

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **JOHANNA PAOLA LASSO ANDINO**, con CC. 040167897-4, autora del trabajo de graduación intitulado: **“EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO COMO TRASTORNO PSICOSOMÁTICO Y SU RELACIÓN CON LA HISTORIA DE VIDA DEL SUJETO”** Estudio realizado desde la teoría psicoanalítica a partir de 1 caso diagnosticado de cáncer de cuello uterino, periodo de enero-mayo del 2017, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, junio 2017



JOHANNA PAOLA LASSO ANDINO
CC. 040167897-4



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO

DE PSICÓLOGA CLÍNICA

**“EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO COMO TRASTORNO PSICOSOMÁTICO Y
SU RELACIÓN CON LA HISTORIA DE VIDA DEL SUJETO**

**ESTUDIO REALIZADO DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA A PARTIR DE 1
CASO DIAGNOSTICADO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, PERIODO ENERO-
MAYO DEL 2017”**

JOHANNA PAOLA LASSO ANDINO

DIRECTORA: MTR. PAULINA BARAHONA CRUZ

QUITO, 2017

Agradezco a Dios, a mis padres y a mi pareja. Este logro es de ustedes.

Tabla de Contenidos

Introducción	1
1. El trastorno psicossomático y su relación con la historia de vida del sujeto	3
1.1 Diferenciación entre trastorno psicossomático y síntoma conversivo.....	3
1.2 El trastorno psicossomático en la teoría Psicoanalítica.	8
1.2.1 Aportes teóricos del Psicoanálisis	9
<i>1.2.1.1 Joyce McDougall</i>	9
<i>1.2.1.2 Juan David Nasio</i>	11
<i>1.2.1.3 Jorge Ulnik</i>	13
<i>1.2.1.4 Luis Chiozza</i>	17
1.3 Incidencia de la historia de vida del sujeto en la presentación del trastorno psicossomático	19
2. El cáncer de cuello uterino desde el punto de vista médico	25
2.1 Concepto.....	25
2.2 Características	26
2.3 Causas y factores de riesgo	28
2.4 Tratamiento	30
3. El cáncer de cuello uterino y su relación con la maternidad	33
3.1 Concepción psicoanalítica del cáncer	33
3.1.1 La relación del enfermo y su enfermedad	37
3.2 Lectura psicoanalítica del cáncer de cuello uterino y su relación con la maternidad	39
4. Análisis de los datos de la Investigación	43
4.1 Metodología	43
4.2 Caso analizado.....	46
4.3 Análisis de técnicas utilizadas.....	47
4.3.1 Aplicación y análisis de la entrevista de la historia familiar	47
4.3.2 Aplicación e interpretación del TRO (Test de Relaciones Objetales).....	50
4.3.3 Aplicación e interpretación de la entrevista semiestructurada.	58
Conclusiones	66
Bibliografía	70
Anexos	73

Resumen

El presente estudio fue realizado con la finalidad de conocer la relación existente entre el cáncer de cuello uterino como trastorno psicossomático y la relación que éste puede tener con la historia de vida de las mujeres que lo presentan. Para ello se realizó una revisión bibliográfica desde la teoría psicoanalítica que comprendió distintos puntos, desde la diferenciación entre conceptos como el fenómeno psicossomático y el síntoma conversivo, pasando por una exploración de varias perspectivas teóricas que explican el fenómeno psicossomático, hasta llegar a la sustentación teórica de la hipótesis de esta investigación, la cual se planteó de la siguiente manera: El cáncer de cuello uterino como trastorno psicossomático se relaciona con la historia de vida del sujeto en la existencia de conflictos no apalabrados en relación con su madre y/o en relación con sus hijos. Se realizó un estudio de caso, en el cual se exploró mediante técnicas como la entrevista, aspectos conscientes de la historia de vida de la participante, mientras que los aspectos inconscientes fueron obtenidos mediante la aplicación de un test proyectivo (TRO). Los indicadores encontrados a lo largo del discurso de la participante mostraron que en éste caso en particular la existencia de “conflictos no apalabrados” en relación a la propia madre, pueden predisponer a la aparición de cáncer de cuello uterino o cáncer de cérvix.

Introducción

Generalmente, cuando se habla acerca de una enfermedad como el *cáncer* se tiende a vincular este concepto con el fin de la vida y no es para menos, ya que, si la enfermedad es detectada en una etapa tardía, la esperanza de vida disminuye drásticamente y finalmente no se encuentra nada que hacer. Resulta evidente que la manifestación de ésta enfermedad es física, en tanto las células que debía morir no lo hicieron y por tanto crecieron aceleradamente dando lugar a la aparición de un tumor, sin embargo, hay un punto importante que desde la doctrina médica se ha dejado de lado en el estudio del cáncer y éste es el factor psicológico. Es así que para ésta investigación se ha propuesto el análisis del cáncer de cuello uterino y su relación con la historia de vida del sujeto con el objetivo de comprobar si en realidad existe correlación entre dichas variables.

El cáncer de cuello uterino en el Ecuador es el tercero más frecuente entre la población femenina, luego del cáncer de mama que ocupa el primer lugar y el cáncer de tiroides que resalta en segundo lugar. Sin embargo, como causa de muerte ocupa el segundo lugar después del cáncer de estómago. Parecería ser que su presencia está asociada a altos niveles de pobreza e instrucción escolar baja o nula en donde el desconocimiento de los métodos preventivos como exámenes de papanicolaou frecuentes y el acceso limitado a la salud pública, prima entre dichas esferas económico-sociales (Sociedad de lucha contra el cáncer, SOLCA núcleo de Quito, 2014).

La importancia de la presente disertación es que no existe otra en la cual se trabaje el tema del cáncer y específicamente de cuello uterino desde el punto de vista de la psicósomática, enfoque desde el cual se trabaja la enfermedad somática relacionada con la historia de vida del sujeto. Es así que se estableció como objetivo general: “Analizar la relación entre el cáncer de cuello uterino y su relación con la historia de vida del sujeto en una mujer diagnosticada con la enfermedad”. Para cumplir con dicho objetivo se ha establecido un objetivo específico para cada capítulo.

En el primer capítulo, el cual responde al objetivo: “Sistematizar la información que desde la teoría psicoanalítica exista acerca del trastorno psicósomático y su relación con la historia de vida del sujeto” se expone varias nociones importantes que sirven como base para el posterior estudio de las afecciones psicósomáticas, la diferenciación entre éstas, y el síntoma conversivo resalta como un aspecto crucial dentro del presente apartado. Por otro lado, en el

mismo capítulo se expone varias posturas teóricas psicoanalíticas que han contribuido con el estudio de las enfermedades físicas vinculadas a lo psicológico, así como también se aborda la incidencia de la historia de vida del sujeto en la aparición de los trastornos psicosomáticos.

En el capítulo 2 se describe el cáncer de cuello uterino desde la medicina, en ese apartado se expone el concepto general del cáncer, el concepto general de cáncer de cuello uterino, sus factores de riesgo, los posibles síntomas y los diferentes métodos para su tratamiento.

El capítulo 3 responde al siguiente objetivo: “Comprender el cáncer de cuello uterino y la relación con la maternidad a partir de la teoría psicoanalítica”, aquí principalmente se fundamenta la hipótesis de investigación que se planteó para este estudio: ***El cáncer de cuello uterino como trastorno psicosomático se relaciona con la historia de vida del sujeto en la existencia de conflictos no apalabrados en la relación con su madre y/o en la relación con sus hijos.*** Al no encontrarse ningún estudio desde la teoría psicoanalítica con respecto al cáncer de cuello uterino, se utilizó el estudio de un caso de cáncer de mama y un postulado teórico general para cualquier enfermedad física, el cual propuesto por Groddeck (1983) a propósito de las afecciones psicosomáticas, la relación encontrada por este autor vincula directamente el órgano afectado con la función que éste cumple en un todo llamado cuerpo. En esta sección se incluye también una concepción psicoanalítica del cáncer en general y la relación entre el enfermo y su enfermedad.

Finalmente, en el capítulo 4 se aborda la investigación práctica como tal, cuya base son los tres capítulos preliminares. Se utilizó técnicas como la entrevista y la aplicación del Test de Relaciones Objetales (TRO) para el análisis del caso que se propone en esta disertación. De esta manera, los resultados obtenidos permitieron corroborar, en parte, la hipótesis antes mencionada. Así, parecería ser que, en el caso estudiado, la presencia de “conflictos no apalabrados” en la relación de la participante con su madre predispone el apareamiento de cáncer de cuello uterino. La segunda parte de la hipótesis se descarta para este caso, ya que no se evidenció ningún conflicto en la relación de la participante con sus hijos.

1. El trastorno psicosomático y su relación con la historia de vida del sujeto

El capítulo que se presenta a continuación aborda el trastorno psicosomático y su relación con la historia de vida del sujeto. En primer lugar, se realizará una diferenciación entre el síntoma conversivo y el trastorno psicosomático, debido a la similitud que poseen en el ámbito de la exploración clínica. Para esto, se propone iniciar con el mecanismo de la formación de síntoma para continuar con un recorrido desde el síntoma conversivo en Freud y terminar con el trastorno psicosomático. Además, se presentarán algunas concepciones psicoanalíticas contemporáneas que teorizan acerca de este último para finalmente exponer acerca de la incidencia de la historia de vida del sujeto en la adquisición de este trastorno.

1.1 Diferenciación entre trastorno psicosomático y síntoma conversivo

Para diferenciar estos conceptos, es importante tener en cuenta como se constituye el síntoma desde la teoría psicoanalítica para posteriormente realizar un rápido recorrido del síntoma conversivo desde sus primeras concepciones, ya que a partir de éste nacen las diferentes teorizaciones actuales que explican el trastorno psicosomático.

Desde el discurso médico, signo y síntoma son conceptos fundamentales, el Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina, define al signo de la siguiente manera: “Manifestación objetiva de una enfermedad o de un síndrome, que resulta evidente para un observador diferente del sujeto que lo presenta. Puede ser espontáneo o provocado por una maniobra exploradora” (Real Academia Nacional de Medicina, 2012, p. 1486). Por otro lado, el síntoma es la “Manifestación de una enfermedad o de un síndrome que solo es percibida por el individuo que lo padece” (Real Academia Nacional de Medicina, 2012, p. 1522). Un síntoma es puramente subjetivo ya que solo se puede tener noción de él mediante el testimonio de la persona que lo padece. Estas dos nociones son una herramienta básica e importante para el profesional de la salud, ya que le permiten tener un primer acercamiento al paciente. Por este motivo, es necesario que los mismos sean analizados profundamente antes de establecer un diagnóstico.

Por tanto, desde la medicina, la aparición de un síntoma sugiere que algo no se encuentra bien en la persona, en otras palabras, la persona se encuentra enferma. Así cuando el pulso y el corazón siguen un ritmo determinado, la temperatura corporal mantiene un nivel constante,

las glándulas segregan hormonas adecuadamente, es decir, la conjugación entre éstas y otras funciones corporales a partir de un modelo que resulta armonioso, ocasiona un estado de bienestar en el sujeto, el cual se lo denomina como salud. Por el contrario, si una de las funciones se altera, la armonía del conjunto se destruye, es ahí cuando es preciso hablar de enfermedad relacionada al síntoma (Dethlefsen & Dahlke, 2003).

La enfermedad es un estado que indica que el individuo, en su conciencia, ha dejado de estar en orden o armonía, esta pérdida del equilibrio interno se manifiesta en el cuerpo en forma de síntoma. El síntoma señala que, como seres dotados de alma, se ha perdido el equilibrio de las fuerzas de la misma y por tanto informa que algo le falta al sujeto para estar sano, en otras palabras, equilibrado (Dethlefsen & Dahlke, 2003).

Cuando aparece un síntoma en el cuerpo de una persona, éste llama la atención, interrumpiendo la continuidad de la vida diaria. Un síntoma es algo que atrae atención e interés y por lo tanto, impide el desarrollo normal de la vida del sujeto, un síntoma reclama atención, se quiera o no. La manifestación de éste, por tanto, parece llegar de fuera produciendo una molestia, ya sea grande o pequeña y desde ese momento no se tiene más que un solo objetivo: eliminarla. El ser humano no quiere ser molestado, y ello hace que empiece la lucha contra el síntoma. Ésta lucha exige atención y bastante dedicación, en otras palabras, el síntoma siempre consigue que se esté pendiente de él (Dethlefsen & Dahlke, 2003).

La *formación de síntoma* es un “término utilizado para designar el hecho de que el síntoma psiconeurótico es el resultado de un proceso especial, de una elaboración psíquica” (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 164). La *formación de síntoma* esencialmente se manifiesta como un retorno de lo reprimido, en un proceso distinto a la defensa, en donde los factores constitutivos de ambos mecanismos son relativamente independientes entre sí. El retorno de lo reprimido sucede a manera de <formaciones sustitutivas>, estas formaciones equivalentes al síntoma pueden ser los actos fallidos, los chistes, los sueños, etc, o de <formaciones de compromiso>, en donde lo reprimido adopta una forma irreconocible para ser admitido en la conciencia, y finalmente a manera de <formaciones reactivas>, las cuales se definen como una actitud o hábito psicológico de sentido opuesto a un deseo reprimido, aquellas se han constituido como una reacción frente a este último. (Laplanche & Pontalis, 2004).

De manera específica, la consolidación y apareamiento de un síntoma es el resultado de un conflicto entre dos pulsiones opuestas, en donde una de las dos partes que conforman el

conflicto es la libido insatisfecha que ha sido rechazada por la realidad y por tanto, ahora tiene que buscar otros caminos para encontrar su satisfacción si la libido está dispuesta a aceptar otro objeto en lugar del frustrado, aquella se verá finalmente precisada a seguir el camino de la regresión y por tanto a satisfacerse en uno de los lugares que ya han sido superados a lo largo de su desarrollo. De esta manera, el síntoma se engendra como un sustituto para una satisfacción que ha sido denegada y lo hace mediante la regresión de la libido a estadios previos de su desarrollo en la elección de objeto o en la organización. De hecho, se tiene claro que el neurótico quedó adherido a algún punto de su pasado. Así, el síntoma repite de alguna manera una modalidad de satisfacción de su temprana infancia que por regla general se vuelca a una sensación de sufrimiento mezclada con elementos que le llevaron a contraer la enfermedad. La modalidad de satisfacción que el síntoma produce, en sí es extraña y por tanto irreconocible para la persona, aquella más bien lo vive como un sufrimiento y por ende se queja de ello (Freud, 1915-1916/2009).

Freud describe a los síntomas como actos perjudiciales, que en sí no tienen ninguna utilidad en la vida del ser humano. El principal perjuicio es el gasto anímico que producen, y el que se necesita para tratar de combatirlos. Por tanto, si la formación de síntoma es extensa, estos dos pueden traer consigo un empobrecimiento de la energía psíquica disponible, dificultando las actividades importantes para el sujeto en su vida cotidiana.

Aunque en el psicoanálisis y en la medicina en general se considera al síntoma como subjetivo, en el discurso médico se busca darle una concepción un tanto más objetiva, por ejemplo: cuando el médico pregunta sobre el dolor, pide al paciente asignarle un número en una escala del 1 al 10 y describirlo de acuerdo a las categorías que el utilice, así: ¿siente como que le pincha, como que va y viene, o como que le punza?, mientras que en la teoría psicoanalítica, no interesa la descripción objetiva del síntoma, sino justamente se pone énfasis en escuchar lo subjetivo, ya que a partir de esto se puede conocer la realidad psíquica del paciente, considerado como material fundamental en la exploración y práctica clínica.

De todo lo anterior, queda claro que el síntoma es un hecho subjetivo, además para el psicoanálisis también se considera un hecho del lenguaje y por tanto una formación del inconsciente (Sandoval, 2005) que posee los mismos procesos que contribuyen a la formación del sueño: la condensación¹ y el desplazamiento². El síntoma figura algo como

¹ Se entiende por condensación cuando una representación única representa por sí sola varias cadenas asociativas, en la intersección de las cuales se encuentra (Laplanche & Pontalis, 2004).

cumplido (regresión de la libido a estadios anteriores de su desarrollo) similar a lo que sucede en el sueño. Sin embargo, el síntoma en extrema condensación puede comprimirse en una sensación o inervación únicas (Freud, 1915-1916/2009), es decir, que el mismo se manifiesta a través del cuerpo mediante una dolencia que congrega en sí misma varias cadenas de significantes. Evidentemente, el síntoma al ser algo subjetivo da lugar a varios tipos de manifestaciones, específicamente el síntoma conversivo se puede definir como:

Mecanismo de formación de síntomas que interviene en la histeria, y más específicamente en la histeria de conversión. Consiste en una transposición de un conflicto psíquico y una tentativa de resolución del mismo en síntomas somáticos, motores (por ejemplo, parálisis) o sensitivos (por ejemplo: anestias o dolores localizados). La palabra conversión corresponde en Freud a una concepción económica: la libido desligada de la representación reprimida se transforma en energía de inervación. Pero lo que caracteriza los síntomas de conversión es su significación simbólica: tales síntomas expresan a través del cuerpo, representaciones reprimidas (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 85).

Freud en sus primeros estudios acerca del síntoma conversivo o más bien conocido como histeria de conversión, explica el mecanismo de formación de tal síntoma, en donde interfiere en gran medida lo que él denomina trauma psíquico. Se llama así a las vivencias que desencadenan el afecto originario, y cuya excitación fue convertida en un fenómeno somático. En calidad de tal, obrará en cada persona alguna situación que suscite afectos penosos en la misma, provocando dolor psíquico y por ende malestar, cabe mencionar también que depende mucho de la sensibilidad de la persona afectada para que una vivencia se experimente como trauma. Además, no es nada raro encontrar que varios traumas parciales en su unificación logren conseguir un efecto traumático en quien los padece. Cuando la excitación traumática originaria no ha sido procesada mediante el método de abreacción³ o un trabajo del pensar, a los restos que quedan de aquello en el sistema nervioso, se los considera como el origen de la mayoría de síntomas histéricos. En otras palabras, una suma de excitación llegada al sistema nervioso se convierte en un síntoma permanente evidenciado en el cuerpo, en la medida en que el mismo no se expuso hacia afuera en proporciones iguales a

² Se entiende por desplazamiento cuando la intensidad de una representación puede desprenderse de ésta para pasar a otras representaciones originalmente poco intensas, aunque ligadas a la primera por una cadena asociativa (Laplanche & Pontalis, 2004).

³ Descarga emocional, mediante la cual un individuo se libera del afecto ligado a un acontecimiento traumático, evitando así que se convierta en un agente patógeno o lo siga siendo (Laplanche & Pontalis, 2004).

su monto (Freud, 1893-1895/1999). Al mencionar esto, Freud indica que cuando el conflicto no logra expresarse mediante la palabra o mediante el pensar, lo que queda de ese trauma originario no se elimina o se olvida, sino más bien se expresa de otra manera que resulta aceptable a la conciencia. Cabe mencionar que todo este proceso es inconsciente y por tanto el síntoma que aparece en el cuerpo resulta irreconocible para la persona.

