

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

*Intervenciones: Cruce de discursos entre la Medicina
y el Campo de la Salud Mental en la atención a las
infancias con enfermedad oncológica. Una perspectiva
desde el Psicoanálisis.*

Autora: Clementina Alejandra Gómez

Dirección: Matías Alberto González

Paraná, 5 de julio de 2024



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional

RIDA Repositorio Institucional
Digital Abierto



FHAYCS
Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales



EHACS

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades Artes y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Intervenciones: Cruce de Discursos entre la Medicina y el Campo de la Salud Mental en la Atención a las Infancias con Enfermedad Oncológica. Una Perspectiva desde el Psicoanálisis.

Modalidad: Trabajo de campo

Autora: Gómez, Clementina Alejandra

DNI: 33.473.264

E-mail: ale_29_01@hotmail.com

Celular: 343-4470080

Director: Lic. En Psicología González, Matías Alberto

Paraná , 5 de julio del 2024

Dedicatoria

En primer lugar, quiero dedicar esta investigación, a mi familia por el apoyo incondicional; especialmente a mi madre Isabel a mis hermanos Vicentey Brenda, a mis sobrinos, a amigos que conservo desde la infancia, como así también los que me permitió conocer la Universidad.

Agradecimientos

Quiero agradecer a Matías, mi director quien me acompañó en el proceso de quien destacó su paciencia, ingenio en sus puntualizaciones y riqueza en su transmisión.

Al servicio de Salud Mental, a las psicólogas que donaron sus palabras, al servicio de Onco-hematología, a los médicos que accedieron a ser entrevistados.

Ambos servicios pertenecientes al Hospital Materno Infantil San Roque.

¡Gracias!

Índice

Resumen.....	3
--------------	---

Primera parte

• Presentación y justificación del problema	4
• Situación problemática y planteamiento del problema	4
• Pregunta problema.....	6
• Relevancia social y académica.....	6
• Objetivo general y específicos.....	7
• Supuesto de trabajo	7
• Estado del arte.....	7

Segunda parte

• Perspectiva teórica.....	9
• Intervenciones	10
• Intervenciones desde el discurso médico.....	10
• Intervenciones desde el psicoanálisis en el hospital.....	14
• Enfermedad oncológica en las infancias.....	16
• Dolor orgánico al sufrimiento psíquico.....	18
• Concepción de Salud para la medicina.....	23
• Concepciones sobre el concepto de infancias:una perspectiva histórica.....	24
• Particularidades de la clínica con niños en instituciones.....	26
• El juego.....	27
• El juego para el psicoanálisis.....	27

Tercera parte

• Diseño metodológico.....	28
• Unidad de estudio.....	29
• Universo o población	29
• Unidad de análisis.....	30
• Tipo de muestra.....	30
• Técnicas de recolección de datos y análisis de la información.....	30
• Institucional HMISR.....	30

Cuarta parte

• Análisis de la información.....	33
•	47
• Conclusiones.....	47
•	51
Bibliografía.....	52
Anexos.....	72

Tema:

El tema que se desarrolla en esta investigación es sobre las diferencias en las intervenciones realizadas desde el discurso de la medicina y el campo de la salud mental, frente al tratamiento del sufrimiento en las infancias con enfermedad oncológica.

Resumen:

La presente investigación tiene como propósito indagar acerca de las diferencias en las intervenciones del discurso de la medicina y los profesionales de la salud mental, frente al tratamiento del sufrimiento de las infancias con enfermedad oncológica que asisten al hospital Materno Infantil San Roque de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos.

Cabe dejar indicado que la población objetivo, de la mencionada institución, aborda a niños y adolescentes¹. En el presente escrito, se estudiarán sólo las intervenciones en las infancias. Las mismas oscilan entre los 3, 8, a 12 años de edad.

Los objetivos de la misma giran en torno a analizar, las diferencias en las intervenciones llevadas a cabo por dichos profesionales médicos/as y los/as psicólogos que asisten a las infancias con enfermedad oncológica.

Para el armado del diseño metodológico se optará por el enfoque cualitativo, de tipo exploratorio y la perspectiva teórica será desde el psicoanálisis.

Se tomará como unidad de análisis a un médico, y una médica como así también a tres psicólogos/as que trabajan en el hospital de referencia.

Para la recolección de los datos se elegirá la entrevista semi-estructurada, con la cual se tratará de obtener información y descripciones por parte del entrevistado. Las mismas tendrán una secuencia de temas que serán a descubrir, como así también, algunas preguntas propuestas para luego poder analizar los datos obtenidos a través de las mismas. Desestimando la entrevista en profundidad, donde se sigue un modelo de conversación entre iguales y no de intercambio formal de preguntas.

Se realizará una búsqueda de antecedentes de investigaciones internacionales, y nacionales, también se considerarán las producciones realizadas en nuestra universidad.

Dicha investigación pretende brindar aportes acerca de las intervenciones llevadas a cabo por médicos y profesionales de la salud mental en la atención de las infancias con diagnóstico de cáncer, a su vez,

¹El hospital atiende a adolescentes hasta los 14 años y 11 meses.

profundizar los conocimientos sobre las intervenciones en la institución, desde la perspectiva psicoanalítica.

Palabras claves: Intervenciones- Enfermedad Oncológica en las Infancias-Psicoanálisis

Primera parte:

Descripción y Justificación de la Problemática

El interés en la temática surge a partir de una experiencia personal vinculada a la enfermedad de cáncer, en un primer momento se estableció contacto con el servicio de Salud Mental, como así también el servicio de Onco-hematología, del Hospital Materno Infantil San Roque, para conocer cuáles serían las diferencias en las intervenciones llevadas a cabo por las/os profesionales de la medicina, como así también psicólogos/os, en la asistencia a pacientes pediátricos frente al tratamiento del sufrimiento que esta enfermedad suscita.

El Hospital Materno Infantil San Roque (en adelante HMISR) se encuentra ubicado en calle La Paz 435, en la ciudad de Paraná provincia de Entre Ríos². En la actualidad, brinda atención en 49 especialidades y cuenta con guardias activas en pediatría y obstetricia las 24 hs. El servicio de onco-hematología se encuentra ubicado en el segundo piso del hospital, con acceso por ascensor y escaleras, cuenta con tres médicos pediatras onco-hematólogos, enfermeros, terapeuta ocupacional y nutricionistas. Los psicólogos que intervienen forman parte del servicio de salud mental y son convocados por interconsulta³.

En el HMISR atienden niñas/os y adolescentes oriundos de la ciudad de Paraná como así también del interior de la provincia.

Situación Problemática y Planteamiento del Problema:

Culturalmente, la enfermedad de cáncer está asociada a la palabra muerte. Si bien podría ser una relación sostenida por el imaginario social, podemos afirmar que según estadísticas del Instituto Nacional de Cáncer, existe una alta tasa de mortalidad que se registran a nivel mundial y nacional⁴.

Etimológicamente, la palabra cáncer proviene del griego *karkinos*, que significa cangrejo. Esta, a su vez, proviene de *karkah*, cangrejo en sánscrito y de su raíz, *kar-* que significa duro (carcinoma). Cuando

² Para más información ver en institucional del hospital Materno Infantil San Roque.

³ La interconsulta hace referencia a las dudas que se van presentando en relación a un paciente y su enfermedad, estas suelen ser recurrentes en la institución hospitalaria.

⁴ www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia

este aflora en la vida de los sujetos en forma abrupta, alterado y abigarrado con ramificaciones que se adhieren a cada célula que toca, teniendo similitud con el cangrejo.⁵

Sin embargo, por los avances científicos tecnológicos, hay diferentes tipos de cáncer que pueden ser curados, algunos en su totalidad, llegando a su extinción.

Actualmente, el cáncer pediátrico⁶ es abordado como una enfermedad crónica. No obstante, gracias a la detección y diagnóstico temprano, y los mejoramientos en relación al tratamiento médico, han logrado aumentar la calidad de vida de estos pacientes, promoviendo su sobrevida. Los datos del Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA), desarrollado por el Instituto Nacional del Cáncer (INC), han informado una mejora del 14,7 por ciento en los últimos años. El cáncer en la infancia plantea ciertas particularidades donde todavía en la mayoría no se han encontrado causas específicas de su origen.

Los tipos de cáncer más comunes en niños son las leucemias, tumores cerebrales y tumores sólidos. Por lo general, en comparación con los adultos, presentan mayor tolerancia a tratamientos agresivos y mejor capacidad de recuperación.

En la nominación *cáncer* se concentran distintas causas y procesos clínicos con un comportamiento totalmente diferente, lo que tienen en común es el crecimiento anómalo de las células y tejidos. “El cáncer es un grupo de enfermedades cada uno con distinto pronóstico y tratamiento” (Grau, 2001, p.4).

Este trabajo encuentra en la teoría psicoanalítica los aportes necesarios para abordar las intervenciones llevadas adelante en el ámbito hospitalario, considerando la perspectiva teórica del investigador frente a dicha problemática.

El psicoanálisis no considera las etapas evolutivas como un proceso en desarrollo, sino que, advierte sobre la función de diferentes operadores psíquicos, en tiempos lógicos, que tendrán efectos en la constitución subjetiva. Asimismo, considera que el cuerpo es una construcción libidinal que se diferencia del organismo. En tal sentido, el cáncer como enfermedad del organismo con connotaciones traumáticas para el niño y su familia afectara esa dimensión libidinal.

Por lo que se considera de gran importancia establecer un acompañamiento desde una escucha y contención emocional, no solo a niñas/os sino a su grupo familiar.

Diversos discursos dialogan sobre la enfermedad de cáncer (la antropología, la medicina tradicional, la medicina alternativa, la sociología, la psicooncología, la psico-neuroendocrinología, el derecho, entre otros), para el presente trabajo se considera que la teoría psicoanalítica, y la medicina, nos servirán de puntos de apoyo para estudiar y obtener una aproximación al objeto de estudio.

⁵<https://www.cienciadanaria.es/secciones/a-fondo/1165-cancer-por-que-lo-llamamos-asi#:~:text=C%C3%A1ncer%20es%20una%20palabra%20que,fueron%2C%20obviamente%2C%20los%20griegos.>

⁶<https://www.argentina.gob.ar/noticias/mejoro-el-pronostico-del-cancer-infantil-en-nuestro-pais>

En el presente trabajo se analizará las diferencias en las intervenciones desde el discurso de la medicina y del campo⁷ de la salud mental, frente al tratamiento del sufrimiento de las infancias con enfermedad oncológica. Se buscará, identificar el discurso médico; sus concepciones, categorías, en relación a lo oncológico, las analogías y diferencias con las intervenciones realizadas por los/as psicólogos/as, como así también, reconocer la importancia que se pueda aportar desde la perspectiva psicoanalítica a la elaboración de lo traumático que la enfermedad suscita, en el tratamiento de la enfermedad de cáncer.

Se considera oportuno además, reflexionar especialmente sobre el cruce de discursos entre la medicina y el Psicoanálisis, considerando que el primero se ocupa del organismo y la enfermedad biológica, en tanto representa un discurso científico lo que lleva a otorgarle un papel importante al ser considerada una disciplina que porta un saber, y también un saber hacer sobre el organismo. En tanto que el psicoanálisis atiende el padecimiento subjetivo, asignándole un lugar a partir de la escucha.

Planteo de Interrogante

¿Cuáles son las diferencias en las intervenciones desde el discurso médico y del campo de la salud mental, frente al tratamiento del sufrimiento de las infancias con enfermedad oncológica que asisten al hospital Materno Infantil San Roque?

Relevancia Social y Académica

La presente investigación resulta relevante debido a que la enfermedad oncológica en las infancias, es una problemática, tratada desde el ámbito médico como especialidad.

Por tal motivo consideramos importante poder mostrar otras formas de intervenciones, llevadas adelante en el ámbito hospitalario, desde otro campo del saber, como lo es el campo de la salud mental, y el psicoanálisis, intentando reflexionar y ampliar las modalidades que dichas intervenciones pueden llegar a producir, a partir de los distintos posicionamientos teóricos.

Se pretende producir conocimiento en relación a la problemática planteada, considerando una manera de contribuir a otros estudiantes que se sientan convocados, a investigar y seguir construyendo pensamiento crítico.

⁷El concepto de *campo* es definido por Bourdieu (1995) como “un conjunto de relaciones históricas que se entraman, en cierta formas de poder y inciden, en la construcción del objeto” (p.13). En dicho campo, se desarrollan, una serie de fuerzas, de lucha que pugnan, por establecer postulados, que reflejarían una realidad material, ya establecida. Las mencionadas fuerzas, son representadas, por capitales económicos, simbólicos y culturales, como así también, por los sujetos y actores que la representan.

Objetivos:

Objetivo General

-Analizar las diferencias en las intervenciones desde el discurso de la medicina y del campo de la salud mental, frente al tratamiento del sufrimiento de las infancias con enfermedad oncológica que asisten al hospital Materno Infantil San Roque

Objetivos Específicos

- Identificar el discurso médico y sus concepciones, categorías, en relación a lo oncológico y la analogías y diferencias con las intervenciones realizadas por lastres psicólogas
- Reflexionar sobre el aporte que se pueda brindar desde el psicoanálisis en la elaboración de lo traumático producido por la enfermedad de cáncer
- indagar las concepciones de Salud que tienen los/as médico/as del servicio de Onco-hematología del HMISR

Supuesto de trabajo:

El supuesto desde el que partimos es que existen diferentes intervenciones desde el discurso de la medicina y del campo de la salud mental en el tratamiento del sufrimiento de las infancias con enfermedad oncológica que asisten al HMISR.

Estado del Arte

Para el armado de los antecedentes, seconsultaron fuentes bibliográficas en formato papel y digital (la revista digital Scielo, Revista Lacaniana de Psicoanálisis, la revista electrónica Psicoanálisis y Salud, entre otras).Las mismas nos permitieron indagar e interiorizarnos sobre la enfermedad del cáncer en general y sobre el tratamiento del sufrimiento.Como se mencionó anteriormente, se seleccionaron antecedentes internacionales, nacionales yde nuestra universidad con el fin de recabar información

sobre la temática elegida y los diferentes contextos sociales y culturales que reflexionan e investigan esta problemática.

La tesis de posgrado de Vera Molina (2012) *Clínica psicoanalítica para pacientes con cáncer*. Guayaquil Ecuador. Tuvo como propósito responder algunos interrogantes como ¿el psicoanálisis puede ofrecer su trabajo para la contención de los sujetos con cáncer? ¿Qué modos de intervención se pueden ubicar desde la clínica psicoanalítica? ¿Cómo se plantea desde distintos discursos al sujeto con cáncer?

Se arribó a las siguientes conclusiones, el Psicoanálisis en las Instituciones hospitalarias se trata de un saber hacer, y que se conozca por qué se inscribe una práctica en el hospital, y de qué manera uno se encuentre ahí concernido.

La clínica psicoanalítica no apunta a perturbar y mucho menos a borrar este dolor que invade al sujeto cuando es diagnosticado con cáncer, más bien postula al duelo como resorte fundamental de la constitución del deseo, un duelo es ese momento singular para cada sujeto en que se inscribe un trazo nuevo.

El psicoanálisis y la medicina responden a la demanda de atención de un síntoma o síntomas, la diferencia está en que desde el psicoanálisis, se busca darle lugar a la palabra para que surja el deseo y así el paciente se responsabilice de su enfermedad.

Se consideró de importancia la investigación de Berru Negrete, J, D (2019). *Propuesta teórica de dispositivo de encuentro entre el psicoanálisis y la pediatría en relación al trabajo clínico con niños*. Pontificia Universidad católica. Ecuador.

Se indagó acerca de las particularidades y problemáticas del trabajo conjunto entre el psicoanálisis y la pediatría en el marco de la atención a la infancia, en la ciudad de Quito. Se llevó adelante una investigación bibliográfica entre el psicoanálisis de niños y de pediatría a través de varios autores. Realizaron entrevistas semi-estructuradas a expertos cuya práctica psicoanalítica y médica se llevara a cabo en la ciudad de Quito. Se concluyó lo siguiente, es necesario crear espacios de diálogo encuentros y colaboración entre el psicoanálisis y pediatría.

Por otro lado, en la tesis de grado de Aizpurua, A (2015) *La actividad profesional del psicólogo en psicooncología infante juvenil*. Mar del Plata. Argentina. Se analizaron las características de la actividad profesional de los psicólogos que trabajan en el área de psicooncología infante-juvenil. Se identificaron en la literatura de los últimos quince años los objetivos terapéuticos buscados y las estrategias de intervención utilizadas por los psicólogos que trabajan en el área de psicooncología infante-juvenil. A su vez, se localizaron en la literatura científica, la formación teórica- técnica y los dispositivos asistenciales en los que trabajan los psicólogos en el área de psicooncología infante-juvenil. Se

describieron los objetivos terapéuticos buscando las estrategias de intervención utilizadas en la formación teórica técnica y los dispositivos asistenciales sobre la temática elegida. Asimismo, se analizaron el grado de correspondencia entre las practicas concretas de los psicólogos (objetivos terapéuticos, estrategias de intervención,y dispositivos asistenciales) que trabajan en el área de psicooncología infanto-juvenil en la ciudad de Mar del Plata.

Se considera relevante los aportes de la tesis doctoral de Margulis (2015), *Clínica del desamparo una experiencia psicoanalítica con niños en instituciones* .Universidad Nacional de Tucumán. Argentina.

Esta investigación, cuenta con dos ejes fundamentales, por un lado, la clínica psicoanalítica desarrollada durante 30 años en un hospital público en Tucumán y, por otro, la enseñanza y transmisión de esta clínica y sus fundamentos. La hipótesis que permitió ordenar la investigación se fundamenta en primer lugar, en que la clínica psicoanalítica tendrá lugar en el Sistema de Salud en general como así también en un hospital público. En segundo lugar, desde el psicoanálisis en la práctica hospitalaria en este caso con niños donde dicha práctica incluye, en la atención del niño la permanente revisión y esclarecimiento de la idea de niñez que sostiene la época, la institución y por ende el lugar que le es asignado al niño, su familia y luego a la institución que se ocupa de él.

Por último, es oportuno destacar la tesis de grado de Wettein (2018) *Cáncer pediátrico Significaciones que elaboran los niños enfermos a partir de las posibilidades terapéuticas que reciben en la fundación Mateo esquivo*.Pertenece a nuestra facultad.En dicha tesis se describieron las significaciones que elaboran los niños en relación a la enfermedad oncológica, a partir de las posibilidades terapéuticas que reciben en la Fundación Mateo Esquivo. A su vez, reflexionaron acerca de los aportes del trabajo desde la teoría psicoanalítica con niños con enfermedad de cáncer como una posibilidad de contribuir terapéuticamente para mejorar su calidad de vida.

Utilizo un método de investigación cualitativa, los instrumentos de recolección de información fueron, observación participante y tres entrevistas.

Marco teórico psicoanalítico, categorías trabajadas en el mismo fueron, significaciones, posibilidades terapéuticas.

Segunda parte:

Perspectiva Teórica

Esta investigación tiene como propósito analizar las diferencias en las intervenciones desde el discurso de la medicina y del campo de la salud mental, frente al tratamiento del sufrimiento de las infancias con enfermedad oncológica que asisten al hospital Materno Infantil San Roque.

Las categorías: ***intervenciones, enfermedad oncológica en la infancia, psicoanálisis*** funcionarán de ordenadores para el presente capítulo.

Asimismo, se considera imprescindible tomar en cuenta el marco normativo en el que se presentan dichas intervenciones, de modo que, se retomarán la Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26.657, y la Ley Provincial Nro. 8.806 en las cuales se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, que se vincula a la concreción de los derechos de las personas, considerando la salud mental como derecho humano fundamental.

Intervenciones

A modo de introducción, dado que nuestro propósito es abordar las diferencias en las intervenciones llevadas a cabo desde el discurso médico y el campo de la salud mental, nos pareció importante definir el concepto de *intervención*.

La etimología del verbo intervenir que postula Monlau(1946), “Intervenir, Entrevenir. Intervenire; de inter y venire, venir. El s. *interventum* ha formado *intervención* (*interventio*) e (*interventor*). (Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana, 1946, tercera definición), la palabra *intervención* proviene del latín, *interventio*, que significa venir entre o interponerse.

Para la Real Academia Española (RAE)⁸, intervenir es tomar parte en un asunto interceder o mediar por alguien, a su vez sobrevenir, ocurrir acontecer.

En el presente trabajo se abordaran las intervenciones de profesionales de distintas disciplinas frente a una misma problemática: el cáncer en las infancias, se tiene presente que el concepto *intervención* desde las diferentes disciplinas, medicina, psiquiatría, psicología, psicooncología, tendrán distintas formas, objetos y alcances, que son descriptos en dos apartados desarrollados en las páginas que siguen.

Intervenciones desde el Discurso Médico

En este apartado se intentará aproximar una respuesta a la pregunta ¿qué es un discurso?; nos serviremos de los aportes de Michel Foucault, quien en “El orden del discurso” (2005), sostiene que, el discurso no es simplemente aquello que traduce luchas, o sistemas de dominación, sino el medio por el cual se lucha.

⁸[https://www.rae.es/drae001/intervenci%C3%B3n#:~:text=intervent%C4%ADo%2C%20%2D%C5%8Dnis\),.Acci%C3%B3n%20y%20efecto%20de%20intervenir.](https://www.rae.es/drae001/intervenci%C3%B3n#:~:text=intervent%C4%ADo%2C%20%2D%C5%8Dnis),.Acci%C3%B3n%20y%20efecto%20de%20intervenir.)

Es importante señalar que para Foucault, los objetos de investigación son observados a través de los "discursos" formalizados en cada momento de la historia. El estudio y análisis de las prácticas discursivas que realizó en cada época, en la búsqueda de los conceptos que caracterizaron su obra: el poder, el saber y la verdad.

A su vez reconoce que, existe una serie de procedimientos que permiten el control del discurso, donde ya no se trata de dominar los poderes que el mismo representa, sino de las condiciones de su utilización, sobre cierto número de reglas que son impuestas a los individuos. En palabras del autor "nadie entrará en el orden del discurso, sino satisface ciertas exigencias, o sino se encuentra calificado para hacerlo" (Foucault, 2005, p. 39).

Continúa diciendo que no todas las partes, de un discurso, son intangibles, algunas se encuentran protegidas, mientras que otras se encuentran abiertas, sin restricción, accesibles al sujeto que habla.

En tanto, Edgardo Castro, estudioso referente de la obra del filósofo, quien define al discurso (Discour) como el "conjunto de enunciados que provienen de un mismo sistema de formación; así se podría hablar de discurso clínico, discurso económico, discurso de la historia natural, discurso psiquiátrico". El discurso "está constituido por un número limitado de enunciados para los cuales se puede definir un conjunto de condiciones de existencia" (Castro, 2004, p. 139).

