otros) y sobre todo la inmunidad celular. El cáncer de cuello de útero podría tardar varios años en evolucionar, lo que significa que la infección por HPV de alto riesgo persistió, se mantuvo y evolucionó, por eso es necesario apuntar a la prevención y controles, entonces *¿es necesario nombrar la evolución posible hacia el cáncer en todos los casos, de la misma manera y para todas las personas?*

Nombrar la posible evolución de una enfermedad hacia el cáncer, pretende alertar y prevenir que devenga como tal, sin embargo tal vez se debe plantear previamente la siguiente pregunta, *¿por qué los exámenes de rutina no se realizan o no se realizan a tiempo?* Los estudios señalan que la mayor incidencia de contagio

se da en adolescentes y mujeres jóvenes, sin embargo las patologías cervicales se presentan mayoritariamente alrededor de los 30 a 40 años y el cáncer invasivo a partir de los 40 a 60 años, esto se relaciona con el desarrollo de las lesiones provocados por esta infección, la cual puede tardar hasta 20 años en convertirse en un cáncer cérvico uterino.

*¿El discurso del miedo o control está funcionando, se obtienen los resultados esperados?* Si lo alarmante es que al ser este tipo de cáncer, 100% prevenible, y su detección temprana permitiría la cura, *¿por qué es una de las principales enfermedades y causas de muerte en las mujeres?* Se puede pensar entonces, que este tipo de intervenciones no ha logrado incidir y que los resultados demuestran justamente eso, “solo un 20% de las mujeres argentinas cumple los exámenes periódicos” y las estadísticas de este tipo de cáncer en Latinoamérica son muy altas y siguen en aumento. Por otro lado, existen otros posibles factores que inciden en los bajos índices de controles, y es que en algunos lugares o países de Latinoamérica no se realizan gratuitamente los exámenes de rutina de una manera integral, por ejemplo la colposcopia tiene un alto costo o sólo se los realizan en espacios privados; los procedimientos médicos avergüenzan, provocan miedo, no se los realizan con el debido cuidado, privacidad y existe un alto desconocimiento por parte de las pacientes. Todo esto, en el marco de cierto contexto sociocultural, permite que estos procedimientos y posibles síntomas, estén cargados de fantasías, mitos y construcciones que obstaculizan la posibilidad de una prevención primaria. En este sentido, las pacientes del área de ginecología no dejan de estar insertas en todo lo que tiene que ver con su sexualidad y con la relación que se ha establecido a partir de esta, y su cuerpo.

Un dispositivo de devolución diagnóstica que pretende brindar un espacio de contención y entrega de información interdisciplinaria no puede dejar de estar contextualizado o abordado desde un modelo de gestión de salud integral coherente con esta propuesta. Es importante esto, por lo expuesto en anteriores capítulos sobre la situación de los hospitales públicos tanto en Buenos Aires como en otras ciudades de Latinoamérica, donde este tipo de espacios son difícilmente sostenibles, y sus posibles efectos beneficiosos para un mejor pronóstico son



entorpecidos por lo demás procesos hospitalarios y la imposibilidad de un acompañamiento, seguimiento y evaluación permanente.

Si la enfermedad irrumpe y sorprende, y esta situación actual remite de alguna manera a momentos anteriores en la vida de las pacientes, es importante tomar en cuenta elementos de vulnerabilidad en su historia personal; por un lado en la devolución diagnóstica y sus características y por otro lado en el tipo de vínculo que se establezca entre médico-paciente. Esto último puede verse obstaculizado cuando se encara una situación hospitalaria precaria que “no protege”, que no “sostiene”, acentuando más bien, el sentimiento de desvalimiento frente a una “noticia de enfermedad” sorpresiva, en relación a hechos traumáticos que se resignifican. El médico entonces, en el marco de un equipo interdisciplinario, ocupa un lugar importante y esencial, porque es quien debe acompañar a decodificar y a través del vínculo que se establezca lograr que esta persona- paciente, pase de un lugar pasivo- de dependencia, a un lugar activo.

La función del otro humano es esencial para esto, así como para la estructuración del aparato psíquico y constitución subjetiva, ya que este otro (madre-padre) o diferentes figuras que representen y se posicionen en lugares representativos para el sujeto aportarán, facilitarán u dificultarán la posibilidad de elaborar procesos, y operar efectivamente con estímulos que vienen tanto del exterior como del interior. En este caso la persona del médico ocupa un lugar importante para una persona que demanda saber sobre su padecer, y en el marco de esta relación transferencial de dependencia se despertarán experiencias vividas en el pasado.

Se identificaron en el análisis de las diferentes devoluciones propuestas, que el discurso médico se enmarca en una posición de saber, y donde la paciente presume que su interlocutor conoce, sabe y puede hacer algo por “eso” que padece. El médico refuerza esa relación vertical, “si estamos aquí es porque algo pasa”... “si le llamamos es porque algo no anda bien”, reforzando el sometimiento al saber médico, el cual en algún momento debe ceder para permitir que la paciente se apropie de su situación actual y atravesase en alguna medida un proceso de duelo hacia la aceptación de la “noticia” de enfermedad y posibilitar el trabajo para el tratamiento y cura.

En función de lo expuesto se considera necesario abordar como se manifiesta el duelo en este tipo de problemáticas. El duelo se relaciona con la necesidad de un trabajo de elaboración psíquica donde el aparato psíquico apunte a transformar y controlar la cantidad de energía, manejar excitaciones externas e internas, derivando o ligando. En el artículo "Duelo y Melancolía" (1915), Freud plantea que es a partir del examen de realidad, donde se muestra que el objeto amado ya no existe más (en este caso se puede relacionar con la salud-cuerpo y lo que representa esto para cada persona), donde se ve necesario un trabajo que inicia con quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto. "Se ejecuta pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y de energía de investidura, y entretanto la existencia del objeto perdido continua en lo psíquico. Cada uno de los recuerdos y cada una de las expectativas en que la libido se anudaba al objeto son clausuradas, sobreinvertidos y después desprendidos de libido."<sup>115</sup>

La función del aparato psíquico, si bien apunta a manejar tanto estímulos externos como internos, recorrerá diversos caminos, y encontrará distintas soluciones para lograr su objetivo. Frente a distintas frustraciones, amenazas o pérdidas de objeto en cada sujeto, no siempre se logrará un trabajo de duelo normal, cada individuo enfrentará un proceso de elaboración psíquica distinto, que dependerá de su disposición y predisposición (lo constitucional, sus series complementarias). Además de esto, el examen de realidad, que muestra que el objeto amado ya no existe más, va a marcar un punto importante que diferencie, el comienzo o no de un duelo. Si recordamos que Freud plantea que en la neurosis, frente a la frustración, existe una huida de cierto fragmento de la realidad, podemos decir que el neurótico no querrá saber de aquella parte de su historia conflictiva o no podrá enfrentar esa realidad, entonces su proceso de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto, podría llegar a ser extremadamente más largo y patológico.