Siguiendo la línea freudiana y en base a la idea anterior, ¿Qué es lo que específicamente se trasmuda en dolor corporal?, la respuesta a esta pregunta radica en el concepto de dolor psíquico, en donde el mecanismo esencial es la conversión, es decir, en lugar de los dolores anímicos de una representación traumática, por tanto insoportable a la conciencia, emergen los dolores corporales. Así, se introduce una trasmudación en forma de ganancia, a medida que la persona se sustrae de un dolor psíquico intolerable. La representación ocasionadora ya no está teñida de afecto ni se singulariza frente a otras representaciones, todo se presenta como un fenómeno puramente físico sin raíz psicológica aparentemente (Freud, 1893-1895/1999) . En concreto, aquello que resulta doloroso a la conciencia se reprime y posteriormente regresa mediante un síntoma plasmado en el cuerpo, la mayoría de veces incomprensible, por tanto no se conoce su nexo causal con la representación originaria devenida traumática.

Hasta el momento se ha hecho un recorrido desde la noción de síntoma como manifestación de un conflicto que no se ha logrado elaborar, para posteriormente referirse al síntoma exclusivamente conversivo, el cual se manifiesta a través del cuerpo.

Como es posible observar, el trastorno psicósomático no hace su aparición en todo el recorrido que realiza Freud a lo largo de su teoría, sus elaboraciones principalmente se dan en torno al síntoma histérico principalmente. Por tanto, las conceptualizaciones que desde el psicoanálisis existen para este trastorno son actuales, aunque se derivan de las concepciones freudianas que han sido explicadas anteriormente. De acuerdo con Sandoval (2005), el trastorno psicósomático deviene de una marca única en lo real del cuerpo y no tiene relación con lo imaginario o lo simbólico, a diferencia del síntoma conversivo en donde se pone en escena un cuerpo en el plano de lo imaginario. Así, el síntoma conversivo es un enigma, una metáfora a ser descifrada a través del lenguaje en la lógica del deseo y en la estructura del inconsciente. Por tanto, “es tan apalabrable y tan analizable como los sueños, las fantasías, los actos fallidos y el discurso mismo del sujeto” (Sandoval, 2005, p. 3).

En el fenómeno psicossomático ocurre algo completamente distinto, se tiene una lesión anatómica verificable que muchas veces puede detectarse mediante un examen clínico antes de que el paciente presente alguna sintomatología. De esta manera, es un fenómeno⁴ emergente del cuerpo biológico y sujeto a las leyes del mismo, más no a las del inconsciente como en el caso de la conversión. Así, cuando se menciona que en lo psicossomático hay una sola marca a nivel de lo real, se concluye que no existe posibilidad de interpretación o análisis, en cuanto no hay relación entre significantes (Sandoval, 2005). Sin embargo, existen teóricos que manifiestan lo contrario, es decir, que la enfermedad somática siempre expresará un conflicto psíquico relacionado a la vida del sujeto y por tanto es tan interpretable como cualquier síntoma, en donde el cuerpo, su constitución y sus manifestaciones son parte de la realidad psíquica sobre la cual trabaja el psicoanálisis. Así, al establecer tan firmemente los campos de acción disciplinaria se excluye la posibilidad de escuchar y trabajar lo que acontece en el campo psicossomático, dejando de lado la importancia que puede tener para el paciente los significados que expresa mediante su cuerpo (Weissberg, 2005).

En resumen, la diferencia principal que surge entre el trastorno psicossomático y el síntoma histérico, es que en el primero existe una lesión real en el cuerpo, de mayor o menor intensidad que le proporciona al sujeto una preocupación y queja constante sobre ello, mientras que en el síntoma conversivo el conflicto vendría a ser más bien funcional, en donde hay una imposibilidad que tiene un tinte somático. Sin embargo, las exploraciones médicas muestran que no existe daño orgánico que justifique el síntoma presente en el cuerpo.

1.2 El trastorno psicossomático en la teoría Psicoanalítica.

El trastorno psicossomático ha sido ampliamente estudiado dentro de la teoría psicoanalítica, sobre todo por autores contemporáneos, los cuales a pesar de presentar variaciones en sus postulados debido a la experiencia clínica propia, sostienen su teoría en base a los lineamientos freudianos acerca del conflicto psíquico y la manifestación presente en el cuerpo. Lo que interesa aquí, es que se mantengan claro las diferentes posturas para evitar posibles confusiones más adelante.

⁴ Término utilizado por el autor para denominar a “los datos de la experiencia tal como pueden ser captados objetivamente por la observación o la experimentación” (Sandoval, 2005, p. 4).

1.2.1 Aportes teóricos del Psicoanálisis

A continuación, se realizará un recorrido por diferentes autores que han contribuido a la teoría psicoanalítica con el estudio del trastorno psicosomático. En primer lugar se encuentra Joyce McDougall, continuando con Juan David Nasio, Jorge Ulnik y para concluir se tomará en cuenta los aportes de Luis Chiozza. Como se ha mencionado, la base teórica es el psicoanálisis, por tanto se encontrarán varias similitudes en sus propuestas, sin embargo, la experiencia clínica de cada uno de ellos es lo que permite enriquecer aún más el estudio de las afecciones psicosomáticas para la aplicación posterior al análisis del segmento práctico que conlleva esta disertación.

1.2.1.1 Joyce McDougall

Uno de los aportes actuales a la teoría psicoanalítica en el estudio de los estados psicosomáticos es el de Joyce McDougall, quien fundamenta su teoría en estudios basados en la experiencia que le brinda su propia clínica. De inicio, se reconoce que en las afecciones psicosomáticas existe un daño físico real, en donde el “sentido” es de orden pre-simbólico e interfiere en la representación de la palabra. Si se hace una comparación con la manera en que los psicóticos tratan el lenguaje, el psicótico tiene la meta de llenar espacios de vacío aterrador mediante sus alucinaciones o delirios, en cambio para las afecciones psicosomáticas es el cuerpo quien se comporta de forma “delirante”, en unos casos “superfuncionando” o en otros inhibiendo funciones somáticas normales, todo en un plano fisiológico. En otros términos, “el cuerpo se vuelve loco” (p. 32).

Las somatizaciones como respuesta a todo tipo de conflictos pueden concebirse como un síntoma donde la psique busca, con medios primitivos e infraverbales, enviar mensajes que se serán interpretados como somáticos. De esta manera, un órgano puede actuar como si debiera responder psíquicamente a una situación conflictiva que se considera biológicamente peligrosa (McDougall, 1991). Es evidente que desde el nacimiento, el ser humano se ve forzado a construir organizaciones psíquicas que le permitan prevenir o acabar con el dolor psíquico e incluso físico, en su camino para constituirse como sujeto. El éxito de este camino depende principalmente de la aptitud que posee todo ser humano para desarrollar su funcionamiento simbólico y el modo en que la historia personal, así como las primeras interacciones madre-hijo han podido facilitar o al contrario trabar esta inserción de su hijo al mundo (McDougall, 2005).

Por tanto, para que el sujeto sea capaz de incorporarse a la cultura e interactuar en ella tiene que renunciar entre otras cosas, a ese lugar en donde todos los deseos del recién nacido eran satisfechos sin necesidad de pasar por el código de lenguaje hablado, además de renunciar al deseo de pertenecer a los dos sexos, y por tanto desistir también a los deseos edípicos en sus formas heterosexual y homosexual. Todas estas pérdidas implican un duelo, sin embargo, a cambio de la primera pérdida se constituye la propia identidad y a cambio de la segunda y tercera, el don del deseo sexual con promesa de futuras relaciones amorosas en la vida adulta. Las respuestas que se puedan encontrar a estos conflictos pueden ser muy bien adaptadas, o de lo contrario la no aceptación del duelo que implican las pérdidas mencionadas anteriormente, llevaría al sujeto a experimentar cierto dolor psíquico, e incluso somático. Así, las soluciones que no han sido pasadas por un proceso de elaboración psíquica a nivel del pensamiento verbal y en su lugar se transmiten mediante el actuar, indican una falla en la capacidad de simbolizar y por tanto, en la capacidad para elaborar mentalmente ciertas vivencias con impacto traumático para quien las experimenta. En palabras de McDougall (2005):

Cuando la angustia, la aflicción, la rabia, el terror o la excitación inusuales son somatizados en lugar de ser reconocidos y elaborados psíquicamente, el individuo queda de pronto inmerso en un modo primitivo de pensamiento, en el cual los significantes son preverbales. Dicho de otro modo, hay una regresión al funcionamiento psíquico de la infancia (...) La somatización puede ser conceptualizada entonces como una forma de funcionamiento preverbal o protosimbólico, que constituye también un “protolenguaje” (p. 204).

Así, los fenómenos somáticos son mensajes enviados por la psique cuando ésta se encuentra amenazada por el advenimiento de sucesos dolorosos, cuya representación es automáticamente expulsada de la conciencia. Aunque, paradójicamente tales reacciones puedan poner el peligro la vida del sujeto, en principio están destinadas a proteger a la persona de un posible daño psíquico. De este modo, estos fenómenos aunque dotados de sentido psicológico, son una respuesta somática que proporciona la psique en sus intentos por prevenirse de angustias que si alcanzarán la conciencia quizás devendrían psicóticas (McDougall, 1991).

A manera de resumen, cuando el sujeto no logra tramitar los duelos de su propia infancia, los cuales le permitirán a futuro constituir su propia identidad, es posible el advenimiento de

estados psicossomáticos, debido a la pobreza psíquica que posee el individuo para simbolizar estos duelos. Por tanto, se ve obligado a actuar, es decir, a convertir en somático aquello que corresponde a un lugar psíquico, todo esto como defensa ante el dolor que le proporciona tales experiencias traumáticas. Por último, cabe mencionar que dependerá de la interacción madre-hijo para que se facilite o en circunstancias desfavorables, se complique el proceso de individuación y por ende de inserción del niño a la sociedad, cuando esto sucede existe la posibilidad de que él mismo se quede atrapado en una especie de funcionamiento previo a un lenguaje simbólico, que no le permita pasar por la palabra o por un proceso de elaboración mental aquello que le resulta doloroso, por tanto expulsa automáticamente de la conciencia las representaciones que le puedan ocasionar dicho dolor como una forma de prevenir a la psique un posible daño.

1.2.1.2 Juan David Nasio

El presente autor basa su teoría en elementos que provienen de elaboraciones de autores como Jacques Lacan, además de aportar con sus propios estudios provenientes de la experiencia clínica.

Para Nasio (2006), las afecciones psicossomáticas son formaciones del objeto a^5 , en donde el sujeto hace sin saber porque lo hace, es decir, actúa. Al contrario de las formaciones del inconsciente, en donde el sujeto dice, sin saber porque lo dice. Se debe tomar en cuenta, que se necesita de un significante excluido para que la realidad entre sujeto y objeto tome consistencia, este significante se denomina Nombre del Padre. Entre las formaciones del objeto a existen aquellas para las cuales falta esta condición nombrada anteriormente, la de un significante que se encuentre fuera. Es ahí precisamente donde se habla del mecanismo de forclusión: el significante fuera que se necesita para que la realidad se mantenga, no se encuentra ahí, no existe. En otras palabras, en la lesión de órgano o lo que se conoce más bien como estados o afecciones psicossomáticas no existe Nombre del Padre, el cual debería estar excéntrico a la cadena significativa y por tanto, lo que ocurre es la masificación del par significativo S1yS2, los cuales se encuentran amalgamados en dicha cadena.

⁵ Se entiende por objeto a aquello por lo cual y mediante lo cual la pulsión busca alcanzar su fin, es decir, cierto tipo de satisfacción. Puede tratarse de un objeto real, un objeto parcial, uno fantaseado e incluso una persona (Laplanche & Pontalis, 2004).

Volviendo a las formaciones del inconsciente, este significante primordial viene a definir la consistencia y en cuanto a las formaciones del objeto *a*, se dividen en dos subtipos: aquellas en donde la condición del Nombre del Padre se mantiene, como por ejemplo: la fantasía y aquellas en donde no se mantiene, como por ejemplo: la alucinación, la lesión de órgano y el pasaje al acto, que son las tres principales formaciones del objeto *a* (Nasio, 2006). Se tiene entendido que el mecanismo que se presenta en un cuadro psicótico también es la forclusión, sin embargo, esto no quiere decir que una persona con una afección psicósomática sea psicótica y por tanto se encuentre fuera del mundo simbólico. En palabras de Nasio (2006):

Cuando decimos que la forclusión del Nombre del Padre es el mecanismo de la lesión de órgano, esto no quiere decir que la realidad sea caótica y que el sujeto sea psicótico. Percibirán bien que estamos localizando la forclusión (...) Destacamos así, como lo hacía Freud, un mecanismo que no excluye a otros: puede haber forclusión del Nombre del Padre que provoque una lesión de órgano, lo que no excluye que haya represión, denegación, etc. En otros términos, hablar de la forclusión como mecanismo local es un modo de decir que la realidad que abordamos y la realidad de la lesión de órgano son realidades locales (pp. 87-88).

En base a las ideas preliminares, es preciso mencionar que el sujeto se compone de numerosas realidades, como también de pulsiones. Las formaciones en donde hay forclusión (formaciones del objeto *a*) también son realidades, pero son realidades diferentes que le son propias a cada una de ellas. Así, en los estados psicósomáticos existe una realidad totalmente consistente pero que carece de ese significante externo, el significante Nombre del Padre. De esta manera, el mapa genealógico en la lesión de órgano se encuentra perfectamente establecido. Sin embargo, esta genealogía no asciende ni desciende en torno a la filiación significativa, sino más bien, circula a nivel de las lesiones orgánicas. En otras palabras, la filiación del Nombre del Padre es sustituida por la filiación de objeto.

Por otro lado, un segundo hecho clínico que se desprende del estudio de estas afecciones es que el desencadenante de las mismas se debe a dos factores: el llamado y el retorno, instancias que se presentan en la forclusión del Nombre del Padre (alucinación, lesión de órgano y pasaje al acto), de este modo es importante precisar que el llamado no es simbólico, ni real, es fantasmático y remite a la misma consistencia de la lesión, la cual hará su aparición siempre y cuando se trate del mismo linaje. En concreto “no se trata de encontrar la misma dolencia, se trata de fantasías”. (Nasio, 2006, p. 92).

Así, el retorno vendría a ser la lesión, una variación brusca inscrita en un órgano que no remite a nada, sino a ella misma y el llamado por tanto, es el significante que abre y cierra la realidad. El llamado en este caso, no es un significante que refiere a otros de su misma naturaleza, sino más bien se trata de una pura enunciación, o sea sin sujeto del enunciado:

El ejemplo más claro de una pura enunciación es un grito, y particularmente un grito de dolor, un pedido de socorro, una injunción, o sea una orden precisa, formal, perentoria, una intimación, condensada en una o dos palabras, o más aún, emisiones de sonido entrecortadas, inéditas, ruidos extraños o inquietantes, frases que se repiten sin sujeto (Nasio, 2006, p. 90).

Este ejemplo hace alusión a lo que se conoce como holofrase o frases condensadas, como producto de la masificación de los significantes $S1yS2$, a consecuencia de la forclusión, en donde el significante Nombre del Padre no se encuentra en donde debería estar, en un punto fuera de la realidad para que esta misma tome consistencia, como se había mencionado en inicio (Nasio, 2006).

Resumiendo las principales ideas propuestas por el autor, las afecciones psicósomáticas son una formación del objeto *a*, junto a la alucinación y el pasaje al acto, en donde el mecanismo principal que comanda su aparición es la forclusión. Sin embargo, la misma se caracteriza por ser local y por tanto, pueden darse otros mecanismos como la denegación, la represión, etc. Así, en la lesión de órgano el sujeto construye su realidad, la cual es muy consistente, alrededor de la lesión de órgano y no en relación al Nombre del Padre, lo que la diferencia de la psicosis en donde la realidad se encuentra fuera del mundo simbólico, dando lugar a un entorno totalmente caótico.

1.2.1.3 Jorge Ulnik

El autor que se presenta a continuación, realiza un recorrido por las obras de varios autores que han realizado sus aportes a la teoría psicósomática, específicamente desde el estudio de las enfermedades de la piel; Freud, Anzieu, Spitz, Marty, Chiozza, y Winnicott son algunos de ellos. De cualquier manera, en lo que a Jorge Ulnik respecta, sus propuestas se fundamentan en varios aportes que brindan los mencionados autores y con argumentaciones basadas en su análisis y estudios.

Ulnik (2011) cita a Anzieu, y propone la existencia de diferentes niveles de simbolización, en donde la enfermedad psicósomática es una forma de simbolización de distinto nivel de la que se utiliza en el lenguaje hablado. Es así que, cuando se menciona que el síntoma o la enfermedad aparecen cuando no ha pasado por la palabra algún pensamiento o conflicto, se está realizando una simple sustitución y por lo tanto el aporte teórico en esas instancias resultaría bastante reduccionista.

Tomando en cuenta estas ideas, los cinco niveles de simbolización y su lógica correspondiente son: Lógica de las cualidades sensibles, Lógica espacial y temporal, Lógica relacional, Lógica temporal y de los movimientos y Lógica abstracta. El autor plantea claros ejemplos clínicos para explicar cada uno de estos niveles. De esta manera, en el primer nivel de simbolización, conocido como “equivalencia de sensaciones y transposición de las cualidades sensibles”, el mecanismo presente es la transposición. Así:

Por ejemplo, cuando una ofensa se siente como herida y aparece una herida sangrante en la piel. O cuando se lleva encima un problema, una carga o una responsabilidad por el cuidado de una persona, y aparece la molestia encima de la espalda como artrosis dorsal o lumbar, o a veces aparece una lesión en la espalda (Ulnik, 2011, p. 117).

De esta manera, tanto en la conversión histérica como en los estados psicósomáticos es posible observar dicho mecanismo. Por tanto, se podría afirmar que “en la histeria la trasposición se origina desde el lenguaje hacia el soma y en la enfermedad somática se parte desde las sensaciones y modificaciones corporales hacia el lenguaje” (Ulnik, 2011, p. 118), con esta afirmación es posible pensar que en lo psicósomático el conflicto psíquico se inscribe en el cuerpo a través de una lesión y posteriormente se construye todo un entramado inconsciente que se inserta de manera coherente en la historia de vida del sujeto.

Por otro lado, una posibilidad más que se da entre éstas lógicas es en tanto a la constancia de objeto, es decir, que las personalidades fragmentadas o en peligro de fragmentación porque han sufrido alternancias entre apego y desapego, o una diversificación de personas en la crianza, ya sea porque diferentes personas le aporten sensaciones contradictorias o que la misma persona tenga sentimientos y conductas incompatibles o que se tenga el mismo sentimiento dirigido a personas entre las cuales tenga que elegir, acuden a la enfermedad como mecanismo de unificación de tales sensaciones. Por esta razón es bastante común

escuchar que el paciente “siente que su trastorno lo acompaña y no se le va a ir nunca, obtiene de él la sensación de constancia y compañía que le faltó con personas significativas” (Ulnik, 2011, p. 120). Sin embargo, hay que considerar que a veces la enfermedad no es lo que aporta la sensación de unidad, sino que facilita que sobre ella se proyecte las distintas partes en las cuales el paciente se siente dividido, todo esto en lugar de sentir la locura de la despersonalización y/o fragmentación (Ulnik, 2011).