En *El Nacimiento de la Clínica*, Foucault (1985) sostiene que la clínica sería el primer intento desde el Renacimiento en formular una ciencia basándose solo en el campo de lo perceptivo, instituyendo una práctica de la mirada, para el autor, en la clínica lo que se produce es un acento en la mirada, que sin interrogar puede hacer visible la enfermedad. Plantea una estructuración de la mirada y la "cosa vista" que encuentran su punto en común, relevando "esa mirada" el secreto de la enfermedad.

Siguiendo al autor, la medicina tradicional se inicia en el siglo XVIII, donde la enfermedad es presentada al observador como signos y síntomas.

De tal forma el síntoma sería el modo en cómo se presenta la enfermedad (tos, fiebre dolor) haciendo lo visible e invisible de la enfermedad, el signo por su parte muestra lo que sucederá, lo que sucedió y diagnostica lo que acontece. La enfermedad debe ser considerada como una totalidad indivisible desde el principio hasta su final, cómo un conjunto de síntomas, con sus sucesivos periodos.

La mirada del médico se limita de intervenir, es muda y sin gesto. No hay nada oculto en la observación. La mirada está vinculada a un cierto silencio que permite escuchar, según el autor "la observación clínica implica dos dominios que le están asociados y que se han conjeturado entre el dominio hospitalario y el dominio pedagógico" (Foucault, 1985, p.157), al crearse nuevas instituciones de control y administración de la vida se produce una profesionalización en la formación del médico.

Foucault afirma:

No hay por lo tanto diferencia entre la clínica como ciencia y la clínica como pedagogía. Se forma un grupo constituido por los maestros y alumnos, en el cual el acto de reconocer y el esfuerzo de conocer se cumplen en un solo movimiento. La experiencia médica en sus dos aspectos de manifestación y de adquisición tiene ahora un sujeto colectivo no dividido entre el que sabe y el que ignora. El enunciado es el mismo la enfermedad, habla el mismo lenguaje a los unos y a los otros. (Foucault, 1985, p. 159).

Foucault (2012) en *El poder psiquiátrico* sostiene que es posible decir que la medicina clásica se constituirá en un cierto modelo epistemológico de verdad médica, donde la observación y la objetividad le permitirían inscribirse como una forma de dominio del discurso científico, donde coincidiría con modalidades propias como ser la biología y fisiología.

Por otra parte Clavreul (2012) en *El Orden Médico* sostiene que el enfermo no le pide al médico que lo cure eso es algo que se entiende, y que se encuentra implícito en la consulta, lo que resaltaré el autor es que lo que demanda un paciente es ser reconocido como un ser enfermo. Para el autor la enfermedad implicaría un estatus social y familiar que sin ella el sujeto no tendría. Así es como la enfermedad es una tarjeta de presentación que señala e insta relaciones humanas; al menos una relación, la que se establece con el médico de tal manera para ser reconocido en el discurso médico, para existir en él, hay que estar enfermo.

Clavreul afirma que el enfermo acude al médico, como el niño acude a su madre, donde su demanda pueda ser interpretada. En tal sentido, la noción de enfermedad pertenece en su totalidad al discurso médico, y está en su vocación decir toda la verdad sobre ella, porque es su objeto. En oposición a esto, el autor sostiene que “la medicina no está constituida por la totalidad de lo que cabe decir sobre el sufrimiento” (p.182).

Porque el sufrimiento es del sujeto y como él lo vivencia, a su fantasma; y a lo que constituye ese fantasma, es decir, a su propia historia. Hay un solo discurso sobre el sufrimiento y es el que experimenta la persona.

En palabras del autor “la medicina no quiere ni puede saber nada de ese sufrimiento. En el discurso médico el sufrimiento se llama dolor, u opresión, o fiebre. Existe para el médico solo como síntoma, es decir en tanto es formulable en los significantes que constituyen un síndrome que tiene lugar en la nosología” (Clavreul, 2012, p.182)

En su texto *Tratamiento psíquico, tratamiento del alma* Freud (1890) señala la compleja relación entre el cuerpo y la mente; y la dificultad que presentan los médicos para estudiar dicha influencia entre el cuerpo y la psique. Al respecto de esto, Freud dice que el tratamiento psíquico es igual al tratamiento del alma y con esto apunta a la confusión de separar la psique del cuerpo.

Por su parte Lacan (1966) en *Psicoanálisis y medicina* se pregunta acerca del lugar del psicoanálisis en la medicina. Con respecto a esto dice que el lugar que le confiere al psicoanálisis es marginal y extra territorial.

La medicina considera al psicoanálisis solamente como una ayuda externa lo que significa que, en la relación médico-paciente, el saber es ubicado del lado del médico, Él es el que sabe de fisiología, anatomía y patologías, de medicaciones. En la relación del psicoanalista con el paciente en cambio, el saber del analista se presenta como un supuesto, donde el saber del paciente lo tiene el sujeto, lo que le permitirá desplegar el saber sobre su síntoma.

La perspectiva que adopta Lacan (1966) para analizar lo que él llama “la función del médico” nos dice que la prácticamédica ha tenido por mucho tiempo un acompañamiento doctrinario. Durante un tiempo relativamente corto en el siglo XIX las doctrinas que se proclamaron ciencia, no se volvieron más científicas por ello, sino que, las doctrinas científicas convocadas por la medicina, siempre fueron retomadas de alguna adquisición científica.

Por otra parte, resulta importante, retomar a Freud en su artículo *Sobre Psicoterapia* (1905) quien acude a una metáfora artística que le permite teorizar la diferencia entre en la cura analítica y la sugestión. Menciona que la pintura trabaja “per vía di porre”⁹ sobre la tela en blanco, agregando colores donde antes no había. En contraposición de la escultura que procede “per vía di levare”¹⁰ quita la piedra para extraer las formas que encierra la escultura. De esta manera dice “la técnica sugestiva busca operar ‘per vía di porre’ no hace caso del origen, de la significación de los síntomas patógenos, sino que deposita la sugestión como impedimento de exteriorización de la idea patógena” (Freud, 1905, p. 250).

La terapia analítica no intenta agregar ni introducir nada, sino restar, retirar ese es el fin. Se preocupa de la génesis de los síntomas patológicos y su trama psíquica de la idea patógena, cuya meta es su eliminación.

En relación a los fines que animan la medicina y el psicoanálisis, la medicina intentara siempre la curación del pacientes, el psicoanálisis en cambio, a partir de su descubrimiento podemos reconocer, una dimensión por la cual “la vida no quiere curarse” (Lacan, 1955, p. 394). A diferencia de la medicina el psicoanálisis reconoce dicha dificultad y lucha con eso.

Pujo (1992) sostiene que, hacia finales del siglo XIX, el hospital se constituiría como el lugar privilegiado, donde la figura del médico es convocado; se lo consulta para la construcción y la organización del hospital, para la prescripción y dirección de los tratamientos.

⁹Oración tomada de Leonardo, Da Vinci, para poder entender las Artes “per vía di porre” la pintura trabaja sobre la tela en blanco depositando colores donde antes no había.

¹⁰“per vía di levare”, quitar de la piedra todo lo que recubre las formas de la estatua contenida en ella.

Recuperado URL: <http://ivan-diariopsicoanalitico.blogspot.com>

Pujo siguiendo a Foucault afirma que:

Lo que cambia verdaderamente a partir del Siglo XVIII es la ciencia misma, si tomamos como paradigma la física-matemática a partir de los descubrimientos de Newton y de Galileo. La incidencia del saber de la ciencia en el mundo, afecta por supuesto al mundo y alcanza inevitablemente la posición del médico, sus recursos, su capacidad de acción, pero también y fundamentalmente, la calidad de las demandas que ese mundo empieza a dirigirle. Cuestión que entraña también una modificación de su personaje y su figura, en tanto ese personaje y esa figura forman parte ineludible de su posición. (Pujo, 1992, p. 6)

El hospital es el escenario donde se producen acumulación de casos, el ensayo y aplicación de nuevas terapéuticas, y, conjuntamente, el ámbito natural para la instrucción de los médicos, instrucción hospitalaria que se instituye normativamente como obligatoria. De este modo, la medicina deja de ser una práctica destinada al individuo para transformándose en una medicina de las poblaciones.

En *Lo que no cesa del psicoanálisis a su extensión* Pujo afirma

Del psicoanálisis a la medicina hay una articulación necesaria, vale decir una articulación que no cesa de inscribirse, y de alcanzar por ello una dimensión sintomática. lo que significa que la relación entre psicoanálisis y medicina no solamente es histórica, sino que responde más ampliamente a una razón estructural”. (Pujo, 2001, p. 81)

El saber del médico pertenece a un discurso que se sostiene en la objetividad científica, fruto de la observación, lo que le permite funcionar a partir de ignorar lo que produjo ese saber, la historia que franquea y el poder que reviste las mismas.

Por otro lado, desde la teoría psicoanalítica se trabaja desde la concepción de conflicto, fue Freud quien descubrió el conflicto psíquico, lo teorizo como algo que no se puede eliminar, con esto decimos siguiendo a Freud que el conflicto es parte constitutiva de la humanidad.

Intervenciones desde el Psicoanálisis en el Hospital

Las relaciones que se pueden establecer entre las políticas en salud mental y las respuestas que la institución brinda guardan una estrecha relación entre política y psicoanálisis

Según Millas (2002), un hospital tendrá como objetivo la salud pública. En este caso, hablamos de la salud mental, este concepto tiene dos referencias; una de instancia administrativa que implicaría las distintas políticas, y la otra, brindar a la sociedad lo que necesita. Estas dos concepciones tratan de una lógica del “para todos” a partir de esto la práctica de un saber queda en función de satisfacer una demanda social esta práctica queda encriptada en una serie de procedimientos que la institución tiende a normalizar.

El psicoanálisis como práctica en el hospital y/o en otras instituciones asistenciales es diferente a otras psicoterapias, es decir “es otra forma de tratamiento de los síntomas por la palabra, que contemplan la singularidad” (Millas, 2002, p. 2).

Por otra parte Pujo (1993) expone la relación del psicoanalista con la institución hospitalaria. El autor afirma que esta que estavinculación no es una relación “natural” que se establece a priori, como sí lo es, por ejemplo, la relación del médico con el hospital, o la relación del psiquiatra con el asilo. Existe efectivamente, una relación de tipo causa-efecto entre la institución hospitalaria y la medicina en el sentido moderno, la medicina considerada científica.

Siguiendo al autor, cuando algunos se preguntan por la pertinencia de la presencia del psicoanálisis en el hospital como doctrina y como referencia, de lo que se ha dado en llamar el acto analítico¹¹, e inclusive, de lo que podríamos considerar como lo hacía Freud, la política del psicoanálisis, no alcanza con dar una respuesta de hecho.

En tal sentido, la intervención psicoanalítica en salud mental, es una disciplina del campo socio-político, lo que implicaría que dicha intervención daría una comprensión de los procesos sociales y de su regulación, haciendo foco en la singularidad de cada caso. Esto implicaría que los tratamientos en salud mental, desde el psicoanálisis, no son algo homogéneo, sino que apuntan a la singularidad del caso.

Laurent (2000) se pregunta sobre el lugar del analista nos dice que “ayuda a impedir que en el nombre de la universalidad o de cualquier universal, se olvida la particularidad de cada uno” (p.116). Se puede interpretar ese universal como los distintos procedimientos llevados adelante por los médicos, como ser los protocolos.

Tomando como referencia el libro “La práctica Lacaniana en Instituciones II” en donde se hace alusión a la práctica lacaniana en diversas instituciones entre ellas los hospitales, los autores plantean un interrogante ¿la salud mental existe?, continúan su desarrollo diciendo que existe un gran número de psicoanalistas que trabajan en instituciones que portan la formalidad de la salud mental. Los autores manifiestan que debe haber un debate permanente y necesario a la vez, al presentarse una discrepancia entre salud mental y el psicoanálisis.

Como expresa Galende (1990) el Psicoanálisis, a diferencia de la Psiquiatría, ha centrado su mirada en el seno de la estructura de producción de subjetividad, como es la familia, sociedad, es a partir de esto que se considera al síntoma como una formación de sentido y no como una alteración.

¹¹ El análisis se soporta de esa presencia irreductible que es el analista en-cuerpo.

Como afirma Lacan (1966) “la experiencia psicoanalítica se desarrolla, de manera entera en una relación de sujeto a sujeto, conservando una relación irreductible a toda psicología, considerada como cualquier objetualización del individuo” (p. 210).

Desde la posición de Chamorro (2017) el psicoanálisis se sostiene en una relación de articulación compleja con la ciencia, particularmente con el discurso científico del cual según Lacan el psicoanálisis, es insubordinable a la ciencia. Asimismo, sostiene que cuando se piensa en un paciente, se repara en su historia, en su familia, y que tiene un sentido que el psicoanálisis freudiano ha reforzado, produciendo un tratamiento a medida de cada sujeto, considerando a su vez el universal de la estructura.

Enfermedad Oncológica en las Infancias: Diferentes Intervenciones desde el Discurso de la Medicina y de la Salud Mental

Se reconoce que esta investigación tomará como soporte teórico el psicoanálisis, sin embargo se considera importante hacer mención a la psicooncología¹².

Por otra parte, en medicina surge una especialización denominada oncología¹³. Esta se define como una especialidad dedicada al estudio de las llamadas neoplasias, es decir, nuevas formaciones, tumores benignos y malignos; prestando especial atención a los malignos, es decir al cáncer.

En este apartado tomaremos los aportes de Julia Margulis (2015) quien nos aporta su experiencia en la práctica, con perspectiva psicoanalítica con niños, en un hospital público. Donde según la autora se debe sostener la singularidad del sujeto que demanda atención, donde su problemática no puede desaparecer en lo que Margulis, llama “generalización de su padecimiento, como así también en rotulaciones diagnósticas o en medicalizaciones que apunten a reducir el sufrimiento subjetivo, silenciándolo con medicación” (p. 12).

Con respecto a Margulis (2015), plantea que surgen cuestiones específicas en lo que respecta a la clínica con niños enfermos, sin que esto requiera una especialización para su abordaje. Para la autora la posición que tiene que tenerse es la de una escucha atenta, que es lo que convoca al psicoanalista. Esto resulta un tanto contradictorio, ya que, tradicionalmente en la institución el saber está situado en cierto lugar: el de los especialistas. De tal forma, la demanda de la institución adopta la forma del discurso médico.

¹²Esta línea de trabajo, viene siendo pionera en Argentina desde los años 60 teniendo como referentes tanto internacionales como nacionales entre ellos se encuentran (Schavelzon, Holland, Gatto) como las figuras precursoras de este campo disciplinar.

¹³<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/oncologia>

Por otra parte, Margulis señala que se han producidos cambios en las solicitudes de atención en lo que refiere a la presentación de síntomas por el contexto familiar, lo que posibilita pensar acerca de estos modos y su relación con la historia reciente.

La autora se pregunta ¿cuál es el lugar del psicoanálisis, cuya práctica es lo singular en el análisis que afectan a una historia en su conjunto? Responde a este interrogante tomando a Lacan (1971) “pues afirmar del psicoanálisis como de la historia que en cuanto ciencias son ciencias de lo particular, noquieredecir que los hechos con los que tenga que vérselas sean puramente accidentales (...)y que su valor ultimo se reduzca al aspecto bruto del trauma” (p.85).

En relación con lo planteado hasta el momento, resulta pertinente hacer mención al abordaje del campo de la salud mental, al niño enfermo de cáncer.

En primer lugar, para el niño que enferma es un hecho traumático en sí mismo, es visible que en los primeros tiempos quedan abrumados, anonadados, a medida que transcurre el tiempo a partir de recursos que ameriten alguna elaboración posible. En segundo lugar, se considera importante, establecer una posible demanda de los padres o del niño, pedido articulado con una posible pregunta, articulado a una situación sintomática que genere una pregunta.

Por último, señalar la importancia de la información diagnóstica, anteriormente esta información no era brindada directamente a los padres o al niño, esto se ha ido modificando en el transcurrir del tiempo, actualmente se les brinda la información completa en un encuadre de entrevista previamente pactada.

Se debe remarcar que no era usual que el niño o la familia demandaran una intervención que convoque a un psicoanalista, que trata con un malestar que está relacionado con las palabras, por lo general es el médico quien recibe estas demandas de atención y curación.

Pero por otra parte, fueron los psicoanalistas quienes se interrogaron sobre este fenómeno pero, por lo general, no recibe la demanda directa del paciente y si lo hace es por una derivación del médico.

Margulis, afirma:

Lo que el médico pueda decir, en su condición de ser confiable para las cuestiones que el cuerpo demanda y también, lo que pueda decir el psicoanalista portador al mismo tiempo de teoría y práctica de palabra que ayudan a nombrar el cuerpo, aunque ninguno de los dos posea el saber sobre lo que separa, en el humano, cuerpo y lenguaje. (2015, p.109)

Por su parte, el psicoanálisis abre caminos para tratar, por medio de la palabra del paciente, la dimensión del cuerpo, en la que incorpora al sujeto que sufre. Estos tratamientos implican una pausa en la vorágine

impuesta por la ciencia; intervalo de tiempo para aquello que ha quedado por fuera pueda ser desplegado en palabras.

Teniendo presente, la experiencia de más de treinta años en diversos servicios del hospital, Margulis nos habla acerca de ciertas estrategias que intentaban dar cuenta del sufrimiento que el síntoma, puede producir, que son presentados de forma inesperadas, insisten en el tiempo, generando malestar, pero en la medida en que puedan ser interrogados convocan a una acción posible.

El psicoanálisis le otorgará al síntoma un estatus particular, en un proceso que es singular producto de una elaboración psíquica. El síntoma psicoanalítico se diferencia del síntoma en medicina, quien lo entiende en dos variantes, uno es el testimonio del propio sujeto, por otro lado, como testimonio de un padecer que invoque al acto médico¹⁴.

Del Dolor Orgánico al Sufrimiento Psíquico

La medicina se ubicará dentro de un cuerpo de doctrinas y saberes específicos que están consolidados, lo interesante de esto es que estos saberes no varían en cuanto a una estructura, no se interroga, ni solicita la singularidad de un sujeto, es por esta razón que él, no encontrara lugar ahí.

Por otra parte, frente la pretensión médica de restitución de la singularidad del enfermo; el psicoanálisis intentará habilitar una interrogación frente al cierre que produce el discurso médico. Desde el psicoanálisis, no pretenderá, ni está en su anhelo suprimir, ni eliminar el sufrimiento, dolor o malestar, como si es el deseo del médico. El psicoanálisis apuntará al sujeto que habla, a diferencia de la ciencia, quien habla de objetos, que pueden ser observados, medidos, y estudiados.

El paso del objeto de la ciencia a la noción sujeto del psicoanálisis, en que se teoriza sobre un cuerpo que es erógeno, cuerpo que encarna un saber, un saber hecho cuerpo, donde se incorpora la singularidad.

Lacan resalta la distinción entre la ciencia clásica y el psicoanálisis, afirmando que la ciencia cuando habla, lo hace desde un sujeto que es universal, ignorado, físico, biológico, el lugar de la enunciación queda excluido, bajo su universal, quedando como objeto.

El discurso hegemónico, con el que la ciencia trabaja, supone un modo particular de saber sobre los sujetos y sus síntomas. La racionalidad del saber científico, en el que los enunciados se encuentran encadenados de manera lógica y coherente, la comunicación de estos enunciados, en donde lo que se

¹⁴Se define acto médico como la creación, que considera la relación médico-paciente, que es llevada adelante en el ámbito médico.

dice es lineal y unívoca, hay algo que se transmite entre el emisor y receptor, y que es factible de ser recuperado por el mensaje.

Para la ciencia la historia particular no interesa, la historización del padecimiento, porque sus verdades son a-históricas, suspendidas en el tiempo, ignorando el drama que encierra su paso, fracasa en su intento de olvidar al sujeto, y este retorno, vuelve, insiste aparece en síntoma.

Debemos recordar los inicios del psicoanálisis, tomando como referencia fundamental, el paradigma de la histeria que haciéndose escuchar, abre un nuevo camino, es a partir de la escucha, podríamos decir, que surge el psicoanálisis como lo descubre Freud, a partir de los síntomas conversivos que observaba en sus pacientes histéricas. Como dice Lacan “el psicoanalista sólo tuvo en principio que escuchar lo que decía la histérica (Lacan, 1969, p. 219).

Como se desarrollo, la relevancia que tiene la noción de cuerpo para el psicoanálisis, a su vez se tendrá presente que este trabajo, estudia la atención de infancias que padecen cáncer, por tal motivo se prestará atención a la concepción de dolor y su relación con el cuerpo.

A continuación, se intentará reflexionar sobre algunos recorridos epistemológicos que fueron realizados por Freud con la finalidad de indagar las concepciones de dolor. Para ello nos serviremos de uno de sus textos *Proyecto de una psicología* (1895) tomaremos dos de los apartados que consideramos importantes a los fines de este estudio, el apartado 5 “El problema de la cantidad” y el apartado 7 “El problema de la cualidad”. Cabe dejar indicado que el texto de referencia, es uno de los primeros escritos de Freud en el cual se puede señalar, una perspectiva netamente médica y biológica. Pero a su vez es la ante sala de lo que escribirá años siguientes (en 1920) cuando puntualizará que no todo puede ser reducido a lo orgánico y teorizará un más allá del principio de placer.

El autor expresará que se presenta un monto elevado, en términos cuantitativos, de excitación invadiendo el sistema neuronal. Por lo cual, dicho sistema no podrá llevar adelante su función de apartar y descargar la cantidad de energía. Entonces, podríamos decir que el dolor sería el fracaso de los dispositivos de seguridad del aparato.

En palabras de Freud.

Las ocasiones del dolor son, por una parte, un acrecentamiento cuantitativo; toda excitación sensible, aun de los órganos sensoriales superiores, se inclina al dolor con el aumento del estímulo. Esto se comprende, si más, como el fracaso del dispositivo, (.....) todo lo que caracteriza al dolor como una irrupción hipertrófica en el sistema. (Freud, 1895, p. 351)

La producción de esta vivencia displacentera sería el resultado de una gran cantidad de energía que ingresa al aparato produciendo un trauma¹⁵, teniendo como consecuencia, un incremento del nivel que es percibido como displacer. También, las descargas pueden ser modificadas en ciertas direcciones, que el autor llama facilitaciones, entre estas y una imagen del recuerdo del objeto provocador del dolor.

Resultará pertinente en este punto, recuperar la concepción de cuerpo para el psicoanálisis. El cuerpo se diferencia del organismo, representa una dimensión erógena-libidinal que se constituye a partir del Otro.

Ahora bien se puede abrir un interrogante ¿qué cuerpo deja el cáncer infantil? Si decimos que el cuerpo se constituye en un proceso libidinal, se podría pensar que algo de eso libidinal quedaría trastocado por la enfermedad.

Freud (1914) sostiene que la enfermedad orgánica, conduce a un retiro de la atención en términos libidinales, sobre el cuerpo y los afectos del sujeto. El autor hace mención de un poeta aquejado por un dolor de muelas, dirá “en la estrecha cavidad de su muela se recluye su alma toda” (Freud, 1914, p. 78).