En este sentido, es importante considerar si una paciente tiene en su historia eventos traumáticos, pérdidas, o antecedentes familiares, por ejemplo si son mujeres extranjeras, que vienen atravesando un proceso de inmigración. Es

---

<sup>115</sup> Freud, Sigmund, *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicológica y otras obras (1914-1916)*. *Duelo y melancolía* (1915), AE. Tomo XIV p. 243



necesario en las devoluciones diagnósticas diferenciar el discurso y las características de la información que se entregue, donde se tome en cuenta la edad de la paciente, si existen antecedentes de controles o tratamiento, cómo y porque llegó a este momento de entrega de diagnóstico, de dónde y por quien viene derivada, entre otros factores que determinan la situación actual de la paciente, su condición en ese momento, su capacidad de escucha y recepción de la información, esto marcará la diferencia para el pronóstico y relación que la paciente tome con su enfermedad o diagnóstico. *¿Qué lugar viene a ocupar el diagnóstico para el sujeto? ¿Qué se liga o se desliga con este? ¿Qué se puede pensar o que no se puede representar a partir de este?*

Entonces, es importante referir que el riesgo de exceso de información se puede desplegar con facilidad, si en la posición del médico, existe una "confusión de lenguas" entre emisor y receptor. Uno de los discursos, en este caso del médico, aparece como cerrado, que impone sobre-significaciones y no acepta alternativas. En este sentido, el único discurso posible y presente es el médico, y este otro (del paciente) no es considerado, ni escuchado como posible, o como parte de un sujeto-otro.

Si en una devolución ciertas palabras- estímulos, pueden ser emitidos de una manera deficitaria o excesiva, estas podrían irrumpir de manera violenta para el sujeto, desbordando la capacidad de aprehensión o elaboración del paciente. La información diagnóstica aparece para alertar sobre el peligro o dispara el vivenciar en ese mismo momento el peligro, de eso que representa la enfermedad. Eso familiar, se vuelve extraño y desconocido, el cuerpo sano- padece de "algo", que no se sabe de dónde viene.

La angustia debe aparecer para proteger y defender, la angustia señal que alerta sobre una amenaza ante peligros reales y ante fantasmáticos e internos. *¿Pero cuáles son los peligros a los que está enfrentado un sujeto?*, Freud menciona algunos peligros durante la vida de un sujeto, y en todos estos la posibilidad de perder el objeto, lo que traería consigo una "situación traumática"- donde el aparato, no podría manejar la fuerza del peligro externo, las cantidades o estímulos en relación a la posibilidad del yo para manejar su capacidad de ligazón.

Desde esta perspectiva entonces, y frente a enfermedades asintomáticas, como las producidas por el virus del hpv y muchas veces el cáncer, que son silenciosas, y el cuerpo no da señales, el diagnóstico aparece de una manera sorpresiva. Se despiertan fantasías, se reactivan situaciones traumáticas pasadas, asociaciones con la muerte, peligro, incertidumbre, desconocimiento, se reactiva el estado de desvalimiento. Ahora bien, es importante señalar también que en otros casos las señales del cuerpo existen, pero no funcionan como señales, existen esas marcas reales en el cuerpo pero la persona no da cuenta de eso y la enfermedad avanza hasta tener un pronóstico complicado.

Este dispositivo de devolución diagnóstica deberá fortalecer o enmarcarse en un espacio de esta angustia señal mencionada, permitiendo manejar la "noticia de enfermedad" como una señal de alarma para prevenir. En este sentido, será importante considerar que el efecto sorpresa de la entrega de diagnóstico estará presente indiscutiblemente, pero dependerá de la metodología, del encuadre en el espacio de devolución que se establezca, del vínculo equipo-paciente, la entrega de información, herramientas, recursos, palabras, es decir; no solo el cómo, donde, sino *cuanto* de esa información se entrega o no, lo que permita evitar que el momento de entregar un diagnóstico de enfermedad, sea vivido como traumático. Para evitar que la angustia automática desborde al aparato psíquico del sujeto quien recibe información, será esencial por un lado que la información y la forma en que se entregue sea la "adecuada", pero por otro considerar la singularidad de cada paciente, con esa historia que trae consigo que será clave y determinante para los efectos psíquicos que esta "noticia" cause.

En esta línea se retoma lo mencionado y ya abordado por autores como Balint, sobre la importancia de historizar el síntoma en relación al sujeto que consulta, alejándose de ese reduccionismo del discurso médico señalado, y saber a quien se tiene como paciente. Pensar al sujeto más allá de su enfermedad y de esa manera evitar discursos generalizadores que corren el riesgo de ser deficitarios o excesivos. Es decir, no es lo mismo tener una paciente de 19 años que viene por primera vez a realizarse sus controles, que una mujer de 60 años que no se ha realizado controles en los últimos 20 años. Entregar la misma información y de la misma forma a una paciente que viene acompañada, que a una que viene sola, o a



una paciente que ya ha recibido un tratamiento parecido anteriormente, esto pone un distanciamiento al objetivo planteado y razón de "ser" del dispositivo en mención: espacio diseñado con la intención de "atenuar" el impacto traumático que implica tanto recibir como "dar la mala noticia" y fortalecer la adhesión al tratamiento y sus condiciones para un mejor pronóstico.

Diagnosticar, nominar, saber y conocer, tanto para el paciente como para el médico, da tranquilidad, sin embargo es importante esperar un tiempo, en función a la reacción que percibe la persona después de entregada cierta información, escuchar a su vez y recordar que "no hay recetas". Se enfatiza en la necesidad de una preparación previa y tener la apertura de recibir comentarios, sugerencias, para una constante autoevaluación y análisis del posicionamiento frente a determinado paciente, enfermedad, procedimiento, etc. El entregar información tiene que estar enmarcado en la prevención, si no se escucha algo, o se brinda excesiva información, se pone en riesgo la salud de las personas.

Una atención integral e interdisciplinaria deberá enmarcarse en un proceso de cuestionamiento y construcción constante, tanto individual como grupal. Tomar en cuenta tanto los beneficios como los posibles riesgos u obstáculos que esto implica, sobre todo para potencializar el lugar, rol y competencias que le corresponde a cada profesional. El médico no puede hacer de psicólogo o indagar en información que no le corresponde para su campo de acción, así como el profesional psi no puede ocupar el lugar del médico, ocultando la importancia de su presencia e intervención, en este tipo de espacios.