Otras lógicas incorporadas en los cinco niveles de simbolización, que más bien tienen que ver con la evolución y el proceso de los tratamientos en los pacientes con alguna afección psicosomática son la lógica relacional y la lógica temporal y de los movimientos. La primera de ellas, hace alusión a que dos términos por ejemplo, se pueden oponer, por su diferencia, por su color, o por su grado de determinada cualidad, es decir, incorpora un tercer elemento según el cual se desarrolla esta oposición de términos. Así, lo importante de esta lógica es que permite que el paciente evalúe su estado y ya no se maneje entre una polaridad “brotado o no-brotado”, sino que le permita tener en cuenta que se encuentra mejor a pesar de que la presencia de sus lesiones aún permanece. Por otro lado, la segunda lógica nombrada con anterioridad introduce la noción de proceso o devenir, en donde es necesario primero planificar una acción y desarrollarla luego para obtener un objetivo, esto permite registrar la idea de duración de un tiempo que transcurre, relacionando espacio y tiempo. La adquisición de esta lógica en los pacientes alimenta el efecto de confianza y favorece la continuidad de los tratamientos, debido a que comprenden que la sanación de sus enfermedades es un proceso, el cual se va dando a medida en que se cumplan ciertas condiciones y se realicen determinadas cosas (Ulnik, 2011).

Finalmente, el nivel de la lógica abstracta pertenece al pensamiento lógico, con conceptualización y razonamiento. Esta lógica tiene que ver principalmente con la metáfora y la metonimia y por tanto se podría concluir que es el nivel más evolucionado de todos los demás, el cual constituye el estadio final de una serie de adquisiciones que se articulan entre sí, pero que también pueden funcionar independientemente (Ulnik, 2011). Con toda esta elaboración, es importante recalcar que el sujeto puede encontrarse en varios de estos niveles de simbolización a la vez, en palabras del autor en cuestión, existe: “la coexistencia de modos de funcionamiento más primitivos y más evolucionados en un mismo sujeto y hasta en un mismo momento” (Ulnik, 2011, p. 124).

Posteriormente, el autor apoyado en la teoría de Lévi Strauss desarrolla varias ideas en torno a dos conceptos: *la eficacia simbólica y el efecto placebo*, los dos analizados desde las enfermedades de la piel y específicamente en lo que concierne a la psoriasis. Se tiene por tanto, que en la enfermedad y su curación se pone en juego elementos inconscientes que inciden en la eficacia del tratamiento que se utilice para aliviar o disminuir aunque sea en parte su dolencia. Así, “la expresión “manipulación psicológica” sugiere que lo psicológico puede influir sobre lo físico “manipulándolo”” (Ulnik, 2011, p. 137). De esta manera, mediante elementos objetivos de la vida cotidiana (leche, jabones, aceites, alimentos, etc.) lo que se quiere lograr es tramitar ciertas alteraciones psicológicas que han sido depositadas, en este caso en la piel. Mediante este mecanismo lo que se observa es que la lesión física está en relación con los conflictos psíquicos.

los jabones, el aceite, la leche, los lubricantes, etc., tienen una acción física que es consciente y un significado psicológico muchas veces inconsciente de suavidad, presencia materna, caricias, limpieza de culpas y pecados, etc., que es inconsciente. Mediante su acción física, actúan sobre las grietas, la sequedad, las heridas y la descamación de la piel y a través de acción psicológica producen un efecto calmante, integrador, unificador o continente y limitante sobre las vivencias inconscientes de fragmentación, de falta de amor, de dilución de la identidad, que se depositan y ocultan en las grietas de la piel (Ulnik, 2011, p. 139)

En este caso, las ideas desarrolladas por Ulnik se aplican a las enfermedades psicosomáticas que aparecen en la piel, como por ejemplo: la psoriasis. Sin embargo, es posible tomar estos conceptos y ampliarlos hacia lo psicosomático en general, en donde se tiene entendido que siempre hay un componente inconsciente en su apareamiento, desarrollo y por tanto en el proceso de curación. De esta forma, siempre estarán en juego las creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad y, cómo elementos objetivos para su tratamiento pueden, o no, ser eficaces para el mismo.

En resumen, las enfermedades psicosomáticas rondan en torno a cinco niveles de simbolización, en donde lo psicosomático ocupa un lugar inferior al último nivel de simbolización conocido como el más evolucionado y por ende correspondiente al lenguaje hablado. Por otro lado, se tiene que lo psicológico influye de manera directa en lo físico, a manera de manipulación y por tanto, se considera que depende de las creencias del paciente para que cierto tratamiento influya en el alivio de cierta dolencia.

1.2.1.4 Luis Chiozza

Luis Chiozza es un médico y psicoanalista argentino reconocido por su amplia trayectoria en el campo de lo psicosomático. Su obra fundamental, *¿Por qué enfermamos?* se basa en elementos de la teoría Freudiana y hace aportaciones desde su experiencia con pacientes reales que han presentado algún tipo de afección psicosomática. Los argumentos que se explican a continuación son extraídos principalmente de esta obra.

Entonces *¿Por qué enfermamos?*, la respuesta es precisamente porque el paciente oculta una historia que no puede soportar y, por tanto, su enfermedad representa un intento de modificar el significado que dicha historia representa. Así, pueda que el modo en que la enfermedad intenta resolver el conflicto no sea el mejor, aunque para el paciente esa sea la única y mejor forma que ha encontrado (Chiozza & Abad, 2013). Cabe recalcar, que todo el proceso se da de forma inconsciente (Chiozza, 1986-2007/2008).

Los síntomas expresan lo reprimido de una manera encubierta que, al mismo tiempo, representa un intento simbólico de modificar esa historia, ese episodio traumático que no se pudo resolver de un modo saludable. Por eso tiene mucha importancia poder acercar a la consciencia lo que generó la necesidad de enfermarse (Chiozza & Abad, 2013, p. 11).

Cabe señalar que la historia mencionada en esta cita, no es necesariamente la historia con la que trabaja la medicina, la cual está orientada a la recolección de sucesos que tienen lugar durante la presencia de la enfermedad, para inferir un estado pasado y poder finalmente predecir un futuro, la historia de la cual se habla en la medicina incluye un dimensión de tiempo lineal, cronológica, que permite interpretar la evolución de un proceso en términos de causa-consecuencia. La historia a la que se refiere (Chiozza, 1986-2007/2008) y de la cual se habla en psicoanálisis es aquella cuyo significado no emerge de qué fue lo que sucedió primero y que fue lo que sucedió después, sino que la misma penetra en la conciencia como “drama actual, porque está viva en cada acto y ocurre en un presente eterno” (Chiozza, 1986-2007/2008, p. 140). En este tipo de historia se habla de un tiempo no lineal, sino más bien circular, en donde es casi imposible saber “quién empezó” y el efecto puede considerarse causa de su propia causa. Este tipo de historia con la cual el paciente acude al médico en busca de ayuda, puede considerarse un signo que expresa en un lenguaje poco entendible, un drama que el enfermo se oculta a sí mismo y que de cierta manera se inserta a ese “episodio

accidental” que va en coherencia con la biografía total del paciente (Chiozza, 1986-2007/2008).

Cuando el autor habla de la historia que se oculta en el cuerpo, es porque la misma encierra un conflicto que resulta doloroso y difícil de soportar, y para lo cual existe una forma rápida de alivio: reprimiendo, olvidando, “dejando atrás”. Sin embargo, nunca se logra salir de ello sin una posterior consecuencia, y precisamente el defecto que se desprende de esta acción inconsciente radica principalmente “en que lo reprimido suele retornar bajo la forma de un síntoma, de un trastorno que, aparentemente, nada tiene que ver con algo reprimido, pero que, en realidad, es un representante encubierto de lo que se ha reprimido” (Chiozza & Abad, 2013, p. 20). Esta historia que el sujeto trata de esconder y que lo enferma, es inseparable de su historia personal entera y por lo tanto siempre remitirá a otras interpretaciones, debido a ello jamás se llegará a comprender de forma completa y definitiva el significado de la vida del paciente (Chiozza, 1986-2007/2008).

Se tiene entendido que el mecanismo de la represión se da de manera inconsciente, aunque el primer movimiento es siempre voluntario. Sin embargo, el mismo suele ser muy fugaz, por lo cual el paciente no tiene idea de que ha sido él quien empezó a reprimir en lugar de asumir. A todo esto se puede agregar que siempre es el enfermo, quien participa desde una complicidad inconsciente a que se estructure su enfermedad. De tal manera, es importante que el paciente no omita la posibilidad de pensar en lo que actualmente le está sucediendo y el hecho de que haya enfermado, sea cual fuere su enfermedad, además de tomar en cuenta la forma en que convive con sus actividades diarias y las personas que le rodean (Chiozza & Abad, 2013).

Sintetizando las ideas principales, se tiene que las enfermedades en general son una forma de lenguaje que se expresa mediante el cuerpo cuando se reprime y de alguna manera se intenta olvidar en lugar de asumir un pensamiento, suceso o afecto que resulte doloroso a la conciencia. Así, aparece bajo un síntoma irreconocible lo reprimido, con el fin de elaborar ese conflicto que no se ha resuelto de una manera saludable. De esta forma, es importante que no se deje a un lado la posibilidad de analizar el estado actual de las vivencias que el paciente tiene con el entorno, ya que muy probablemente allí se encuentre un vínculo con esta necesidad de enfermar.

1.3 Incidencia de la historia de vida del sujeto en la presentación del trastorno psicósomático

En el primer apartado del presente trabajo se había mencionado que el trastorno psicósomático se manifiesta como una lesión real en el cuerpo, la cual ha sido detectada mediante exámenes médicos que determinan el diagnóstico. Así, se tiene claro que cuando se trata de afecciones psicósomáticas, como el cáncer por ejemplo (tema que se investiga en esta disertación), siempre van de la mano el punto de vista médico (orgánico) y el punto de vista psicológico, los dos muy importantes, puesto que “todo fenómeno humano es siempre y al mismo tiempo biológico, psicológico y social” (Schavelzon, 1978, p. 96). Por tanto, no se trata de una oposición entre lo orgánico y lo psicológico, o de una psicologización de la medicina, o peor aún de una perspectiva medicina versus psicología (Schavelzon, 1978), sino más bien se debe tomar en cuenta que a pesar de comprobarse medicamente la existencia de lesiones orgánicas, las mismas tienen un componente psicológico inconsciente en su aparición, mantenimiento y por ende tratamiento. Además de conservar una estrecha relación con la historia de vida del sujeto que la presenta.

(Freud, 1915-1916/2009), en su conferencia El sentido de los síntomas explica mediante dos ejemplos, como el síntoma manifiesto siempre se encuentra entramado con la historia que el paciente ha construido durante su vida, así en palabras de Freud:

la psiquiatría clínica hace muy poco caso de la forma de manifestación y del contenido del síntoma individual, pero que el psicoanálisis arranca justamente de ahí y ha sido el primero en comprobar que el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo (p. 235).

Tomando en cuenta esta afirmación, los síntomas considerados neuróticos tienen entonces su sentido como los actos fallidos y los sueños, estableciendo un nexo con la vida de las personas que los evidencian. Por otro lado, mientras más individual sea la descripción del síntoma, más fácilmente se logrará establecer un nexo entre el síntoma actual y la historia del paciente; por ende, los síntomas típicos que mantienen la enfermedad, es decir, aquellos que resultan casi iguales en todos los casos, son los más difíciles de conectar con este vivenciar individual del sujeto. En los dos ejemplos presentados en la lectura, para explicar estas singularidades se tiene que en ambos existe la presencia tanto de síntomas individuales como de síntomas típicos correspondientes a una neurosis obsesiva. Generalmente, dentro de los

síntomas típicos de ésta se encuentra la duda, que incluso ataca a las situaciones en las que la persona solía estar segura (Freud, 1915-1916/2009).

En el primer caso se observa claramente que uno de los síntomas de la neurosis obsesiva que presenta esta mujer tiene que ver directamente con un acontecimiento del pasado, cuando en su noche de bodas su esposo de mayor edad resultó ser impotente, él mismo corría entre una y otra habitación intentando muchas veces tener relaciones sexuales con su esposa y no dio resultado, como consecuencia de ello, lanzó un bote de tinta roja sobre la sábana de la cama, seguido de la expresión: “es como para que uno tenga que avergonzarse frente a la mucama, cuando haga la cama” (Freud, 1915-1916/2009, p. 239). A partir de ello, su mujer desarrolla un ritual obsesivo y lo repite todos los días, corría entre una habitación y la contigua, llamaba a su mucama, le daba un encargo insignificante y nuevamente corría a la primera habitación. Al haber una mancha en el mantel de la segunda habitación, ella se encargaba inconscientemente de que la misma no pase desapercibida por la mucama. De esta manera, queda en evidencia que la mujer protagonista de este entramado estaba repitiendo (actuando) y de alguna forma modificando la historia que había marcado el comienzo de su enfermedad. Con estos actos repetitivos, el principal logro fue desmentir frente a la mucama lo que sucedió años atrás en la noche de bodas con su esposo, es decir, quería afirmar que él no es impotente (Freud, 1915-1916/2009). En particular, lo que sucede en las diferentes neurosis obsesivas es que lo olvidado se limita la mayoría de veces la disolución de nexos, desconocimiento de consecuencias y aislamiento de recuerdos (Freud, 1911-1913/2012)

Cabe mencionar, que aquello no solamente ocurre en este tipo de síntomas (neurosis obsesiva), sino en cualquier otra manifestación sintomática, como por ejemplo, la histeria. Así, en base al ejemplo mencionado, es posible decir que “el analizado no recuerda, en general, nada de lo olvidado, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo repite, sin saber desde luego, que lo hace” (Freud, 1911-1913/2012, p. 152). De esta manera, esta compulsión a repetir se visualiza en todas las áreas de la vida del sujeto, incluyendo las que se consideran patológicas. Es ahí, en donde existe una resistencia que no permite recordar y mientras mayor sea ésta, tanto más será reemplazado el actuar por el recordar. Ahora bien, ¿Qué es lo que repite o actúa el sujeto?, (Freud, 1911-1913/2012) lo expresa así: “Repite todo cuanto desde las fuentes de su reprimido ya se ha abierto paso hasta su ser manifiesto: sus inhibiciones y actitudes inviables, sus rasgos patológicos de carácter. Y, además, durante el tratamiento repite todos sus síntomas” (p. 153).

Para (Nasio, 2013), lo que el sujeto repite es aquello que antes ya ha tenido lugar, un pasado que retorna de tres maneras: en la conciencia, en los actos sanos y en los actos patológicos. Los dos primeros pueden ser denominados como una repetición sana, la cual se considera estructurante, en tanto mantiene al sujeto seguro y permite la conformación de sí mismo a través del tiempo, es decir, la consolidación de su identidad. Por otro lado, se utiliza el término repetición patológica para designar “el retorno compulsivo de un pasado traumático que estalla en comportamientos irreprimibles, repetitivos, liberadores de tensión, algunas veces violentos y siempre enfermizos” (Nasio, 2013, p. 37). Complementando esta idea, el pasado traumático evidenciado en actos patológicos, se encuentra forcluido y reprimido. Se podría decir, que es un pasado que solamente ansía hacerse presente en la conciencia repetitivamente, tomando la forma de un síntoma o un pasaje al acto (Nasio, 2013).

La repetición patológica debe tener al menos tres ocurrencias, debido a que se considera insistente y compulsiva, en donde existe una emoción traumática (violenta, forcluida y reprimida) experimentada por el niño, la cual aparece y desaparece varias veces en la vida de la persona, aún ya en la edad adulta, adquiriendo parámetros psicopatológicos irreprimibles. Sin embargo, ¿cuál es exactamente el pasado que retorna sin cesar, una y otra vez en la vida del sujeto?, el autor lo describe como una emoción violenta que ha vivido el sujeto durante su infancia o adolescencia en medio de un episodio traumático de carácter sexual, agresivo o incluso triste, en donde la persona se sintió como centro del acontecimiento. Cabe mencionar, que tal emoción no es pura, sino más bien una mezcla de emociones extremas y contradictorias, una composición de asco, espanto e incluso hasta de placer que siente el niño que ha sido agredido sexualmente, maltratado, abandonado. Toda esta mezcla de emociones exacerbadas toma el nombre de “goce”:

El goce es una concreción de emociones agudas, violentas y contradictorias experimentadas por el niño que sufre un traumatismo. Son emociones experimentadas pero no registradas por una conciencia inmadura y oscurecida por el espanto. El goce es, pues, una mezcla de emociones vividas pero no representadas conscientemente, confusamente sentidas y no asimiladas por el yo traumatizado (Nasio, 2013, p. 45).

Así, la sensación de no poder describir lo que se sintió, de no poder darle un nombre a aquella emoción exagerada y desbordante, de no poder simbolizarla, es lo que se conoce como “forclusión”, cabe recordar que dicho término ya se lo trabajó anteriormente, sin embargo, el mismo formaba parte de otro contexto en donde lo que se forcluía era el significante Nombre

del Padre. En este caso, el niño o adolescente movido por un traumatismo forcluye el goce, es decir, aquello que está vivenciando en su cuerpo no lo puede representar mentalmente y por tanto el mismo queda fuera del mundo de las representaciones, del mundo simbólico y precisamente eso es lo que hace que quiera resurgir una y otra vez a la consciencia con más fuerza. El goce que ha nacido en el niño, ahora quiere renacer en el adulto. En palabras de (Nasio, 2013), “el goce excluido de lo simbólico en la niñez reaparece en lo real de una acción compulsiva en la edad adulta” (p. 46). El goce al no estar atado a otras representaciones posee un carácter compulsivo, como una búsqueda de simbolización de la representación que le falta. Por tanto, el síntoma al hacer su apareamiento en el cuerpo dirige un llamamiento a alguien dispuesto a nombrarlo, a encontrarle esa representación que podría de alguna manera tranquilizarlo. En consecuencia, lo que permite la simbolización es sofocar el goce, permitiéndole integrarse a las demás representaciones de la cadena significativa (Nasio, 2013).

De este modo, el niño al no lograr una representación simbólica de lo que ha vivenciado, logra en su inconsciente moldear el goce en una representación en imagen más básica de lo que habría sido la representación lograda mediante la consciencia, es decir, a falta de una representación simbolizada surge una representación escénica inconsciente, conocida más bien como escena fantaseada. El goce reprimido queda incrustado dentro de esta escena, la cual es de consistencia borrosa, sobrecargada de tensión y por tanto a la espera impaciente por manifestarse. Tal escena es un cuadro muy impreciso, compuesto por varios personajes en acción que reflejan confusión en su interpretación o, a veces resulta un fragmento de un cuadro, un primer plano. Así, “El niño traumatizado, a lo largo de toda su vida, estará parasitado, más que parasitado, impregnado, por una escena nociva que no llega a ver y que, sin embargo, le dicta sus acciones y sus elecciones compulsivas” (Nasio, 2013, pp. 51-52). Es decir, el sujeto depende inconscientemente de esta escena traumática incomprensible para realizar todas sus acciones en gran medida patológicas, visiblemente sin identificación del nexo entre estas dos instancias.

Con todo lo explicado hasta el momento, habría lugar para preguntarse, ¿ocurre lo mismo en el trastorno psicósomático?, es decir, ¿el apareamiento de una afección psicósomática remite a aquello doloroso que no ha pasado por una elaboración psíquica y por ende su manifestación es un intento por lograr esa representación que le falta para incluirse dentro de la cadena significativa y así apaciguar un poco su carácter compulsivo?, al parecer la

respuesta es sí, o al menos de esta manera lo describe Joyce McDougall en su libro *Teatros del cuerpo*, quien mediante el relato de su experiencia cuando era una niña, asocia el apareamiento de su urticaria con la presencia de su abuela paterna.