En *Más allá del principio del placer* (1920), Freud teoriza acerca de una contradicción con respecto a la falta de movimiento que implica el dolor, describe este proceso como una irrupción de un trauma externo, provocando una perturbación en la economía libidinal.

Por consiguiente, el principio de placer consistía para Freud en mantener la energía lo más baja posible. Luego, en el principio de constancia, una elevación sería percibida por el aparato anímico como displacentero, quedando así en estado de abolición, teniendo como labor liberar la dimensión de excitación, con el fin de llegar a su tramitación. La energía que acompaña a la investidura es movilizadora teniendo como finalidad crear una nueva muralla de investidura. Produciendo una gran contra investidura que encapsula el suceso traumático, teniendo como resultado irremediable la disminución de todas las operaciones psíquicas, “una extensa parálisis”.

Este es un punto paradójico ya que el dolor, por un lado, es definido como un monto energético que irrumpe y se estanca; por otro lado, aparece como la capacidad quiescente, ligada psíquicamente de la energía dentro del sistema que forma una barrera ante el dolor.

Por su parte Lacan (1960) en el seminario 7 *La ética del psicoanálisis* propone que el dolor no sea tomado solamente en el registro de las reacciones sensoriales. Afirma que,

“el carácter complejo del dolor, su carácter, si puede decirse su intermedio entre lo aferente y eferente nos es sugerido por su resultado sorprendentes de determinadas sesiones que permite,

¹⁵Se tiene presente la particularidad en Freud que la incorporación de nuevos conceptos no anula lo anterior, por tal motivo se puede tomar desde una perspectiva de la teoría sin tener que desarrollarla hasta el final.

en ciertas afecciones, especialmente las cancerosas la conservación de la notación del dolor, mientras que es efectiva la supresión o la eliminación de cierta cualidad subjetiva que le da su carácter insoportable”. (p.78)

En relación con la experiencia de dolor podemos decir, que no se debiera considerar al mismo solamente como experiencia objetiva, sino que, puede comprender una experiencia singular, en la medida que pueda activar otros sucesos que entrarían en cadenas asociativas, con experiencias que implican diferentes significaciones.

Hay algo que es irreductible en el sujeto a mantener su proporción de sufrimiento, resultando este un punto de perplejidad por parte del sujeto. Esto se rompe cuando un paciente se queja, llora, y no hay quien comprenda el porqué, es un punto de incompreensión por parte del médico quien desde su lugar, desde su saber no puede responder a la angustia que produce el dolor del paciente. De este modo, se incorpora al cuerpo dado que nose puede hablar de dolor que no implique al cuerpo.

Por su parte Freud (1930) en su célebre obra *El Malestar en la Cultura*, afirmará que el sufrimiento amenaza al ser humano desde tres fuentes: primero desde el propio cuerpo sujeto a la finitud y decadencia; segundo desde el exterior en relación con la naturaleza; y el por último los vínculos con los otros seres humanos.

Si retomamos la primera fuente de sufrimiento, se podría pensar que el dolor se presenta como una experiencia única; que existe en relación con el cuerpo, como fuente de malestar, es decir, el dolor relacionado a una experiencia subjetiva.

En la concepción biomédica se aborda el dolor teniendo su origen en lo orgánico-biológico supuesto de la medicina moderna. El dolor es algo que se percibe bajo modalidades de relación con el cuerpo, y se considera particular de cada sujeto, con cierta marca de intimidad.

Como se mencionó en esta investigación haremos foco en las infancias con enfermedad oncológica. En una enfermedad grave como lo es el cáncer infantil, la experiencia de dolor coloca a los niños en una relación de dependencia, por un tiempo considerable con el médico y equipo tratante.

En estos pacientes que padecen esta enfermedad que comprende lo somático, el dolor puede ocupar gran parte de su existir, como así también sus pensamientos y su accionar en la vida diaria, inclusive anteponer, ante el carácter persistente del dolor.

Desde otra perspectiva, en *La cultura del dolor* Morris (1991) critica la concepción biomédica considerándola como dominante en la cultura, en lo que refiere al tratamiento dolor, en lo que hace a su concepción y la manera de abordarlo.

Para la medicina el dolor es un suceso bioquímico, al respecto, Morris (1991) afirma: “la transmisión particularmente compleja de una señal nerviosa, desde un tejido dañado hasta el cerebro” (p.15). Dicha definición que fue acuñada por la medicina moderna donde se tenía una concepción mecanicista, producto de la ciencia de la época.

De tal manera el dolor sería, según Morris, una sensación provocada por una lesión orgánica posible de ser medida en términos cuantitativos.

El autor sostiene, sin desconocer la participación de factores orgánicos en la causa del dolor, el papel relevante que tienen, los factores subjetivos y culturales en la producción del dolor. A diferencia de la medicina que comprende el dolor solo como una señal diagnóstica de enfermedad, y solo como última posibilidad el sufrimiento psíquico.

Otro de los tratamientos biomédicos señalados por Morris es el llamado “mito de los dos dolores”, producto de la teorización cartesiana mente- cuerpo definiendo el dividiendo el dolor entre orgánico y psíquico se considera al primero dolor real, despojando de toda subjetividad, en tanto el segundo aparece con rasgos de angustia y tristeza.

Lo interesante del aporte que nos brinda Morris, en su crítica al tratamiento médico frente a la relación mente-cuerpo, portando comportamientos diferentes entre sí.

El psicoanálisis por su parte teoriza sobre una “acción recíproca”.

Freud (1890) afirma

La relación entre corporal y lo anímico, es de acción recíproca; pero en el pasado el otro costado de la relación, la acción de lo anímico sobre el cuerpo, halló poco favor a los ojos de los médicos. Parecieron temer que si concedían cierta autonomía a la vida anímica, dejarían de pisar el seguro terreno de la ciencia. (p.116)

El hincapié que hace el autor en la relación dolor significado, podría ser pensado como la puerta de entrada del sujeto en el tratamiento del dolor.

Resulta interesante observar en algunos pacientes, la manera en que hacen referencia a su dolor. La forma en la que hacen referencia a su malestar, solo se puede tener noticias de su decir, por medio del lenguaje.

Este último punto nos permitirá hacer una interpretación en relación al dolor, cuerpo y lenguaje.

Para el médico “al paciente le duele lo que dice que le duele”. De este modo no existe para la medicina una separación en lo que es el dolor al que hace referencia el paciente y el dolor real, entre lo dicho (significación) y lo que refleja la condición orgánica.

Nos resulta importante hacer una pequeña observación acerca de la medicina y el dolor, ya que, dentro de la medicina existe una especialización llamada Algología¹⁶, ciencia que estudia el dolor, sus manifestaciones y tratamiento. Esta especialidad aporta los tratamientos luego de haberse realizado terapias, con los fármacos indicados para el alivio del dolor, y no se encuentra la respuesta esperada, brindando otras herramientas adicionales para procurar el alivio.

Para el psicoanálisis en cambio, existe una diferencia primordial, entre organismo y cuerpo, para esto es importante retomar los aportes de Freud como de Lacan.

Para la teoría psicoanalítica el sujeto no nace con un cuerpo, estese construye a partir de diferentes operaciones psíquicas que se encuentran más allá del organismo.

El cuerpo, para el psicoanálisis, puede llegar a constituirse como tal, en la medida que somos reconocidos por un Otro¹⁷. Lo simbólico precede al sujeto, es la madre quien representa este lugar, esto hace imposible el orden de vida natural, a partir de una sucesión de interacciones entre el cuerpo y la palabra del Otro. Por lo general, quien representa este lugar, como lo dijimos, es la madre, sabemos que nacemos incompletos, prematuros neurológicamente, necesitamos que haya un otro, que asista “*el cachorro humano*” dirá Lacan, de lo contrario, no podríamos sobrevivir. Un ejemplo de esto sería cuando el bebé llora, ese llanto en sí mismo no significa nada; es la madre quien lo interpreta, esa necesidad biológica se transforma en demanda¹⁸, le otorga sentido, llora porque tiene hambre, sueño, frío etc.

Es así, que hay funciones que son producto de la necesidad orgánica; como son las de alimentación y cuidados, en estas experiencias primarias, encuentran un lugar en el Otro. Resulta importante decir que es a partir de este proceso que el cuerpo comienza a existir, en un plano por fuera de la necesidad.

Ahora bien nos preguntamos cómo se podría articular estos desarrollos, con la relación médico-paciente.

La medicina con su técnica reduce y elimina todo registro erógeno que el cuerpo pueda llegar a tener a la vez, excluye la subjetividad, su concepción de cuerpo mecanicista, haciendo del dolor algo aislado sin observar un sujeto que padece.

Concepción de Salud para la Medicina

¹⁶<http://neuroaxis.mx/algologia.html>

¹⁷Lacan establece una diferencia, entre el otro con minúscula, como el semejante y el gran Otro, con mayúscula, como el tesoro de los significantes.

¹⁸Demanda es un término introducido por Lacan, para diferenciarlo de la necesidad.

En relación al concepto de salud se tomara la definición de la Organización Mundial de la Salud¹⁹, donde se reconoce a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente como ausencia de enfermedad.

En tal sentido se consideró importante reconocer las diferentes disciplinas que habitan el campo de la salud mental, y los diferentes discursos que la atraviesan.

El término discurso proviene del latín *discursus* y significa “serie de palabras con coherencia lógica y gramatical con lo que se expresa lo que se siente a piensa”. Se compone por componentes léxico: prefijo (dis) divergencia separación y (cursus) carrera su sentido a “ es un lugar para otro”.

Por su parte Conde (2010) afirma que un aspecto importante del discurso radica en que es lo no hablado lo que produce directamente por un interlocutor de la investigación sino que hace referencia a una construcción teórica que realiza un investigador “ el discurso es una construcción a construcciones teóricas que realizan los investigadores o investigadoras” (Conde 2010, p 34)

Por otro lado cuando se refiere a salud mental como campo, se teorizara como lo plantea Bourdieu, quien afirma que “los campos sociales son espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y leyes de funcionamientos propias”, para el autor la vida social está determinada por lógicas, reglas de juego, reglas que llevan a diferenciar un campo de otro.

Según la esfera en la que se encuentra configurado lo relacional del individuo e instituciones en las que se desenvuelve, se puede hablar de campo político intelectual, económico etc. Se trata de estructuras vivas, también como sistemas de posiciones y de relación de posiciones.

Ahora bien nos preguntamos ¿porque salud mental como campo?. Se puede reflexionar porque en el interior intervienen y juegan sistemas de pensamientos, de explicación, como espacios de saber/poder, las cuales a su vez, definen producción de pensamientos que legitiman prácticas que pertenecen a un campo.

Si se intenta precisar sobre la definición de Salud Mental se tendrá que partir de la complejidad que la misma reviste. Según Foucault (1987) quien conjetura el problema y la dificultad del mismo al querer definir la enfermedad y la salud psicológica. La salud mental comprende diversos componentes incluidos en la definición de la OMS “estado completo bienestar, físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedad.

Por su parte Stolkiner (2003) manifiesta que se trata de una concepción cristalizada estableciendo una crítica del mismo, primariamente haciendo un recorrido histórico donde ubica ciertas preocupaciones

¹⁹<https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-salud-en-la-constitucion-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms>

por enfermedades orgánicas para esto retoma a Foucault quien advierte sobre lo complejo que resulta definir enfermedad y la salud psicológica.

Al respecto Galende (2016) recupera los aportes de la psicoanalista Burin quien cuestiona la dicotomía que se presenta entre normal- patológico , salud-enfermedad esta autora incorpora un tercer elemento que es el de “malestar” como una concepción intermedia rescatando la importancia de reconocer el sufrimiento pudiendo tener presente los conflictos de la vida cotidiana sin por esto definirlos como patologías ni de enfermedad sino que inaugura un nuevo “paradigma epidemiológico en salud mental” para esto es importante el reconocimiento de los procesos en salud- enfermedad presentan un carácter subjetivo que no puede ser eludido ni suprimido para su estudio y saber el reconocimiento de objeto social.

A su vez se estima que hay otras producciones de conocimiento crítico que permiten repensar, profundizar y criticar, dicha definición.

Desde el discurso jurídico la nueva Ley de Salud Mental número 26.657 reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos; cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Según Stolkiner (1988) la salud no se debe definir como una categoría absoluta, la autora sostiene lo siguiente: “preferimos definir salud como el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto y su realidad” (Stolkiner, 1988, p. 31).

Lores Arnaiz (1986) por su parte hace una diferencia en los paradigmas en salud, caracteriza por un lado, al paradigma positivista tecnocrático que recorta el plano físico del mental, donde la enfermedad se presenta como un aspecto aislado del organismo y no como efecto que altera una totalidad. En contrapunto, propone pensar en un paradigma alternativo en el cual se concibe al hombre inserto en una sociedad donde el enfermo es una persona en un momento vital e histórico particular.

Por su parte, Berlinguer (1994) menciona que cada cultura expresa sus modos de definir qué es la salud y la enfermedad. El autor da cuenta de distintas definiciones de enfermedad, para algunos la enfermedad sería “el desplazamiento de la condición fisiología normal del organismo suficientes para producir señales evidentes o síntomas”, para otros es “la carencia o ausencia de bienestar, condición de dolor o malestar. Para la iglesia católica por el contrario, la palabra enfermedad no existe sino, que hace referencia a la enfermedad como un mal, ligada al pecado, el mal como privación del bien , dicha definición estaba asociada a un dios castigador .

Consideraciones Sobre el Concepto de las Infancias: Una Perspectiva Histórica

Acerca de concepto de infancias, podemos destacar que nuestro país cuenta con importantes desarrollos que ilustran las transformaciones que han sufrido, a través de los siglos, las concepciones y por ende los tratamientos ofrecidos a las infancias.

Dentro de los autores referentes en la temática, Frigerio (2008) sostiene que la modernidad, ha construido la infancia bajo una concepción institucional basada en una dicotomía de dos estructuras sociales, la escuela y la familia. El concepto de infancia es entendido como una construcción social que surge en una diversidad infinita de formas, relacionadas a discursos y prácticas sociales.

El análisis de la infancia como construcción social daría lugar a replantear el concepto mismo de infancia, ya que, implicaría algo dinámico no estático desde el punto, histórico social y cultural.

Nos pareció oportuno el aporte de Aries(1987) historiador que comenta que hay diversos recorridos en relación al concepto de infancia, también afirma que no es un concepto unívoco, sino que ha variado históricamente, de este modo la familia, las mujeres y la infancia han pasado hacer objeto de estudios históricos.

El mencionado autor, en el conocido texto *La vida familiar en el antiguo régimen*, en su capítulo II, “El descubrimiento de la infancia” sostiene que en las sociedades pertenecientes a la edad media, y hasta comienzos de la modernidad en adelante, en las clases populares, los niños se encontraban mezclados con el mundo adulto, esto comenzaba a penas podían valerse por sí mismo lo que el autor llama “destete” (según el autorera a partir de los 7 años en adelante). A partir de ese momento los niños eran introducidos rápidamente al mundo de los adultos, compartiendo con ellos variedades de amistades, juegos y trabajos. Donde la vida colectiva invadía todas las edades y condiciones de vida, prácticamente no existía soledad, ni intimidad. La familia para aquel entonces solo cumplía la función de transmisión de vida, como ser apellidos y bienes, estos valores apenas penetraban la sensibilidad, familiar. La familia, para el autor debe ser considerada “sin afecto”.

En la civilización medieval, según Aries, no tenía conocimiento alguno acerca de la educación, como la conocemos hoy en día, esto es un hecho esencial para el autor, ya que implica un hecho de gran importancia junto con las nacientes ciencias de la época como ser psicoanálisis, pediatría y psicología, y por su dedicación a la problemática relacionada a la infancia.

En aquel momento, las sociedades estaban revestidas de preguntas relacionadas a lo físico, lo moral y la sexualidad de la infancia esto era considerado un problema para ellos. Si recordamos que anteriormente dijimos que los niños eran introducidos al mundo adulto rápidamente.

Para las clases del neolítico, o la paideia helenística suponían una diferencia en el plano del mundo adulto del plano del niño, esta transición se produjo gracias a la educación. Donde en la sociedad medieval carecían de este paso.

Este interés por la educación se incorporara en el núcleo de la sociedad para transformarla por completo. La familia, paso de ser una institución de derechos privados solo de transmisión de bienes y apellidos, a cumplir la función moral y espiritual, de formar cuerpos y almas. Este reciente interés por los niños fundó nuevos sentimientos: los padres no solo engendran niños, ahora le prestan atención a todos los hijos por igual, y ya no solo al hijo mayor, la moral de la época les exige brindar la misma atención. Así a finales del siglo XVII se implementó una forma de aprendizaje común y para todos, donde la institución escolar fue la encargada de, a través de sus instrumentos de disciplina sumando a la justicia y a la policía, llevar adelante su materialización.

Según Aries (1987), la familia y la escuela produjeron el retiro de los niños del mundo adulto, la escuela promovió un encierro de la infancia, lo que significó un paso de un niño librado a la esfera del mundo adulto, a un niño capturado por un régimen disciplinario que se condujo desde el siglo XVIII, hasta mediados del siglo XIX.

Particularidades de la Clínica con Niños en Instituciones:

En el presente apartado se realizarán algunas reflexiones que son importantes a la hora de pensar la clínica con niños en instituciones asistenciales. Se puntualizará en la problemática de las infancias con enfermedad oncológica que son asistidas en un hospital público.

Nos proponemos tener una aproximación acerca de lo que el psicoanálisis ha podido construir, con nuevos debates en relación al lugar posible que se le da al niño y a su palabra, teniendo presente que se trata de un proceso de enfermedad que lo tiene como protagonista.

Como afirmamos en páginas precedentes sobre las particularidades del psicoanálisis en el hospital, no debemos perder de vista que el hospital tiene como objetivo dar respuesta a los requerimientos de la salud pública, en este caso hablamos de la salud mental. Este concepto tiene dos referencias, una de instancia administrativa que implicaría las distintas políticas, y la otra brindar a la sociedad lo que necesita. Estas dos concepciones tratan de una lógica del “para todos” a partir de esto, la práctica de un saber queda en función de satisfacer una demanda social, esta práctica permanece encriptado en una serie de procedimientos que la institución tiende a normalizar.

El psicoanálisis como práctica en el hospital y/o en otras instituciones asistenciales es diferente a otras psicoterapias, es decir “es otra forma de tratamiento de los síntomas por la palabra, que contemplan la singularidad” (Millas, 2002, p. 2).

Por otra parte Pujo (1993) sostiene en *El psicoanalista y la institución hospitalaria* que la relación del psicoanalista con la institución hospitalaria es “natural”, que se establezca a priori, como sí lo es, por ejemplo, la relación del médico con el hospital, o la relación del psiquiatra con el asilo.

Nos parece oportuno preguntarnos ¿qué es un niño para el psicoanálisis? Para aproximar una respuesta revisamos las categorías más salientes de los psicoanalistas más reconocidos, algunos de ellos son: Freud²⁰, Klein, Winnicott, entre otros. Consideramos que hay un gran abanico de teorías, trabajos y perspectivas y posiciones al respecto.

En tres Ensayos para una Teoría Sexual (1909) Freud hace hincapié sobre la sexualidad infantil, en la etiología de los síntomas neuróticos que se encuentran desplegados después en la vida adulta.

A partir de esto, el psicoanálisis tendrá la posibilidad de develar aquellas representaciones que se encuentran inconscientes pero que posibilitaron que el síntoma se produzca. Lo que intentamos resaltar es la importancia que tiene para este autor la sexualidad infantil, a su vez nos invita a volver a mirar las neurosis infantiles como precursoras de los síntomas realizados en análisis.

Aportes de Alba Flesler

Esta psicoanalista argentina, referente contemporánea del psicoanálisis con niños en su libro *Niños en análisis, presentaciones clínicas* (2014), retoma algunas preguntas como ¿Los niños pueden ser analizados?, ¿de qué modo intervenir con los padres?, ¿cuál es el fin de un análisis de un niño? etc. Estas preguntas, según la autora, son cuestiones que han quedado de algún modo saldadas, es decir, no son preguntas novedosas en sí mismas y en el pasado ya fueron planteadas por otros psicoanalistas.

Lo que se retomara de ella son algunas consideraciones acerca de especificar la práctica. Como es sabido un niño y un adulto presentan dos tiempos distintos en lo que respecta a su estructuración. Siguiendo a Freud la autora manifestó que hay dos tiempos de constitución del aparato psíquico; la infancia como primer tiempo, y luego en el adulto lo que él llama la neurosis infantil. La autora dirá “el sujeto no es, pero existe. El ser y la existencia no son equivalentes” (Flesler, 2014, p. 24).

El Juego

El juego y el análisis se encuentran en estrecha relación, ambos son sostenidos en una escena que se respalda, en el efecto metafórico del lenguaje, en donde el niño, por ejemplo manifiesta que una muñeca representa a su hija, esto puede ser interpretado como una sustitución de significante. Por tal motivo, el juego es un instrumento fundamental que hace a la interpretación del trabajo con niños.

El Juego para el Psicoanálisis

²⁰Freud junto a Breuer (1893) en esa época se hallaban en su clínica con pacientes histéricos. En aquel momento, estos jóvenes médicos se encontraban en la búsqueda de la etiología de la neurosis, lo llamativo de esto es que parecía no haber un nexo entre los síntomas que manifestaban y la alguna lesión orgánica, lo que posibilitaría hacer otras hipótesis al respecto. Para Freud esto resultó un punto crucial en su formación otorgándole un lugar importante a los factores psíquicos, en donde descubre que estos factores portan un papel importante en la elaboración de los llamados “traumas psíquicos”.

Desde el psicoanálisis, el juego cumple una función de gran importancia en la vida del sujeto, es una actividad que el niño le otorga un gran valor, ya que, posibilita apropiándose de a poco de la realidad, para metabolizar y transformar las experiencias que vaya teniendo.

Para el psicoanálisis el juego es un significante, que permite que se inscriba la diferencia.

Freud en *Más allá del principio del placer* (1920) expone acerca de un momento constitutivo que posibilitará la instancia de juego. A partir de este juego se constituirá el par significante en oposición, presencia/ausencia. Freud describe el juego de su nieto, de aproximadamente un año y medio, en dicho juego el niño arroja y recupera a la vez un carretel, exclamando un sonido de “oooo”, “aaaaa”, conocido como Ford²¹(se fue) Da (acá esta). Lo que observa Freud en esto, es que el juego le produce placer al niño, lo interesante es que también reproduce la presencia y ausencia de la su madre. También, el autor propone que separa el objeto del sujeto, permitiendo de esta manera elaborar a partir de este juego, de Ford – Da, actuar sobre la realidad original que el niño pone en juego, al hacerlo en presencia de un otro, que reconocen ese, un juego.

Ahora bien nos preguntamos ¿qué es jugar? En el juego se construye una escena, a partir de la repetición, el juego infantil posibilitaría la transformación, de aquello que es vivido de manera atemporal.