Mencionar que existe interdisciplinaria es muy fácil, habría que preguntar *¿qué tipo de relación o trabajo se realiza en ese marco?*, y si las relaciones entre estas diferentes disciplinas son simétricas o no, es decir, *¿realmente existe la apertura de un real trabajo interdisciplinario?*, *¿el discurso médico puede escuchar lo que viene del discurso psi?* *¿Qué lugar ocupa la psicóloga en estos espacios hospitalarios?* Apuntar a un trabajo donde se pueda repensar, evaluar y reestructurar constantemente un abordaje integral, más allá de una metodología planteada, aportará para un posicionamiento individual, desde cada participante en este dispositivo, donde el enfoque que se pretende implementar sea parte del accionar diario que vaya más allá de esta propuesta de "dispositivo".

## **CONCLUSIONES Y REFLEXIONES GENERALES**



## **CONCLUSIONES Y REFLEXIONES GENERALES**

A lo largo de todo el recorrido y desarrollo que se ha planteado en los anteriores capítulos se ha intentado un acercamiento a la pregunta objeto de investigación, es necesario en este momento, recoger todos estos interrogantes y señalamientos para intentar ordenar y articular el cuerpo teórico y metodológico y refutar o no, las hipótesis planteadas en un inicio. Inevitablemente este intento de cierre presentará otros caminos para pensar:

- Si en la devolución diagnóstica de patologías cervicales relacionadas con el HPV se brinda un exceso o déficit de información, entonces esta podría producir efectos traumáticos en algunas de las pacientes, afectando su capacidad de elaboración frente al impacto de la noticia de una enfermedad.
- Si en el momento de la devolución diagnóstica de patologías cervicales relacionadas con el HPV, no se toma en cuenta la singularidad de cada paciente (su patología, pronóstico, conceptualizaciones previas de la enfermedad que tenga la paciente y su estado psicológico) para diferenciar la información que se entrega, entonces el dispositivo perdería su enfoque preventivo, produciendo efectos traumáticos.

Si se toman estas premisas hipotéticas, que a partir del desarrollo de la presente investigación se pueden dar por válidas preliminarmente, se evidencia el énfasis que se pone en el rol o posicionamiento del médico en el marco de un vínculo y la información a entregar. Así mismo, la necesidad de una información “adecuada y justa” que además de la forma y cantidad, logre una diferenciación en relación a la singularidad de cada paciente. No se puede negar que estos indicadores deben ser pensados cuando se hable de efectos traumáticos en la paciente que recibe la “noticia” de enfermedad, pero es importante señalar también, que por la complejidad e imposibilidad de predecir los efectos psíquicos posibles de un hecho para un determinado sujeto, se pondrán en juego otros factores que se plantearon anteriormente y que son importantes de resaltar. En este caso, y en el marco de esa singularidad y subjetividad señalada de cada una de las pacientes, será importante tomar en consideración su historia vital, con lo que vienen, llegan,

traen, representan, elaboran, niegan o rechazan, no sin un disparador claro, que viene del exterior.

Hay muchos estudios y hemos citado algunos que se refieren a la relación del HPV con el cáncer, que identifican el mejor método para diagnosticarlo y aquellos que se enfocan en los mejores protocolos de tratamiento, pero muy poco se ha indagado sobre cómo este virus afecta a las mujeres. ¿Qué lugar viene a ocupar este determinado diagnóstico para estas pacientes? ¿Qué se liga o se desliga? ¿Qué se puede pensar o que no se puede representar a partir de este? Al mencionar el virus del HPV y sus correspondientes lesiones cervicales así como su posible evolución hacia el cáncer de cuello uterino, se despiertan por un lado, fantasías, mitos, representaciones sociales alrededor de una enfermedad de transmisión sexual y la propia sexualidad, la relación y construcción de “cuerpo”. A su vez, la representación de muerte aparece, muchas veces asociada a una enfermedad hereditaria vivida como un castigo, la pérdida real en el cuerpo, peligro o amenaza. El peso de esta palabra “cáncer” y todo lo que rodea a este término (cirugía, exámenes, internación, biopsia, corte, invasión, etc.) está inmerso en este tipo de devoluciones diagnósticas.

La enfermedad como mencionan las profesionales de psicología de Ginecología del Hospital Rivadavia, en sus charlas de sensibilización en el ámbito médico y en sus diferentes investigaciones, es una crisis vital accidental. Tiene un carácter sorpresivo, generando un impacto biológico, psicológico y social en la mujer y su entorno, y por eso la importancia de ver más allá de un órgano infectado. Se menciona que seguramente la paciente tendrá que pasar por un proceso de duelo y elaboración, donde en un principio estará en shock, negación, bronca, enojo, tristeza, depresión y diferentes efectos psíquicos y emociones se harán presentes frente a una pérdida. Se resalta la importancia de trabajar integralmente y lograr un abordaje interdisciplinario, enfatizando la importancia del vínculo entre médico y paciente.

“El ser humano como un ser integral, con su dos componentes tradicionalmente considerados, el físico y el psíquico van a estar en conjugación en su comportamiento y así, comprendemos por que el dolor se vuelve sufrimiento. La mente se encarga de interpretar el dolor como símbolo de nuestra mortalidad



es decir, premonitorio de muerte lo que a su vez, alimenta los temores, las culpas y las fantasías de cada sujeto, por lo que es importante entonces hablar de lo que significa para el ser humano, el sentido de la muerte".<sup>116</sup>

Las palabras- estímulos, que son utilizadas al momento de entregar un diagnóstico son muy importantes, estas como la misma "noticia de enfermedad" pueden irrumpir de una manera violenta logrando desbordar la capacidad de aprehensión, representación y posible elaboración de la paciente, haciéndola que vivencie de alguna manera un peligro mayor al expuesto. Cuando se habla de palabras-estímulos, no se deja a un lado ciertos elementos del discurso, como silencios, gestos, secretos, que pueden ser igualmente disruptivos o conflictivos. Así, el diagnóstico-palabra, aparece para nombrar lo innombrable que ha aparecido en el cuerpo y su noticia se asocia con anteriores experiencias. En este caso, con pacientes que entran al área de ginecología, se tendrá que considerar ciertos aspectos como la sexualidad, relación de pareja, construcción de género, posibles situaciones de violencia, maternidad, entre otros elementos.