Cuando Joyce tenía cinco años, sufría de una terrible urticaria, la misma se presentaba únicamente cuando visitaba dos veces al año la granja de sus abuelos paternos, la cual estaba ubicada en la isla del sur de Nueva Zelanda. Los sentimientos hostiles hacia “Mater”, su abuela, y por ende la culpa que éstos causaban en Joyce eran evidentes. Afirma la autora: “Yo odiaba a Mater. No me permitía mirar mis libros de estampas. Cuando intentaba pintar y dibujar como Pater me tomaba el pelo. Me ordenaba salir fuera, para lo que ella llamaba “llenarme los pulmones de un buen chorro de aire fresco”, porque yo tenía “el aire paliducho de una niña de ciudad” (McDougall, 1991, p. 23). La teoría que sostenía la familia de Joyce para justificar su urticaria era que la leche de la granja de sus abuelos era excesivamente cremosa, curiosamente la misma leche en otro lugar no tenía ningún efecto en la niña. Posteriormente, la urticaria seguía apareciendo bebiera o no la leche de las vacas de la granja, lo cual llevo a pensar a Joyce que lo que le ocasionaba la urticaria no era la leche sino su abuela “Mater”. Y efectivamente su hipótesis se comprobó, sus abuelos tuvieron que partir hacia el sur de Nueva Zelanda, prácticamente al otro extremo de donde vivían, aquel suceso dificultó en gran medida que “Mater” y Joyce volvieran a tener algún contacto cercano (McDougall, 1991). A partir del presente hecho, la urticaria desapareció por completo hasta la edad adulta de quien ahora ha aportado mucho al Psicoanálisis con sus estudios de las afecciones psicosomáticas, incluyendo su propia historia.

En base al presente caso, se podría afirmar que Joyce tenía “alergia a su abuela”. En general, la alergia denota agresividad que muchas veces no se la reconoce y por tanto no se la asume, se sabe también que la misma, va de la mano con el miedo: “solo se combate lo que se teme” y detrás de cada alérgeno elegido siempre hay un simbolismo que entrama todo un contenido relacionado a la vida del sujeto (Dethlefsen & Dahlke, 2003). Precisamente, la urticaria de Joyce quería expresar un odio reprimido hacia su abuela que obviamente no podía reconocerlo ni enunciarlo de manera libre por la culpa que le ocasionaba, sin embargo, su cuerpo hacía manifiesto de ello. La desaparición por completo de su alergia tras la mudanza de Mater, deja en claro la amenaza que sentía Joyce frente a la misma.

Por lo dicho anteriormente, parecería ser que el trastorno psicosomático se relaciona con la historia de vida del sujeto en la medida en que uno o varios sucesos con la característica de

traumáticos, impactan en la conciencia y automáticamente son expulsados de la misma, como un mecanismo inconsciente que previene a la psique de un posible daño (McDougall, 1991) y (Ulnik, 2011). Queda claro por tanto, que la manifestación sintomática mediante el cuerpo es un intento por simbolizar dicho trauma que ha quedado fuera de la cadena significativa, de ahí su carácter compulsivo, el mismo que tiene como fin encontrar una representación que logre sofocar ese intento por querer salir una y otra vez a la conciencia (Nasio, 2013). Así, el ejemplo que se acaba de analizar hace referencia a este particular aspecto, al igual que lo que muchas veces ocurre en el cáncer por ejemplo, cuando éste ha sido totalmente extirpado del cuerpo vuelve a aparecer años más tarde en el mismo lugar o en otra parte del cuerpo, es evidente por tanto, que ese cáncer “tiene algo que decir”. Si bien es cierto, no es lo mismo enfermar de una alergia que de un cáncer, en esencia ambos presentan un contenido inconsciente relacionado de forma directa con sucesos traumáticos para el sujeto que no han podido ser simbolizados.

Para terminar, a pesar de que existen autores que afirman que el trastorno psicósomático no es interpretable en análisis y por tanto su aparición no se relaciona con la historia del sujeto, existen otros que afirman lo contrario, haciendo énfasis en las vivencias traumáticas no elaboradas como mecanismo principal en la aparición de este trastorno y por tanto se encuentran relacionadas con la vida del sujeto. Dos posiciones que dan cuenta de lo compleja que puede llegar a ser la realidad subjetiva de cada sujeto y es precisamente ahí en donde la práctica clínica adquiere el estatuto de última palabra en el análisis y diagnóstico de cada caso.

2. El cáncer de cuello uterino desde el punto de vista médico

Si se reconoce que el cáncer es un trastorno psicosomático es necesario tener en cuenta los aportes que desde la medicina se conoce en cuanto a esta enfermedad. Por lo tanto, en el presente capítulo se realiza una breve descripción desde la medicina al cáncer de cuello uterino, tomando en cuenta los siguientes factores que resultan importantes para su comprensión: concepto, características, causas y factores de riesgo, y tratamiento.

2.1 Concepto

El cáncer se origina en las células, las cuales forman parte de los tejidos que posee el cuerpo humano. Las células normales crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las requiera, cuando estas células envejecen o se dañan, mueren y posteriormente nuevas células las reemplazan. Cuando este proceso se altera o descontrola, es decir, nacen nuevas células cuando el cuerpo no las necesita o células viejas no mueren cuando deberían morir, aparece lo que comúnmente se denomina tumor, tras la acumulación de células que no son necesarias para el organismo. Así, existen dos tipos de tumores: benignos y malignos, los primeros no son dañinos y no invaden tejidos a su alrededor, al contrario de los malignos que la mayoría de veces pone la vida en riesgo de la persona que lo padece, además es capaz de invadir tejidos y órganos cercanos y finalmente puede diseminarse a otras partes del cuerpo diferentes a donde se originó el mismo (Instituto Nacional del Cáncer, 2012).

De acuerdo con las últimas estadísticas oficiales del Hospital de SOLCA núcleo de Quito, el cáncer de cuello uterino es el segundo de mayor incidencia entre la población femenina ecuatoriana, luego del cáncer de mama y del cáncer de tiroides. Sin embargo, ocupa el segundo lugar en incidencia por muerte después del cáncer de estómago. Las ciudades de mayor incidencia en el país son: Loja, El Oro y Guayaquil; por el contrario, Cuenca y Quito tienen las tasas más bajas del Ecuador (Sociedad de lucha contra el cáncer, SOLCA núcleo de Quito, 2014)

El cáncer de cérvix tiene origen en las células que revisten la parte inferior del útero (matriz). El cuello uterino es la parte que conecta el útero con el canal vaginal, la parte más próxima al cuerpo del útero tiene el nombre de endocérvix y la parte más próxima a la vagina recibe el nombre de exocérvix. De esta manera, los dos principales tipos de células epiteliales que recubren el cuello uterino son las células escamosas, ubicadas en el exocérvix y las células

glandulares ubicadas en el endocérvix. Estos tipos de células se encuentran en lo que se denomina zona de transformación, la cual tiende a cambiar a medida que se envejece y se da a luz (American Cancer Society, 2016).

La mayoría de cánceres de cuello uterino se originan en las células de la zona de transformación, en donde el exocérvix se une al endocérvix. Cabe recalcar que tales células no se convierten de repente en cáncer sino más bien tienen un proceso de desarrollo, en donde primero existen cambios precancerosos que si no se los detecta a tiempo mediante exámenes como un papanicolaou, pueden dar paso a lo que verdaderamente se denomina cáncer de cuello uterino o cervical. Sin embargo, cabe recalcar que en la mayoría de los casos las células precancerosas desaparecen sin tratamiento alguno y solamente unos pocos evolucionan a verdaderos cánceres invasivos (American Cancer Society, 2016). De acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer (2016), entre el 30% y 70% de pacientes que presentan un carcinoma in situ y no se tratan, tardan entre 10 y 12 años a que el cáncer se torne invasivo, mientras que solamente el 10% de las pacientes tardan alrededor de 1 año a que el carcinoma evolucione de in situ a invasivo.

Por otro lado, los diferentes tipos de cánceres y precánceres se clasifican de acuerdo con el aspecto que presentan en el laboratorio, los dos tipos más frecuentes de cáncer de cuello uterino (aproximadamente 9 de 10) son el carcinoma de células escamosas que se originan casi siempre en la zona de transformación y el adenocarcinoma que representa la mayoría de los otros cánceres, su origen parte de células glandulares, las cuales son productoras de moco y otros líquidos en el endocérvix. Así mismo y con menor frecuencia existen cánceres que poseen características de ambos tipos y reciben el nombre de carcinomas adenoescamosos o carcinomas mixtos. De igual forma, existen otros tipos de cáncer menos comunes que pueden desarrollarse en el cuello uterino, tales como melanoma, sarcoma y linfoma. Sin embargo, los mismos son más frecuentes en otras partes del cuerpo (American Cancer Society, 2016).

2.2 Características

Las características que presente el cáncer van a depender del estadio en el cual se encuentre. Generalmente, el cáncer de cuello uterino en estadios tempranos no ocasiona ninguna señal perceptible, sin embargo, se han encontrado varios signos y síntomas que pueden alertar de la posible presencia de la enfermedad. Algunos de ellos son: hemorragia vaginal, flujo vaginal

inusual, dolor pélvico, dispareunia (dolor e irritación coital), hemorragia poscoital, entre los principales (Instituto Nacional del Cáncer , 2016). El cáncer de cuello uterino se clasifica en los siguientes estadios:

Tabla 1. Estadios del cáncer de cuello uterino y sus características

Estadio	Características
Estadio 0	Se encuentran células anormales en el revestimiento más interno del cuello uterino, las cuales se pueden volver cancerosas e invadir tejidos cercanos.
Estadio I	El cáncer se encuentra solo en el cuello uterino.
Estadio II	El tumor crece a través del cuello del útero e invade la parte superior de la vagina. Puede haber invadido otros tejidos cercanos pero no la pared pélvica, que es el recubrimiento de la parte del cuerpo ubicada entre las caderas, o la parte inferior de la vagina.
Estadio III	El tumor parece haber invadido la pared pélvica o la parte inferior de la vagina.
Estadio IV	El tumor se ha diseminado a la vejiga, el recto y/u otras partes del cuerpo como los pulmones.

Elaborado por la autora en Enero del 2017, tomado de (Instituto Nacional del Cáncer, 2012).

El tumor puede diseminarse a otras partes del cuerpo de tres maneras: mediante el tejido (el tumor se extiende desde donde se originó a áreas cercanas), mediante el sistema linfático (el tumor se disemina desde donde empezó hasta entrar en el sistema linfático y se desplaza a través de los vasos linfáticos a otras partes del cuerpo) y mediante la sangre (el cáncer se traslada mediante los vasos sanguíneos a otras partes del cuerpo). El proceso utilizado para identificar el estadio en el cual se encuentra el cáncer se llama estadificación, que es la aplicación de varios exámenes y pruebas a la paciente para determinar el grado de diseminación o invasión que posee la masa tumoral, muy importante para planificar el tratamiento a seguir. Así, se conoce como metástasis cuando el tumor ha invadido otros lugares del cuerpo, de esta forma, un tumor en el cuello uterino puede ocasionar otro tumor en los pulmones por ejemplo, a este hecho se diagnostica como cáncer metastásico de cuello uterino y no como cáncer de pulmón (Instituto Nacional del Cáncer , 2016).

2.3 Causas y factores de riesgo

Las causas del cáncer de cuello uterino y los factores de riesgo generalmente van de la mano. Por esta razón, se describen a continuación los posibles factores de riesgo y por ende las posibles causas del apareamiento de cambios cancerosos en las células del cuello uterino.

Los factores de riesgo son aquellos que aumentan la probabilidad de aparición de una enfermedad. Generalmente, los factores de riesgo asociados al cáncer se clasifican en: factores de riesgo ambientales y del comportamiento y factores genéticos. Los primeros, como su nombre lo indica, tienen mucho que ver con la exposición al medio ambiente (virus, bacterias, radiación, etc) y el desarrollo del cualquier tipo de cáncer. Por otro lado, los factores de riesgo genéticos como por ejemplo: los cambios en los genes del individuo, las mutaciones genéticas y polimorfismos también se encuentran asociados a un mayor riesgo de contraer esta peligrosa enfermedad (Instituto Nacional del Cáncer , 2016).

En lo que respecta específicamente al cáncer de cuello uterino, las mujeres que no tienen ningún factor de riesgo raramente presentan la enfermedad, de igual forma, cabe mencionar que a pesar de que muchas mujeres posean varios de los mismos, no desarrollan un cáncer como tal. De esta manera, resulta vital enfocarse en los factores de riesgo que se pueden evitar, como el fumar por ejemplo, sin dejar de lado aquellos que no se pueden prevenir, como la edad o la genética, ya que resulta aún más importante para las mujeres que tienen estos factores hacerse la prueba de papanicolaou con el fin de detectar algún cambio precanceroso o canceroso a tiempo (American Cancer Society, 2016).

La infección por el virus papiloma humano (VPH) es el factor más importante en la adquisición del cáncer de cuello uterino. El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados, algunos de ellos causan lo que se denomina papiloma, un tipo de crecimiento conocido más comúnmente como verrugas. El VPH se transmite de una persona a otra mediante el contacto con la piel, así una de las formas más comunes es mediante las relaciones sexuales vaginales, anales e incluso orales sin protección (American Cancer Society, 2016). La mayoría de adultos han sido contagiados alguna vez en su vida por este virus, sin embargo, la mayoría de infecciones desaparecen por si solas. Una infección por VPH que no desaparece, se torna crónica y por tanto puede causar cáncer de cérvix en algunas mujeres (Instituto Nacional del Cáncer, 2012). Como se mencionó anteriormente, en el VPH hay más de 150 virus relacionados y por tanto es importante conocer la cepa de la infección para determinar el riesgo, ya que no todas son precursoras de cáncer. Así, las cepas

16 y 18 son los que se han relacionado más estrechamente con la presentación de displasia de alto grado y cáncer de cuello uterino, vulva y vagina en mujeres, cáncer de pene en hombres, y cáncer de ano, boca y garganta en ambos (Instituto Nacional del Cáncer , 2016) (American Cancer Society, 2016).

Por otro lado, un factor de riesgo también importante asociado a la mayoría de cánceres y por ende también al de cuello uterino es el tabaquismo, tanto el fumador como las personas que le rodean están expuestos a numerosas sustancias químicas que resultan tóxicas al organismo. Las fumadoras aproximadamente poseen el doble de probabilidades de desarrollar cáncer de cuello uterino comparado con las no fumadoras, además de encontrarse restos de sustancias que forman parte del tabaco en la mucosidad cervical de las mujeres fumadoras. Se tiene entendido que tales sustancias dañan el ADN de las células del cuello uterino contribuyendo de manera directa a la adquisición de esta enfermedad. Asimismo, fumar debilita el sistema inmunológico, lo cual dificulta batallar contra las infecciones por VPH (American Cancer Society, 2016).

Existe también un riesgo aumentado en la adquisición de cáncer de cuello uterino en las mujeres portadoras de VIH, la ineficacia del sistema inmunológico hace que las enfermedades oportunistas aprovechen esta oportunidad para invadir el cuerpo humano e infectarlo. El sistema inmunológico es esencial para destruir las células cancerosas, así como para controlar su reproducción, en las mujeres con VIH este proceso no sucede o se dificulta en gran manera, debido a la afectación que sufre el sistema inmunológico luego de adquirir el virus (American Cancer Society, 2016).

Las mujeres que han tenido muchos embarazos a término, también tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Una de las teorías que fundamentan esta aseveración es que para quedar embarazadas tuvieron relaciones sexuales sin protección, lo cual hace que se amplíe la probabilidad de contraer infecciones por VPH. Por otro lado, el sistema inmunológico de una mujer embarazada es más débil que una mujer que no lo está, por tanto, esto hace que se facilite las infecciones por VPH y el crecimiento tumoral. Una dieta baja en frutas y verduras, el sobrepeso, el uso prolongado de pastillas anticonceptivas, un antecedente familiar de cáncer de cuello uterino e incluso la situación económica, son varios de otros factores que predisponen a la mujer a contraer tal enfermedad. Sin embargo, es importante que se tenga en cuenta la individualidad de cada mujer, ya que como se indicó en inicio, muchas mujeres poseen casi todos los factores de riesgo para desarrollar cáncer, sin

embargo, no lo hacen (American Cancer Society, 2016) un elemento a tomar muy en cuenta en el estudio de esta “rara” enfermedad.

2.4 Tratamiento

Si una mujer ha sido diagnosticada con cáncer de cuello uterino, es importante que se considere todas las opciones de tratamiento que se le puedan brindar, se debe tomar en cuenta varios factores, como la edad, estado de salud en general, si desea o no tener hijos más adelante, entre otros. El cáncer de cuello uterino puede afectar la vida sexual y reproductiva de la mujer, por esta razón todas las dudas que se presenten es esencial que se las discuta con el equipo médico con el cual vaya a seguir el tratamiento (American Cancer Society, 2016). Los especialistas encargados del tratamiento del cáncer cervical, son los ginecólogos oncólogos, es decir, un médico que se especializa en tratar el cáncer de la mujer. Por otro lado, los ginecólogos, los médicos oncólogos y los oncólogos radiólogos también se encuentran en capacidad de lidiar con este tipo de cáncer además, el equipo de atención médica puede incluir también a un/una enfermero/enfermera de oncología y un/una nutricionista (Instituto Nacional del Cáncer, 2012).

Generalmente, la selección del tratamiento depende del tamaño del tumor y si el cáncer se ha diseminado a otras estructuras. El equipo de atención médica puede describir las opciones de tratamiento, los resultados que se esperan y las posibles reacciones que pueda tener el organismo frente al mismo. Frecuentemente, los tratamientos contra el cáncer suelen dañar los tejidos sanos y por ende los efectos secundarios suelen ser bastante frecuentes, éstos comúnmente son muy diferentes de persona a persona e incluso pueden variar entre una sesión y otra. Por esta importante razón, se debe averiguar todos los efectos secundarios que puedan ocurrir tras el tratamiento, elaborando un plan que satisfaga las necesidades tanto médicas como personales (Instituto Nacional del Cáncer, 2012). Con estas consideraciones, los tratamientos que usualmente se utilizan para el cáncer y específicamente el de cuello uterino son:

- Cirugía.
- Radioterapia
- Quimioterapia.

- Terapia dirigida.

Se debe tomar en cuenta que muchas mujeres pueden necesitar más de un tratamiento, todo depende de los factores que se han insinuado previamente como la edad, el estadio del cáncer, entre otros (American Cancer Society, 2016).

La cirugía principalmente se utiliza cuando el cáncer se encuentra en estadio I o II, tomando en cuenta varias consideraciones. Por ejemplo, si la paciente tiene un tumor pequeño, la cirugía dependerá si desea embarazarse posteriormente, “algunas mujeres con cáncer cervical en estadio muy inicial pueden decidir junto con su cirujano que solamente le extirpen el cérvix, parte de la vagina y los ganglios linfáticos en la pelvis (cervicectomía radical)” (Instituto Nacional del Cáncer, 2012, p. 16). Otras mujeres pueden optar por la histerectomía completa, es decir, la extirpación total del cérvix y el útero. En fin, todo dependerá en qué estado se encuentre el tumor y las consideraciones personales que tenga la paciente en torno a su enfermedad y las futuras consecuencias, además de los efectos secundarios que puedan presentarse luego de la cirugía (Instituto Nacional del Cáncer, 2012). Todos estos factores son importantes de analizar junto al médico cirujano para despejar toda clase de dudas que puedan presentarse antes de la cirugía.