Siguiendo con nuestra línea de pensamiento, tomaremos algunos aportes de Melanie Klein acerca del juego, en su texto *El psicoanálisis de niños* (1964) la autora manifiesta que el análisis del juego es homologable al trabajo del sueño; al respecto afirma lo siguiente “En el juego se expresan, fantasías, deseos, y sus experiencias de un modo simbólico por medio de sus juguetes y juegos. Al hacerlo utiliza los mismos medios de expresión arcaicos, filogenéticos, el mismo lenguaje que nos es familiar en el sueño, y solo comprendemos su lenguaje, acercándonos a él cómo nos enseñó Freud”(p.35).

Por otra parte, Winnicott, en su texto “Realidad y juego” (1972), expone su hipótesis central:

La psicoterapia, se produce en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la tarea del terapeuta, se orienta a llevar al paciente de un estado en que no puede jugar a uno en que le es posible hacerlo”. (Winnicott, 1972, p. 61)

Para Winnicott, el juego tiene un valor importantísimo, en relación a esto dice “El juego es una experiencia creadora, en el continuum espacios- tiempo, forma básica de vida” (p.62).

Tercera parte:

²¹Ford(se fue) y da(acá esta) son palabras del idioma alemán

Diseño Metodológico

Esta investigación se desarrolla desde un enfoque cualitativo, desde el cual el investigador plantea un problema que no sigue un procesolineal, sino que, el mismo implica virajes, lo que lleva al investigador a revisar el proceso de investigación, a medida que va avanzando en el trabajo de campo, teniendo la característica de ser más flexible.

Tomando lo dicho por Hernández Sampieri (2014) el enfoque cualitativo puede concebirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo “visible” lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos.

Según Guber (2005) el campo no es un espacio geográfico, no es algo que se autodefine desde lo natural (mar, selva, calle) sino que implica la decisión del investigador. Abarca distintos ámbitos y actores, siendo esta la materia prima para la recolección de información, que el investigador transformará en su material de trabajo.

Asimismo, la investigación será de tipo exploratoria, se realizará una aproximación al campo, partiendo del supuesto que existen diferencias en el cruce de discursos entre la medicina y los profesionales del campo de la salud mental, en lo que referente al tratamiento del sufrimiento del cáncer pediátrico. Que por consiguiente, no se busca comprobar o corroborar ninguna verdad concebida a priori.

Unidad de Estudio

Según Guber (2005) la unidad de estudio hace referencia al ámbito donde se realiza la investigación de campo, podría decirse que remite a un acotamiento territorial. A partir de esto se tomara como unidad de estudio el Hospital Materno Infantil San Roque (HMISR), el mismo se encuentra ubicado en calle La Paz 435 en la ciudad de Paraná Provincia de Entre Ríos.

Universo o Población

El universo se encuentra conformado por cinco profesionales en su totalidad de los cuales tres pertenecen al servicio de salud mental: psicólogo/as y dos médicos/a pertenecientes al servicio de onco-hematología del HMISR de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos.

Unidad de Análisis

Según Guber (2005), la unidad de análisis se define como los actores o sujetos de la investigación. Para este caso se tomará como unidad de análisis a cada uno de los/as psicólogos/as y médicos/as que trabajan en el servicio de onco-hematología del Hospital Materno Infantil San Roque.

Tipo de Muestra

La muestra se define como un grupo de eventos sucesos, comunidades sobre la cual se van a recolectar los datos (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio, 2006).

La muestra será de tipo no probabilística, ya que, permite al investigador determinar a quiénes se van a entrevistar en términos de variables demográficas o características específicas. En este estudio la muestra estará conformada por dos médicos (un médico y una médica) que trabajan en el área de onco-hematología, y tres psicólogas del servicio de salud mental que son convocados al servicio bajo la modalidad de interconsulta desde el Servicio de Onco-hematología en la institución referida.

Cabe señalar que si bien reconocemos que las profesiones seleccionadas no son solo “esas disciplinas” las que intervienen en el área mencionada, ya que se requiere de otros aportes y abordajes que intervienen en el tratamiento del padecimiento del niño con cáncer, como son los trabajadores sociales, terapeuta ocupacional, kinesiólogos, profesores de educación física, bioquímicos, entre otros; a los fines de la presente investigación y considerando que este escrito es requisito para la obtención de la licenciatura en psicología, nos interesa dejar indicado profundizar el conocimiento sobre la disciplina afín haciendo contraste con el discurso médico.

Técnicas de Recolección y Análisis de la Información

La técnica de recolección de datos que se utilizará será la entrevista semi- estructurada o semi-dirigida. Como explica Steinar Kvale (2011) la misma hace referencia al método de investigación cualitativa, en la cual se pretende, mediante unas series de encuentros entre el entrevistado y el entrevistador, obtener descripciones del entrevistado en relación al significado del fenómeno a describir. Como así también, se tendrá una serie de temas a descubrir, mediante las preguntas propuestas.

Para analizar la información recolectada se utilizó el método de “Análisis de frases significativas”. Dicho análisis consiste en identificar dentro de la observación los aspectos más significativos para ir ubicando las frases significativas, los temas que el entrevistado viene desarrollando. Díaz y Badano, plantean que esta técnica opera sobre el discurso textualizado. Es importante tener claridad acerca de qué queremos preguntarle a ese texto (la entrevista como texto) “para poder destacar qué de lo que dice tiene que ver con aquello que se quiere saber y qué cosas están pugnando porque le demos un lugar, aunque no lo hayamos preguntado. Esto es índice de la tensión entre el objeto de estudio y el campo de relaciones” (Badano, Díaz, p. 2).

Por tratarse de una entrevista semi estructurada, se hace necesario resaltar las preguntas diferentes a cada disciplina considerando que cada esquema de preguntas podría brindar la información necesaria a los fines de la presente investigación.

En tal sentido a los médicos se interrogo sobre las concepciones de salud, ya que estimo que dicha pregunta define las intervenciones posibles y su perspectiva frente al tratamiento de la enfermedad oncológica. Contrariamente dicha pregunta no se replicó a las psicólogas, ya que la investigadora conocía la formación/perspectiva de las profesionales entrevistadas, siendo el Psicoanálisis su formación teórica.

Institucional: Hospital Materno Infantil San Roque

Sus Comienzos

*El Hospital Materno Infantil San Roque*²² cuenta con más de cien años de historia. Durante ese tiempo, ha transitado por numerosas transformaciones tanto edilicias como institucionales.

A principios del siglo XX, en la ciudad de Paraná existía un grupo de mujeres, llamado Sociedad de Beneficencia Fundadora, que manifestaron la necesidad de crear una institución para colaborar con la lactancia de los bebés, como así también, con aquellos que no tenían las posibilidades económicas para criar sus hijos. A esa idea se le sumó la necesidad de un Hospital de Niños, en un contexto que evidenciaba una gran mortalidad infantil.

Asimismo, el 15 de diciembre de 1907, la asociación autoriza a quien fuera su presidenta en ese momento, Dolores Parera de Auli, a comprar un terreno para la construcción del *Hospital de Niños y Gota de Leche “San Roque”*.

El terreno fue adquirido en 1908, en aquel momento el sector de la ciudad donde se ubicaba el terreno era zona de pantanos, basurales y tierra removida, como consecuencia, en los días de lluvia, la única forma de llegar sea en carretas de bueyes.

A mediados de mayo de 1908 se adquiere el terreno ubicado entre las calles La Rioja y San Luís. En el acto, el discurso estuvo a cargo del Dr. Carlos de Elía quien destacó la importancia de la labor solidaria y filantrópica de las damas.

El 15 de mayo de 1912, la Sociedad de Beneficencia definió que la institución se denominaría *Hospital de Niños y Gota de Leche San Roque*.

²²<https://www.hospitalsanroque.gob.ar/seccion/articulos>

La inauguración se realizó el 17 de noviembre de 1912. Dicho acto contó con la presencia de figuras destacadas del ámbito religioso, como así también de los denominados padrinos y madrinas. Luego, en 1920 se propuso una ampliación de las instalaciones de la institución, así en 1924 se construyeron las salas de operaciones y esterilizaciones, la morgue y un subsuelo.

A mediados de 1926 el hospital contaba con un pabellón subdividido que conformaban tres salas. Habitaciones con cunas reservadas para enfermos graves y sus acompañantes; consultorios externos; sala de lactantes con sus madres; instrumental quirúrgico; rayos; laboratorio y fotografía.

En el año, 1947 el Hospital cumplió 35 años de vida, y estaba a cargo del Dr. Ovidio Rosas Costa. Los servicios que brindaban atención a la comunidad eran los siguientes: sala de clínica médica, sala de cirugía; sala de infecciosas, radiografía, consultorio interno, consultorio odontológico; laboratorio de análisis, entre otros.

En cuanto al mantenimiento y el financiamiento, de los gastos necesarios para el funcionamiento del Hospital, entonces el hospital recibía de aportes de la Provincia, cómo si también de la Nación, y parte del Municipio.

Pasaje de la Sociedad de Beneficencia al Estado

La Sociedad de Beneficencia Fundadora, se hizo cargo de la administración del Hospital de Niños San Roque hasta 1950. El 21 de agosto de ese año se reunió en asamblea para determinar la entrega del Hospital de Niños San Roque al Gobierno de la Provincia. El Decreto N° 3353/1950.

Con el paso de los años fue necesaria una nueva ampliación de la estructura edilicia del hospital. Para poder llevar adelante la obra, fue necesario trasladar la atención e internación a otros espacios: durante esos años los consultorios externos y las salas de internación pediátricas funcionaron en las actuales galerías del Hospital Palma, por eso el recuerdo de muchos paranaense vinculan al Hospital San Roque con el *Complejo Escuela Hogar “Eva Perón”* (ubicado en el mismo predio que el Hospital Palma).

Una vez finalizada la obra, se organizaron todos los servicios en las nuevas instalaciones del Hospital San Roque. En esa misma mudanza también se trasladó a los nuevos edificios el servicio de maternidad del Hospital San Martín.

La década del ‘80 fue época muy fructífera en lo que respecta a la atención de mayor complejidad. En 1986 se creó la Unidad de Terapia Intensiva, siendo la primera pública pediátrica de Entre Ríos.

En 1988 se inauguró el Sistema de Residencias en la Provincia de Entre Ríos, y al año siguiente inició la Residencia de Pediatría con sede en nuestro hospital.

En 1988, también, se creó la guardia activa del servicio de neonatología del Hospital. Todos estos avances fueron promovidos y apoyados por la Sociedad Argentina de Pediatría.

En la década del '90, comenzó la construcción de la torre que hoy permite ubicar rápidamente al Hospital San Roque en la geografía urbana paranaense.

Esta importante obra fue una iniciativa de la Asociación de Familiares y Amigos de Ayuda el Enfermo Hematooncológico de Entre Ríos (F.A.E.H.E.R) en 1995. La obra comenzó en marzo de 1997 y fue necesario demoler una parte de la antigua edificación. Se construyeron 8 pisos, una planta baja con túneles de evacuación y un subsuelo. Fue inaugurado en el año 2000.

En la Actualidad

El Hospital Materno Infantil San Roque trabaja incansablemente para mejorar la calidad del servicio que ofrece, capacita a sus trabajadores e incorpora tecnología biomédica de última generación.

Brinda atención en 49 especialidades y cuenta con guardias activas en pediatría y obstetricia las 24 hs. Posee un servicio de hemoterapia que es modelo en la provincia, con recurso humano especializado y equipamiento que posibilita la separación celular, y otros procedimientos de alta complejidad. También, recibe a donantes voluntarios de sangre durante todo el año.

El Hospital es sede formadora en las especialidades de Pediatría, Terapia Intensiva Infantil, Tocoginecología, Obstetricia Comunitaria, Neonatología, Cirugía Infantil, Otorrinolaringología y Odontología Comunitaria.

También cuentan con programas que posibilitan la ejecución de políticas públicas sanitarias, como el Programa de Pesquisa Neonatal de la Provincia de Entre Ríos “Programa Juan”, Programa “Sonreír” entre otros.

Como toda institución de Salud moderna, cuenta con cuatro comités que colaboran en el trabajo diario, en diferentes áreas: Comité de Bioética; Comité de Control de Infecciones; Comité de Docencia e Investigación y Comité de Mortalidad.

Cuarta parte:

Análisis de la Información

Introducción

En el presente apartado haremos la presentación del análisis de la información obtenida a través del método elegido. El análisis de frases significativas, el mismo consiste en identificar dentro de la

observación los aspectos más relevantes, para identificar las frases significativas, y los temas que el entrevistado viene desarrollando.

La técnica de recolección de información fue la entrevista semi-dirigida. Se realizaron un total de cinco entrevistas, dos entrevistas a médicos (un médico y una médica) del servicio de onco-hematología del HMISR y tres entrevistas a psicólogas del servicio de salud mental en dicho hospital. Cabe mencionar que en la totalidad de las entrevistas se mantendrá en anonimato los nombres y apellidos de dichos profesionales.

A continuación, identificaremos las frases significativas, se tendrá en cuenta las categorías y teorías seleccionadas, diagnóstico y sus efectos, tratamientos, cáncer, cuerpo, dolor, concepciones de salud-enfermedad, hospital.

En tanto para la articulación de las intervenciones consideramos pertinente el marco normativo que las encuadra dentro de la institución hospitalaria. Tendremos como referencia la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, ley de Información del Paciente, ley Oncopediátrica.

Cabe señalar que el aspecto normativo, si bien no fue un eje que se haya desarrollado, consideramos pertinente dejar mencionado dicho encuadre.

Para poder articular con la perspectiva teórica trabajadas en apartados anteriores.

Diagnóstico y sus Efectos, lo Inasimilable para la Familia

Una de las categorías importantes que elegimos para trabajar es sobre el *diagnóstico*

De la información obtenida retomaremos lo expresado por E1²³:

Al momento de preguntar sobre el diagnóstico, cómo se lo comunica a la familia, la referencia que nos manifiesta es la siguiente: “y nosotros cuando son **debut**²⁴, que debuta la enfermedad (...) hay un chiquito nuevo con leucemia en la sala, tenemos un debut, los más común son leucemias “

Nos resulta interesante el señalamiento del médico que asocia el diagnóstico con un “debut”, esta palabra de origen francés: *Debuter*, significa dar los primeros pasos. Observamos que este término es utilizado por los médicos para referirse a la aparición de los primeros signos de la enfermedad, o alguna modificación en el desarrollo del individuo. Si bien el profesional lo tiene incorporado en su discurso, la palabra debut, o debutar, no son considerados términos científicos, sin embargo, la relevancia del

²³En adelante E1, E2 son designados a los médicos en tanto E3, E4, E5 se nombrarán a las psicólogas. “E” significa entrevistado/a.

²⁴Términos médicos <https://temas.sld.cu/traduccion/2014/09/09/debut-comienzo-inicio/#:~:text=Entre%20los%20extranjerismos%20presentes%20en,en%20el%20desarrollo%20del%20individuo>

mismo radica en señalar que se trata de un momento originario de la enfermedad y no es una recurrencia de una patología preexistente.

Continuando con los dichos del **E1** en referencia al diagnóstico nos dice *“por lo general vienen sabiendo, porque vienen del interior y los pediatras que los derivan le dicen que posiblemente los van a mandar a este servicio, porque los mandan a un servicio de onco-hematología, la gente piensa que es algo raro o les nombran alguna **enfermedad** como leucemia, la palabra cáncer es más fuerte (...) la leucemia no saben que es, la palabra cáncer viste que es la que más pega”*.

En los distintos momentos de la entrevista, el **E1**, hace referencia a la palabra **enfermedad**, para la medicina es condición sine-qua non que haya personas enfermas para intervenir, sin la enfermedad no podría establecerse la relación médico- paciente.

Por su parte, Berlinguer (1994) el autor da cuenta de las diversas funciones que la sociedad le impone en diferentes épocas, a la medicina y a los médicos, como por ejemplo curar, controlar, prevenir etc. Entre las mencionadas hay una que resultará de gran importancia y estaría siempre presente, esta sería combatir las enfermedades, pueden variar los métodos científicos, las formas de administración, los instrumentos pero la finalidad sigue siendo la misma; eliminar la enfermedad.

Para el autor, la enfermedad forma parte del sufrimiento, y este último no siempre implica dolor orgánico, “la enfermedad, a menudo más que un dolor físico es pérdida de poder o dignidad humana, qué se traduce en prepotencia de los sanos y que acentúa las diferencias sociales, esto suele verse en los hospitales” (Berlinguer, 1994, p.35).

Consideramos que la enfermedad oncológica en las infancias es un hecho que irrumpe en la vida cotidiana, es un acontecimiento que desestabiliza toda la estructura familiar. Implica un hecho traumático que genera un acrisis, en el seno familiar.

Otras palabras, del entrevistado, que nos pareció importante retomar para complementar lo desarrollado anteriormente son *“hay que explicarle a los padres que puede fallarle la medula que puede ser una enfermedad que este ahí, que puede ser leucemia, para poder hacer el procedimiento lo más rápido posible, para poder empezar el tratamiento”*.

En medicina, para comenzar con los distintos tratamientos es necesario tener el diagnóstico. Como es sabido, el acto médico por excelencia es comunicar, nombrar la enfermedad, darle un nombre a esos signos y síntomas que aparecen y se manifiestan en el cuerpo.

El diagnóstico le mostraría al enfermo que su dolor, sufrimiento, encuentra un lugar ahí dentro de un sistema de procedimientos que el médico tiene que llevar a cabo por un determinado tiempo. Todo lo que puede ser experimentado a nivel corporal, como dolor, malestar, angustias, castigo, en algunos

casos, son tomados por el discurso médico, que le otorga un sentido, y un nombre a partir del saber científico que lo avala.

El filósofo Foucault (1985) nos hace un valioso aporte al afirmar que el síntoma sería el modo en cómo se presenta la enfermedad (tos, fiebre, dolor) haciendo lo visible e invisible de la enfermedad, el signo por su parte muestra lo que sucederá, lo que sucedió y diagnostica lo que acontece. La enfermedad debe ser considerada como una totalidad indivisible desde el principio hasta su final, como un conjunto de síntomas, con sus sucesivos periodos.

Continuamos con el análisis cuando el profesional dice *“para hablar con los papás se trata de **explicar** más o menos que es la enfermedad y se les da el diagnóstico ya eso hay que **reforzarlo** día a día, debe ser tan abrumador que se olvidan, (...) acá van aprendiendo uno les explica, y después ayudan a cuidar a sus hijos se van acostumbrando”*.

Si existe un lugar donde la medicina, estaría en su esplendor, ese lugar es “el hospital”, cada profesional médico (cardiólogo, clínico, oncólogo) utiliza métodos y técnicas que le permiten exponer y expresar, algo sobre el diagnóstico, teniendo presente los límites que encierra cada disciplina.

Por otra parte, E2 sobre el diagnóstico dice lo siguiente *“ni bien el paciente ingresa en la sala, vamos y le decimos sobre el informe de la sospecha diagnóstica en general, la patología más frecuente es la leucemia, o linfoma por lo que necesitas hacerle una punción para mandar a analizar” (...) En cuanto a la comunicación del diagnóstico a los padres se les dice la realidad sobre la sospecha, que la médula ósea no funciona que necesitamos hacerle un estudio y que es de urgencia”*.

En relación a la afirmación de nuestro entrevistado E2, nos parece oportuno retomar lo afirmado por Clavrel quien sostiene que:

La conquista de la observación del enfermo, que es la disciplina fundamental impuesta al médico que se acerca al lecho del enfermo, la disciplina a través del cual se le juzgará cuando pase sus “clínicas” en la instalación del discurso médico. Su observación (es decir, el texto en que consigue lo que ha observado) habrá de recoger todo lo enunciable en términos médicos y también por supuesto, ha de excluir todo cuanto no sea enunciable en ese discurso. (Clavrel, 1983, pág. 91)

El diagnóstico es tan devastador para el grupo familiar, que es esperable que eso acontezca, ese no querer saber, los olvidos, defensas que pueden presentarse en la familia algo de lo incommunicable se juega allí. El cáncer como ese real, que amenaza desde afuera y muestra de una manera muy cruda, la propia muerte.

Entonces, el cáncer como real para Lacan (1973) *es lo imposible* de ser simbolizado, no hay inscripción en lo simbólico.

Cáncer, Crecimiento Anómalo de la Célula

Otra categoría importante que elegimos para trabajar es *cáncer*.

A continuación citaremos las respuestas de E1 y E2:

E1: *“La palabra cáncer es casi un sinónimo de muerte, igual yo creo que cada vez menos, van aprendiendo cada vez más, qué tipo de cáncer”.*

E2: *“la palabra cáncer tiene más fuerza a nivel social porque si vos le decís, leucemia o enfermedad maligna en la sangre y decís cáncer, para ellos no es lo mismo, no interpretan lo mismo, piensan que el cáncer es peor y de hecho es lo mismo”.*

Nos parece oportuno retomar las frases de ambos entrevistados donde sostienen que el cáncer, o mejor dicho la palabra cáncer, en el imaginario social sigue teniendo una connotación negativa

Lo manifestado por ambos médicos puede deberse a que, culturalmente, esta enfermedad está asociada a la palabra muerte. Si bien podría ser una relación sostenida por el imaginario social, podemos afirmar que, según estadísticas del Instituto Nacional de Cáncer, existe una alta tasa de mortalidad que se registran a nivel mundial y nacional.

Nos resulta de gran importancia, lo dicho por el médico: **E1** *“igual yo creo que cada vez menos, van aprendiendo cada vez más, qué tipo de cáncer”*, porque él mismo hace hincapié, en que se va perdiendo esa connotación negativa de muerte que tiene el cáncer. Esto podría deberse a una cuestión fundamental que radica en el hecho que el médico no solo se encuentra inscripto en el lugar del saber y del saber hacer con los cuerpos, la particularidad reside en que la figura del médico es digno representante del discurso científico.

Es necesario decir que desde la perspectiva médica el estar avalados por el saber científico, les permite posicionarse en el lugar de la verdad sobre enfermedades, diagnósticos y tratamientos.

Nos resulta importante mencionar a Lacan (1966) quien nos dice, la perspectiva que él tomará en cuenta principalmente, es la mirada del médico y los cambios que se vienen produciendo en lo que llamará “la función del médico”. En tal sentido elogia los aportes de Foucault, quien propondrá el análisis de dos franqueamientos que se produjeron en la medicina, en primer lugar el paso de la medicina al lugar de la ciencia abandonando su analogía con lo sagrado, en segundo lugar el paso del campo de la mirada sobre el cuerpo, ya no como un objeto de control, sino al cuerpo como cuerpo social.

A continuación, se continuará analizando la categoría *cáncer* **E2** menciona *“cáncer se le dice porque es un crecimiento anómalo de algo, es como una proliferación anormal de una célula, habitualmente la*

célula, tiene un ciclo de vida como la persona, nace, crece se reproduce y muere, la muerte programada y el cáncer es ese, fallo en esta muerte programada, las células empiezan a crecer en forma desmedida.”