Se atendieron mujeres jóvenes, que fueron por un control, sin una señal o síntoma previo en su cuerpo. Otras que llegaron con la enfermedad muy avanzada, sorprendidas de no haber registrado o dado importancia a ciertos malestares. Pacientes extranjeras, migrantes, que están en proceso de duelo, que se encuentran vulnerables por su situación socioeconómica, familiar o laboral. Mujeres que llegan por diferentes razones al hospital público, muchas veces solas o acompañadas, y que tienen que pasar por largos procesos y trámites hospitalarios para ser atendidas o escuchadas.

Pero ¿qué hace que una devolución diagnóstica pueda llegar a ser traumática para algunas de estas mujeres? Sin dar una respuesta directa a esta pregunta tan compleja, se mencionará ciertos elementos a considerar y que se han topado a lo largo del presente trabajo. Centrarse sólo en el diagnóstico como tal, así este se relacione y traiga consigo todos los fantasmas y cargas representacionales de una enfermedad de transmisión sexual, ligada directamente con aspectos de la sexualidad, un nombre fácilmente asociable con el

---

<sup>116</sup> Pérez Amador L. (2010), *Cuando las enfermedades amenazan a la vida, reacciones y respuestas. Psicoanálisis en México y en el mundo*. Revista Carta Psicoanalítica Num.15. Marzo 2010 (On line). Disponible en: [www.cartapsi.org](http://www.cartapsi.org)

HIV y la posibilidad de desencadenamiento en cáncer de cuello uterino como se expuso anteriormente, parece insuficiente para hablar de trauma. Existe una interacción constante entre el mundo externo y el interno de un sujeto, donde no se puede pensar la producción de situaciones traumáticas por solo un acontecimiento actual externo, así este sea muy violento, ya que entrará en juego tanto el hecho como tal, como la forma en que esto es vivenciado por el psiquismo.

Será necesario entonces, tomar en cuenta el cómo se presenta y se "devuelve" este diagnóstico, de qué manera es expuesto para la paciente, y como se trabaja con el factor sorpresa (grandes cantidades de excitación); sabiendo que lo que no tiene aviso previo o alerta pone en juego la capacidad del aparato psíquico. Así mismo, el estado del yo o vulnerabilidad de la paciente, será esencial para lograr prevenir el exceso de estímulos o a su vez, permitir un trabajo que considere aquella sensación de desamparo y peligro que se pueda presentar.

Este peligro mencionado, marcará una diferencia entre un aparato que está preparado o que presenta la posibilidad de una angustia señal que le permita manejar esa situación displacentera, frente a otro que es tomado por sorpresa y se desborda. La posibilidad de angustia señal estará relacionada entonces, con las capacidades y recursos que tenga el yo para defenderse y manejar esos estímulos tanto internos y externos, recursos para ligar y simbolizar (proceso secundario) y esto dependerá necesariamente de esa "posibilidad de yo", que fue en un principio y tal vez para siempre, a partir de un "otro".

Este otro, permitió en un inicio la constitución, y si fue "suficientemente bueno" (como plantea D. Winnicott al hablar de la función materna), habilitó la posibilidad de simbolizar, auxilió, escuchó y contuvo en esos primeros desbordes de angustia. *¿Un dispositivo de "devolución diagnóstica" deberá apuntar de alguna manera a que se habilite la contingencia de una protección anti-estímulo y promueva la posibilidad de angustia señal?*

Según Ferenczi, en su obra "Confusión de lenguas" de 1932, refiere a que el trauma sería el resultado de la ausencia de una reacción apropiada del objeto ante una situación penosa o de angustia, lo que daría lugar a un estado de desvalimiento que podría reactivarse en cualquier momento futuro. Profundiza en sus desarrollos teóricos sobre la función del analista frente a estas posibles situaciones traumáticas, y en relación a su trabajo clínico con personas que han



vivenciado este tipo de experiencias. Menciona que se debe apuntar a restablecer o quizá establecer por primera vez un objeto que sea contenedor y a la vez operar como protección anti-estímulo contra la excitación. Se propone de esta manera, frente a anteriores cuestionamientos planteados, que en alguna medida esta podría ser tanto la función de los profesionales de salud, como del mismo dispositivo de devolución diagnóstica, la función de ser un dispositivo de angustia señal.

En este sentido, una protección frente al posible efecto traumático de las palabras, estímulos provenientes del exterior, que se asocian con algo interior, provocando sumatoria de cantidades que en algunos casos puede ser excesiva. En ese vínculo de dependencia y de relación de poder, es la persona más importante para la paciente, el médico, quien acaba de entregarle la "noticia de enfermedad" y "posibilidad de cura". Esta noticia provocará de alguna manera una herida narcisista (pérdida de salud), y en ese discurso médico, donde se evidencia su "saber", se crea un vínculo de dependencia, dependencia hacia el médico-institución. El peligro entonces no es solo frente a una situación netamente económica, sino frente a un desvalimiento psíquico. Si las relaciones traumáticas se relacionan con experiencias de pérdida, de la madre, del amor de la madre, en este caso la enfermedad podrá representar alguna de estas pérdidas, sin duda la pérdida de la salud, y en algunos casos la de un cuerpo "completo".

Es por esto, que a pesar de cualquier situación o contexto hospitalario será necesario rescatar, revalorizar y repensar los espacios interdisciplinarios ya existentes. Estas propuestas importantes y fundamentales que permiten acercarse a las personas que padecen alguna enfermedad o mal-estar de una manera distinta, intentando como objetivo principal atenuar el impacto de la noticia diagnóstica, son completamente válidas. Sin embargo, será preciso cuestionar en algunos aspectos y pensar si para entregar diagnósticos con "riesgo oncológico" (no es cáncer), estos espacios o más bien su metodología utilizada, es la adecuada. *¿Se deben plantear modificaciones o tomar en cuenta cambios que fortalezcan más la prevención y la posibilidad de adhesión al tratamiento y controles?* Tal vez no es necesario crear dispositivos especializados para entregar todo tipo de diagnósticos, sin embargo es importante pensar en cómo se entrega la información: dónde, cuándo, que información se utiliza, cuánto se dice y a quien.

No es tarea fácil responder a cada una de estas premisas, no existen instrucciones fijas, cerradas y pero aún iguales para cada persona, pero tal vez aporte y sea más fácil el camino, si existe una verdadera interrelación de miradas, de diferentes campos y formaciones que se complementen entre sí. Una posición interdisciplinaria abierta, que pueda mirar, ser mirada y mirarse constantemente.