La radioterapia es un método que utiliza rayos de alta energía para destruir las células cancerosas. Generalmente, esta opción se la utiliza en cualquier estadio del cáncer. Las pacientes en estadios muy tempranos de cáncer cervical, pueden optar por la radioterapia en lugar de la cirugía. De igual manera, esta terapia se utiliza después de una intervención quirúrgica para destruir todo rastro de células cancerosas que puedan dar inicio nuevamente a un cáncer cervical. La radioterapia no ocasiona dolor, pero si puede dar paso a efectos secundarios desagradables, todo depende de la cantidad de radiación que se administre y de la parte del cuerpo que reciba el tratamiento. La radiación en la pelvis o en el abdomen puede causar vómitos, diarrea o problemas urinarios, puede perder el vello de la zona genital y la piel tiende a researse y enrojarse. Por otro lado, se puede llegar a sentir bastante cansancio, sobre todo las últimas semanas de tratamiento, por lo cual un descanso adecuado es absolutamente necesario, a pesar de que los médicos recomiendan que se esté lo más activa posible (Instituto Nacional del Cáncer, 2012).

Por otro lado, el método más común para el tratamiento del cáncer cervical es la quimioterapia, usualmente se combina con la radioterapia para tener efectos más

beneficiosos. La quimioterapia es el uso de medicamentos para destruir las células cancerosas, la mayoría de éstos fármacos se inyectan por vía intravenosa, otros en cambio se administran por vía oral. Los efectos secundarios dependen de la dosis y los fármacos que se utilicen. La quimioterapia puede destruir las células cancerosas pero también dañar las células normales, como por ejemplo: los glóbulos rojos, las células de las raíces del cabello, las células que revisten el tracto digestivo, entre otras. De igual forma, este tipo de terapia puede ocasionar, sarpullido, entumecimiento de manos y pies, problemas para oír, falta de equilibrio, etc. Los mismos, generalmente desaparecen cuando el tratamiento termina (Instituto Nacional del Cáncer, 2012).

Finalmente, otro de los métodos más utilizados para combatir la enfermedad del cáncer de cuello uterino es la terapia dirigida. En este tipo de tratamiento se utiliza medicamentos u otras sustancias para identificar y destruir tipos específicos de células cancerosas, el beneficio de este método terapéutico es que causa menos daño a las células normales que no necesitan ser destruidas. Algunos tipos de terapias dirigidas ayudan al sistema inmunológico a la destrucción de células cancerosas, o a su vez llevan sustancias tóxicas directamente a éstas y las destruyen. Las terapias dirigidas suelen ser menos invasivas que los métodos tradicionales para el tratamiento del cáncer cervical, por cual los efectos secundarios se disminuyen en gran medida resultando más cómodo para el paciente y su organismo (Instituto Nacional del Cáncer, 2012).

3. El cáncer de cuello uterino y su relación con la maternidad

Este capítulo tratará acerca de la relación que existe entre el cáncer de cuello uterino y la maternidad. Para esto, se empezará por analizar el cáncer desde la teoría psicoanalítica, dentro del mismo apartado también se incluye la relación que existe entre el enfermo y su enfermedad. Finalmente, se expondrá una lectura psicoanalítica del cáncer de cuello uterino vinculado a la noción de maternidad.

3.1 Concepción psicoanalítica del cáncer

Cuando se habla de una enfermedad tan enigmática como el cáncer, existen muchas teorías y dentro de estas, distintos enfoques que pretenden dar luz al entendimiento acerca del cáncer, enfermedad de la cual aún se desconoce su etiología. Se presentará, en primer lugar, una visión muy general acerca de las enfermedades cancerosas para luego enfocarnos específicamente en el cáncer de cuello uterino, las dos propuestas elaboradas a partir de la teoría psicoanalítica. La mayoría de precánceres desaparecen del organismo sin tratamiento alguno y solo un pequeño porcentaje evoluciona hasta un verdadero cáncer invasivo, lo cual deja en claro que la construcción de un tumor maligno depende siempre del organismo de cada persona y de su constitución subjetiva. Algunos aspectos como la ubicación del carcinoma, el tiempo de evolución del mismo, la no adquisición de la enfermedad a pesar de presentar todos los factores de riesgo o viceversa, el desarrollar un cáncer a pesar de no poseer ningún factor de riesgo, ponen en evidencia un importante componente psíquico relacionado con la aparición de ésta enfermedad.

De acuerdo con (Chiozza, 2010), existen tres condiciones “psicodinámicas” necesarias para que se desarrolle un cáncer:

- La primera de ellas consiste en una fijación de la libido en un periodo prenatal que corresponde al desarrollo embrionario.
- La segunda condición radica en un fracaso actual de la gratificación de la libido correspondiente a los últimos estadios de evolución que la sexualidad ha alcanzado en la persona.
- La tercera condición está en la imposibilidad de descarga progresiva de la excitación generada en la primera condición.

La primera condición hace referencia a la primera cuota de fijación libidinal dada en una etapa embrionaria que puede concebirse como un deseo narcisista que no se integra con el desarrollo que emprende el resto de la personalidad hacia posteriores estadios y por lo tanto, se vuelve un factor totalmente ajeno a la conciencia (Chiozza, 2010). En términos oncológicos habituales ésta primera condición es lo que se conoce como predisposición genética hereditaria (Chiozza, 1986-2007/2008).

La segunda condición necesaria para la eclosión de un cáncer se da a partir de la frustración de la libido, la cual se ve en la necesidad de regresar a estadios anteriores lo que incrementa la energía pulsional que fue contenida en la primera fijación narcisista, reactivando las fantasías inconscientes de la primera condición. Generalmente, ésta condición suele manifestarse en forma de duelo por pérdida de alguna persona significativa o alguna otra situación que se considere importante en la vida de quien desarrolla cáncer (Chiozza, 2010).

Una investigación realizada por (Herrera, 2015) en seis terapeutas que han trabajado con pacientes oncológicos en la ciudad de Quito, muestra que existe una relación directa entre el acontecimiento de un hecho traumático (pérdidas de seres queridos en la mayoría de los casos) y el posterior apareamiento de una enfermedad cancerosa. Cuatro de seis terapeutas entrevistados manifestaron la presencia de este tipo de acontecimientos en la vida de quienes han sido diagnosticados de cáncer. De acuerdo con la autora, el trauma marca un “a partir de” en la vida del sujeto que por la magnitud de la vivencia es posible situar a ésta en un tiempo claramente determinado. La persona que experimenta un trauma queda sometida a un proceso subjetivo, ya que la manera de resolución de cada sujeto no es la misma, cada quien posee distintas maneras de afrontamiento y una de ellas puede ser la expresión en el cuerpo de algo que no ha sido elaborado psíquicamente, como por ejemplo un cáncer.

Finalmente, la tercera condición surge como un fracaso en la descarga de la excitación incestuosa que en condiciones denominadas normales se satisface con objetos consanguíneos de forma sublimada mediante conductas amorosas socialmente aceptadas, como por ejemplo: la ternura o las caricias (Chiozza, 2010). Cabe mencionar que, si alguna de estas condiciones llega a faltar, el cáncer no puede tener lugar en el cuerpo humano.

Entonces, desde el punto de vista de éste autor, el cáncer tiene que ver con pulsiones de carácter incestuoso presentes en todo sujeto, las mismas en lugar de ser sublimadas hacia un objeto exterior, lo cual sería lo óptimo en condiciones normales, se vuelven hacia el propio

cuerpo “procreando”, pero esta vez células cancerígenas. De esta manera, no resulta extraño que un crecimiento tumoral pueda aludir al contenido narcisista de una excitación incontrolada que teme ser descargada, este temor queda asociado a una representación sustitutiva que toma la forma de una enfermedad, una maldición o alguna otra forma de castigo (Chiozza, 2010). Por esta razón son muy evidentes los sentimientos de culpa en los pacientes que presentan una enfermedad grave, como el cáncer en este caso; culpa que se genera por esos deseos de carácter incestuoso y que por lo tanto, se requiere recibir un castigo para calmar la angustia que estos provocan. Preguntas como: ¿qué hice yo para merecer esto? o ¿por qué justamente a mí y no a otra persona?, ponen en evidencia los aspectos antes mencionados. Cabe indicar que por la represión, todos estos procesos permanecen lejos de la conciencia de quien enferma.

Por otro lado, (Korovsky, 1990) propone la existencia de dos características principales que valen la pena resaltar en cuanto al cáncer: en primer lugar, a nivel del ser que la padece se establece una lucha interna bastante peculiar en donde las células de un mismo organismo batallan entre sí y, por otro lado medicamentos que matan para tratar de dar vida, el sujeto no sabe para qué lado inclinarse, si seguir peleando “por la vida” o dejarse vencer “por la muerte”. En segundo lugar, la célula cancerosa es una célula narcisista, ambiciosa, se autoreproduce sin límites, no respeta las leyes e invade a sus células vecinas con el fin de desarrollar un todo (tumor) independiente del resto del organismo:

En Susana había una fuerte lucha pasional, con los demás y en sí misma, como pasionales fueron las luchas observadas en sus progenitores, entre ellos, con los demás y de cada uno consigo mismo. Donde indudablemente, lo agresivo estaba mezclado con lo sexual, la más de las veces a servicio de Tánatos que de Eros. Narcicista, ambiciosa como su papá y quizás de su papá (...). Deseos de crecer, venir a Montevideo a estudiar y trabajar, pero no separarse de los padres; ambición de dominar, manipular a los demás, pero sin quedarse con un reino vacío (Korovsky, 1990, pp. 130-131).

El fragmento de la viñeta clínica descrita anteriormente plantea una hipótesis interesante: la persona que desarrolla cáncer posee las mismas características que una célula denominada cancerosa; el egoísmo, la falta de empatía hacia los demás, la preocupación únicamente por intereses personales, vendrían a ser características comunes a ambas partes (Korovsky, 1990).

Además, el autor plantea otros aspectos en torno a la persona que padece cáncer, los cuales resultan muy particulares en relación a otras enfermedades consideradas psicósomáticas, el paciente con cáncer por lo tanto tendría:

- a) Gran carga tanática, el diagnóstico encierra la sentencia de muerte.
- b) Intensidad de sentimientos sadomasoquistas, prolongados en el tiempo, tanto en el paciente como el entorno: sufrimiento, degradaciones, agresiones, sometimientos fuertes y permanentes en el proceso de la enfermedad.
- c) Gran intensidad de poder y rebeldía, da tiempo a la acción medicamentosa, ésta es poderosa y agresiva, pero en general termina por ser vencida.
- d) Fantasías de omnipotencia narcisista tanática: prever la propia muerte, presenciarse, organizarla, lograr algo deseado con ella o, al mostrar su inminencia intentar –las más de las veces fallidamente- retener un objeto que amenaza abandonar (muchas decisiones resueltas deben postergarse por la aparición de la enfermedad). O venganza contra ese objeto supuestamente abandonante que por la enfermedad del paciente interrumpe el abandono. Pero esto con su propia muerte (Korovsky, 1990, pp. 120-121).

Evidentemente, lo que se destaca de estas características es la intensidad con la que están presentes en la vida del sujeto, ya que muchas de ellas es posible encontrarlas también en cualquier ser humano, pero no poseen la intensidad necesaria para el desarrollo de un tumor maligno. El origen de dicha intensidad puede estar asociado con experiencias infantiles desagradables, las cuales por su repetición han adquirido bastante vigor y ahora se manifiestan mediante las características antes mencionadas (Korovsky, 1990).

Si bien es cierto, cada enfermedad es distinta y existe una casuística variada existen factores que pueden ser considerados comunes en las personas que desarrollan un cáncer. Así, cáncer de mama, cáncer de estómago, cáncer de cuello uterino, son diferentes en cuanto al lugar en donde se desarrollan, sin embargo, la definición general de cáncer se sigue conservando: reproducción anormal e incontrolada de células no necesarias para el organismo, lo que permite justificar la hipótesis que, en la mayoría de casos, las personas que padecen de cáncer poseen características similares evidenciables en su discurso. Las diferencias presentes entre los casos responden a una construcción subjetiva de cada sujeto, la manera en que la enfermedad se constituya dependerá de la interpretación de los acontecimientos que la persona haya experimentado a lo largo de su vida.

3.1.1 La relación del enfermo y su enfermedad

Cuando una persona enferma, es inevitable que toda su atención se vuelva hacia ese síntoma que no le deja estar tranquilo y más aún cuando se trata de una enfermedad que demanda tantos cuidados y energía, como el cáncer. A partir de su diagnóstico, la persona entra en una relación directa con la enfermedad, que incluye también una relación con el personal médico e incluso con los tratamientos y terapias que se le administren para su erradicación, dependiendo del estado en el cual la enfermedad se encuentre. Es ahí, cuando la misma adquiere un significado importante que merece una atención especial:

...porque la enfermedad, con todo su entorno, suele adquirir en la vida del enfermo el valor de un “personaje” sobre el cual proyectará significados, muchos de ellos inconscientes, que dependen siempre de las huellas que la historia de su vida ha dejado en él (Chiozza, 2010, p. 117).

Chiozza (2010) citando a Freud plantea al carácter como un concepto importante para entender la relación entre el enfermo y su enfermedad; el mismo se forma por identificación con las tendencias pulsionales, mejor dicho por una reacción contra ellas o por sublimación de estas tendencias. Así, a partir de tales ideas surge la distinción entre diferentes tipos de carácter asociados a una enfermedad en específico, se tiene, por ejemplo: el carácter hepático, el carácter diabético o el cardíaco.

En lo que aquí interesa, la relación entre el carácter de quién enferma de cáncer y el tumor maligno permite decir que la enfermedad y el carácter del enfermo se reflejan recíprocamente. Por tanto, si se acepta que la zona enferma de cáncer satisface de un modo dañoso una tendencia inconsciente que no ha encontrado un camino normal, el resto de la persona enferma se identificará con esa tendencia, reaccionará contra ella y en el mejor de los casos la sublimará. Cabe recalcar que el carácter canceroso puede constituirse sin que llegue a desarrollarse un verdadero cáncer, sin embargo, ésta es una condición necesaria para la eclosión del mismo (Chiozza, 2010).

De la misma manera, se sabe que el enfermo crónico (en este caso el enfermo de cáncer) es un erudito en cuanto a su enfermedad, sabe exactamente los medicamentos que le hacen bien o que al contrario no le funcionan, cuando llega al consultorio analítico (si fuera el caso) despliega todas sus dolencias en cuanto es lo primero que quiere exhibir, quiere dar cuenta que su excursión por las ciencias médicas ha sido inútil y por lo tanto, ahora acude al

psicoanalista con el fin de que se lo reconozca como enfermo de algo, a partir de lo cual se siente agradecido y complaciente. El enfermo crónico parece enamorado de su mal, a pesar de quejarse no se encuentra dispuesto a abandonar su enfermedad pues la misma se ha convertido en su compañera inseparable, como un elemento que lo representa ante el otro. Quién posee una enfermedad crónica está tan bien educado acerca de su enfermedad que el problema no es el orientarle para que el tratamiento tenga éxito, sino cómo descentrar su ser de la identificación al mal (Gallo, 2002).

Cuando la enfermedad ya no es vista como algo que se tiene que extirpar del organismo, sino como algo que representa al ser, ya no hay sujeto dispuesto a curarse, sino dispuesto a hacerse reconocer con el nombre de su enfermedad. El discurso médico busca por todos lados que el sujeto se identifique con el mal que padece, supone que este paso es necesario para un tratamiento exitoso. Así, los médicos buscan colectivizar a quienes padecen un mal crónico (hipertensos, diabéticos, cancerosos, etc.) para tratarlos en masa, suponen que cada enfermedad da cuenta de un goce homogéneo y por tanto no particular. Se cree que en cada una de estas categorías la enfermedad significa la misma cosa, de esta manera son reunidos en programas en donde reciben los mismos medicamentos, los mismos consejos para evitar su cronicidad y la misma dieta. De esta forma, los programas de salud y prevención de las enfermedades, tal como están constituidos hoy en día, conducen al enfermo a identificar el yo con el nombre de la enfermedad, lo cual hace que se dé un hecho totalmente opuesto a aquello para lo cual fueron creados. Por su lado, el dispositivo analítico considera que este hecho lejos de ser benéfico se constituye como un obstáculo subjetivo para la cura, pues ello implica un acomodamiento del yo a su dolencia, a su enfermedad, lo cual le llevaría sin duda a revelar que la enfermedad trae consigo varios beneficios en el entorno social y familiar que siendo de otra manera le serían negados (Gallo, 2002).

Por razones de salud pública el médico contribuye de buena manera a que el paciente reemplace su nombre propio por el de la enfermedad, lo cual le impide poner una distancia entre su ser de la cotidianidad y su ser de síntoma, que es el encargado de transportar un goce. Es diferente la posición de quién dice “yo tengo asma, diabetes, cáncer o alguna otra enfermedad crónica” a la de alguien que manifiesta “yo soy asmático, diabético o canceroso”. Quién dice tener un síntoma al que el Otro le dio vida poniéndole un nombre, generalmente pide no ser confundido con él; pero aquel que es el síntoma suele reclamar ser llamado por su nombre. “El sujeto así identificado se convertirá en una boca por la que se revela la

alineación fundamental del enfermo a los significantes amos encarnados por ese Otro que lo puso a cargar con el nombre del mal que lo aqueja” (Gallo, 2002, p. 127). El paciente que dice “yo soy...” se encuentra bien educado, de inicio se manifiesta como objeto de segregación porque ese nombramiento con su mal de entrada le impedirá ser confundido con los demás, lo cual empuja al enfermo a adaptarse a su mal, sin que por ello abandone las precauciones que su enfermedad requiere (Gallo, 2002).

Así, el sujeto que padece una enfermedad crónica desaparece para dar paso a la misma, su identidad se halla envuelta en numerosos significantes que puedan dar cuenta de un reconocimiento hacia él mismo y su enfermedad, seguramente con un fin secundario que le permita beneficiarse de aquello que en la conciencia lo describen como molesto y que por lo tanto “desearían” que desapareciera. De esta manera, no es extraño escuchar a pacientes con enfermedades crónicas hablar tan apasionadamente de su mal y de los cuidados que deben llevar por su situación, lo cual causa cierto grado de conmoción en el común de la gente que lo escucha, logrando así una satisfacción inconsciente que no la conseguiría de otra manera.

3.2 Lectura psicoanalítica del cáncer de cuello uterino y su relación con la maternidad

Ahora bien, teniendo en cuenta las características generales que desde el psicoanálisis se despliegan para el cáncer, es necesario puntualizar acerca del cáncer de cuello uterino. Para ello es importante tener en cuenta varias consideraciones en cuanto al significado que posee la enfermedad y por tanto su localización en lo corporal. Los significados que se proyecten sobre el órgano que enferma y sobre la enfermedad en sí misma, dependerán del sujeto y su historia personal, lo cual indica que tomar en cuenta la particularidad del sujeto sin dejar de lado las condiciones generales que para cualquier enfermedad se especifican es importante, ya que solo a partir de ahí es posible un acercamiento acertado en el estudio de cada caso. El “porqué” de una enfermedad no solo se refiere a una causa, sino además y principalmente remite a un significado inconsciente relacionado al acontecer del sujeto que padece dicha enfermedad (Korovsky, 1990). En relación al sentido de las afecciones orgánicas (Chiozza, 1984-1991/2008) manifiesta lo siguiente:

Yo pienso en cambio, que el significando inconsciente reprimido del síntoma orgánico es un significado que, siendo su significado, es siempre específico, y es eso lo que da al síntoma su forma orgánica. Para mí, el síntoma orgánico es un lenguaje y,

por lo tanto, su significado es específico como el significado de una letra y el de un elemento de un código. Se entiende que esto permite luego una gama de combinaciones complicadísimas que hacen que no existan dos cosas iguales (p. 75).