Para los médicos como es sabido la salud implica un ideal, a partir de esto, se establece una entidad que los médicos llaman norma. Por consiguiente, el estar enfermo implica una desviación de esa norma. La medicina considera el concepto de la OMS²⁵, donde reconoce que la salud “es un estado, completo bienestar, físico, mental y social y no solo ausencia de enfermedad”.

La reciente definición se ubica en un universal, es decir para todos, en donde lo físico, mental, y social funcionarían de manera idéntica para los sujetos.

Desde el psicoanálisis no podemos hablar tan tajantemente de normal y patológico, son dos conceptos que se corresponden entre sí, es decir, que pueden ser dialectizados, no se consideran opuestos taxativos.

Nos valdremos de Berlinguer, quien se cuestiona ¿quién es normal?, el autor sostiene que la pregunta parece ser sencilla, pero la norma es difícil de evaluar, incluso en los sistemas físicos, y más en los biológicos. Según el autor “hacer coincidir anormalidad y patología, es a menudo arbitrario” (Berlinguer, p. 36).

Salud como ausencia de enfermedad

La concepción de salud y enfermedad, no serían nociones definidas de una vez y para siempre, por el contrario las distintas significaciones que se pueden ir estableciendo están estrechamente ligadas a distintos agentes. Por tal motivo tomaremos lo manifestado por E1 Y E2, en relación a su concepción de salud.

E1 sostiene, *“para mi, salud es la ausencia de enfermedad, salud es el estado bio-psico-social, la ausencia de todo eso es la enfermedad, el bienestar psicológico, la parte social también pero más que nada, la ausencia de salud física orgánica, estar saludable digamos, que uno se sienta bien activo”*

En tanto **E2**, dice lo siguiente *“la salud, como ese estado de buena salud, de bienestar tanto físico, psíquico, mental y orgánico incluyendo todo el sistema, todo el organismo (...) tener todo en equilibrio eso sería el buen estado de salud”*

Resulta interesante lo dicho por los entrevistados, ambos definen a la salud tomando como referencia la definición de la OMS, en términos de ideales a alcanzar, manifiestan un *“bienestar bio-psico-social”*, en expresiones de estar bien o sentirse bien en equilibrio.

²⁵<https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-salud-en-la-constitucion-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms>

Retomaremos la frase de **E1** “*salud es la ausencia de enfermedad, salud es el estado bio-psico-social, la ausencia de todo eso es la enfermedad, el bienestar psicológico, la parte social también pero, más que nada, la ausencia de salud física orgánica*”

El médico asocia salud como ausencia de enfermedad, se podría decir que es algo que se tiene y se puede perder por algún suceso de la vida, la finalidad del médico sería la restitución de la salud perdida por la aparición de una enfermedad.

En contraposición a esta definición, en este trabajo se considerará, lo que afirma Stolkiner (1988) acerca de que la salud no se debe definir como una categoría absoluta, la autora sostiene lo siguiente, “preferimos definir salud como el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto y su realidad” (Stolkiner, 1988, p. 31).

A su vez Ferrara (1985) critica la concepción de salud que brinda la OMS por su apreciación al otorgarle a la salud solo la categoría de bienestar, reduciéndolo a sentirse bien o estar bien, transformando la definición en simple tautología.

Por su parte el psicoanálisis no se orienta por reconocer un estado óptimo posible, tampoco se basaría en concepciones dualistas, bueno-malo, sano-enfermo, sino que raparía en la idea de conflicto al que le otorga un lugar central, desde el psicoanálisis no se piensa la salud con características universales. Lo que implicaría situarnos cerca de una banda de Moebius que de un ideal a alcanzar.

Cuerpo para la Medicina y Cuerpo Erógeno para el Psicoanálisis

En este apartado, se mencionará las respuestas que dieron las psicólogas, acerca de los cambios que se producen a nivel corporal a raíz de la enfermedad oncológica que padecen, las infancias.

E3 dice lo siguiente “*en la cuestión de la re significación de la pubertad de tener que pasar por una situación así, como el cáncer en relación a su **imagen corporal**, intervine yo pero por el hecho de ser varón por el pudor por cuestiones que aparecen en relación a su sexualidad*”

Por otra parte, **E4** sostiene, “*son impactantes todos los casos en general, más que nada en lo **corporal**, toda la cuestión identitaria nosotros al trabajar hasta los 15 años trabajamos con adolescentes, y en el adolescentes esta no solo la sexualidad, la pubertad, sino la cuestión de la imagen corporal de modo muy marcado y no solamente está la caída del cabello, sino que suben bastante de peso por el tratamiento, con corticoides la piel cambia de color, muchas intervenciones de vías , eso va dejando cicatrices y la cicatrización no es buena creo que es impactante*”

Por su parte **E5** responde que “*la **imagen del cuerpo** cambia enseguida se les cae el pelo, engordan vomitan, tiemblan, entra y sale lo que te imagines, entra la medicación sale el vomito, hay un*

intercambio entre el afuera y el adentro fuertísimo, las barreras de la piel se diluyen, entiendo que cada cuerpo tiene sus modos de responder”

Como hemos trabajado en capítulos precedentes el tratamiento médico oncológico que se realiza a los niños/as y adolescentes implica una invasión a nivel corporal; desde la primera aplicación de los bloques de quimio terapia se producen cambios a nivel corporal, uno de los más sobresalientes y notable a simple vista es la caída de pelo.

Como ya se ha mencionado a diferencia de la medicina no pensamos en un cuerpo orgánico, objetivable y medible como si lo hace lo hace el médico. Sino que recapacitamos en un sujeto, nos dirigimos hacia un sujeto que porta un cuerpo.

Resulta interesante volver a las palabras de las tres psicólogas las que manifiestan cómo en la enfermedad oncológica puede verse claramente reflejada lo que ellas nombran como “*imagen corporal*”.

Para el psicoanálisis, existe una diferencia primordial entre organismo y cuerpo, para esto es importante retomar los aportes tanto de Freud como de Lacan. Seguidamente mencionaremos algunos de los supuestos desde los cuales nos posicionamos.

Por un lado, para la teoría psicoanalítica, el sujeto no nace con un cuerpo, este se construye a partir de diferentes operaciones psíquicas que se encuentran más allá del organismo.

Por otro lado, desde esta perspectiva no podemos pensar el cuerpo conformado como un proceso de maduración biológico. Existiría un momento de anticipación en donde la imagen otorga la posibilidad de una maduración que no se tiene, comienza allí en esa identificación, proceso de posibilidad de tener un cuerpo, la maduración neuromotriz del niño está demorada respecto de lo que la imagen brinda con anticipación. Es a partir de esta imagen que aparece pero como “otro” en el espejo produciendo la asunción del propio cuerpo.

El ingreso del significante en el organismo, produce la fragmentación del organismo, ruptura con lo instintual. La pre maduración del humano, que existe antes de haber nacido, se encuentra en estado de dependencia por un tiempo considerable del Otro.

El cuerpo es una construcción imaginaria anudado de forma simbólica se constituye junto con el yo. Esto muestra la relación que existe entre la construcción del cuerpo con la libido.

Continuando con el desarrollo resultará pertinente retomar algunos desarrollos, hechos por Freud (1890) quien puntualiza que existe desde la medicina una confusión en separar cuerpo y psique.

En estos pacientes al encontrarse transitando esta enfermedad que comprende lo somático. En tal sentido, el psicoanálisis reconoce que dicha enfermedad orgánica, conduce a un retiro de la atención en términos libidinales, sobre el cuerpo y los afectos del sujeto.

Tratamientos, Protocolos Estandarizados

En este párrafo abordaremos la categoría de *tratamiento*, se tomaron las respuestas más significativas mencionadas por E1, *“las quimios que le hacemos son protocolos estandarizados y se les hace a todos por igual, hay un solo protocolo, y se respeta porque es la forma que llegue a la curación, también hay excepciones, cuando la complicación es tan grave que el paciente queda con una secuela, y ello conlleva el riesgo que la enfermedad vuelva; y es más a veces vos lo ves al nene y decís ¿le vas hacer quimio de nuevo?, ¡con todo lo que tuvo!, ¡y si! Sino la enfermedad lo va a matar no es fácil de verlo, pero ¡es así!”*.

Como se mencionó en apartados anteriores, los fines que animan a la medicina es la sobrevivencia del paciente, El fin último del médico es evitar en la medida de lo posible, la muerte.

Como expresa Berlinguer (1994) al arsenal técnico-científico de la medicina en donde se han ido incorporando de manera paulatina otras ciencias a las ya conocidas (químicas, física y biología). Lo novedoso es la incorporación de otras ciencias, como la ingeniería, teniendo resultados exitosos en algunos casos, y en otras deformaciones; lo que se produciría con esto según el autor, es cierto descuido de la importancia de la participación del paciente en la cura de su enfermedad.

Por su parte Lacan, en *Psicoanálisis y Medicina* (1966) sostiene lo siguiente.

El médico es requerido en la función de investigador fisiológico, pero sufre otras llamadas: el mundo científico derrama entre sus manos un número infinito, de lo que como agentes terapéuticos nuevos, químico o biológico puede producir. Ese mundo de la ciencia los pone a disposiciones del público y le pide al médico, como agente responsable de la distribución y dosificación que los ponga a prueba. Lacan se pregunta dónde está el límite en el que el médico debe actuar ¿A que debe responder? A algo que se llama demanda. (Lacan, 1966, p.12)

Queremos retomar una frase de E1 respecto al tratamiento, dice lo siguiente *“hay excepciones cuando la complicación es tan grave que el paciente queda con secuelas (...) Y a veces vos lo ves al nene y decís ¿le vas a hacer quimio de nuevo? ¡Con todo lo que tuvo!, ¡y si! Sino la enfermedad lo va a matar”*.

Nos parece importante recuperar las preguntas antes realizadas por Lacan (1966) ¿dónde, está el límite en que el médico debe actuar? ¿A qué debe responder?

Como se ha dicho con anterioridad, es el médico quien decide sobre qué tratamientos utilizar, tomando como referencia criterios que sólo él conoce, y que se encuentran avalados por un saber científico, son aplicados de manera universal.

Al respecto Clavreul dirá lo siguiente “Lo que el médico observa es lo que puede inscribirse en cierto campo de saber con exclusión de cualquier otra cosa; es lo que puede constituir una teoría, o al menos un diagnóstico, que tenga alguna coherencia el resto no existe para él” (Clavrel, 1968, p. 66).

Siguiendo el análisis de la categoría *tratamiento*, **E1**, hace alusión al **dolor** diciendo lo siguiente: “*nosotros tenemos una cremita que es un anestésico, cuando les van a sacar sangre, o hacerle, los bloques, les ponemos un rato antes así les duele menos, y ya después te estiran el brazo, y ya saben y entienden de la quimio y que se les va a caer el pelo más en las nenas, es todo un tema*”.

Con respecto al dolor que produce el tratamiento, retomaremos lo planteado en la perspectiva teórica Freud (1920) sostiene que el aparato psíquico no resiste el displacer se defiende de él, frente a la enfermedad Oncológica se tiene presente que dicho tratamiento médico, provoca en la mayoría de los casos, dolor, cansancio teniendo impacto directo en el cuerpo.

Lo mencionado produciría un abandono en términos libidinales como es sabido, es frecuente que antes una enfermedad como el cáncer, donde lo que se encuentra afectado es lo corporal, se lleve adelante una introversión de libido del enfermo, perdiendo el interés en cualquier esfera que no sea su padecimiento.

Siguiendo los aportes de Freud (1914) en *Introducción del narcisismo* nos habla acerca de la enfermedad orgánica y las alteraciones que sufre la distribución de la libido, que es retirada de los objetos de amor, replegando el interés libidinal hacia la zona del dolor.

Desde otra perspectiva, en *La cultura del dolor* Morris (1991) critica la concepción biomédica considerándola como dominante en la cultura, en lo que refiere al tratamiento dolor, en lo que hace a su concepción y la manera de abordarlo.

Para la medicina el dolor es un suceso bioquímico, al respecto, Morris (1991) afirma: “la transmisión particularmente compleja de una señal nerviosa, desde un tejido dañado hasta el cerebro” (p.15). Dicha definición que fue acuñada por la medicina moderna donde se tenía una concepción mecanicista, producto de la ciencia de la época.

A modo de conclusión, para la medicina el dolor es orgánico y está en su afán eliminarlo, mediante diferentes terapias, excluye toda historiografía del sujeto.

De los Tratamientos Estandarizados al Caso por Caso

A continuación, tomaremos lo dicho por las psicólogas intervinientes en el servicio de onco-hematología.

E3, una de las psicólogas, nos dice lo siguiente, *“con cada uno de los pacientes que ingresa, en Onco, hay una distancia, y objetividad que no puedes intervenir, vos necesitas salir hablar con otros comentar el caso, pensar en equipo, en situaciones tan dolorosas y particulares, desde el hospital con la formación estamos capacitados para trabajar, en la sala de Onco, porque trabajamos con el sufrimiento psíquico independiente de la patología que los atraviesa, lo que si tenemos que tener es una formación en infancia, (...) tenemos que saber los funcionamiento de la estructuración psíquica”*.

Por su parte **E4**, sostiene lo siguiente *“los profesionales que están en esa sala, tienen una fortaleza diferente al de otras salas, y son niños donde se construye un vínculo muy distinto al de otras salas, donde hay recambio de pacientes, en esta sala, por la características de la enfermedad en sí, hace que sea una sala que le cueste comprender que los niños lloren”*.

En tanto **E5**, manifiesta lo siguiente *“con niños uno no piensa que es un caso de elaboración, sino de construcción, entonces hay que ver el caso por caso, es muy subjetivo, posibilitar otros recursos”*.

Como venimos trabajando hasta el momento, las intervenciones de los médicos, en el tratamiento del cáncer, son llevadas adelante a partir de los protocolos estandarizados, es decir, a todo por igual. Se basan en las técnicas- tecnologías, avaladas por el discurso científico, las cuales aplican en su totalidad, apelando a la sobrevida de los pacientes.

De acuerdo con Laurent (2006), es ineludible toparse con un imposible cuando se intenta domesticar la pulsión de muerte como se procura mediante otras técnicas. La ciencia al objetivar el comportamiento humano, para medirlo y desarrollar técnicas de evaluación e intervención, intentará reducir la subjetividad a los términos técnicos, como son la eficacia y eficiencia. Desde la medicina la importancia de los tratamientos radica en la efectividad de protocolos.

Tomaremos lo afirmado por Clavrel en “El Orden Médico”

La medicina no quiere ni puede saber nada de ese sufrimiento. En el discurso médico el sufrimiento se llama dolor, u opresión, fiebre. Existe para el médico solo como síntoma, es decir en tanto es formulable en los significantes que constituyen un síndrome que tiene lugar en la nosología. (Clavreul, 2012, p.182)

En este sentido, nos resulta de gran valor la frase dicha por **E3**, *“uno necesita comentar con el equipo, con los compañeros, supervisar, todo lo que implica la práctica en salud mental, (...) entonces la sala termina siendo así, el médico te comanda, te dice, como si uno fuera auxiliar de la medicina, y en realidad nosotros no somos eso”*.

Así pues, retomamos lo dicho por Lacan (1966) cuando se pregunta ¿cuál es el lugar del psicoanálisis en la medicina? Con respecto a esto dice que “el lugar que le confiere, al psicoanálisis, es marginal, y como

lo ha dicho, en varias ocasiones extra territorial. La posición que toma la medicina con respecto del psicoanálisis, al que admite solo como una especie de ayuda externa” (p.12).

Para concluir, en la relación médico- paciente, el saber es ubicado del lado del médico, él es el que sabe de fisiología, anatomía y patologías, de medicaciones. Contrariamente, en la relación del psicoanalista con el paciente, el saber del analista se presenta como un supuesto, donde el saber del paciente lo tiene el sujeto.

Prolongando con las intervenciones con niños y adolescentes, surgen frases que resultaron importantes y fueron las siguientes

E5 dice “yo me acuerdo que me vi en un apriete de decir ¿cómo transmito esto? Y en realidad es algo que uno ofrece y el otro evalúa que hace, no puedes decirle traigan a la hermana, entonces ella sola hace la asociación y me dice vos decís que le diga a mi hija que venga, ahí le digo ¡sí! me parece lo mejor que ella pueda venir.

E5, manifiesta su preocupación acerca de cómo transmitir la situación de un paciente que se encontraba grave, resulta importante resaltar que frente a su pregunta, se responde diciendo “en realidad es algo que uno propone y el otro evalúa que hace”.

Como se menciono, las particularidades de las intervenciones desde psicoanálisis en el hospital, se pueden observar ciertas dificultades que dicha práctica implica al estar inscripta en una institución de salud pública, en donde lo que prima es el discurso de la medicina.

Por su parte, desde el psicoanálisis es un desafío al pensar las intervenciones que se puedan realizar en el hospital, en donde se apuesta a una escucha y de tratar el caso por caso, habilitando un espacio de interrogación en la medida de lo posible.

Teniendo en cuenta a Chamorro (2017) la perspectiva que adopta el psicoanálisis es al revés, desarticulando los universales buscando lo particular del sujeto, en tal sentido decir es un “obsesivo”, es una “histérica” no dice demasiado.

Según el autor las intervenciones desde el psicoanálisis apelan al vacío de sentido ir más allá, que sea el otro quien decida, interprete el sentido de la intervención, en este caso el familiar sea quien asocie y no el psicoanalista.

Recuperamos lo dicho por **E5** “Y en realidad es algo que uno ofrece y el otro evalúa que hace, no puedes decirle traigan a la hermana, entonces ella sola hace la asociación”

La posición que adopta la psicóloga es diferente a la que tomaría el médico, al decir que ella no puede pedirle al familiar que haga algo que ella solicite.

Lo dicho puede pensarse desde Chamorro (2017) quien manifiesta que la intervención psicoanalítica debe ser breve, escapando al sentido, por el contrario si el psicoanalista agrega sentido esto sería sugestión y no interpretación.

Como dice Pujo (1993), el psicoanálisis surge de otro tipo de vínculo, en el seno de una relación social singularizada, no colectiva, en cierto sentido una relación privada, en el contexto de un diálogo que es, como tal, confidencial, no objetivable, no institucionalizado. La presencia de los psicoanalistas, los intentos de emprender un tratamiento analítico en una institución pública, colectiva, no supone ninguna vinculación evidente, sino que aparece en relación a la especificidad de la cura analítica.

La interconsulta como posibilidad a otras intervenciones

Se tiene presente que el nexo que une al médico con el servicio de salud mental en el hospital, es la interconsulta estees el lazo que permitirá brindar lugar al pedido médico a partir de la escucha de las psicólogas.

A continuación se tomarán los dichos de las entrevistadas

E3, manifiesta lo siguiente *“ellos necesitan tener todo bajo control (...) la menor interferencia en el tratamiento que ellos tienen, los médicos si ven o pescan que algo de lo emocional está pasando y realmente es importante, te van a consultar porque es una cuestión lógica ellos tienen que ocuparse de lo que tienen que ocuparse, no pueden dejar cabos sueltos entonces ahí hacen la interconsulta”*

En tanto **E4** refiere lo siguiente *“cuando viene la interconsulta por un paciente, me acuerdo un caso cuando tenían que sacarle sangre a un nene él se angustiaba mucho, los médicos y enfermeros tienen un buen manejo, si ellos piden la interconsulta, es porque realmente es algo persistente que adquiere otras características para un abordaje terapéutico que ahí el profesional decide si es con los niños, padres o ambos”*.

Ambas entrevistadas resaltan la importancia que tiene desde perspectiva médica lo anímico, ya que esto puede inferir de manera directa en el tratamiento, consideramos que es la interconsulta una posibilidad de maniobrar sobre lo que solicita el médico por un lado y lo que se pueda llegar a producir en un tratamiento.

Teniendo presente lo que manifestó **E4** *“si ellos piden la interconsulta, es porque realmente es algo persistente que adquiere otras características para un abordaje terapéutico que ahí el profesional decide si es con los niños, padres o ambos”*.

Como se menciono la interconsulta es el nexo que convoca a las psicólogas al servicio de Oncología, por lo general el médico hace el pedido cuando desde su saber encuentra un límite, una incertidumbre.

Sin embargo la entrevistada dice que “*ahí el profesional decide si es con niño, padres o ambos*”, es una puntualización interesante la que hace la psicóloga teniendo presente que como profesionales lo que hacen es escuchar y eso exige otros caminos. En este sentido las intervenciones que se pueden llevar adelante en un hospital reside no tanto en el pedido específico del médico, más bien en cómo se ubican en relación a ese pedido.

El Juego como Significante

En este último apartado, se considerará parte de la entrevista de E5, en la que menciona a una niña de tres años que se encontraba, en ese momento, internada en el servicio de onco-hematología. Se la llamará N, para resguardar su identidad, lo dicho por la profesional es lo siguiente:

“llego una interconsulta una nenita de tres años, a los médicos le era muy difícil trabajar con ella, hacerle las cosas médicas, era una nenita con mucho miedo a lo que estaba viviendo. Lo primero que hicimos fue conocerla darle confianza, el vínculo, ofrecerle una caja de juegos que era la de Juliana doctora con jeringas y cosas y le conseguimos un bebé. Ella le hacía todo al muñeco y desde que empezó a hacer activó, lo que ella experimentaba pasivamente, empezó a estar mejor, a elaborar parte de lo que le pasaba, se trabó mucho con los médicos, cómo acercarse a ella, cómo hablarla, los médicos están, acostumbrados a llegar y hacerle el procedimiento, trabajamos en frenar un poco eso, para darle un tiempo a ella de preparación”.

Retomaremos lo manifestado por E5 de una intervención con una niña que se encontraba internada en Onco-hematología refiere lo siguiente.

“Ofrecerle una caja de juegos que era la de Juliana doctora con jeringas y cosas y le conseguimos un bebé. Ella le hacía todo al muñeco y desde que empezó a hacer activó, lo que ella experimentaba pasivamente, empezó a estar mejor, a elaborar parte de lo que le pasaba”.

Podría pensarse, parafraseando a Freud (1920) que el juego es una actividad que posibilita al niño contraponer situaciones que tienen carácter displacentero que inicialmente son experimentadas de manera pasiva. Como expresa E5, el cambio de pasividad en actividad permite que N, se sintiera mejor, dicha experiencia de juego, implica alivio, como así también posibilidad de elaboración.

Como afirmamos en apartados anteriores, el juego es un significante. El hecho de que N pudiera jugar, fue lo que permitió la inscripción de la intervención, no se produjo un significante al jugar sino que el juego es un significante, que viabilizó algo del trabajo, lo que se produjo fue un juego.

De esta manera, lo planteado por Winnicott, en *Realidad y Juegos* nos sirve de referencia.

La psicoterapia, se produce en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la tarea del terapeuta, se orienta a llevar al paciente de un estado en que no puede jugar a uno en que le es posible hacerlo. (Winnicott, 1972, p. 61).

La clínica con niños, en donde se apela a un sujeto que habla, independientemente del diagnóstico, se le brinda un lugar particular en la escucha y sobre lo que ese niño pueda decir.