En la interdisciplina existe una propuesta de renuncia a la individualidad, pero permite la posibilidad de un abordaje conjunto de la situación, ayuda a contener tanto a la paciente como a su familia, pero también al mismo equipo profesional; permite de esta manera la integración de distintos conocimientos que enriquecen discusiones e intervenciones. Así mismo logra sensibilizar o fortalecer las debilidades de las otras disciplinas y ver en conjunto la situación de enfermedad en la que se encuentra una persona. En este sentido, el intercambio entre discursos, más que de saberes, de ignorancias, es fundamental.

A partir de esto, será importante resaltar que en este intercambio no se deberá perder de vista la singularidad de cada paciente, la que tiene su propia manera de entender y vivir su problemática. En esta relación que deja de ser solo unívoca (médico-paciente), se puede democratizar el saber, es decir, romper una relación vertical donde sólo el discurso del médico (saber-poder) tiene importancia. El propósito entonces, será evitar la emisión de mensajes de riesgo y pánico, generando la posibilidad u opción para que las pacientes, mujeres en este caso, asuman el "control del riesgo"; en otras palabras, que cada persona, logre responsabilizarse de su cuerpo-salud, desconcentrando la "regulación" de un "discurso experto".

En este sentido, tal vez la palabra "devolución" cobre sentido en el marco de lo anteriormente dicho, es decir, que como objetivo de un espacio de entrega de información diagnóstica se debe procurar "devolver" la información a la paciente, información que es de ella, de su cuerpo, de su historia. Información que debe regresar al saber y poder de la paciente, para que ella se haga cargo de eso, pero no sin un acompañamiento y seguimiento que aporte para su interpretación, contención y valoración. Se trata de un trabajo indirecto, no sobre la enfermedad sino lo que ésta cuestiona en su entorno, es decir, como se vive el sujeto inmerso en ella y cómo responde frente a esta nueva situación.



El propósito será evitar poner o imponer sentido a la información diagnóstica que se entrega, y evitar los discursos de miedo, temor, que solo busca alarmar y que no necesariamente tienen el efecto deseado, la prevención. Será fundamental trabajar sobre los nuevos significados y la posibilidad de dar nuevos sentidos, el cáncer deberá entenderse sobre todo como una enfermedad prevenible, que debe diagnosticarse y tratarse a tiempo, que es curable y un mejor pronóstico dependerá de que tan rápido se diagnostique y trate adecuadamente. El cáncer vivenciado como tabú o estigmatizado incide en que muchas actitudes básicas en la prevención y la curación no funcionen. A pesar de una mejor información actual sobre esta enfermedad, los profesionales no están preparados para enfrentar la situación de cómo entregar el diagnóstico de cáncer al paciente; tanto mencionar la palabra sin el contexto y preparación adecuada, como nombrarla a la ligera con el afán de prevenir en base al miedo o sobredimensionarlo puede causar efectos iatrogénicos en los pacientes. Esto pasa también con las enfermedades o infecciones de transmisión sexual, las cuales cargan consigo un carácter vergonzante, moralizante, y se prefiere ocultar.

Es por esto que el trabajo en prevención debe ser integral y abordar la sexualidad más allá de un enfoque biológico, trabajar el tema de derechos sexuales y reproductivos en el marco de un modelo de salud que considere enfoques de inclusión y equidad. En este sentido, desplazar la mirada desde la enfermedad a la salud, para desde ahí pensar el significado del cáncer, hpv, o cualquier enfermedad.

Es muy valioso contar con los posibles dispositivos actuales, y lograr fortalecer estos y nuevos espacios que apunten a anticipar para pensar y actuar en consecuencia. Será importante fortalecer y sostener la entrega del diagnóstico con un acompañamiento interdisciplinario que tenga la función de ligar esa angustia, mantener el equilibrio y permita sobretodo una elaboración psíquica- es por esto la necesidad e importancia del lugar del psicólogo, y en este marco pensar la posibilidad de prevención. Acercándonos a esto, podríamos a futuro tomar en cuenta factores de riesgo y “vulnerabilidad” de la población atendida en el servicio, que permitirían evitar que el momento de entregar un diagnóstico, un pronóstico y/o tratamiento a seguir, tenga consecuencias iatrogénicas. Es decir, rescatar una de las posibles funciones de un dispositivo de devolución diagnóstica, “la de

alertar", siempre y cuando esta permita y abra espacio para una posterior acción, defensa, y elaboración. Analizar este aspecto permitirá apropiadas intervenciones psicoterapéuticas.

Si bien prevenir una enfermedad o un accidente en algunos casos será imposible, será importante que estos espacios permitan más bien aportar elementos en relación a la posición que uno se ubica frente a determinados sucesos, asumiendo esta nueva realidad. Cuando se aborda una enfermedad biológica pero que viene ligada a otros aspectos, es necesario entonces tomar en cuenta esta multicausalidad, en un abordaje integral.

Hablar de prevención en el campo de la salud mental es complejo y aún es más difícil abordar este tema cuando se trata de psicoanálisis, ya que la idea de prevenir sostiene un orden de determinación de tipo causal, si a entonces b, algo que no se ajusta a la aproximación de la eficacia de ciertos sucesos en una lógica de tiempo retroactivo. La frontera entre la salud y la enfermedad en el terreno mental no es tan clara, Freud planteaba que era una cuestión de cantidad, en donde conviven la determinación y el azar, es decir si se produce un hecho en un momento puntual, tal vez "eso" produzca "algo". "El analista sabe que no puede augurar futuros, pero puede augurar tendencias, si conoce la estructuración psíquica del sujeto podrá intervenir precozmente."<sup>117</sup>

Por otro lado, será importante mencionar un factor que se consideró dentro de esta investigación, y es el contexto social. Ya que en un momento donde las instituciones hospitalarias públicas están pasando por un periodo crítico de inestabilidad, tanto socio-política como económica, se considera de suma importancia recobrar y vitalizar los espacios de escucha ya existentes, así como sostener lugares de contención y acompañamiento a pacientes hospitalarios que se ven también afectados por esta situación social. Además de esto, destacar lo valioso de un trabajo interdisciplinario, la necesidad del apoyo, aprendizaje y retroalimentación entre profesionales de un servicio de salud que funciona para responder frente a la realidad de cada paciente. Es decir, no limitar las acciones a un asistencialismo, sino al rescate de la subjetividad, como S. Bleichmar dice en su

---

<sup>117</sup>Sotolano, O. (2005), *Bitácora de un Psicoanalista*, Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura, Buenos Aires: Topia Editorial, p.187.



artículo sobre “Las Formas de realidad”, escrito en el año 2002, “Si bien se debe aceptar las limitaciones inherentes a toda intervención, es importante apuntar a prevenir la aparición de nuevas desorganizaciones, frente a las circunstancias que la vida misma nos impone”.