De acuerdo con Groddeck (1983) quién fundamenta su teoría en varios postulados Freudianos, toda enfermedad tiene un propósito y un fin inconsciente. De igual manera sucede con los órganos, no existe órgano que no posea una finalidad, la cual es construida inconscientemente por cada sujeto, por tanto, es a él a quién le corresponde atribuirle su significado. Si se piensa por ejemplo en un órgano como la mano, ésta puede poseer una infinidad de funciones o finalidades, si se le pregunta a una persona ¿Por qué enfermó de su mano? o ¿Con qué propósito enfermó de su mano?, probablemente su respuesta sea un “no sé”, es precisamente porque estos contenidos se encuentran profundamente reprimidos, sin embargo, la perspectiva cambia cuando se le pregunta ¿Para qué utiliza usted su mano?, es ahí en donde el sujeto va a depositar todos sus significados. La mano sirve para comer, para escribir, para tomar cosas, etc. Posiblemente si el sujeto relaciona el para qué de su mano con el escribir, la patología de ese órgano puede estar en relación con dicho acto. Cabe recalcar que ésta solo es una vía de entrada a un estudio profundo de su enfermedad, ya que pueden existir un sin número de combinaciones tan complejas como el sujeto mismo.

De esta manera, lo dicho anteriormente permite establecer una analogía similar en cuanto al órgano (útero) y su función (maternidad) y la patología que pueda desarrollar (cáncer de cuello uterino). Se tiene entendido que el útero es el órgano principal en la reproducción humana, el cual cumple la única función de anidar el feto hasta conseguir su maduración total, por tanto, las patologías asociadas a este órgano podrían relacionarse de forma directa con la maternidad, ya sea en torno a conflictos con la propia madre o conflictos relacionados con su propia maternidad. Por otro lado, debido a que no se han encontrado investigaciones desde el psicoanálisis que analicen la relación entre el cáncer de cuello uterino y la maternidad. A continuación, se presenta el resumen de una viñeta clínica de una paciente con cáncer de seno, la cual pretende fundamentar la hipótesis y sus respectivos indicadores que se presentaron para esta disertación.

“Sorel” es el pseudónimo que utiliza la autora para relatar la historia de esta paciente y su tratamiento analítico durante su lucha contra el cáncer de mama. El análisis que propone McDougall (1999) se centra en el rechazo que sentía la paciente por parte de su madre, la cual era calificada como distante y despreocupada. Era la mayor de tres hermanos, los cuales

fueron criados por las empleadas que trabajan para la familia. En cuanto al padre, la paciente manifiesta que él solo pensaba en los negocios y que cuando pasaba en casa lo único que hacía es leer los periódicos. Desde pequeña, Sorel cuidaba mucho de no llamar la atención, hablaba en voz baja y a la par, reprimía cualquier emoción positiva o negativa que pudiese sentir. Además, sufría de muchas fobias a la suciedad y a los gérmenes como también de un gran número de fobias alimentarias, todo cuanto comía, le hacía sentir enferma y vomitaba enseguida.

Durante su tratamiento psicoanalítico empiezan a surgir varias fantasías y pensamientos. Sorel inicia formulando con certeza que ella no fue deseada por sus padres y que desde pequeña hizo todo lo posible por no llamar la atención, por miedo a lo que ella misma interpretó como deseos de muerte de su madre hacía ella. La exploración exhaustiva de aquella idea de no haber sido deseada y sus sentimientos de culpa por estar viva la llevaron a suprimir cualquier indicio que pudiese delatar el deseo de estar realmente viva. Por otro lado, los vómitos reflejaban un intento psíquico de querer librarse de toda imagen materna que rechazaba su misma existencia, a partir de la exploración y análisis de su fantasía acerca de su madre como sustancia tóxica, los vómitos cesaron. Posteriormente, se revela otro síntoma importante: el intento de automutilación. Desde los 17 años Sorel se exprimía los senos inconscientemente hasta hacerlos sangrar con el fin de detectar cualquier bulto o secreción extraña que pudiera dar indicios de una enfermedad como el cáncer. No fue sino hasta el análisis que la paciente se da cuenta de tales agresiones, es precisamente ahí en donde expresa:

¡Para mí también es un tremendo descubrimiento!, siempre lo vi como algo natural, y ahora debo preguntarme por qué estuve tan feliz cuando me sacaron el útero.... sintiendo como si eso fuese una necesidad afortunada. No tuve ningún indicio de ansiedad o tristeza respecto a la histerectomía (McDougall, 1999, p. 11).

Todo este análisis le lleva a concluir a Sorel que estos intentos de automutilación inconscientes y su anorexia (vómitos) tenían implícito un deseo por querer borrar todo rastro que tuviera que ver con la simbología femenina: los periodos, los embarazos, la sexualidad. Por lo tanto, el cáncer de seno que ella presentaba podía ser interpretado como otra tentativa de atacar su feminidad. En palabras de Sorel:

Siempre he odiado todo lo mío que se viera femenino. Tenía que estar terriblemente delgada... la más sutil, la redondez era odiosa para mí. Pero a la vez, siempre me vestía bien –nada imaginativo ni recargado- pero siempre estaba muy bien arreglada. Buena calidad, pero siempre con un doble mensaje... Para salir por las noches, siempre vestía un smoking con una camisa de seda (McDougall, 1999, p. 11).

Si bien es cierto el cuello uterino y el seno son dos órganos diferentes, ambos forman parte del conjunto fisiológico que naturaliza la maternidad, esto permite pensar que los significantes a desprenderse de dicho conjunto pueden estar relacionados. La viñeta clínica mencionada es un claro ejemplo de éste aspecto, en donde la conflictiva entre “Sorel” y su propia madre es bastante evidente, ésta última percibida como algo tóxico/dañino. En el análisis realizado para este caso, el cáncer de mama y las emociones positivas por parte de “Sorel” con respecto a su histerectomía es visto como un intento de automutilación inconsciente de dichos órganos, los cuales subjetivamente pueden dar cuenta nuevamente de un rechazo hacia la feminidad y por ende a la maternidad (aspecto que se analiza en esta disertación). De esta manera, tanto el análisis el presente caso como la teoría de Grooddeck (1983) acerca de las enfermedades somáticas permiten fundamentar la hipótesis de que el cáncer de cuello uterino probablemente se encuentre asociado a la mala relación del sujeto con su madre y/o con sus hijos (indicadores que se desprenden de la concepción de maternidad), los cuales se analizan a continuación mediante el estudio de un caso de cáncer de cuello uterino.

4. Análisis de los datos de la Investigación

El presente capítulo expone los resultados obtenidos y el análisis correspondiente de la parte práctica de esta disertación, para ello se tomará en cuenta el marco teórico planteado en los capítulos precedentes. Se presentará a continuación la hipótesis de investigación, la metodología utilizada, el caso analizado y los resultados encontrados, para posteriormente proceder a la discusión de los mismos.

4.1 Metodología

Para este estudio, se planteó la siguiente hipótesis: El cáncer de cuello uterino como trastorno psicossomático se relaciona con la historia de vida del sujeto en la existencia de conflictos no apalabrados en la relación con su madre y/o en la relación con sus hijos.

En primer lugar, tomando en cuenta que el cáncer responde a un trastorno psicossomático de acuerdo con las teorías planteadas en inicio por autores como Chiozza (2010), McDougall (1991) y Ulnik (2011) principalmente, quienes proponen que *toda* enfermedad orgánica tiene un componente psíquico relacionado con su aparición, es así que su manifestación a través del cuerpo es un intento de elaboración de aquello que no ha sido simbolizado psíquicamente. De esta manera, de acuerdo con Sandoval (2005) el trastorno psicossomático se diferencia con el síntoma conversivo en la medida en que el primero hace su aparición en el cuerpo biológico y por tanto puede ser verificada y diagnosticada mediante exámenes médicos, lo cual no sucede con la histeria, en donde su manifestación es más bien funcional, sin daño orgánico verificable. Cabe recordar que existen numerosas hipótesis dentro de la teoría psicoanalítica que permitirían estudiar la relación entre el cáncer de cuello uterino y la historia de vida del sujeto.

Por otro lado, los “conflictos no apalabrados” son aspectos que también serán valorados en esta investigación, tomando en cuenta que dichos conflictos pueden ser palpables en el discurso de la participante de este estudio. El término “conflictos no apalabrados” hace alusión a lo enunciado en el párrafo anterior, en donde aquello que no ha sido apalabrado/simbolizado aparece como una enfermedad somática.

Así, el cáncer de cuello uterino podría estar vinculado con “conflictos no apalabrados” en relación a su madre y/o en relación a sus hijos, en estos dos aspectos es en donde se podría

encontrar situaciones conflictivas inconscientes que puedan aportar a la aparición del cáncer de cuello uterino. Como se mencionó en el capítulo anterior, la propuesta de ésta hipótesis parte de la tesis de Grooddeck (1983) y del análisis de un caso de cáncer de mama propuesto por McDougall (1999), a partir de lo cual es posible afirmar que las patologías asociadas al útero podrían estar relacionadas con la reproducción humana debido a que ésta es la función más importante que se le atribuye a dicho órgano. En la siguiente tabla se expone la hipótesis planteada para esta investigación, sus indicadores y las técnicas aplicadas para la recolección de la información:

Tabla 2. Metodología

Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología y Técnicas
El cáncer de cuello uterino como trastorno psicosomático se relaciona con la historia de vida del sujeto en la existencia de conflictos no apalabrados en la relación con su madre y/o en la relación con sus hijos.	Independiente: Historia de vida del sujeto donde existan conflictos no apalabrados:	a) Conflictos en la relación con su madre: 1.- Mala relación con la madre en la infancia del sujeto. 2.- Percepción negativa de la madre en la infancia. b) Conflictos en relación a sus hijos: 1.- Mala relación con sus hijos. 2.- Percepción negativa en cuanto a su maternidad.	Análisis documental. Entrevista de la Historia Familiar. Test de Relaciones Objetales (TRO).
	Dependiente: El cáncer de cuello uterino como trastorno psicosomático.	Diagnóstico médico de cáncer de cuello uterino.	Entrevista semi-estructurada.

La variable independiente de la hipótesis es: la historia de vida del sujeto en donde existan conflictos no apalabrados en relación con su madre y/o en relación con sus hijos. Los indicadores que se establecen para esta variable son dos: conflictos no apalabrados en relación a su madre y conflictos no apalabrados en relación a sus hijos. Cada uno de estos indicadores despliega a su vez dos indicadores más. Con respecto a los conflictos no apalabrados en relación a la madre, por un lado, está la mala relación con ésta en la infancia y por el otro, la percepción negativa de su madre en la infancia. En cambio, en los conflictos no

apalabrados en relación a sus hijos se encuentran: la mala relación con sus hijos (si es que los tuviese) y la percepción negativa en cuanto a su maternidad.

La variable dependiente de la hipótesis es: el cáncer de cuello uterino como trastorno psicossomático. Se refiere principalmente a la presencia o ausencia de cáncer de cuello uterino. El indicador de esta variable es el diagnóstico de cáncer de cuello uterino emitido por un médico especialista.

Los pasos metodológicos seguidos para comprobar la hipótesis de investigación se detallan a continuación:

1. Revisión teórica del trastorno psicossomático desde la teoría psicoanalítica y la medicina, lo cual quedó plasmado en los capítulos precedentes (1,2 y 3).
2. Diseño de la entrevista semiestructurada (Anexo 1) en base a los indicadores que se han planteado para esta investigación. Se encuentra dividida en cinco partes con información referente a cada sección: datos generales, información con respecto a la historia de la enfermedad, percepción acerca de los padres, percepción acerca de la madre de la infancia, de la adolescencia y de la actualidad. Finalmente, se explora la concepción acerca de su propia maternidad (si es que la paciente tiene hijos).
Cabe mencionar que en inicio se tenía previsto aplicar una sola entrevista a cinco mujeres con cáncer de cuello uterino, sin embargo, se consideró que aportaría más elementos un estudio de caso en el cual se analice con mayor profundidad la historia de vida de la persona participante, por lo cual se decidió añadir dos herramientas más que permitan cumplir con dicho propósito: aplicación de una entrevista de historia familiar y aplicación del Test de Relaciones Objetales (TRO).
3. Diseño de la guía de preguntas para la entrevista de la historia familiar (Anexo 2), la cual se enfocó en tres etapas de la vida del sujeto: infancia, adolescencia y adultez, con el objetivo de explorar las relaciones vinculares que la paciente ha establecido en dichas etapas.
4. Redacción de un consentimiento informado en donde se justifique la participación voluntaria de la paciente en este estudio (Anexo 3).
5. Pilotaje de todos los instrumentos a aplicarse.
6. Contactar vía telefónica a la persona que participaría voluntariamente en el estudio con el objetivo de acordar la fecha, la hora, el lugar y el número de sesiones para recolectar toda información necesaria.

7. Entrevista inicial con la participante, en donde se explicó el procedimiento a seguir y los objetivos del estudio. Posterior a eso, se procedió a firmar el consentimiento informado y se inició con la entrevista familiar.
8. Sistematización y organización de la información recolectada después de cuatro sesiones con la participante.
9. Análisis de la información mediante el cruce de la teoría con la práctica, tal y como se reflejará en la discusión de resultados y las conclusiones.

Cada uno de los pasos mencionados fueron realizados con rigurosidad, lo cual garantiza resultados confiables. Enseguida se presenta las características del caso analizado.

4.2 Caso analizado

El estudio fue realizado con una sola persona diagnosticada con cáncer de cuello uterino que aceptó voluntariamente ser parte del estudio. La participante tiene 45 años, nació en la ciudad de Tulcán - Provincia del Carchi donde actualmente reside y donde se realizó todo el proceso.

A continuación se presenta con detalle las actividades realizadas, el número de sesiones y el tiempo de duración de cada una de ellas:

Tabla 3. Actividades realizadas con tiempo de ejecución

No. de sesión	Actividades realizadas	Tiempo de duración
1	• Entrevista de la historia familiar.	1 hora
2	• Aplicación del TRO (Test de Relaciones Objetales).	1 hora
3	• Entrevista semiestructurada.	1 hora
4	• Devolución de la información.	30 minutos

La devolución de la información, la última sesión, se la realizó con el objetivo de resumir los aspectos más importantes que sobresalieron en las sesiones previas, además de resolver dudas que surgieron después de todo el proceso.

4.3 Análisis de técnicas utilizadas

La información será presentada en el mismo orden en fue aplicada, por tanto, se analizará en primer lugar la entrevista de la historia familiar por etapas de la vida de la paciente (niñez, adolescencia y adultez). En segundo lugar, se presentará el análisis del TRO (Test de relaciones objetales) y, en tercer lugar, se analizará las respuestas a la entrevista semiestructurada.

4.3.1 Aplicación y análisis de la entrevista de la historia familiar

- **Datos Generales:**

Nombre: “María” (pseudónimo).

Edad: 45 años.

Lugar de nacimiento: Tulcán/ Provincia del Carchi.

Ocupación: Maestra de secundaria.

Diagnóstico médico: Carcinoma cervicouterino invasivo (estadio II)

Otras enfermedades: Jaquecas frecuentes (al menos dos veces en la semana).

Enfermedades importantes en la familia: Cáncer de colon en la madre y enfermedad de los huesos en el hermano (la paciente no recuerda el nombre de la enfermedad), fuertes dolores de cabeza en la abuela y las tías paternas.

Historia de la enfermedad: Le diagnosticaron la enfermedad cuando María tenía 35 años mediante un examen de rutina (Papanicolaou), aparte del sangrado vaginal permanente y los ciclos menstruales irregulares no poseía ningún otro síntoma.

Posterior al diagnóstico, el médico especialista decide realizarle una histerectomía radical debido al estadio en el que se encontraba el cáncer. El factor de riesgo principal para la adquisición de su enfermedad fue la infección por VPH (Virus Papiloma Humano), tras practicarle los análisis respectivos a su esposo, confirman la presencia del virus en el cuerpo de él.

Otros aspectos importantes: Diagnóstico de una hiperplasia endometrial (crecimiento excesivo o inusual de células en el revestimiento interno del útero) tanto en la madre, como en la paciente y también en su hija mayor.

- **Infancia:**

María es la mayor de cinco hermanos, su padre falleció atropellado cuando ella tenía siete años, considera que su muerte no le afectó en ese instante, sin embargo, su ausencia empezó a sentirla posteriormente. La relación con sus hermanos y con su padre era bastante cercana, todo lo contrario, a la relación que tenía con su madre (se profundizará en este aspecto posteriormente). La participante al ser la hermana mayor y su madre al quedar viuda tempranamente (a los 24 años), la mayoría del tiempo se encargaba de cuidar a sus hermanos mientras su madre trabajaba para mantenerlos (especialmente sábados y domingos), además de cumplir con esta actividad se dedicaba a realizar sus tareas escolares. Uno de los recuerdos más agradables que María destaca de su infancia es cuando vivía junto a toda su familia en la Parroquia de Urbina (cerca de la ciudad de Tulcán), era un día en el que había granizado, ella y sus hermanos salieron de la casa y corrieron hacia el campo a tomar con sus manos el granizo que se encontraba en el piso. Posterior a ese evento llega su padre, le carga y le lleva a casa, la participante recuerda claramente como estaba vestida ella (pijama azul celeste) y el escenario en el cual se desarrolló toda la escena, manifiesta: “todo eso lo recuerdo como si lo estuviera mirando ahorita, todo muy claramente” (María, sesión 1, 2017). Su padre termina haciendo “helados de paila” con el granizo de aquella tempestad. De igual manera, María recuerda otra escena que la califica como un buen recuerdo: sus padres estaban enojados y era época de Navidad, su padre les fue a visitar donde su abuela materna y les llevó regalos a todos sus hermanos incluido ella.

- **Adolescencia:**

María cataloga a esta etapa de su vida como normal, sin embargo, debido a la muerte de su padre, la madre decide irse a vivir con sus propios padres (abuelos de María), manifiesta que su abuela era “mala”: les cortaba la luz cuando se enojaba y los trataba mal a ella y a sus hermanos, lo cual motivó a abandonar a su familia para contraer

matrimonio. Finalmente, afirma no tener ningún recuerdo específico de esa etapa de su vida (aspecto que se tomará en cuenta en el análisis posterior).