Lo dicho anteriormente puede verse reflejado en el texto *Tratamiento psíquico, tratamiento del alma* (1890) en el que Freud afirma que los signos patológicos provienen de un influjo alterado de la vida anímica sobre el cuerpo. Cuando aparece una enfermedad tan devastadora, como lo es el cáncer en la vida de un sujeto, al ser infancias, hablamos de constitución subjetiva, como mencionamos en la perspectiva teórica el cáncer como real, al no tener una significación no puede ser inscripto en lo simbólico puede producir en las infancias, como así también en su grupo familiar un derrumbe subjetivo, al ubicar a la muerte como posibilidad que hasta ese momento había estado velada.

Sin embargo, se considera que desde el psicoanálisis se mantiene ciertos principios que le otorgan fundamento.

Por su parte Miller (1988) sostiene que lo caracteriza a la práctica analítica, consiste en no tener un patrón a seguir, pero si principios, esto permite ubicarse en oposición a un standard, protocolos, según el autor existe una distancia entre lo que se puede hacer en análisis puesto que se trata de encuentros singulares uno a uno.

Cómo afirma Laurent (2005) “surge el escándalo de lo contingente, de lo imposible de programar del trauma” (p. 40).

En la clínica con niños, el sufrimiento se toma como una condición de advenimiento subjetivo, de transformación y de movimiento subjetivo. El sufrimiento actúa como una brújula en lo anímico que resguarda la serie de restricciones que la realidad impone. Las intervenciones llevadas adelante por las psicólogas con perspectiva psicoanalítica, se posicionan de manera opuesta a la lógica del hospital, en donde se encuentra el discurso médico como dominante, apostar al surgimiento de la singularidad y así, otorgar sentido al sufrimiento.

Desde el psicoanálisis no se apunta a la curación del paciente, y tampoco, se dirige el tratamiento hacia la curación del cáncer, porque es un abordaje médico. En tal sentido, el posicionamiento radica en asumir que estar vivo supone, para cualquier sujeto, un padecimiento. El cáncer es pensado como un

evento excepcional, que irrumpe en la vida de los sujetos. Pero, así como cualquier evento impuesto por la vida, hay posibilidades de acompañamiento del dolor y sufrimiento que la enfermedad suscita.

Desde nuestro punto de vista, el psicoanálisis apuntará al sujeto que habla, a diferencia de la ciencia, quien habla de objetos, que pueden ser medidos, estudiados, etc.

La noción sujeto del psicoanálisis teoriza sobre un cuerpo que es erógeno, cuerpo que encarna un saber, un saber hecho cuerpo, donde se incorpora la singularidad.

Para la ciencia, la historia particular no interesa, tampoco la historización del padecimiento, porque sus verdades son a históricas, suspendidas en el tiempo, ignorando el drama que encierra su paso.

Conclusiones

La presente investigación, tuvo como propósito analizar las diferencias en el tratamiento del sufrimiento, de infancias que sufren una enfermedad oncológica, por parte del discurso médico y del campo de la salud mental.

Consideramos pertinente, retomar nuestra pregunta de investigación, ¿Cuáles son las diferencias en las intervenciones del discurso de la medicina y del campo de la salud mental frente al tratamiento del sufrimiento de las infancias con enfermedad oncológica que asisten al HMISR? Si bien sabemos que es una pregunta que no tiene una respuesta acabada ni unívoca, intentaremos hacer una aproximación a partir de lo expuesto previamente.

El trabajo de campo se llevó a cabo en el Hospital Materno Infantil San Roque, de la ciudad de Paraná provincia de Entre Ríos. Para el análisis de la información se eligió el soporte teórico del psicoanálisis.

Asimismo las categorías utilizadas en el análisis fueron: diagnóstico, tratamiento, cáncer, cuerpo. Las mismas nos permitieron, tener ciertos lineamientos a la hora de hacer una aproximación a nuestro objeto de investigación.

Partimos del supuesto que existen diferencias en las intervenciones, en relación al tratamiento del cáncer, entre el discurso médico, y el campo de la salud mental. Dicha conjetura implicó repensar las intervenciones llevadas adelante por ambas disciplinas.

En primer lugar, podemos decir que, desde la medicina, el tratamiento brindado a las infancias con enfermedad oncológica se encuentra avalado por los protocolos estandarizados. Estos protocolos son

universales, es decir, para todos, independientemente del tipo de cáncer que el niño pueda tener, los mismos son respetados, porque es la forma de llegar a la curación y/o remisión de la enfermedad; a su vez, son los que están estudiados y certificados por las “sociedades científicas”, en términos del médico entrevistado.

No obstante, al respecto se deja indicado como uno de los puntos centrales, a los cuales se arribó en esta investigación, a raíz de lo observado, en diferentes momentos de las entrevistas a las psicólogas, fue que llamaban a los niños, por sus nombres de pila. Se estima que esta es una intervención que apunta a la singularidad de cada sujeto. Contrariamente, a lo referido por ambos médicos, los cuales se dirigían a los niños/as y adolescentes como pacientes portadores de una patología específica.

Esta afirmación no pretende desconocer que hay casos en los cuales, el médico es permeable a la subjetividad del paciente, que deja una huella importante en su práctica, que hace que este, no se olvide de ese paciente y esté verdaderamente conmovido por su sufrimiento.

Continuando con nuestro recorrido, uno de los objetivos que plantamos fue reflexionar acerca del encuentro del psicoanálisis con el niño, es decir el trabajo clínico, desde una perspectiva psicoanalítica con niños. A diferencia de otras disciplinas, el psicoanálisis no se ocupa del niño para hacerlo objeto de investigación, ni para estudiarlo como un objeto al que hay que intervenir; sino que, hace otro tipo de camino, podríamos decir una inversión, al escuchar lo que un niño pueda decir, es decir otro tratamiento.

Las psicólogas entrevistadas, las tres con formación psicoanalítica, manifestaron que las intervenciones que realizan con el niño, implican posicionarse desde otra perspectiva en relación al sufrimiento que la enfermedad suscita, brindándole lugar, a su palabra, al juego, la pintura, y a partir de esto establecer otro tipo de elaboración, cuando eso es posible, sin desconocer que en los primeros tiempos, la prioridad es el tratamiento oncológico.

Así pues, consideramos indispensable poder pensar el juego u otro recurso, como una posibilidad de recubrir lo real de la muerte.

Por tal motivo, se considera importante decir que este encuentro, entre el psicoanálisis y el niño es posible; y que puede ser sostenido, en los dispositivos públicos como lo es el Hospital y particularmente desde el servicio de salud mental, desde donde son convocadas las psicólogas, a través de la interconsulta, para intervenir en onco-hematología.

Resaltamos el significante “hospital”, porque lo consideramos “el escenario principal”, en donde hay un discurso dominante, que es, el discurso médico, que tiene como protagonista a los médicos y a su saber. Este es otro punto interesante al cual arribamos en la investigación, se puede aseverar que la posición desde el psicoanálisis, a diferencia del psiquiatra y del médico, no asienta a brindar cuidados específicos como parte del tratamiento, ni de considerar a su intervención como posibilidad de cura de

la enfermedad, la posición de las entrevistadas, señalan la escucha, posibilitando crear un espacio de subjetivación.

Es oportuno reflexionar acerca de la condición traumática que guarda el diagnóstico de cáncer, no sólo para el niño sino para su grupo familiar. Son momentos decisivos, principalmente, en la etapa diagnóstica, en donde se puede hacer una elaboración o hacer hincapié en el éxito del tratamiento médico.

La particularidad de la clínica con niños reviste en el hecho de encontrarse con infancias que presentan el carácter de fragilidad y dependencia con los padres, por tal motivo, se tomará una frase de la psicóloga entrevistada, las palabras de la psicóloga nos permiten pensar esta problemática “cuando trabajas con un niño, no está aislado del contexto familiar, también trabajas con los padres, las intervenciones no son solo, con el niño, sino también con los adultos que acompañan, la situación es traumática para todos, es importantísimo sostener a quien sostiene”.

Lo que queremos remarcar, es la posición que adoptan las profesionales, si retomamos lo mencionado podemos establecer ciertas particularidades que no pueden pasarse por alto, y que consideramos indispensable tener presente, las intervenciones son la brújula, que guía nuestra investigación, en el decir de las entrevistadas, sostienen, que cuando se interviene con niños, se trabaja con la singularidad del caso por caso, independientemente si tiene una enfermedad o no, tenemos presente, que no es lo mismo que el niño esté enfermo, a que no lo esté.

Como se trabaja en esta investigación, desde el discurso médico el cáncer, es un crecimiento anómalo de la célula, la falla en una muerte que está programada, como es sabido, los médicos necesitan encontrar la causa, el origen por supuesto es orgánico.

Desde esta perspectiva, habiendo realizado la investigación, podemos afirmar que no podemos pensar a la enfermedad oncológica, como una causalidad psíquica. Consideramos tener presente, que el tratamiento oncológico que se realiza a los niños, niñas y adolescentes, al utilizarse drogas muy fuertes pueden producir efectos a nivel fisiológico, como alucinaciones o síntomas de orden parecidos a la depresión, es decir, connotaciones psíquicas que pueden asemejarse con otra estructura, como por ejemplo Psicosis, eso es importante tomarlo como lectura diagnóstica no de la estructura, son efectos propios del tratamiento farmacológico.

Dicho esto aseveramos que, cuando se trabaja en análisis, se apunta a un sujeto y a su sufrimiento, independientemente, si es un paciente oncológico, de sala de paliativo o terapia intensiva, no se debe atribuir algo anímico a algo que es orgánico, producido por la enfermedad.

Desde la perspectiva psicoanalítica no se trata de aplicar técnicas, ni hacer aportaciones universales, reconocemos un apremio por la vida, sin embargo se tiene presente que reparamos en tiempos que son

lógicos, sin descuidar el tratamiento médico, posibilitando hacer una pausa en el tiempo cronológico para que esta manera se puedan ir construyendo otras escenas posibles, contando con los recursos subjetivos, que el niño pueda ir elaborando, como así también, ir transformando, sus miedos, fantasías, dolor, con el acompañamiento de las psicólogas.

De las entrevistas realizadas a las psicólogas, se desprende que, a partir de sus intervenciones pudieron ir trabajando de a poco, abriendo la posibilidad de simbolización través del juego, de la palabra, la pintura, situaciones que obstaculizaban las posibilidades de intervenciones en lo real del cuerpo (ver E5).

Para concluir, se dejará algunas consideraciones para futuras investigaciones.

Se hace necesario resaltar que en la presente investigación el hecho de no lograrse dilucidar las cuestiones vinculadas a lo interdisciplinar, más allá de una aproximación a los avatares de la interconsulta en un hospital pediátrico.

Creemos necesario realizar una reflexión acerca de las potencialidades y la complementariedad sostenida por el servicio de oncohematología teniendo presente los distintos discursos que atraviesan el mismo, tomando como referencia los aportes de las diferentes disciplinas que contribuyen en el tratamiento de los niños/as con enfermedad de cáncer, estableciendo aportes desde cada saber, contribuyendo a la construcción de un espacio distinto a otros servicios que existen en el hospital.

Aunado a esto se tuvo presente el trabajo mancomunado e incansable que llevan adelante dos fundaciones (Arco iris²⁶ y Crisálida²⁷) que contribuyen y acompañan no solo a los niños/as y adolescentes con cáncer sino también a su grupo familiar en el proceso.

Actualmente el hospital HMIS R brinda atención en 49 especialidades cuenta con guardias activas de pediatría y obstetricia las 24 horas. Cuenta con un servicio de hemoterapia modelo en la provincia con recurso humano altamente especializado médicos pediatras especialistas, equipamiento de alta complejidad que posibilita la reproducción celular, laboratorios que brindan resultados en tiempo relativamente cortos. A su vez reciben donantes voluntarios de sangre todos los días del año, el servicio de oncohematología está ubicada en el segundo piso del Hospital con acceso por escala y ascensores, cuenta con tres médicos pediatras, contando con títulos de especialización de hematooncólogos, enfermero/as, terapeuta ocupacional, técnicos, bioquímicos y las psicólogas son convocadas por interconsulta desde el servicio de Salud mental del hospital.

Como es sabido desde el discurso médico al posicionarse en una epistemología que es diferente al del psicoanálisis; el médico para poder intervenir, tiene que objetivar el cuerpo del paciente, se considerará que esta desubjetivación es necesaria para poder llevar adelante su práctica que es la de curar la

²⁶ <https://www.hospitalsanroque.gob.ar/seccion/articulos/14/arcoiris-parana>

²⁷ <https://fundacioncrisalida.org/>

enfermedad que padecen sus pacientes. A su vez, se tendrá presente que cuando dicha objetivación o defensa que realizará el médico para intervenir falle, se pueda pensar en un dispositivo analítico por fuera del hospital en donde se aloje la palabra del médico.

Para finalizar retomaremos una frase de una de las psicólogas, “*el me agarraba la mano y ya no pensaba que palabra utilizar es “estar”*”, a lo dicho, agregamos ofrecer el cuerpo como sostén, la mirada, no como una mirada de caridad, sino que resaltamos la mirada que pueda sostener la dignidad del sujeto.

Algunos interrogantes que surgieron de esta investigación:

Tenemos presente que no forma parte de este trabajo, indagar sobre los dilemas que se presentan en la toma de decisiones científicas sobre la continuidad o interrupción de un tratamiento médico determinado en el que se encuentran “sometidos” los niños, ya que por su condición de infante no cuentan con la autonomía suficiente para decidir sobre su cuerpo. De tal forma se considera relevante señalar la responsabilidad que le cabe al médico en la decisión de continuar o interrumpir dicho tratamiento, en aquellos casos particulares cuando transcurrido el tratamiento por protocolo, y no se produce la remisión de la enfermedad, o se producen agravamientos, se considerará oportuno preguntarse, acerca del lugar que se le otorga o no, al sujeto, en este caso que posibilidad se brinda para que el niño/a “diga” sobre su tratamiento.

Bibliografía

Bibliografía Teórica

Aries, P. (1987). *El Niño y la Vida familiar en el Antiguo Régimen*. Editorial Taurus.

Berlinguer, G. (1994). *La enfermedad. Sufrimiento, diferencias, peligro, estímulo, señal*. Lugar Editorial.

Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995). *Respuestas para una antropología reflexiva*. Grijalbo editorial.

- Castro, E. (2004). *El Vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Siglo veintiuno editores.
- Clavrel, J. (1983). *El Orden Médico*. Editorial Argot.
- Chamorro, J. (2017). *Interpretar*. Grama Ediciones.
- Conde F (2010) *Análisis sociológico del sistema de discurso*. Madrid. Cuadernos Metodológicos N°43
- Foucault, M. (1985). *El Nacimiento de la Clínica*. Editorial siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (2007). *El poder Psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.
- Foucault, M. (2005). *El Orden del Discurso*. Fabula.
- Foucault, M(2016) *Enfermedad mental y psicología*. Editorial Paidós. Bs as
- Frigerio, G. (2008). *La división de las infancias*. Ensayo sobre la enigmática pulsión antiarcónica. Estante editorial.
- Flesler, A. (2014). *Niños en análisis: presentaciones clínicas*. Primera edición. Buenos aires. Paidós.
- Freud, S. (1890). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud obras completas I*. Amorrortu.
- Freud, S. (1895). Proyecto de psicología. En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud obras completas I*. Amorrortu.
- Freud, S. (1905). Sobre psicoterapias. En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud obras completas XVIII*. Amorrortu.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud obras completas VII*. Amorrortu
- Freud. S. (1914). Introducción del narcisismo. En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud obras completas XIV*. Amorrortu.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. En J Strachey (Ed.), *Sigmund Freud obras completas XVIII*. Amorrortu.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En J, Strachey (Ed.), *Sigmund Freud obras completas vol. XXI*. Amorrortu.
- Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós.

- Grau, C. (2001). *Las necesidades educativas especiales de los niños con enfermedades crónicas y de larga duración*. En C. Grau y M^a.C. Ortiz. *La Pedagogía hospitalaria en el marco de una educación inclusiva*. (57-129). Aljibe.
https://www.researchgate.net/publication/31727040_La_pedagogia_hospitalaria_en_el_marco_de_una_educacion_inclusiva
- Lacan, J. (1949). *El estadio del espejo como formador de la función del yo{je} tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*.
- Lacan, J. (1955). *El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica Seminario II*. Paidós.
- Lacan, J. (1958). *La ética del psicoanálisis. Seminario VII*. Paidós.
- Lacan J (1966). *Psicoanálisis y medicina. Intervenciones y textos I*. Editorial Manantial.
- Lacan, J. (1969). *El reverso del psicoanálisis. Seminario XVII*. Paidós.
- Lacan, J. (1971). *Las formaciones del inconsciente. Seminario V*. Paidós.
- Lacan, J. (1973). *Aun. Seminario XX*. Paidós.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Editorial Tres haches.
- Laurent, E. (2005). El tratamiento de la angustia postraumática: sin estándares pero no sin principios. En Belaga, G (Ed.). *La urgencia generalizada 2. Ciencia, política y clínica del trauma*. Editorial Granma.
- Margulis, J. (2015). *Clínica del desamparo. Una experiencia psicoanalítica con niños en instituciones*. Editorial Letra Viva.
- Millas, D. (2002). *Psicoanálisis aplicado en las instituciones asistenciales*. https://www.eol.org.ar/jornadas/jornadas_eol/011/textos/millas.doc
- Miller, A. (1988). *Introducción al método psicoanalítico*. Editorial Paidós.
- Monlau, P. (1946). *Diccionario etimológico de la lengua castellana*. Ed. GIL. J
- Morris, D. (1991). *La cultura del dolor*. Andrés Bello editorial.
- Pujó, M. (1992). *Lo que no cesa del psicoanálisis a su extensión*. Filigrana.
- Pujó, M. (1996). *El psicoanalista y la institución hospitalaria*.

<https://www.psicomundo.com/psa-hospital/9.htm>

Stolkiner, A. (1988). *Prácticas en Salud Mental en investigación y Educación en enfermería*. Medellín.

(2003) El concepto de Salud de la OMS. Teorico N°4 Recuperado www.psic.uba.ar

Klein, M.(1964). *El psicoanálisis de niños*. EditorialHorme SAE.

Winnicott, D. (1972). *Realidad y juego*. Gedisa

Bibliografía Metodológica

Díaz J., Badano M., (s/f). *Análisis de la entrevista y frases significativas*. Ficha de cátedra. Recuperado. http://www.fts.uner.edu.ar/catedras03/tfoi/mat_catedra/analisis_entrevistas_frases_sinificativas.pdf

Guber, R. (2004). *El Salvaje Metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Paidós.

Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista L. (2006). Capítulo 8 Selección de la muestra. En *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hi Education.

Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hi Education.

Steinar, K. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Ed. Morata, S.L.

Taylor y Bogdan. (1990). Introducción ir hacia la gente, La observación participante en el campo y La entrevista. En *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós

Bibliografía Antecedentes

-Aizpurua, L. A. (2015) *La actividad profesional del psicólogo en psicooncología infanto-juvenil*. [Tesis de grado. Universidad de Mar del Plata]. <http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/244>

-Berru Negrete, J, D (2019). *Propuesta teórica de dispositivo de encuentro ente el psicoanálisis y la pediatría en relación al trabajo clínico con niños*. Pontifica Universidad católica. Ecuador.

<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16576>

-Vera Molina. I (2012). *Clínica psicoanalítica para pacientes con cáncer*. Tesis de postgrado Universidad católica de Santiago de Guayaquil. Ecuador.
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/485>

-Wettein. B (2018). *Cáncer pediátrico Significaciones que elaboran los niños enfermos a partir de las posibilidades terapéuticas que reciben en la fundación Mateo Esquivó*. [Tesis de grado, Universidad Autónoma de Entre Ríos].

Repositorio institucional. <https://fhaycs-uader.edu.ar/tesis-defendrnda>.

Marco normativo

-Ley 26.657. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

-Ley 8806. (1994). *Ley provincial de Salud Mental*.

[https://www.coper.org.ar/files/leyes/Dossier I - Ley Provincial de Salud Mental - Ley 8806.pdf](https://www.coper.org.ar/files/leyes/Dossier_I_-_Ley_Provincial_de_Salud_Mental_-_Ley_8806.pdf).

-ley 26.529 (2009). *Derechos del paciente*.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

-Ley 27.674 (2022). *Ley Oncopedatríca*.

<https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/salud/proteccion-integral-del-nino-nina-y-adolescente-con-cancer>.

Índice de entrevistas

Entrevista realizada a un médico 57

Entrevista realizada a una médica.....	61
Entrevista realizada a psicóloga	65
Entrevista realizada a psicóloga.....	68
Entrevista realizada a psicóloga	72

Anexos

Entrevista Realizada a un Médico del Servicio de Onco-hematología del HMISR

Entrevistadora: ¿cómo llegas al servicio de Onco-hematología?

Bueno, después que me recibí de médico en Rosario, hice la residencia de pediatría acá en este hospital. Después estuve 10 años en terapia intensiva también de este hospital haciendo guardias y eso y ahora hace 3 años que estoy en este servicio.

Entrevistadora: ¿Cómo comunican el diagnóstico? ¿Cómo se dice? ¿Hasta dónde se dice?

Y nosotros cuando son debut, que debuta la enfermedad digamos, ahora aparentemente hay un chiquito nuevo con leucemia en la sala, tenemos un debut. Lo más común son leucemias, por lo general, vienen ya sabiendo porque vienen del interior y los pediatras que los derivan le dicen que posiblemente lo van a mandar a este servicio. Porque los mandan a un servicio de Onco-hematología, la gente piensa que hay algo raro, porque puede pasar, puede suceder, o les nombran alguna enfermedad como leucemia, cáncer algunas veces es más fuerte. Porque la leucemia no saben qué es, la palabra cáncer viste es la que más pega, medio que vienen sabiendo, y a los que no, les vamos diciendo. Porque nosotros cuando viene un paciente tenemos que hacerle ciertos procedimientos, punciones de médula y demás. Hay que sedarlo al chiquito para hacerle la punción, y todo eso y hay que explicarle a los padres que puede fallarle la médula, que puede ser una enfermedad que esté ahí, que puede ser leucemia, y así para poder hacer el procedimiento, lo más rápido posible para poder empezar el tratamiento. Y después cuando se tiene el diagnóstico certero con muestras que se envían a Buenos Aires, y muestras que se evalúan acá en general. Estamos nosotros Renata, yo, o el doctor Negri que es el jefe de servicio, y cuando se puede porque nosotros no tenemos psicólogos acá en el servicio. Entonces trabajamos con cuidado Paliativos que si tienen la parte Psi, y a veces Salud Mental. Pero cuando hacemos el diagnóstico, siempre o es fuera de horario o es fin de semana y estamos nosotros, para hablar con los papás. Se trata de explicar más o menos qué es la enfermedad y se les da el diagnóstico y a eso hay que reforzarlo día a día, porque debe ser tan abrumador que se lo olvidan. Entonces día a día tenemos que explicarle qué es, cómo vamos hacer, son tratamientos muy largos, seis meses por lo menos internados. A veces, están dos meses y se van y después vuelven, pero en general en la leucemia son internaciones largas, y aparte el tratamiento. Las quimioterapias que le hacemos, hacen que se les bajen las defensas y quedan muy vulnerables y hay que recuperarlas acá con transfusión, medicación y demás. Cuando se recuperan se van a la casa unos días y después vuelven y hacemos otra quimio depende del tipo de leucemia, que tan grave sea la enfermedad y eso. Pero en general, son internaciones largas, hay partes que se puede hacer ambulatoria que vienen una vez por semana, se les hace una quimio y vuelven a su casa.