Las estrategias de abordaje deberán tomar en cuenta los riesgos o vulnerabilidad del paciente, y para cada espacio o acercamiento las particularidades que cada diagnóstico trae consigo. En este caso del HPV, un dispositivo debe considerar tanto el riesgo oncológico como lo que está detrás de una enfermedad de transmisión sexual. La eficacia traumática puede asociarse con la violencia, lo sorpresivo de su aparición, el estado del sujeto, y su capacidad de ligar o no este acontecimiento dentro de la organización psíquica.

Concebir o reconsiderar a estos “dispositivos”, más allá de un espacio de depósito o intercambio de información, sino como un lugar posible de simbolización y elaboración (cuidado y reapropiación del cuerpo), podrá tal vez acercar la posibilidad de que esa información que se entrega o “devuelve” pueda ser pensada y apropiada, evitando los posibles excesos o déficits de información (cantidad) que pongan en riesgo al aparato psíquico.

## **BIBLIOGRAFIA GENERAL**

### **TESIS DE MAESTRIA EN PSICOANALISIS**

*“EL IMPACTO DE LAS PALABRAS: EFECTOS PSÍQUICOS  
DEL DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO: Patología cervical  
relacionada con el HPV (Virus del Papiloma Humano)”*



**BIBLIOGRAFIA GENERAL**

1. Alizalde M.A, (1995) *Clínica con la muerte*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, p.53-100.
2. Aulagnier, C.P. (1977) [1975] *La violencia de la interpretación*. Del pictograma al enunciado. Buenos Aires: Amorrortu Editores. p.23-33
3. Balint, M. (1981) [1961]. *El médico, el paciente y su enfermedad*. Buenos Aires: Biblioteca de psiquiatría dinámica, Editorial Libros básicos.
4. Baranger, M., Baranger, W. Mom, J.M. (1987). *El trauma psíquico infantil, de nosotros a Freud: trauma puro, retroactividad y reconstrucción*. Revista de psicoanálisis. Tomo IV. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina.
5. Bennett M, Dawn A, (1996), *Discussing the diagnosis and prognosis with cancer patients*. Developing communication skills in medicine, Postgrad Med, United Kingdom, p. 25-29). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/postmed/pdf>
6. Benyakar, M. (2006) *Lo traumático, lo ominoso y el trabajo del duelo*. Revista Imago, N113, Buenos Aires: Letra viva libros.
7. Bleichmar S. ((1984) [2008]) *En los orígenes del sujeto psíquico. Del mito a la historia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
8. Bleichmar, S. (1993). *La fundación de lo inconciente*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
9. Bleichmar, S. (2000). Seminario *Traumatismo y simbolización: los modos del sufrimiento infantil*, clase N° 1 dictada el 3 de abril de 2000 (On line). Disponible en: [http://www.silviableichmar.com/sem\\_clases/semi2000.htm](http://www.silviableichmar.com/sem_clases/semi2000.htm)
10. Bleichmar, S. (2002). *Las formas de realidad*. Psicoanálisis, sociedad y cultura. Entre la realidad y el deseo. Año XII. N.35. Buenos Aires: Revista Topia.
11. Bleichmar H (1999): *El tratamiento de la crisis de pánico y el enfoque modular-Transformacional*, Aperturas Psicoanalíticas, Revista de Psicoanálisis, noviembre de 1999, n3, pág. 2 y 3.
12. Bokanowsky, T. (2005). *Variaciones sobre el concepto de traumatismo: traumatismo, lo traumático, trauma*. Revista de psicoanálisis. LXII. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina. p.11-28

13. Brown R, Dunn S, Butow P. (1997) *Meeting patient expectations in the cancer consultation*. Ann Oncol; 8:877-82.
14. Cahn.P, Cahn R, et. Al (1992 [1994]). *PSIDA, un enfoque integral*. Psiquiatría, Psicopatología y Psicossomática, Paidós, Buenos Aires-Argentina.
15. Catalano, A. (1998, Febrero 16) *La historia del HPV, otro virus de transmisión sexual*. Sección Salud. Afecta principalmente a las mujeres. Clarín, Buenos Aires, Argentina.
16. Cano, A. (2005) *Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer*. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Psicooncología, Vol. 2. Número 1; 2005, p.71-80. (On line). Disponible en: <http://revistas.ucm.es/psi/articulos/PDF>
17. Clark, J (1999) Clark, “Cáncer ginecológico” En: *Enfermería Oncológica*. Vol.1. Cap. Otto, Shirley (Comp.) España: Harcourt Brace de España, p.200.
18. Clavreul, J. (1978). *El orden médico*. Barcelona: Ediciones Argot (1983).
19. Dreyer, C. (25 de Febrero de 2008) *Dossiers de salud: material de divulgación sobre patologías y enfermedades comunes. Cánceres de mama y cuello uterino*. Unidad de Medicina familiar y preventiva, Hospital Italiano de Buenos Aires. Ministerio de Salud. (On Line). Disponible en: [www.ms.gba.gov.ar/Educación/Salud/CancerMamaCuello.htm](http://www.ms.gba.gov.ar/Educación/Salud/CancerMamaCuello.htm)
20. Dreyer C, Stern L, *Vacuna para la prevención de la infección por el virus del papiloma humano: ¿Qué aplicaciones puede tener en nuestros pacientes?* (Julio-Agosto 2006). Evidencia: Actualización en la Práctica Ambulatoria- Vol. 9 Número 4; Buenos Aires-Argentina. Disponible en: [www.foroaps.org/files/vacuna/hpv.pdf](http://www.foroaps.org/files/vacuna/hpv.pdf)
21. Ferenczi, S. (1934), *Reflexiones sobre traumatismo*. Madrid: Espasa-Calpe. Tomo IV. P.153
22. Ferenczi, S. (1932), *Confusión de lengua entre los adultos y el niño*. Madrid: Espasa-Calpe Obras completas, Tomo IV.
23. Ferenczi, S. (1927-1933) [1984] *Monografías de psicología normal y patológica*. Publicadas bajo la dirección del Dr. José Germain, Sandor Ferenczi, Psicoanálisis. Madrid: Obras Completas, Tomo IV.