- **Adulthood:**

Luego de salir de la casa de su abuela, María contrae matrimonio a los 21 años de edad después de tres años de relación con el que hoy en día es su esposo. Tuvo su primera hija a los 22 años de edad, tiempo después sufre un aborto espontáneo en una etapa muy temprana de embarazo, a partir de ello se frustra cada vez más la idea de un segundo hijo debido a su imposibilidad de quedar embarazada, es así que ocho años después de tener su primera hija, llega la segunda. Hoy en día tienen 24 y 16 años, la hija mayor tiene una hija de dos años aproximadamente. La participante califica a su esposo como una persona “tranquila, amorosa, excelente padre, demasiado bueno, da todo por sus hijos”, quien a partir del diagnóstico de su enfermedad empezó a preocuparse mucho más por ella, considera que su relación se fortaleció y a partir de ello se llevan mucho mejor como pareja. Por otro lado, la paciente se describe a sí misma como una persona muy entregada a su familia, tiene pocos amigos y casi no sale de su hogar en su tiempo libre, a menos que sea por algo importante, manifiesta que la mayor parte del tiempo que pasa en casa se dedica al cuidado de su nieta, sus hijas y a realizar los quehaceres domésticos. Actualmente posee una relación casi nula con sus hermanos y su madre, afirma que no quiere “desperdiciar” el tiempo en otras cosas que no sea su familia nuclear.

Análisis de los aspectos importantes de la entrevista de la historia familiar:

Infancia: María cataloga a esta etapa con sentimientos positivos y recuerdos agradables, en donde su padre poseía gran importancia, cabe recordar que el mismo falleció cuando María tenía siete años.

Adolescencia: Resaltan afectos negativos en cuanto a su abuela materna, a quien califica como “mala”. Además, menciona no tener un recuerdo específico de esa etapa en particular, lo cual llama bastante la atención debido a que sus sentimientos de felicidad solamente se mantuvieron en la infancia, mientras vivía su padre.

Adulthood: En relación a esta etapa, el esposo de María viene a marcar un lugar muy importante en la vida de ella, al parecer los afectos positivos que tenía en la infancia (cuando

existía el padre) los traslada hoy en día a su matrimonio que tal y como lo manifiesta, ahora es lo más importante.

Relación con la madre: Respecto a la relación con la madre real no aparecen muchas referencias en el discurso de María, las únicas que se encuentran son en torno a su ausencia casi permanente desde la muerte de su padre, por el hecho de que tenía que trabajar para mantener a sus hijos. De esta manera, la madre percibida como ausente podría implicar que se proyecte esa ausencia en otros personajes de la vida cotidiana de María, probablemente con el fin inconsciente de llenar ese lugar vacío simbólicamente que pertenece a su madre.

Relación con el padre: La relación de la participante con su padre era muy cercana, su padre ocupó y sigue ocupando un lugar muy significativo en su vida. Éste, es un aspecto que se lo evidencia muy fácilmente cuando los recuerdos felices únicamente están presentes en la niñez de María, es decir, cuando su padre existía. Por tanto, se podría concluir que la figura del padre se encuentra idealizada.

Relación con la pareja: María califica a la relación con su esposo como muy buena, quién después de la enfermedad empezó a preocuparse más por ella (ganancia secundaria de la enfermedad), las cualidades positivas de su esposo son las abundan en el discurso de María, dejando de lado los aspectos negativos.

Relación con los hijos: Con respecto a los hijos no es posible evidenciar ningún aspecto que llame la atención, en general la relación de María con ellos podría catalogarse como buena.

4.3.2 Aplicación e interpretación del TRO (Test de Relaciones Objetales)

La administración del presente test tiene como objetivo principal, explorar las relaciones interpersonales del sujeto, es decir, la relación del sujeto con su entorno. Así, el test consta de 13 láminas en donde se le pide a la participante que construya una historia enfatizando en tres tiempos: que está pasando en la escena, que paso antes y que pasará después (desenlace). El análisis correspondiente del test será presentado mediante varias tablas que agrupan las láminas de la siguiente manera: láminas del grupo No.1 (relación del sujeto consigo mismo); láminas del grupo No.2 (relación del sujeto con la pareja); láminas del grupo No. 3 (posición del sujeto con relación a la triada edípica) y láminas del grupo G (relación del sujeto con el grupo).

Es importante recordar que la aplicación de un test no tiene ninguna validez si no se lo contrasta con una entrevista previa, por tanto, la mayoría de los aspectos que la paciente mencionó en las dos entrevistas aplicadas se corrobora en varias de las láminas del TRO, de este modo la mayoría de información que se obtiene mediante el test puede que no añada aspectos nuevos que no se hayan extraído de las entrevistas, exceptuando unas pocas láminas. De esta manera, las tablas que se presentan a continuación describe las respuestas a las diferentes láminas y su correspondiente interpretación psicológica para posteriormente pasar a una interpretación final vinculada siempre a la historia de vida de la participante.

Tabla 4. Relación del sujeto consigo mismo

Nº de lámina	Historia de la paciente	Interpretación Psicológica
A1	“Mi papi ahorita está ya subiendo al cielo <me supongo>, antes estaba penando porque nosotros estábamos quedados aquí todavía y le daba pena irse, no podía dejarnos <por lo que lo mataron>, no podía descansar en paz. Ahorita que subió al cielo ya va a poder estar tranquilo”.	El estímulo de la presente lámina enfrenta al sujeto con una situación nueva, de igual manera estimula necesidades primitivas de dependencia, así como también dudas e incertidumbre. Así, el discurso de María refleja su reacción a una situación nueva (fallecimiento repentino de su padre), en donde se puede evidenciar que sus recursos psíquicos no pudieron elaborar dicha pérdida, es decir, existe un <i>duelo no elaborado</i> . Por otro lado, existe un sentimiento de culpa en María con respecto a no poder dejar que su padre “descanse en paz”.
B1	“Alguien está enfermo, la persona que está afuera tiene un poquito de recelo entrar, por eso está escondido acá, pero al final entra por este espacio como blanquito <hay una dirección>, entonces si entra; entra, conversa con la persona enferma y se ponen bien, se hacen de a buenas, o sea antes estaban enojadas, hubo un disgusto, tuvieron algún inconveniente entre ellos”.	La lámina evalúa la situación de soledad y explora los conflictos que pudiesen existir en relación a la identidad. Cabe mencionar que existe un solo personaje bien definido en la lámina. En el discurso de María se presentan dos personajes, lo cual puede ser indicio de una imposibilidad de poder estar a solas consigo mismo en actividades que supongan esta característica como, por ejemplo: leer, reflexionar, etc. Por otro lado, en cuanto al contenido de la historia, ésta refleja a la enfermedad de María como una herramienta para retomar relaciones antiguas que posiblemente antes han sido quebrantadas.

C1	<p>“Esto parece una silla, esto de aquí parece una especie de mesa/escritorio, hay una ventana grande, una ventana chiquita, esto parece una jarrita de agua. El cuarto está vacío, pero después va a ir una persona, va a estudiar, va a sentarse a trabajar, tiene que rendir un examen. Pero bien clarito es el cuarto, bien clarito”.</p>	<p>La historia que construye María en ésta lámina gira en torno al cuarto vacío, por tanto es posible que la participante se identifique con éste, sin embargo, después llega alguien a ese lugar y se prepara para ser examinado, esto parece hacer referencia a sentirse vacío y luego tener sentidos en la vida.</p>
----	---	---

Las historias que se acaban de presentar con respecto al grupo de las láminas No. 1 permiten extraer varios aspectos importantes. En primer lugar, es posible observar un *duelo no elaborado* con respecto al fallecimiento del padre de María, lo cual puede dar indicios de mecanismos psíquicos precarios que no permiten la elaboración de situaciones nuevas (lámina 1) dejando en este caso específico residuos de culpa por no poder elaborar dicha pérdida. De la misma manera, ésta conflictiva también es posible observarse en la historia de la lámina 2, la cual refleja la dificultad de la participante para estar a solas consigo misma (se observan dos personajes en un lugar de uno). Por otro lado, la enfermedad de María ha permitido retomar relaciones antiguas que posiblemente antes habían sido quebrantadas por algún tipo de conflicto.

Tabla 5. Relación del sujeto con la pareja

Nº de lámina	Historia de la paciente	Interpretación Psicológica
A2	<p>“Una mujer y un hombre cogidos de la mano, están felices porque se conocieron, terminarán juntos <no se acabará nunca> juntos por siempre”</p>	<p>En este caso, María se identifica con la mujer descrita dentro de la historia, lo cual puede reflejar de acuerdo al contexto de la misma que existe afectos positivos con relación a su actual pareja (esposo).</p>
B2	<p>“Un árbol y <están igual> dos personas, un edificio, está lloviendo y ellos están escampano debajo del árbol, querían entrar a este edificio, pero la lluvia los detuvo y están esperando hasta que pase la lluvia para poder entrar, quieren ir a visitar a alguien”.</p>	<p>En torno a la historia que plantea María en ésta lámina, el árbol tiene una connotación de protección con respecto a un mundo externo que en este caso resulta amenazante (lluvia) y hasta cierto punto impide que la pareja pueda relacionarse con otras personas (alguien que se encuentra dentro del edificio). Por lado, también es posible rescatar la unión de la pareja frente a las adversidades (lluvia).</p>

C2	<p>“Están en un cuarto, una mujer, una cama, un cuadro y una como <peinadorita>, una puerta, la puerta está abierta. Alguien está enfermo, porque “aquí” está como un <bordo> en la cama. La señora está mirando, tal vez antes no pudo ir a ver <se enfermó un familiar> y ahorita está ya queriendo entrar, pero está con un poco de miedo todavía, no entra de un solo, se queda observando primero si entra o no entra. Finalmente termina entrando, conversa, pregunta <si ya está mejor>, la persona enferma se alegra de que vaya la señora”.</p>	<p>La paciente se identifica con la persona a la cual describe como enferma. Nuevamente es posible observar que su enfermedad ha sido un elemento que le ha permitido obtener atenciones de las personas que le rodean. En este caso, el otro personaje de la historia es identificada como una señora, posiblemente su madre.</p>
----	--	--

En general, la participante parece relacionarse bastante bien con su pareja. Las dos primeras historias reflejan afectos positivos con respecto a ésta, en donde a pesar de las circunstancias difíciles (ambiente amenazante/luvia) que han enfrentado siempre permanecen unidos como pareja. Por otro lado, la historia presente en la tercera lámina (C2) es similar a la historia de la lámina B1, por lo tanto, se concluye que la enfermedad (cáncer de cuello uterino) ha servido como una herramienta o al menos como un intento de recibir atenciones de las personas más allegadas a ella, en este caso el segundo personaje es visto como una “señora” por lo cual se podría inferir que representa a la madre de María.

Tabla 6. Posición del sujeto en relación a la triada edípica

N° de lámina	Historia de la paciente	Interpretación Psicológica
A3	<p>“Dos hombres jóvenes, o sea parecen hombres pero a ratos también parecen mujeres. Bueno, están dialogando, conversando de la vida, tal vez tuvieron algo que les paso, algún problema y están reconciliándose los dos <estuvieron enojados> y ahora ya están juntos, terminan conversando, o sea <bien>”.</p>	<p>La lámina evoca situaciones de pareja en donde se puede observar como el sujeto se relaciona como rival frente a la autoridad. Igualmente pueden aparecer aquí ansiedades asociadas a la situación triangular.</p> <p>La historia María gira en torno a una pareja, la cual se encuentra dialogando de algún problema que pudo haber surgido entre ambos, sin embargo, al final terminan bien. Cabe mencionar que la tercera figura que aparece en la lámina no es observada por la participante, lo cual puede interpretar como una no elaboración de la situación edípica.</p>

B3	“Aquí una pareja también está, se conocieron antes, pasaron algunos problemas y por fin están últimos (lapsus), están felices, pero siempre los observa alguien, terminan felices”	Nuevamente, la paciente parece proyectar su relación matrimonial mediante el discurso que construye en ésta lámina (afectos positivos). Sin embargo, la historia también hace referencia al tema de mirar y ser mirado, lo cual podría atribuirse a un tema de sentirse juzgado por un tercero con respecto a las relaciones de pareja.
C3	“Parece un tronco y alguien está al lado de aquí del tronco <una niña>, la niña mira tras del tronco. Esto parece como una nariz o a ratos parece como una manzana dada la vuelta. Esto otro parece una mano, unos dedos grandes. La niña busca a alguien y al final encuentra lo que estaba buscando”.	La participante se proyecta a través de la niña presente en la historia, el hecho de que esté buscando a alguien y lo encuentre, puede hacer alusión a ese “alguien” que perdió de pequeña (padre) y que hoy en día es proyectado en otra figura como puede ser su esposo.

El grupo de láminas No. 3 evocan situaciones e historias relacionadas a la triada edípica, en este caso en particular los tres personajes que aparecen en las láminas no son vistos por la participante, únicamente se observan dos en la primera y segunda lámina y en la tercera solamente uno, este aspecto podría interpretarse como una evasión a la temática producida por cada una de las láminas. Las relaciones presentes en las dos primeras láminas parecen estar teñidas de un vínculo emocional bastante fuerte, lo cual podría interpretarse como la relación actual de María con su esposo, sin embargo, el tema de la mirada (mirar- ser mirado) parece estar siempre presente. Por otro lado, en la tercera lámina María se proyecta mediante la niña presente en la historia como aquella que busca a alguien (padre) y hoy en día lo encuentra (esposo).

Tabla 7. Relación del sujeto con el grupo

N° de lámina	Historia de la paciente	Interpretación Psicológica
AG	“Aquí parece el cielo, pero también parece una mano grande, pero más parece el cielo. Aquí se conocen todos, se vuelven a encontrar todos, <los familiares>. Para estar en el cielo tal vez murieron y ahora están juntos”.	La presente lámina moviliza contenido de tipo depresivo, por consiguiente, explora la manera en como el sujeto elabora las situaciones de pérdida (duelos). Así, de acuerdo con la historia de María el cielo es visto como un lugar de reencuentro, en donde la muerte es percibida como una oportunidad de volver a encontrarse con su padre fallecido, lo cual da cuenta de un duelo no elaborado en cuando al fallecimiento de su padre.

BG	<p>“Un joven y acá una multitud, el joven está solo, el chico está presentándose en un recital y el resto está <aquí> esperando el turno, a que les toque. Se prepararon bastante para la presentación <todos mismo>. Va a salir bien el joven, si va a poder realizar su presentación”.</p>	<p>La lámina estimula la relación del sujeto frente a un grupo, en donde generalmente las historias giran en torno a la soledad y la exclusión espacial.</p> <p>En este caso, la historia que relata María se concentra en el personaje situado por fuera del grupo, lo cual podría indicar cierto conflicto en relación a la inclusión grupal (pares), esta dificultad puede estar teñida de cierto grado de competitividad entre María y el grupo.</p>
CG	<p>“Varios caminos, parece de pronto que están en una carrera de algo <carros, caballos o algo así> porque aquí hay gente, pero están dados la vuelta conversando porque todavía no comienza la carrera. Tal vez alguien de la familia va a participar, todos estaban preparándose para este momento y gana a la final”.</p>	<p>El tiempo de latencia en esta lámina fue superior a 10 segundos, lo que indica shock con la temática de la lámina.</p> <p>La lámina explora la relación del sujeto (María) con la autoridad tanto externa como interna. De esta manera, parecería ser que el shock provocado por esta temática puede estar relacionado con conflictos vinculados a la autoridad, aspecto que puede verse reflejando en una personalidad rebelde/desafiante. Sin embargo, la situación de competitividad presente en la lámina es un indicador positivo que puede dar cuenta de un deseo de progreso.</p>
Lám. Blanca	<p>“Una familia feliz, o sea se volvieron a encontrar, no falta nadie ya aquí <faltaba antes el padre>, terminan felices y juntos. O sea, antes era una familia pequeña pero aquí terminamos más, o sea están mis hijas, mi esposo, mi nieta, bueno todos ellos”.</p>	<p>En general, esta lámina evoca el tipo de mundo que el sujeto quisiera para sí mismo como también cuáles son las metas las metas y proyectos de la persona evaluada.</p> <p>La historia que construye la paciente alrededor de esta lámina es similar a la historia de lámina AG, en donde se evidencia el deseo de reencuentro con su padre, de esta manera la aparición de su enfermedad (cáncer) puede ser percibida como una manera de alcanzar a través de la muerte el lugar donde se encuentra su padre.</p>

El presente grupo de láminas evalúa como se relaciona el sujeto con el grupo. De esta manera, la familia aparece como una instancia muy importante en la vida de María, lo cual puede llevar a su exclusión voluntaria del grupo de pares (amigos) con la finalidad de velar por el bienestar de los suyos (esposo e hijas). Por otro lado, aparece un conflicto relacionado con la autoridad, el mismo que se podría evidenciar en un carácter rebelde por parte de la participante. El tema del duelo no elaborado (fallecimiento del padre) aparece nuevamente en este grupo de láminas, la lámina AG y la blanca parecen evocar dicho conflicto con respecto a la no elaboración de esta pérdida, en la lámina AG aparece el cielo como lugar de reencuentro con el padre, un lugar feliz y en donde no falta nadie. Cabe recordar que la lámina blanca evoca historias en donde se destaque el máximo de gratificación y el mínimo de frustración, así, el mundo que María desearía para sí misma es aquel en donde se encuentre su padre (idealizado).

De acuerdo con el Manual de Interpretación del TRO es necesario realizar el cotejo intra-test con otras láminas cuyo objeto de exploración moviliza situaciones similares. Así, las láminas que se recomienda comparar son: B1, C2 y AG.

Tabla 8. Cotejo intra-test de las láminas B1, C2 y AG

N° de lámina	Historia de la paciente	Interpretación Psicológica
B1	<p>“Alguien está enfermo, la persona que está afuera tiene un poquito de recelo entrar, por eso está escondido acá, pero al final entra por este espacio como blanquito <hay una dirección>, entonces si entra; entra, conversa con la persona enferma y se ponen bien, se hacen de a buenas, o sea antes estaban enojadas, hubo un disgusto, tuvieron algún inconveniente entre ellos”.</p>	<p>La lámina evalúa la situación de soledad y explora los conflictos que pudiesen existir en relación a la identidad. Cabe mencionar que existe un solo personaje bien definido en la lámina.</p> <p>En el discurso de María se presentan dos personajes, lo cual puede ser indicio de una imposibilidad de poder estar a solas consigo mismo en actividades que supongan esta característica como por ejemplo: leer, reflexionar, etc. Por otro lado, en cuanto al contenido de la historia, ésta refleja a la enfermedad de María como una herramienta para retomar relaciones antiguas que posiblemente antes han sido quebrantadas.</p>
C2	<p>“Están en un cuarto, una mujer, una cama, un cuadro y una como <peinadorita>, una puerta, la puerta está abierta. Alguien está enfermo, porque “aquí” está como un <bordo> en la cama. La señora está mirando, tal vez antes no pudo ir a ver <se enfermó un familiar> y ahorita está ya queriendo entrar, pero está con un poco de miedo todavía, no entra de un solo, se queda observando primero si entra o no entra. Finalmente termina entrando, conversa, pregunta <si ya está mejor>, la persona enferma se alegra de que vaya la señora”.</p>	<p>La paciente se identifica con la persona a la cual describe como enferma. Nuevamente es posible observar que su enfermedad ha sido un elemento que le ha permitido reestablecer relaciones que en el pasado fueron disueltas. En este caso, el otro personaje de la historia es identificada como una señora, posiblemente su madre.</p>
AG	<p>“Aquí parece el cielo, pero también parece una mano grande, pero más parece el cielo. Aquí se conocen todos, se vuelven a encontrar todos, <los familiares>. Para estar en el cielo tal vez murieron y ahora están juntos”.</p>	<p>La presente lámina moviliza contenido de tipo depresivo, por consiguiente, explora la manera en como el sujeto elabora las situaciones de pérdida (duelos).</p> <p>Así, de acuerdo con la historia de María el cielo es visto como un lugar de reencuentro, en donde la muerte no es percibida como castigo sino considerada como una oportunidad de volver a encontrarse con su padre fallecido, lo cual da cuenta de un duelo no elaborado en cuando al fallecimiento de su padre.</p>

El contenido de las dos primeras láminas (B1- C2) es muy similar y ambas recurren a un contenido de enfermedad, el cual es el hilo conductor de ambas historias. De esta forma, María representa a la mujer enferma recostada en la cama y la señora (lámina C2) posiblemente sea su madre, lo cual podría indicar que el cáncer sirvió como fuente de atenciones maternas. De igual forma, a pesar de que la aparición del cáncer fue hace algunos años parece ser que la fantasía de enfermedad se encuentra muy presente en la vida de María y es a través de ésta que es posible alcanzar ese lugar tan deseado en donde se encuentra su padre fallecido, el cielo (lámina AG).