Entrevistadora: Como profesional ¿crees que el estado anímico del paciente influye en el tratamiento, o en el desarrollo de la enfermedad?

Las dos cosas lo hemos visto que no querían ni siquiera comer nosotros tenemos que ser agresivos en ese sentido, no muy psicológicos digamos, tenemos que tomar acciones para que no dejarlo estar, no podemos decirle bueno ya vas a comer ¡no! Yo le tengo que pasar una sonda por la nariz hasta el estómago y pasarle alimento eso no se negocia, no porque si no se muere. Yo lo tengo que nutrir de alguna forma no puedo obligarlo a que coma porque le va hacer mal va a vomitar entonces tenemos que hacerlo, es por sonda, yo sé que es lo mejor para el paciente. Capaz se lo toma mal, porque no es nada lindo. Es un procedimiento que se hace bajo sedación, no le va a doler, colocarle la sonda, y después no

les molesta, se acostumbran. Es como decirte, la quimio yo sé que la quimio te va hacer mal pero la enfermedad te puede matar pero bueno es así. Y la parte anímica es importante, ayuda un montón lo vemos más que nada en los adolescentes, o preadolescentes que tenemos de 10, 11 años, si bien hay niños de 2 años, 3,4, 6, 8 hay variedad de edad. Pero como te decía acá hay más leucemia cáncer en la sangre porque hay una falla en la médula, que es la fábrica digamos que está en los huesos más que nada en la cadera.

Entrevistadora: ¿Cómo hablan con los padres?

Hasta que vienen acá es como que no conocen mucho. La palabra cáncer es casi un sinónimo de muerte, igual yo creo cada vez menos, van aprendiendo depende qué tipo cáncer, y eso. Pero cuando vienen acá van aprendiendo uno les explica, a los padres para cuando se van a sus casas qué son, cada célula, cómo le dan los laboratorios, qué tratamiento reciben, cuál es la quimio terapia y demás. Yo creo que entran de una manera como muy temerosos, y después, ayudan a cuidar a sus hijos se van acostumbrando al tratamiento y a veces el tratamiento deja secuelas, problemas de caderas, problemas óseos, pero los van superando de a poco.

Entrevistadora: ¿Por qué elegiste oncología infantil?

Y a mí me gusta lo crítico imagínate vengo de terapia intensiva estaba con la urgencia todo el tiempo, y ahora hace tres años y medio que estoy acá. Nosé, me gusta la parte complicada crítico, porque en la sala común, el paciente viene con resfrió, neumonía, gastroenteritis, lo medicas dos, tres días, y se va su casa. En terapia intensiva es más riesgo, están con respirador el riesgo de vida es alto y fallecen muchos, ese es el paciente crítico eso me gusta y acá en Onco los pacientes son críticos por la enfermedad que tienen. La quimio que le hacemos le produce sus complicaciones, que hay que tratarlas y son cuestiones especiales, y eso me gusta, lo complejo. Las quimios que le hacemos son protocolos estandarizados y se les hace a todos por igual, tiene una leucemia linfoblástica aguda este es el protocolo, tiene un leucemia mieloblastica aguda, linfoma este es el protocolo, porque ese es el que esta estudiado. Cada 5 años, sale uno nuevo, nuevas drogas, cómo alternarlas, son muchas drogas, una etapa tiene estas drogas, la otra semana otras drogas. Eso va variando con las semanas así vas atacando, pero hay un solo protocolo y se aplica a todos por igual. También hay investigación continua más que nada en las sociedades científicas, laboratorios y demás. Habrá algunos intereses por detrás digode los laboratorios porque las drogas son muy caras, pero siempre hay actualizaciones, siempre se esta estudiando, salen protocolos nuevos y drogas nuevas, de hecho tenemos un chiquito que sino fuese por otra droga, no sé si tendría tratamiento siempre hay cosas nuevas y eso ha mejorado la sobrevida de estos pacientes.

Igual hay excepciones, cuando la complicación es tan grave que el paciente queda con una secuela que decís “bueno, si yo le hago otra quimio lo mato”, entonces vos decís le hacemos una quimio mucho mas suave, o no lo haces y eso conlleva riesgo que la enfermedad vuelva, pero sino el protocolo se respeta.

Porque es la forma de que llegue a la curación, y es más, a veces, vos lo ves alnene y decís ¿le vas hacer quimio de nuevo? ¡Con todo lo que tuvo!, ¡y si! sino la enfermedad lo va a matar. Noes tanfácil de verlo, pero es así, nosotros vamos viendo en los resultados de laboratorio. Y cada tanto se hace una médula ósea nueva, que es una punción en la cadera con una aguja gruesa, sacamos sangre de la médula que es la fábrica; y ahí podemosver cómo va la enfermedad. Nosotros podemos ver cuál es elporcentaje de enfermedad que queda en sangre, eso lo ves al principio con mucha enfermedad cuando debutan, y después esa enfermedad va bajando, eso te da el riesgo de la enfermedad que tienen. Porque la leucemia puede ser de alto riesgo, medio obajo riesgo, también puede pasar que se les da el alta y la enfermedad vuelva ahí se les hace un trasplante de médula. Ese es otro tratamiento, que no se hace acá, se hace en Buenos Aires y Córdoba, generalmente siempre dependiendo que tipo de cáncersi vuelve siempre sea más invasivo, porque la enfermedad le ganó al tratamiento, lo ideal es que con el primer tratamiento con eso eliminarla y que no vuelva.

Entrevistadora: ¿Qué es lo que más se escucha de los niños y los padres?

Lo que más escuchas al principio es miedo, angustia, imagínate ahora tenemos 11 pacientes, está lleno. Nosotros, lunes, miércoles y viernes le hacemos laboratorio a todos, para ver cómo están los glóbulos blancos, los rojos y las plaquetas que son los más importantes, generalmente están bajos. Entonces hay que hacer transfusión de plaquetas, glóbulos rojos porque sino sangran, están anémicos y las defensas bajas. Se les hace medicación para ir subiendo las defensas, ahora hay un chico que yo pensé que se iba a ir a la casa pero el laboratorio sigue bajo, entonces se queda. Le tengo que decir que no se va a ir a la casa y eso que son de Paraná, y se va enojar, y la madre también, porque sigue acá encerrada con él. Sus vidas cuando están acá es así, igualmente ellos tienen sus maestras de distintas aéreas, en pandemia fue por zoom pero mientras están internados no se suspenden las actividades escolares, ahora tienen profesores de educación física, música, vienen todos los días de mañana, depende de las edades. También, mucha pantalla, están con el celular, para entretenerse, tienen juegos, para distraerse en relación a los juegos algunos si y otros no por ejemplo, recipientes donde se puede acumular agua que pueda contener bacterias no pero los demás sí. Esas cosas se cuidan, así como la alimentación obviamente, pero después hay una salita de juegos donde tienen la PlayStation, tenemos una profesional que es terapeuta ocupacional que le hace hacer juegos, pero hoy no vino, ella les da actividades para hacer aparte vienen del servicio de cuidados paliativos, que tienen la parte PSI y hacen otras actividades para distraerlos.

Entrevistadora. ¿Cómo intervienen cuando el niño dice “no quiero que me saquen sangre”?

Y eso pasa todo el tiempo siempre, imagínate tenemos 11 pacientes en las distintas salas, lo que vemos cuando se van a sacar sangre los más chiquitos es como que siempre se enojan, o lloran y los más grandes es como que se acostumbran. Es más, nosotros tenemos una cremita que es un anestésico, cuando les

van a sacar sangre les ponemos un rato antes, así les duele menos, y ya después te estiran el brazo, y ya saben y entienden de la quimio y que se les va a caer el pelo, mas en las nenas, es todo un tema.

Entrevistadora ¿Qué es la salud para vos?

Y para mi salud es la ausencia de enfermedad, salud es el estado bio-psico-social, la ausencia de todo eso es la enfermedad, el bienestar psicológico, la parte social también pero, más que nada, la ausencia de salud física orgánica. Para mi es la ausencia de enfermedad, estar saludable digamos, que uno se sienta bien activo, poder hacer lo que uno quiera, ser feliz, buscar la felicidad tanto física como orgánica. Poder realizar las actividad que uno quiera, tanto grande como chico, ser libre, no estar internado, poder ir a la escuela, poder comer lo que quieran, salud, bienestar físico y emocional para mi es eso, no se me parece.

Entrevista Realizada a Médica del Servicio de Onco-hematología del HMISR

Entrevistadora ¿Cómo llegas al servicio de Onco-hematología?

Entrevistada: bueno el título de la especialidad es hematología, porque abarca las enfermedades oncológicas con incidencia en la sangre. Primero que a nivel de Ministerio el servicio no está nombrado, funciona como hematología pero todavía no tenemos el estatuto del servicio, pero tiene 35 años de funcionamiento. El título a nivel de especialidad médica es Hematología Médica Pediátrica porque incluye la especialidad de hematología que son todas las enfermedades de la sangre, y oncología que son todos los tumores sólidos. Se divide así en los chicos, a diferencia de los adultos hay dos especialidades: hematólogos oncohematólogos. En los chicos es menos frecuente, abarca las enfermedades de la sangre, la leucemia, los tumores del sistema nervioso central. Se puede decir de las dos formas, de hecho, se dice así en muchos lugares hematología. Yo soy hematooncóloga pediatra hice medicina en la universidad Nacional de Córdoba, después hice 4 años de residencia de pediatría, porque para hacer hematooncólogo tenés que ser pediatra en el hospital Ludovica de la Plata. Y después, hice 3 años

de hematooncóloga en el hospital Gutiérrez en Buenos Aires, y bueno cuando terminé me vine a vivir a Paraná.

No soy de Paraná soy de comodoro Rivadavia mi esposos de Paraná, entonces cuando terminamos nuestra formación en Buenos Aires y teníamos que elegir un lugar para vivir, bueno, elegimos Paraná así llegué.

Entrevistadora: ¿Cómo comunican el diagnóstico? ¿Cómo se dice? ¿Hasta dónde se dice?

Entrevistada: nosotros en general ni bien el paciente ingresa en la sala o otra sala vamos y le damos el informe de la sospecha diagnóstica, en general, la patología más frecuente acá es la leucemia o el linfoma. Que por ahí la leucemia es de forma aguda y necesito hacerle el diagnóstico. Porque el paciente llega hoy, y necesito hacerle una punción para mandar a analizar el diagnóstico.

A los padres se les dice la realidad, de que cual hay una sospecha que la médula ósea no funciona, y que necesitamos hacerle el estudio y que es una urgencia. En general, hablamos con los padres y con el niño a la par, por ejemplo un niño de 11 años hablamos adelante del, a un nivel de realidad, si son maschiquitos con más razón porque no entienden.

Por ahí cuando hay que hacer algún otro estudio no el diagnóstico. Si bien el diagnóstico es una mala noticia, por ahí, uno en el día que informa lo que va a hacer, no le dice todas las malas noticias le decimos que hay algo en la médula que tenemos que estudiarla que probablemente sea leucemia aguda que tiene tratamiento y que tiene altas chances de curación. Por ahí, cuando llegan a alguna etapa del tratamiento donde las noticias son más graves, o peores, ahí se aparta al padre y después bajamos la información al chico de otra forma.

También, en relación al tratamiento con quimio, si bien cambian las medicaciones el tratamiento es el mismo. Son poli quimios terapias son múltiples drogas que se dan como en conjunto, en distintos momentos, por ahí está el mito que ves en las películas que los chicos están tirados vomitando, eso es lo que uno trata de desmitificar cuando hablas con la familia. Porque no es tan así digamos porque lo primero que te preguntan es por los vómitos, el malestar, cómo va a estar, así digamos, cómo va a estar el pelo es lo que más preguntan, se les dice, es por el pelo más que nada en los adolescentes. La leucemia pasa en todas las edades, entre 3 a 14 años. Todos los datos de los pacientes con leucemia se reportan al Instituto Nacional del Cáncer, que tiene el registro onco-hematológico argentino que hace estadística. Yo soy la encargada de subir de acá, provincia de Entre Ríos, todo lo que tratamos, que calculo que es el total, salvo alguno que se derive a Buenos Aires y no hay mayor incidencia del interior, es más o menos parejo, hay más pacientes de Paraná por la cantidad de población.

Entrevistadora: Como profesional ¿cree que la incidencia de la ánimo del paciente influye en el desarrollo de la enfermedad?

Entrevistada: sí, porque el tratamiento de la leucemia es mucho internado intravenoso. Por vena es difícil que el paciente no adhiera al tratamiento, porque al estar internado uno le está pasando la medicación. El primer mes del diagnóstico lo pasan internados, obviamente interfiere el estado de ánimo porque lo vemos, el paciente tiene que tomar mucha medicación vía oral y no quieren. Uno trabaja en equipo en eso, en que aceptela enfermedad, que el tratamiento es para mejorar para poder irse a la casa y colaborar, en general, es más difícil las dos primeras semanas y después eso se acepta.

Entrevistadora: ¿Cómo hablan con los padres?

Entrevistada: nosotros a las 24hs ya tenemos el diagnóstico, se habla siempre con la realidad, ni se minimiza el diagnóstico ni se lo maximiza, siempre con la verdad nunca le vamos a ocultar algo para hacerles sentir mejor ni nada de eso.

Entrevistadora: ¿Por qué elegiste oncología infantil?

Entrevistada: y yo cuando estudiaba medicina en Córdoba me gustó la parte de pediatría relacionado con lo patológico, por eso me gustó. Y el cáncer se le dice porque es un crecimiento anómalo de algo, es como una proliferación anormal de una célula, que habitualmente la célula tiene un ciclo de vida como la persona, nace, crece se reproduce y muere. La muerte programada y en el cáncer se llama a este fallo en esta muerte programada, las células empiezan a crecer en forma desmedida.

Por ahí, la palabra cáncer tiene más fuerza a nivel social, porque si vos le decís leucemia o enfermedad maligna en la sangre, y decís cáncery no es lo mismo. Para ellos no interpretan lo mismo, y piensan que el cáncer es peor y de hecho es lo mismo.

Uno cuando habla con los padres se les dice, tiene por ejemplo leucemia aguda, le decimos es una enfermedad maligna de la sangre que está a nivel de la médula ósea y que se llama cáncer en la sangre. Pero uno no habla de la enfermedad como cáncer, no hablamos “el paciente tiene cáncer” ¡no! Decimos el paciente tiene leucemia, tiene un linfoma, tiene una aplasia que es una falla en la médula, no es cancerígena pero es maligno, porque hay que hacerle muchas transfusiones. Un tratamiento con quimio y hasta tiene peor pronóstico que una leucemia.

Entrevistadora: ¿Qué es lo que más escuchas de los niños o de los padres?

Entrevistada: la familia en general lo primero que escuchamos es el sentimiento de culpa. Porque se empiezan a preguntar, si esto es por algo que hicieron, si es por algo que le dieron, si culpa de un golpe. Porque por ahí tienen el antecedente de que se golpearon la rodilla fueron a un médico y les dijo que no era nada, y volvieron a consultar, y le hacen el diagnóstico, y bueno empiezan a culparse a decir “¿por qué no lo lleve, no insistí?” Al inicio es lo primero que le decimos, que no es culpa de nadie, que esto pasó porque tenía que pasar, no se sabe el origen, hay estudios que se ve mayor predisposición genética

pero después es así no es culpa de nadie. Y después, toda las dudas en cuanto a los cuidados, cuando los padres empiezan a conocer esta enfermedad, que antes no conocían y que tiene miedo de hacerles daño, ahí uno le enseñaque el mayor riesgo son las infecciones que los chicos se pueden enfermar y que cualquier infección que le agarre puede terminar en la muerte del niño. Entonces, por ejemplo, qué comidas puedo darle, si lo puedo llevar a un cumple, si lo puedo llevar a caminar, si puede tener mascota la cotidianidad digamos.

Entrevistadora: ¿cómo intervienen cuando el niño dice “no quiero más ¡basta! no quiero que me saquen sangre”?

Entrevistada: y eso es habitual eso pasa a lo primero el paciente te dice no quiero, y se largan a llorar y no es que se lo agarra se lo estaquea, pero hay que hacerlo. Acá nosotros tenemos un acompañante terapéutico, el equipo de salud mental, y también Cuidados Paliativos; trabajamos en conjunto con estrategias para esto, para las invasiones. Se trabaja con muñecas, para que vean cómo se hacen las vías, cómo usar el barbijo, para explicarles las invasiones, para mostrarle cómo se les va a pinchar cómo se les va a sacar sangre, cómo van a ponerle el catéter. Se trabaja previo al ingreso al quirófano, algunas técnicas de relajación, la verdad ese no es mi campo porque soy la hematóloga acá por ahí soy la cara visible de las punciones o de las cosas malas que le hacen, pero las chicas trabajan mucho el equipo trabaja para cuando uno va hacer un procedimiento los chicos no estén a la defensiva, la primer semana están un poco angustiados pero después se les pasa te estiran el brazo.

Entrevistadora: ¿Qué es la salud para vos?

Entrevistada: la salud, como ese estado de buena salud, de bienestar tanto físico, psíquico, mental y orgánico incluyendo todo, dejamos el modelo de que solo es un órgano. Yo me forme en la medicina con este ámbito no solamente órgano o el sistema sino todo el organismo, como el estado emocional, físico, el ambiente como tener todo en equilibrio eso sería el buen estado de salud.

Entrevista realizada a psicóloga del servicio de salud mental

Entrevistadora: ¿cómo es el servicio de Onco-hematología?

Entrevistada: Ha variado la modalidad de abordaje de oncología en el tiempo porque han tenido psicólogos trabajando ahí dentro. En este momento tengo entendido que no, cuando necesitan una intervención en salud mental hacen el pedido de interconsulta, nos convocan y ahí es cuando nosotros vamos. Hay otro servicio que es el de cuidados paliativos, que ellos tienen un psicólogo ahí, y que algunas veces ocurre. Entonces ahí nosotros nos corremos, porque hay una superposición de intervenciones, cuando interviene paliativos, ahí, nosotros no participamos, porque entendemos que el paciente está siendo sobre-intervenido ahí. Pero, sí hacemos los acompañamientos, por pedido de interconsulta, la interconsulta es un papel que se pega en el pizarrón para que el que pueda lo tome. Es un papel que llega de la sala donde está el paciente, nos mandan el pedido para que nosotros intervengamos, si bien puede venir a que intervengamos con la paciente. Pero hay que ver qué pasa con el vínculo, todo un tema, así son los pedidos en general.

Entrevistadora.: ¿te acuerdas alguna escena de oncohematología que hayas tenido que intervenir?

Entrevistada: hubo varias situaciones, yo he tomado varias, lo que tiene de característico el servicio de oncologíaes que uno se tiene que hacer la idea de que son seguimientos a largo plazo, distintos a una interconsulta de maternidad. Uno intervendría ahí para ordenar algo de la situación para coordinar con centro de salud, con Copfnaf, ver algo del vínculo para poder hacer toda la evaluación inicial. Pero después nosotros acá no vemos, no atendemos a adultos por consultorio externo, y entonces ahí entramos en esa instancia inicial pero no continuaríamos interviniendo, o puede haber otra interconsulta de abuso, enuresis encopresis. Algunas situaciones por la complejidad, uno entiende que es importante que este acá o por la transferencia que se puede haber generando en la internación. Entonces, una vez dada el alta médica continúan por consultorio externo, lo seguimos viendo o gente del interior sí. También para descentrar la atención en el hospital, en los casos de oncohematología como son tratamientos prolongados eso es crónico, largo plazo entonces uno se hace la idea que no es un internación que dure una semana y después se va de nuevo, uno continua el acompañamiento son chicos que están un determinado tiempo.

Entrevistadora: ¿qué edad tenían los niños/as en las que interviniste?

Entrevistada: me acuerdo de tres, cuatro años, ocho años, bebés no he visto pero no quiero decir que no ingresen. Me acuerdo de una nena, que tenía 4 años. Ami no me ha tocado acompañar un caso donde los niños hayan fallecido. Tiene que ver con el modo de trabajo de cada uno, yo cuando trabajo con un niño, no está aislado del contexto, también trabajo con los padres del niño. Porque esos padres, en general es la madre la que esta, tiene que estar sosteniendo y pudiendo ayudar a metabolizar eso que el niño está viviendo, y que no llega comprender por lo doloroso de la situación. Poder acompañar devolverle los elementos, las intervenciones no son solo con los niños, sino con los adultos que acompañan. La situación es traumática para todos, y quien acompañan para poder metabolizar esta situación y que esta cotidianamente con el. Y que esa mamá pueda comprender que si el chico le dice, “Andate, te odio” no se lo está diciendo a ella, no es qué este haciendo algo mal, sino porque es el único modo que tiene expresar el cansancio, el dolor, a quien va a pelear sino es a ella. Todo esto que él no puede elaborar, necesitasarlo afuera no es hacia ella, que la madre pueda entender eso de esa manera, y no como un ataque a su función, eso es importantísimo sostener a quien sostiene el vínculo.

A mí me viene a la mente una nena pequeñita, de tres cuatro añitos, que me esperaba para jugar y que ella quería salir a pasear, ella decía quiero pasear y lo que encontré como paseos era ir y venir. Cuando están inmunodeprimidos, cuando tiene las defensas bajas, intencionalmente en Onco los llevan a un estado de inmunodepresión, para que puedan hacerle efecto las drogas. Para ella, el paseo era ir- venir por el pasillo con el suero, y para ella era un gran logro. Después, también me paso con un chico más grande adolescente, ahí en la cuestión de la re significación de la pubertad, de tener que pasar por una situación así en relación a su imagen corporal. En este caso intervine yo, pero por el hecho de ser varón, por el pudor, por cuestiones que aparecen en relación a su sexualidad interviene Emanuel. Yo lo convoco

a él para que pueda seguirlo el. Yo sigo, de alguna manera, acompañando a la mamá. Y la mamá trae cuestiones que no tenían que ver con eso, pero ella trae cuestiones de violencia en su casa, entonces empezás por un lado, y salen un montón de otras cosas.