24. Freud, S., (1886-1899) *Publicaciones pre psicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud Proyecto de Psicología (1895)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo I.
25. Freud, S., (1886-1899) *Publicaciones pre psicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud. Bosquejos de la "Comunicación Preliminar de 1893 (1940-41 [1892])*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo I.
26. Freud, S., (1886-1899) *Publicaciones pre psicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud Tratamiento Psíquico (Tratamiento del alma) (1890)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo I. p.119
27. Freud, S. (1884): Manuscrito E, Obras Completas, Amorrortu, 1982, Buenos Aires, p.232
28. Freud, S. (1893-5) *Estudios sobre la histeria (J.Breuer y S.Freud)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo II. p.27-47.
29. Freud, S. (1986) [1893-1899].*Primeras publicaciones psicoanalíticas. Nuevas puntualizaciones sobre la neuropsicosis de defensa (1896)*.Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo III.
30. Freud, S. (1986) [1893-1899].*Primeras publicaciones psicoanalíticas .La etiología de la histeria (1896)*.Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo III.
31. Freud, S. (1986) [1893-1899].*Primeras publicaciones psicoanalíticas .A propósito de las críticas a la "neurosis de angustia" (1895)*.Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo III.
32. Freud, S. (1911) *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo XII Obras Completas.
33. Freud.S. (1986) [1913-1914]. *Tótem y tabú y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo XIII.
34. Freud. S (1984) [1914-1916]. *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre Metapsicología y otras obras. Introducción al narcisismo (1914)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo XIV, p.75-90.
35. Freud. S (1984) [1914-1916]. *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre Metapsicología y otras obras. De guerra y muerte (1915)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo XIV, p.290-300.

36. Freud, S (1984) [1914-1916]. *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre Metapsicología y otras obras. Duelo y melancolía (1915)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo XIV, p.241-250.
37. Freud, S. (1989) (1915-1917). *Conferencias de Introducción al Psicoanálisis (Parte I, II, III)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. Tomo XV y XVI.
38. Freud, S. (1989) (1920). *Más allá del principio del placer*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. Tomo XVIII. P.1-62.
39. Freud, S., (1920-1922). *Más allá del principio del placer-Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. Tomo XVIII. P.30
40. Freud, S. (1926). *Pueden los legos ejercer el análisis-diálogo con un juez imparcial*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo XX.p.175
41. Freud, S. (1989) (1926 [1925]) *Inhibición, Síntoma y Angustia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo XX, p.80-160.
42. Freud, S. (1939 [1934-1938]). *Moisés y la religión monoteísta*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. Tomo XXIII.
43. Freud, S. (1986) (1939). *Esquema del psicoanálisis .La psique y sus operaciones*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. Tomo XXIII. P.133-197
44. Gómez, Sancho, M. (1998). *Medicina paliativa. La respuesta a una necesidad*. Madrid, España: Arán.
45. Groshaus, M.C. (2002, Septiembre). *Habitando los pasillos: grupos de sala de espera de quimioterapia. Asistencia a pacientes oncológicos y condiciones de existencia en una cultura negadora de la enfermedad y muerte*. Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Asistencia y condiciones de existencia en la Argentina actual. Buenos Aires, Tomo XXV, Número 2. p.44
46. Guinzburg, M., Talgham, Cc; Tropp, A. et al, (Octubre 2004). *Acerca de la relación médico-paciente en oncología, dar la mala noticia*. Trabajo presentado en las XX jornadas Anuales: Psicoanálisis de las configuraciones vinculares. Buenos Aires, Argentina.
47. Gurrucharri, C., Talgham, C. et al. (2001). *Devolución oncológica: nueva propuesta en el tracto genital inferior*. Congreso Internacional de Patología



- del tracto genital inferior y colposcopia. XXX Reunión anual. Buenos Aires. Noviembre 23 al 26 Fr. 2001.
48. Gurruchari, C. Talgham, C. et al. (2003). *Acerca del diagnóstico de cáncer. Un abordaje interdisciplinario*. Artículo presentado en el II Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis y Psicoterapia (FLAPSPSIP); Buenos Aires, Mayo de 2003.
49. Hinojosa y López (2000), *Lesiones pre invasoras de cuello uterino* En: Manual de Oncología. Procedimientos Médico- quirúrgicos. P. 362. México: McGraw Hill Interamericana Editores S. A de C. V.
50. Jarast G. (2008), *Del trauma al trauma psíquico: construyendo psicoanálisis- Ferenczi y el trauma escenificado en el vínculo transferencial*, Actualidad Psicológica Año XXXIIIN.363, Estrés Post-traumático, Buenos Aires, p.13
51. Jaroslavsky E. (2009): *Crisis de angustia (crisis de pánico) y estados límite*, Desde la Clínica, Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados N.32, 2009, p.152.
52. Karp M. David, *Iatrogenia del Saber médico*, Psicología-Psicogerontología- Psicosomática-Iatrogenia del saber médico, Montevideo-Uruguay. (On line). Disponible en: <http://dmkarp.es.tripod.com>
53. Kaufmann, P (1996), *Elementos para una enciclopedia del Psicoanálisis. El aporte Freudiana*, Paidós, Buenos Aires-Barcelona-México; p.68
54. Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona. Editorial Paidós.
55. Laplanche, J., Pontalis J.B. (2001) [1967]. *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
56. Laplanche, J. (1981). *La angustia, Problemáticas I*. Buenos aires: Amorrortu Editores.
57. Lowenthal, M. Guinzburg, M., et al. (Septiembre 2002). *Menor deserción a los Tratamientos Indicados por Patología Oncológica del Tracto Genital Inferior Gracias a una Nueva Forma de Comunicación Interdisciplinaria de los*

- Diagnósticos*. Buenos Aires: Rev. De la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, Vol. Nº 953, p. 173-187.
58. Mendoza del Pino, (2006) M. *Alguna reflexiones sobre el tabú a la palabra cáncer*. Hospital Provincial Docente de Oncología "Madame Curie". Camagüey-Cuba. Disponible en: [www.amc.sld.cu/amc](http://www.amc.sld.cu/amc)
59. Muñoz, N., Bosch, J. (1996) *Relación Causal entre el virus del papiloma humano y el cáncer cervico uterino y consecuencias para la prevención*. Bol.Oficina.Panam 121 (6). (On line). Disponible en: <http://www.avizora.com/publicaciones/saludhumana/textos/epidemiologiaaviruspapilomahumano.html>
60. Novás, J. (20 de abril 2006). *El diagnóstico médico: bases y procedimientos*, Ciudad de La Habana, Cuba. **Disponible en:** [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22\\_1\\_06/mgi07106.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi07106.htm)
61. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2000) *Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción*. Actas de una reunión de Consulta convocada por: OPS y OMS, en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS). Guatemala: OPS- OMS, p.15.
62. Padham Susan, (2005) *Women's lived experience with human papillomavirus*, University of Florida, PHD, Philosophy, USA.
63. Pérez Amador L. (2010), *Cuando las enfermedades amenazan a la vida, reacciones y respuestas. Psicoanálisis en México y en el mundo*. Revista Carta Psicoanalítica Num.15. Marzo 2010 (On line). Disponible en: [www.cartapsi.org](http://www.cartapsi.org)
64. Quintana, M.S, *Sexo seguro, cuerpos disciplinados*, Flacso-Ecuador-Sede Ecuador, 2008, Ed. Abya Ayala.
65. Rivera, M. (Febrero 2008) *Programa de Prevención*, Sociedad médica recomienda vacuna contra el HPV, Noticias de medicina, salud, medicamentos y farmacia- Pharma News- El Litoral (On line). Disponible en: [www.diariosalud.net](http://www.diariosalud.net)