Una de las críticas, que nosotros le hacemos a onco, era para uno poder intervenir desde la salud mental, necesitas cierta objetividad, para poder pensar, entrar y salir. Si vos formas parte de un servicio, y estas contaminado por el servicio, no podés pensar con objetividad. Y aparte, te carcome vivo trabajar en oncología, todo el tiempo con la misma problemática es algo terrible, y todo el modo de Onco también termina siendo así. La sala, el médico te lo digo entre paréntesis, para graficar como un modelo médicohegemónico que te dice, te comanda como si uno fuera auxiliar de la medicina dura, y en realidad, nosotros no somos eso. Tenemos un modo de intervenir particular, y tenemos que actuar con independencia respecto del otro, y eso en oncopor ahí no se da. Es un equipo que trabaja de una manera para que todas las piezas cierren porque necesitan que sea así para armar un final feliz digamos. Entonces difícil para un psicólogo trabajar ahí adentro, había una psicóloga ahí que termino viniendo para acá, y nos contaba eso, que es duro el trabajo ahí como parte del equipo y la objetividad que vos necesitas no la tenés. Y te terminas convirtiendo en bueno en una palmo terapia no un abordaje serio, con cada uno de los pacientes que ingresa, y en onco hay una distancia, y objetividad que no podés intervenir. Vos necesitas salir, hablar con otros, comentar el caso, pensar en equipo situaciones tan dolorosas, uno necesita comentar con el equipo interconsulta con los compañeros, supervisar. Todo lo que implica la práctica en salud mental no lo tenemos al formar parte del equipo de onco, nosotros acá, en el servicio de Salud Mental hacemos espacios de supervisión, tenemos todos los lunes reuniones es todo un armado.

Entrevistadora: ¿crees que la incidencia de lo anímico puede influir en el desarrollo de la enfermedad o en el tratamiento?

Entrevistada: Si por supuesto que puede incidir, ya sea tanto en la recuperación, como en qué condiciones, y eso es más delicado hay como más difícil de probarlo, también en las condiciones en la que se desata una leucemia. También hay que ver en qué condiciones emocionales se desata. No estoy diciendo que la leucemia sea por causas emocionales, sino que hay momentos particulares, la vulnerabilidad de ese psiquismo, en función de un montón de cuestiones, series complementarias ahí hace que pueda tener lugar ese florecimiento de esa patología. No como causa lo emocional, sino que, hubo factores que ayudaron a que eso pueda darse, lo emocional es importante y eso en Onco mismo lo tienen muy presente. Ellos necesitan también tener todo bajo control, la mayor cantidad de situaciones posibles, la menor interferencia posible en el plan de tratamiento que ellos tienen. Los médicos si ven opescan que algo de lo emocional está pasando, y es realmente importante, te van a consultar, pero también es una cuestión lógica, ellos tienen que ocuparse de lo que tienen que ocuparse no pueden estar ahí dejando cabos sueltos, entonces nos convocan.

Entrevistadora: ¿Crees que el psicoanálisis puede contribuir a la elaboración de lo traumático?

Entrevistada: sí, por supuesto no es pensar a decir el psicoanálisis como teoría que permite poder aproximarse todo a aquello que tenga que ver con el padecimiento subjetivo independientemente para mí es secundario si estamos hablando de Onco. Si hablamos de un caso de la terapia intensiva no hace falta una formación específica, para uno poder trabajar con un niño de oncología sí. Uno tiene que saber las particularidades de la sala de Onco qué puede o no puede hacer ese niño, qué cosas son esperables o no, ciertos malestares o angustias que tiene que ver con el tratamiento, para no adjudicar algo emocional que no es emocional, sino orgánico. Cuando salen de quimio y quedan desgastados, no es que está deprimido, acaba de recibir radiaciones. Pero después, uno teniendo esos elementos es un psiquismo con que uno trabaja, si tienes las bases y fundamento de la estructuración psíquica, uno puede abordar tranquilamente un caso de Onco, sin ser un experto en oncología infantil. No desacredito la formación pero nosotros, acá desde el hospital, con la formación estamos capacitados para trabajar en esa sala. Porque trabajamos con el sufrimiento psíquico, independiente de la patología que los atraviesa, lo que si tenemos que tener es una formación en infancia, no podemos evitarlo por esto que digo, tenemos que saber el funcionamiento de la estructuración psíquica que es lo esperable que no.

Entrevista a Psicóloga del Servicio de Salud Mental

Entrevistadora ¿cómo es el servicio de Onco-hematología?

Entrevistada: bueno acá en el hospital hay varias salas de internación, una de ellas es la de oncohematología. Se llama así porque no hay solamente patologías oncológicas, sino de la sangre en general por ejemplo purpura, que en realidad tiene otro nombre, que se van diagnosticando y que requieren cierto tratamiento. Por ejemplo cómo están los glóbulos blancos y las plaquetas, entonces hay distintos modos de abordajes. En ese servicio hay pacientes que son ambulatorios, por ejemplo los pacientes que tienen hemofilia que son patologías de la sangre, otros que tienen purpura, son pacientes que tienen días fijos se les saca sangre; se evalúa cómo están y si es necesario se realiza alguna intervención que tiene que ver con darle una medicación o hacerle algún transfusión. Yo he trabajado con pacientes internados, no solo con leucemia, acá no se trata los tumores sólidos. Si hay un tumor sólido se derivan a Buenos Aires, y tampoco las aplasias medulares, depende el tipo de aplasia, que es cuando la médula no funciona, que se hace un trasplante de médula, no se hace acá se hace afuera, van al Garrahan o al Gutiérrez. También hubo un cambio de paradigma en el abordaje de la oncología, el fundador de la sala es un médico oncólogo pediátrico, muy conocido, que se jubiló, que fue quien impulsó la oncología acá en Paraná, que es Pedro Negri. El cambio de paradigma que hubo, es que antes a los niños lo terminaba matando la enfermedad, y ahora, lo que lo puede matar es el tratamiento. Pero

se sabe, que tiene que ser un tratamiento súper agresivo, para que ese niño tenga chances de vida, y esas chances de sobre vida aumentaron. Entonces, tenemos dos modos de abordaje cuando viene la interconsulta por un paciente ambulatorio, por ejemplo, me acuerdo de un caso donde se la mamá se angustiaba mucho cuando le tenían que sacar sangre, y el nene también se angustiaba. Los enfermeros tienen un buen manejo, un buen manejo, si ellos te piden la interconsulta es porque realmente es algo persistente que adquiere otras características para un abordaje terapéutico. Que, ahí, el profesional decide si es con el niño si es con la madre o ambos, qué forma adopta eso es cuando son ambulatorio cuando es purpura o hemofilia. También se puede pedir una consulta con los pacientes que están internados que se van realizando los bloques de quimio, y que se pueden volver a sus casas, hay semanas en que están y otras que no. Es una sala que también hay muchos pacientes del interior, cerca de las zonas de agroquímicos, hay ciertas zonas identificadas donde hay proliferación del cáncer infantil. Y hay otras situaciones donde el médico te pide una interconsulta donde el filtro que tiene ingresará si bien puede ser por demanda de la mamá, yo tuve un paciente en oncología porque la madre lo pidió porque nos vio trabajando y porque le pareció importante. Tiene que haber un motivo de consulta sino atenderíamos a todos los niños, y es importante que se pueda precisar el motivo de consulta de parte del médico, que puede coincidir o no con el motivo de consulta de los padres. Los padres pueden rechazar la intervención, también es una posibilidad, que no suele suceder y después de eso, se comienza hacer una valoración. Los pacientes oncológicos rara vez bajan al servicio de Salud Mental, tiene que haber una serie de condiciones de higiene estricta. Solemos trabajar en esa sala de oncohematología, que tiene una sala de juego, es un espacio que tenemos más privacidad, y también, porque ellos están en aislamiento al tener las defensas muy bajas, nosotros usamos camisolín, barbijo, cofia, guantes, para estar en la sala. Hay un montón de recaudo que hay que tener para ese trabajo, generalmente, se hace una entrevista con el cuidador y después se hacen encuentros con el niño. Se hacen trabajos en conjunto, en algunos momentos, por la gravedad de lo que el diagnóstico representa para la familia hemos tenido que intervenir dos psicólogos, uno con la mamá, y otra con el niño. Eso no es lo habitual, nuestro objeto de intervención es el niño, nosotros trabajamos con los adultos porque es materno infantil, hay situaciones excepcionales que amerita que se incorpore otro psicólogo y se trabaja en conjunto. Porque lo que suele pasar es que el cáncer infantil viene después de, o de secretos familiares como la gota que rebalsó el vaso, hay historias muy difíciles atrás en relación a eso, es que tiene otra gravedad, se hace ese acompañamiento. Se tiene que tener en cuenta cómo está ese niño en ese momento, es una sala muy variable, a veces, uno va y le hicieron una punción y está durmiendo, otro día no se siente bien, y así, depende la evolución en general son procesos agudos de un año o más.

Entrevistadora ¿te acordas alguna escena donde tuviste que intervenir?

Entrevistada: son impactantes todos los casos en general, más que nada en lo corporal, toda la cuestión identitaria. Nosotros al trabajar hasta los 15 años, trabajamos con adolescentes, y en el adolescente está no solo la sexualidad, la pubertad, sino la cuestión de la imagen corporal de modo muy marcado, y no

solamente está la caída del cabello, sino que suben bastante de peso por el tratamiento, con corticoides la piel cambia de color. Muchas intervenciones de vías, le ponen una vía, otra vía, y así, eso va dejando cicatrices y la cicatrización no es buena. Creo que es impactante cuando ellos te muestran una foto de dos años atrás, y resulta muy difícil reconocer al paciente en esa foto. Entonces le decimos “bueno, contame ¿quién está en la foto?” y te miran diciendo es obvio que estoy yo ahí, pero nosotros que lo conocemos en internación, y a veces, lo conocemos iniciada la quimio puede ser muy variable la consulta. Nos pueden pedir interconsulta el día que se interna o en la quimio cinco es muy variables. Hay niños que hoy los vemos con todo el pelo, y, mañana venimos y ya no tiene pelos, es muy drástico el cambio. Entonces acompañarlos a ellos en esos cambios corporales es impactante, sobre todo en los adolescentes, en los videos llamadas, subir fotos, y bueno, de qué manera se construye el vínculo con un afuera que se impacta mucho también, creo que es una de las cuestiones más impactantes.

Entrevistadora ¿Crees que el psicoanálisis puede contribuir a la elaboración de lo traumático?

Entrevistada: claro y qué lugar se le da al sufrimiento subjetivo ahí. Hay mucho del cáncer infantil relacionado con ser un héroe, y sobreponerse, y un montón de mandatos que hace que sea una sala que le cuesta comprender que los niños lloren por qué llora sino le duele nada, donde hay todo un contexto en el cual es sumamente esperable eso. Hay mucha cuestión, y los profesionales, que están en esas salas, tienen una fortaleza diferente a las de otras salas. Y son niños donde se mantiene, y se construye un vínculo muy distinto que en otras salas donde hay recambio de pacientes, al ser una población más estable. El psicoanálisis permite leer no solo la dinámica institucional de la sala y del hospital, y lo cerrado que puede ser la sala por la cuestión también de la enfermedad en sí. Hay como varias cuestiones, sí el psicoanálisis es una herramienta para poder llegar al niño, al juego, a la palabra y a elaborar lo traumático cuando eso es posible, hay un momento en donde es todo vida o muerte entonces no hay posibilidad de otras cosas. Cuando se aproxima el alta donde aparecen las angustias más intensas, donde hay todo un tema de contacto con la realidad, que a veces estando en el momento del diagnóstico solo importa sobrevivir, sobre todo los adolescentes, el período más difícil es cuando terminan el tratamiento y de volver a casa.

Entrevistadora: ¿te acordas alguna escena donde tuviste que intervenir?

Te puedo contar de los que vos quieras, hubo una paciente de 14 años que intervenía una psicóloga con la mamá, y yo con la nena. Ella por sospecha de covid vino con su tía del interior, y después de eso, le comenzaron hacer unos análisis que no dieron bien. En una semana se le hizo una punción lumbar, y en función de eso se diagnostica la leucemia. Ella estaba bastante disponible, y podríamos trabajar bien había un vínculo difícil con su mamá, y el abordaje lo que permitió es ver que había un montón de cuestiones familiares no resueltas ahí. Las cuestiones de la biología en el cáncer para evaluar los posibles donantes siempre aparece la cuestión, que es bastante recurrente, del padre biológico muy ausente, y de qué parte de la familia es la culpa, si tuya, si mía.

En el caso de esta nena, su mamá la había tenido a ella, había tenido una relación sexual ocasional, siendo ella adolescente, y se queda embarazada. Conoce a una persona estando embarazada, este hombre se hace cargo y le puso el apellido a la nena. Su mamá tiene tres hijos con este hombre, que pasa cuando esta nena se enferma aparece la cuestión de quiénes son los donantes, hacer ciertos análisis, surge la cuestión velada de quien era su papá. Ella lo comienza a buscar, a averiguar de donde es ella es un pueblo chico, lo contacta por Facebook, le dice que quiere hablar con él. Este hombre la bloquea, desaparece, después aparece ella se ofende, hay muchas idas y vueltas. Finalmente, este hombre no era el padre biológico de ella, sino que era otro, aparece la pregunta por el origen, a su vez, la pareja actual de la madre le decía “vos te vas con tu hija y nos dejás solos”. Era una relación complicada, este padrastro le echaba la culpa a la nena. Hasta que se llegó a un punto del abordaje que fue necesario decirle la verdad a la nena, que no era el que ella había contactado por Facebook, ni la actual pareja de la mamá. Se lo pudo decir ella, la pudo escuchar hubopeleas entre ellas. Esta triangularidad de quedar en el medio, estaba la enfermedad de la nena, la mamá y el padrastro. Como un vínculo ahí está la nena expuesta a cosas innecesarias, y eso motivaba a fuertes crisis de angustia en la nena, hasta que fuimos marcando que la culpa no era de la nena sino de este tipo un vínculo muy patológico, muy celoso. Ella cuando se enteró quien es su padre verdadero, lo conoce y se hace amiga de unas primas de ella que la incluyen a la nena y la visitan. Este padrastro cuando fue el cumpleaños de 15 de la nena la echa a las primas, y le dice a la nena que no quería verla con esa gente. Ella venía organizando su cumpleaños de 15 desde los 14, pero por la enfermedad queda suspendido finalmente logra hacerlo. El abordaje permitió ver otras cuestiones, de los secretos familiares, a veces el cáncer es como la gota que rebalsa el vaso, ella ahora está en su casa, terminó su tratamiento, está recuperándose, pudo retomar la escuela cuando cumplió 15 se hizo una excepción legal para que pueda terminar su tratamiento acá, la continuidad del tratamiento, seguramente será en el San Martín.

Entrevista realizada a psicóloga del servicio de salud mental

Entrevistadora: ¿cómo es el servicio de onco-hematología?

Entrevistada: hay una historietita ahí nose si te han contado algo en relación a eso de la historia de los servicios de Salud Mental porque los servicios en algún momento los colegas entraban separados de las salas. Onco estuvo mucho tiempo con una psicóloga que trabajaba ahí directamente. Ahora no tiene, hace bastante cuando esa psicóloga se retiró. Primero estuvo un tiempo trabajando acá, y después dejó, los que de cuidados paliativos tienen una psicóloga pero, no hemos podido coordinar las intervenciones con ellos. Paliativo, la jefa del servicio de paliativo, tiene un modo específico de entender lo paliativos, y de trabajar. Nosotros hemos acompañado algunos pacientes, y a lo último, se ha hecho muy difícil poder coordinar las intervenciones, venía hablaba con la mamá, hablaban de una cosa, nosotros hablamos de otra. Entonces, intentamos poder hablar, poder coordinar un poco qué, cuándo, dónde, se hizo muy difícil porque son dos paradigmas muy distintos. Entonces, nosotros tenemos una lógica y ellos otra. Entonces se decidió que los pacientes que fueran de paliativo fueran abordados por paliativo, el servicio viene sosteniendo que es necesario que pertenezcan a Salud Mental, y después trabajar con las distintas salas. Nosotros siempre hemos trabajado con las distintas salas por la interconsulta, tanto Onco como paliativos en algún momento tuvieron una psicóloga, pero no pertenecía a este servicio. Actualmente se manejan así desde Onco-hematología llega la interconsulta, no solo por una leucemia linfoblástica aguda o alguna enfermedad, sino por alguna cosa en particular, la madre está muy angustiada, el niño esta angustiado no se deja hacer los controles.

Entrevistadora ¿te acuerdas alguna escena donde tuviste que intervenir?

Sí, yo trabajé con un niño de 12 años ese fue el último paciente que acompañamos. Él ingresó con una medicación psiquiátrica porque supuestamente había sufrido bullying en la escuela. Cuando nosotros recibimos la interconsulta porque la recibimos, porque en realidad querían valorar la medicación que estaba tomando. La médica en función de todo el diagnóstico, en base a todo el tratamiento de quimio, quería valorar si era necesario que continuara con esa medicación. Empezamos a intervenir, lo empezamos a conocer, al principio el planteo fue saber de él, sabía leer, era muy inteligente bastante conectado, con una familia bastante particular. Y bueno, cuando empezamos a bajar la medicación psiquiátrica ahí se descompensa y hace una crisis psicótica, bien florida se hizo caca, agarróla caca el desparramo por toda la cama. Él estaba internado en la sala de Onco, es muy particular la sala, ellos generalmente le ponen un catéter, para pasarle la medicación oncológica. El hecho de que él estuviera tocando la caca era terrible, porque se podía infectar con bacterias, ese fue el punto de mayor riesgo porque era la primera vez que tenían un cuadro psicótico tan marcado. Generalmente, aparece la angustia por la situación propia de la enfermedad, pero este era un paciente psiquiátrico con enfermedad fue como muy difícil. Nos conectamos con el médico de Concordia porque venía con una medicación que era bastante rara, los anti psicóticos que tenía, habíamos hablado con el médico. Uno al paciente lo termina conociendo en función de lo que va pasando, acá hasta que se logró estabilizarlo tanto medicamente, como emocionalmente, pasó un tiempito donde sucedieron varias cosas. Así que tuvimos que trabajar con la médica para que la medicación psiquiátrica se sostenga, y acompañe el tratamiento porque, en definitiva, la lógica era bajar un poco la medicación psiquiátrica para darle prioridad a la bomba farmacológica de la quimio, y era un montón para él, no se pudo hasta que se estabilizó. Tenía la medicación psiquiátrica y había empezado a hacer los bloques, cada cosita médica, cada intervención médica, cada cosa que aparecía en el cuerpo le aparecían delirios, cosas, voces, sombras, etc. El cuerpo responde a la quimio de distintas maneras, vomitaba y se ponía mal porque vomitaba, y entonces, aparecía una cosa psiquiátrica. Él tenía una medicación de rescate, y bueno íbamos y trabajábamos con él, hablábamos mucho con la mamá, él estaba con el papá porque la mamá estaba con la otra hija, era docente y vivía en Concordia. Se entendió que con el papá no funcionaba, y entonces cuando vino la mamá se organizó mejor y él estaba mejor, él jugaba mucho juegos de estrategias, él decía que hacía batallas mentales para ganarle a las voces. Después lo que sucedió es que él se empezó a descompensar la leucemia, nunca se detuvo y él ingresa paliativo. Cuando ingresa paliativo, ya hacía un año que lo veníamos siguiendo con la psiquiatra, pero aparte él empezó a estar mal, a estar para adentro, no quería levantarse de la cama, a no querer hablar, entonces íbamos a estar con él. Hablábamos mucho con la mamá, yo hablé con la jefa de paliativos y le dije que era un paciente nuestro, de Salud Mental, que yo iba a estar acompañando que cualquier cosa que ella me dijera, yo iba a estar para él. Y bueno ella hizo todo lo que hace paliativos, y nosotros no interveníamos, yo iba, y era “hola” y nada más, en realidad, él necesitaba paliativo, igualmente él estaba muy mal, había empezado a tomar morfina hasta que

después fallece. Casi al mismo tiempo llego una interconsulta una nenita de tres años, a los médicos le era muy difícil trabajar con ella, hacerle las cosas médicas, era una nenita con mucho miedo a lo que estaba viviendo. Lo primero que hicimos fue conocerla darle confianza, el vínculo, ofrecerle una caja de juegos que era la de Juliana doctora con jeringas y cosas y le conseguimos un bebé. Ella le hacía todo al muñeco y desde que empezó a hacer activó, lo que ella experimentaba pasivamente, empezó a estar mejor, a elaborar parte de lo que le pasaba, se trabajó mucho con los médicos, cómo acercase a ella, cómo hablarla, los médicos están, acostumbrados a llegar y hacerle el procedimiento, trabajamos en frenar un poco eso, para darle un tiempo a ella de preparación. Hemato cuenta con una terapeuta ocupacional con la que yo trabaje muy bien, tiene un sala de juego algunos salen y otros no, le hemos llevado cosas que se pueden limpiar con alcohol, no puede ser de tela, si es de tela queda ahí, la masa nose puede, esta nena fue cuentos, música, jugar con eso. Cuando ella estuvo mejor a disposición, nada mas como el tratamiento es tan largo, en el tiempo es como que va teniendo sus vueltas ella encontró otros recursos, ahora pregunto y ella está bien.

Entrevistadora. ¿Crees que el psicoanálisis puede contribuir a la elaboración de lo traumático?

Entrevistada: si, yo me forme en la línea de Silvia Bleichmar. Con niños uno no piensa sobre que es un espacio de elaboración sino de construcción, entonces hay que ver caso por caso, es muy subjetivos esta nena necesitaba encontrar esos recursos fueron más subjetivos las intervenciones. En cambio, el otro paciente era más complicado, había que valorar médicamente psiquiátricamente y ver qué recursos había. Era un paciente psiquiátrico había que organizarle u cuerpo trabajamos mucho lo corporal, mucho como está el le conseguimos masas jugamos con soldados la imagen del cuerpo cambian en seguida se les cae el pelo vomitan el dentro afuera entra el medicamento se vomita. Hay un intercambio entre el afuera las barreras de la piel se diluyen, y este pacientito pobrecito, yo en algún momento me interrogué si esta no remisión de la leucemia también podría a ver sido porque su psiquismo no estaba tan fuerte o medio endeble otra condición. El cuerpo tiene sus modos de responder y otros no, la muerte los ronda bastante, no es tanto de las estadísticas durante el medio pueden pasar muchas cosas, depende si ellos aceptan o no la medicación. Hay más avances, igualmente, el hospital es bastante conocido, llega un momento que no van a recuperarse y bueno hay que prepararse, bueno nosotros ahí cuando hablamos de la paliativos qué decir, qué no decir. Fue difícil en el otro paciente, me quedé acompañando la situación él quería estar con la mamá le agarraba la mano ya no penamos ni que palabras utilizar el estar, hicimos un poco de nexo con la familia, ~~la~~ el primer tiempo del tratamiento hacen el bloque de quimios se descompensan se bajan las defensas hasta que se estabilizan. Entonces el esperaba irse a su casa, en medio se descompensa, y fue como trabajamos con la mamá de decir cómo transmito esto, y uno ofrece algo y ve si el otro lo acepta. Entonces la hermana vino acá y las vio, siempre está el fantasma de la muerte mas chica que el, y bueno ella alcanza a despedirse le dice a tía que la lleve a Concordia y bueno el fallece.