66. Sotolano, O. (2005), *Bitácora de un Psicoanalista*, Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura, Buenos Aires: Topia Editorial, p.181-191.
67. Talgham, C. (2007). *Beneficios de la aplicación de la DCIDOPT en pacientes oncológicos en el marco de una propuesta psicoanalítica: sobre alianzas y transferencias*. Tesis de Maestría, Universidad Nacional de la Matanza y de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, Buenos Aires, Argentina.
68. Thompson, S, Frydman, A. et al. (2006) *El Proceso diagnóstico en psicoanálisis*, Facultad de Psicología/Secretaría de Investigaciones/ volumen XIV- Universidad de Buenos Aires, Argentina, p.104.
69. Uzorskis B (Viernes, 31 de Mayo de 2002), "Usted no tiene nada, tiene que ir a ver un psicólogo", Extracto de Artículo de la Revista Psicoanálisis y el Hospital N.21, "Iatrogenia. Consecuencias negativas de una intervención". Psicología, Sobre la "Iatrogenia" Los posibles efectos nocivos de la práctica médica sobre sus pacientes". Disponible en:  
<http://www.página12.com.ar/diario/psicologia/index-2002-05-31.html>
70. Vidal y Benito, (2006) *Psicoterapia en Psicooncología: Un modelo dinámico focalizado combinable con psicofármacos*. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 13, N° 3, noviembre de 2006, págs. 31 a 56.

**SIN AUTOR:**

71. *¿Qué es el virus del papiloma humano?* (2006). Empresa Farmacéutica y de Investigaciones MERCK y CO. (On line). Disponible en:  
[www.msd.com.ar/msdr/patients/cancer/viruspapilomahumano.html](http://www.msd.com.ar/msdr/patients/cancer/viruspapilomahumano.html)
72. *Sobre el HPV (Virus del Papiloma Humano)* (2007), Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno", Fundado en 1958, Buenos Aires, Argentina; Disponible en: [www.cemic.edu.ar](http://www.cemic.edu.ar)
73. *Enfermedades de transmisión sexual-Virus del Papiloma Humano*. GeoSalud-CDC-Centros para el control y la prevención de enfermedades. (On line). Disponible en: [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)

74. *Enfermedades de transmisión sexual-Virus del Papiloma Humano*. GeoSalud- CDC-Centros para el control y la prevención de enfermedades. (On line). Disponible en: [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
75. *Papiloma* (20 Diciembre 2007) Página 12: Suplementos. (On line). Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/16-2007-12-20.html>
76. *Una vacuna para preadolescentes* (30 de Junio 2008). Recomiendan la inmunización contra el cáncer de cuello de útero-Página 12.Sociedad. (On line). Disponible en: [www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/html](http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/html)
77. *El virus del papiloma virus y el cáncer* (noviembre 1998), Med News, National Cancer Institute-University of Bonn, Medical Center. Disponible en: <http://www.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish.html>
78. *Solo-visitar el programa para el índice cervical de los aumentos de la investigación del cáncer de la carta recordativa, tratamiento*. (2005), Asociación Americana para la investigación de cáncer, Proyecto JAMA. Disponible en: [www.jamamedia.org](http://www.jamamedia.org)
79. *Plantean dudas sobre la vacuna contra el HPV-Una especialista advierte que no hay certezas de que no genera efectos adversos* (4 de Abril del 2007). Suplemento Salud- Prevención, Página 18 A (On line). Disponible en: [www.archivo.lavoz.com.ar](http://www.archivo.lavoz.com.ar)
80. *Especialistas acuerdan como utilizar la vacuna contra el HPV* (25 de Enero de 2008). La Nación: Ciencia/Salud. (On line). Publicado en la edición impresa. Disponible en: [www.lanacion.com.ar/ciencia/salud/vacuna/hpv.html](http://www.lanacion.com.ar/ciencia/salud/vacuna/hpv.html)
81. *La realidad del hospital municipal* (2006). La Nación, Buenos Aires-Argentina. Disponible en: [http://www.lanacion.com.ar/archivo/Nota.asp?nota\\_id=860667](http://www.lanacion.com.ar/archivo/Nota.asp?nota_id=860667)
82. *Hospital Municipal Rivadavia* (2008). Gobierno de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.gcba.gov.ar/areas/salud/rivadavia/nombres.php>
83. *ATE protestará frente al Hospital Rivadavia por el “caótico” estado del nosocomio* (La Plata 2007). Agencia Nova-Noticias de la Provincia de Buenos Aires, En defensa de la Salud Pública. La Plata- Provincia de Buenos



Aires, República de Argentina. Disponible en:

([http://www.agencianova.com/nota.asp?n=2007\\_8\\_7&id=42589&id\\_tiponota=11](http://www.agencianova.com/nota.asp?n=2007_8_7&id=42589&id_tiponota=11))

84. *Salud al Límite* (21 de Junio de 2008). Perfil Noticias. Sociedad. (On line).

Disponible en:

[http://www.perfil.com/contenidos/2007/02/05/noticia\\_0055.html](http://www.perfil.com/contenidos/2007/02/05/noticia_0055.html)

85. *Infección genital por HPV* (2004 Mayo). Centros para el control y la prevención de enfermedades. Departamento de salud y servicios humanos:

U.S.A. (On line). Disponible en:

[www.cdc.gov/std](http://www.cdc.gov/std)

86. *El hospital Rivadavia cumplió 120 años* (30 de Abril de 2007), (On line).

Disponible en: <http://www.la-floresta.com.ar/2007/abril/30.htm>

87. *Dudas sobre el HPV* (25 de Febrero de 2007). La voz: salud-prevención, pág-

18 A. Córdoba. (On line). Disponible en: [www.lavoz.com.ar](http://www.lavoz.com.ar)