Análisis de los aspectos más importantes del TRO (Test de Relaciones Objetivas):

Relación con la madre: La madre de María se encuentra ausente en las historias presentadas por María para cada lámina, parecería ser que en la única lámina en donde se observa la presencia de ella es en la lámina C2, sin embargo, el relato de la participante únicamente hace alusión a una “señora” que puede o no corresponder al lugar de madre, cabe recalcar también que el ambiente en el cual se desenvuelve la historia de dicha lámina es un ambiente de enfermedad por lo que se podría aludir que ésta sirvió como fuente de atenciones maternas que de otra manera no pudo conseguirlas. Es importante aclarar que lo que aporta significativamente a la investigación es la percepción que María tiene acerca de su madre, más no como ella sea en la realidad efectiva, por cuanto lo que interesa es la realidad psíquica o construcción subjetiva de la participante en torno a sus figuras parentales.

Relación con el padre: Varias de las historias presentadas por María reflejan que existe un duelo no elaborado con respecto a la muerte de su padre, el padre sigue muy presente en la vida de la participante aún después de 38 años de su muerte.

Relación con la pareja: Los afectos relacionados al tema de pareja son positivos, en los cuales se refleja la unión y comprensión a pesar de las dificultades que se puedan presentar.

Relación con los hijos: Los hijos únicamente aparecen en el relato de la lámina blanca, como se mencionó anteriormente las historias que se construyen alrededor de la misma son en torno a lo que el entrevistado quiere para sí mismo. De esta manera, se podría concluir que el mundo que María desea es aquel en donde se encuentre su familia (hijos y esposo) y su padre fallecido.

4.3.3 Aplicación e interpretación de la entrevista semiestructurada.

A continuación, se relata cada una de las preguntas y sus respuestas de forma literal para posteriormente proceder al análisis final de toda la entrevista, el cual va a permitir la comparación entre respuestas y, por tanto, las conclusiones que se obtengan de ello resultarían de gran manera enriquecedoras que si solamente se presentase el análisis aislado de cada pregunta.

1. ¿Cuál fue su primera reacción al recibir el diagnóstico de cáncer de cérvix?

“Se me acababa el mundo, pensaba en mis hijas y en mi esposo, mis niñas todavía estaban pequeñas (14 y 6 años respectivamente). Le pedía a Dios que me dé 5 años más, entonces en 5 años más: mi hija la mayor va a tener 19 y mi hija la chiquita 11. Y me ponía a pensar: a mi esposo quién lo va a ver, quién me lo va a recibir, quién me lo va a ayudar a ver. O sea, eran mi esposo y mis hijas en este instante”

2. ¿Cómo cree que ha afectado éste diagnóstico en su vida?

“Bueno, el diagnóstico como le dije, me afectó muchísimo. Sentía que se me acababa todo, pensaba en mis hijas, mi esposo. Sin embargo, creo que he sido una persona bastante fuerte y no me iba a dar por vencida tan fácilmente. Cuando me avisaron que tenía la enfermedad venía con mi hija, la más chiquita, cogida de la mano y dije: hasta aquí lloro <hasta los conscriptos> y de ahí no más, tengo que ser fuerte. A partir de ahí, intentaba no llorar en delante de nadie, me volví mucho más fuerte que antes”.

3. ¿Cómo considera usted que ha afectado la enfermedad en su vida?

“O sea pensaba que siempre voy a estar con esta tensión, con esa inseguridad. Me pongo a pensar más allá, digo: mi Dios hasta cuando me dará la vida, no voy a estar después, no voy a estar siempre. Quisiera conocer a mis nietas, a sus esposos. O sea pienso: quién les va a ayudar después, si no es la mamá entonces quién, esa era mi pregunta. El cáncer es un cambio total, a nivel de pareja me he unido más con mi esposo, nuestra relación mismo ha cambiado muchísimo, queda en un segundo plano la sexualidad, más es la pureza del cariño de pareja”.

4. ¿Cómo se describiría a usted misma?

“Me considero una mujer valiente, luchadora, un poco rencorosa <no olvido fácilmente>, una buena madre, una buena esposa, una buena amiga <considero mucho a mis amistades>, sin embargo, tengo pocos amigos”.

5. ¿Cómo describiría a sus padres?

Padre: “De lo poco que recuerdo <como le dije: murió cuando yo tenía siete años> fue una persona amorosa, cariñosa, que daba todo por sus hijos, paciente también”.

Madre: “Una mujer trabajadora, luchadora, insegura <o sea, a mis hermanos no los quiere dejar ir>, bueno más que insegura creo que es sobreprotectora, muy sobreprotectora, demasiado. Con todos mismo ha sido así, pero yo no me he dejado, se mete mucho en la vida de nosotros, pero yo por eso mismo me alejé para no tener problemas, (enfatisa nuevamente en lo sobreprotectora que es su madre) y agrega: yo también soy sobreprotectora, pero ella es más, muchísimo más”. Cabe recalcar que actualmente la madre vive con sus tres últimos hijos, además el segundo hijo viaja de Quito todos los fines de semana para visitar a su madre.

***Importante:** Cuando se le pregunta a la paciente sobre como los describiría a sus padres, primero describe a su padre y posteriormente olvida describir a su madre, luego de un largo momento cuestiona: ¿a mi mami también la describo?

6. ¿Cómo se constituía su entorno familiar de la infancia y la adolescencia?

“Bueno, en la infancia con mi papi, hasta los siete años. Ya en la adolescencia, con mi padrastro, pero solo estuvimos juntos hasta cuando yo tenía 12 años, cuando estaba en séptimo grado de escuela, porque mi padrastro era malo, la maltrataba a mi mami, nunca en delante de nosotros eso sí (la paciente y sus hermanos), hasta que una vez lo enfrenté <como yo era la mayor de todos>, le quise dar duro con una “cosa” que encontré por ahí y eso fue todo, mi mami se separó definitivamente de él. Entonces nos quedamos viviendo mis hermanos, mi mami y yo en la casa de mi abuelita, pero en otro departamento”.

7. ¿Quién ejerció la función de cuidador o cuidadora durante su infancia?
“Mi mami, ella nos cuidaba y bueno yo también le ayudaba con mis hermanos”.
8. ¿Cómo describiría la relación que tiene con su madre? ¿Cómo era su relación cuando usted era niña?

Relación actual: “O sea nos queremos, la quiero muchísimo, *pero hay algo*, o sea estamos bien no más conversando y por nada salimos discutiendo, entonces preferible evito. Generalmente es por algo que no me parece y discutimos, o cuando se mete en la vida de mis hermanos por ejemplo y yo le digo: déjelos, <no les busque desde la novia> y cosas así. O sea, las dos si nos queremos bastante pero siempre hay algo”.

Relación de la infancia: La participante menciona no recordar nada de la relación con su madre cuando era niña.

9. ¿Cuáles son las cualidades positivas que destacaría de su madre?
“Trabajadora, luchadora. O sea, ella como quedó jovencita cuando se murió mi papi entonces, antes que nada, antes que estar con nosotros, ella tenía que trabajar para darnos profesión, para darnos comida, para darnos todo, ella tenía que mantenernos”.
10. ¿Ha evidenciado usted alguna característica negativa de su madre?
“Muy sobreprotectora <ya le dije>, poco espontánea, o sea ella de decir te quiero como que no, de abrazar y cosas así, como que no y yo he salido así, o sea yo las quiero a mis hijas, pero no soy muy afectiva, siento como si fuera a ser rechazada, como que me van a decir: quite, quite y cosas así. Mi mami también era... <bueno hasta ahora es así>, cuenta cosas que no debe a sus amistades o a quién sea y desde que me acuerdo me hacía quedar mal enfrente de otras personas y yo eso odiaba. Recuerdo que una vez me dijo que yo ya no he de “ser buena”, haciendo alusión a que ya no era virgen y pues eso me dolió en el alma porque yo si era virgen, al otro día mismo fui y tuve relaciones con el que ahora es mi esposo, solo de las iras, para que tenga de una vez que hablar por algo”.

11. ¿Cómo cree que su madre ha influenciado en su vida?

“O sea la verdad no sé, yo soy muy diferente a ella, no creo parecerme en casi nada. Yo soy diferente con mi esposo, con mis hijas <yo les doy su espacio, incluso para que tengan su enamorado>, mi mami no era así. Mi mami siempre lo dejaba a mi papi solo, cualquier cosita ella “volaba” donde mi abuelita, lo dejaba botando <creo que fue porque era muy joven/inmadura>, incluso cuando mi papi murió fue porque estaban separados con mi mami, mi papi se había chumado en unas fiestas, vino un carro y lo atropelló <murió de contado>. Como le decía, yo nunca lo dejo a mi esposo solo, por más que esté enojada o brava, yo estoy ahí todo el tiempo, nunca lo dejo”.

12. ¿Cómo describiría la relación que tiene con cada una de sus hijas?

“A veces nos llevamos bien, a veces también cada una en su cuarto y ya. Bueno, yo también soy más enojona que mi esposo, no soy tan consentidora <yo soy la que pongo reglas aquí>, por eso ha de ser también que ellas se distancian un poco <son más con él>. Pero en general, creo que nos llevamos bien”.

13. ¿Cuál es su percepción acerca de la maternidad?

“Mis hijas son mías, les cocino lo que les gusta, paso el mayor tiempo que puedo aquí en la casa, les sirvo, trato siempre de ser una buena madre y bueno creo que lo soy, les ayudo en lo que puedo, siempre”.

14. ¿Qué es lo que más disfruta de ser madre? ¿Por qué?

“Creo que lo que más disfruto es pasar tiempo con ellas, cuidarlas, protegerlas, incluso hasta mimarlas, pero todo con medida”

15. ¿Considera usted que existe algún aspecto negativo en ser madre?

“Antes creo era más, sabía decir: y ahora no voy a poder salir con el esposo, ni voy a poder hacer nada, pero no, eso fue cuando recién me casé y estaba jovencita, por eso mismo nunca pensé en tener otro niño seguido, considero que siempre debe haber una distancia para poder criarlos bien. Ahorita pienso que, si me hubiese gustado tener otro niño, pero esa falta en cambio compensó mi nieta”.

Análisis de los aspectos más importantes de la entrevista semiestructurada:

Relación con la madre: El discurso de María con respecto a su madre gira en torno a la mala relación que tiene con su madre, en donde los diálogos y conversaciones entre ambas siempre están teñidas de un ambiente tenso debido a las diferencias de pensamiento que las distingue a cada una, lo cual hace que María cada vez tome mayor distancia de su madre, como ella mismo lo menciona. Es significativo recalcar que María no recuerda ningún aspecto de la relación con su madre cuando ella era niña, por lo cual es posible inferir que la madre de María no poseía un lugar importante en la infancia de la misma, en otras palabras, María siempre la percibió como ausente.

Relación con el padre: Nuevamente, el padre de María aparece como una figura idealizada. Las características con las que se describe a éste son en su mayoría positivas, a pesar de que murió cuando la participante tenía apenas siete años de edad, se encuentra simbólicamente muy presente en la vida de María.

Relación con la pareja: A pesar de que no existe ninguna pregunta con relación a este aspecto específicamente, se puede observar que la relación de María con su esposo es buena, la pregunta 11 refleja gran parte de este aspecto, tal parece que María compara su relación matrimonial con la de sus padres en donde se trata de revertir la historia que ella vivió cuando era una niña (fallecimiento de su padre).

Relación con los hijos: Con respecto a su propia maternidad no es posible evidenciar ningún tipo de conflicto, por el contrario, existe una relación bastante buena tanto con sus hijas como con su esposo, de hecho, en el discurso que ella maneja acerca de su familia nuclear parecería haber cierto tipo de idealización, en donde María ha dejado de lado varios aspectos como sus amistades, para dedicarse totalmente a su familia en el tiempo que ella tiene libre (tardes y fines de semana).

4.4 Discusión de resultados

Evidentemente, la aplicación de varias herramientas en el estudio del presente caso permite que se pueda obtener más elementos sobre los cuales trabajar que si solamente se aplica una única entrevista como se tenía planteado en inicio. De esta manera, los resultados obtenidos para cada técnica pueden ser contrastados entre sí, permitiendo un mayor grado de certeza en cuanto al esclarecimiento de la hipótesis de investigación. A continuación, se presenta la comparación de los resultados obtenidos para cada herramienta aplicada y su vinculación con la historia de vida de la participante. Es importante recordar que los indicadores analizados este estudio son la existencia de conflictos en relación con la maternidad: propia madre y/o hijos, sin embargo, se ha visto la necesidad de incluir en el análisis la relación de la participante con su padre y la relación de la participante con su esposo debido a que se ha encontrado aspectos significativos en estas dos dimensiones que van a permitir entender el lugar que ocupan dichos personajes en la vida de María.

Respecto a la **relación con la madre** se puede observar que existe una conflictiva evidente, el discurso de María permite constatar que ésta es percibida como ausente en donde fue María quién se encargó de sus hermanos cuando falleció su padre, y su madre tenía que trabajar para mantenerlos. Esta hipótesis fue corroborada luego mediante el análisis del TRO, en donde tampoco aparece la madre en ninguna historia que María construyó con las láminas, la única referencia que se tiene es de una “señora” en la lámina C2, la cual va a visitar a la persona que se encuentra enferma (María) para terminar posteriormente dialogando. Este aspecto podría ser interpretado como un intento de obtener atención y cuidados maternos. En el análisis de la entrevista semiestructurada aparecen más elementos que podrían indicar una relación conflictiva entre María y su madre, si bien es cierto en las anteriores entrevistas parecería no estar presente la madre en todo el discurso, aquí aparece descrita mediante una serie de cualidades negativas: sobreprotectora (María lo percibe como una característica muy negativa), de carácter frío (poco expresiva), bastante apegada a su madre (abuela de María), entre otras características. Varias de estas cualidades han sido el motivo por el cual le llevo a María a alejarse cada vez más de su madre. Por otra parte, también es importante considerar los lapsus y/o omisiones que pueden surgir en todo el proceso, el más relevante de ellos fue cuando se le pidió que describa a sus padres, la participante menciona en primer lugar a su padre y posteriormente olvida describir a su madre, lo cual nuevamente da cuenta del lugar en el cual se encuentra ubicada ésta, en la vida de la participante (ausente).

Un aspecto importante a tomar en cuenta es que al igual que su madre, María fue diagnosticada con hiperplasia endometrial (engrosamiento de las células que recubren el útero) y de igual manera esta condición se repite en su hija mayor, las tres ocupan el lugar de primeras hijas en sus familias nucleares correspondientes. Se sabe que dicha condición puede predisponer a las personas que la padecen a la adquisición de cáncer de cuello uterino, sin embargo, dentro de ello juega un papel importante la construcción subjetiva alrededor de la genealogía familiar que posee cada mujer. Otro elemento interesante que resalta en el discurso de la participante es un recuerdo que ella tiene cuando empezaba su vida adulta: *“recuerdo que una vez me dijo que yo ya no he de “ser buena”, haciendo alusión a que ya no era virgen y pues eso me dolió en el alma porque yo si era virgen, al otro día mismo fui y tuve relaciones con el que ahora es mi esposo, solo de las iras, para que tenga de una vez que hablar por algo”* (María, sesión 3, 2017). Si se analiza a profundidad el contenido de dicha memoria se obtiene aspectos muy interesantes en donde las relaciones sexuales tienen una connotación de valor personal para la madre de María, es decir, haciendo alusión a que una persona es valiosa si se conserva virgen. Por lo tanto, tal recuerdo que afectó de gran manera a María puede estar relacionado con el apareamiento de su cáncer (juego de significantes) como una forma de rebeldía en contra de su madre que al calificarla como “no buena” → “no virgen” desató una ola de emociones que la llevaron a realizar inmediatamente el acto (tener relaciones sexuales). Este aspecto en particular puede también estar relacionado con conflictos en cuanto a su propia sexualidad, sin embargo, es un hecho aislado que podría tener mayor significancia si se encontrara otros indicadores que pudieran apoyar esta hipótesis. Mientras tanto, lo esencial de este hecho es el conflicto existente en María a partir de los comentarios de su madre.

Por su parte, **la relación con el padre** parece tener un lugar bastante significativo en la vida de María. A pesar del acontecimiento repentino de su muerte cuando la participante tenía siete años, la participante recuerda su infancia como una etapa muy feliz, en donde la presencia del padre parece ser la causa de dicha felicidad. Es interesante observar que es aquí exclusivamente en donde aparecen recuerdos específicos que denotan la cercanía de María con su padre. Posteriormente, el análisis del TRO refleja que existe un duelo no resuelto con respecto a su muerte, las historias construidas en las láminas: A1, AG y la lámina blanca pueden dar cuenta de este aspecto, en donde la participante proyecta un deseo inconsciente, de querer llegar a ese lugar donde se encuentra el padre y ser nuevamente “feliz” como lo fue en la infancia mientras existía el mismo (regresión). Por otro lado, al analizar la entrevista semiestructurada, las características con las que María describe a su padre esencialmente reflejan una proyección del rol materno en esta figura (padre). Cualidades como: “persona

amorosa, cariñosa, que daba todo por sus hijos, paciente” (María, sesión 3, 2017) se destacan en todo el discurso que María construye alrededor de su padre, las cuales analizadas con mayor profundidad responden a características que generalmente se le atribuyen a la figura materna, por lo cual se podría finalmente concluir que existe un doble duelo: pérdida de la madre como madre (madre ausente) y la pérdida de su padre (muerte) como madre (rol materno).

La **relación con su esposo** se proyecta como buena, tanto en la entrevista de la historia familiar, como en el TRO y en la entrevista semiestructurada la pareja posee un alto nivel de significación en la vida de la participante. En la entrevista primera, en las historias del TRO (láminas A2, B2, B3, entre otras en donde es menos evidenciable: lámina AG y lámina en blanco) y en la entrevista final (semiestructurada) se observa que las cualidades que caracterizan tanto al padre de María como a su esposo son las mismas. Entonces, parecería ser que el rol materno no solo es proyectado en el padre de María sino también en su esposo quién luego de la adquisición de la enfermedad se dedicó a cuidar mucho más de ella, lo cual podría ser una fuente de ganancias secundarias (entrevista de la historia familiar: adultez) para la participante, ya que a través del cáncer pudo obtener una serie de “cuidados maternos” que probablemente en otras circunstancias le serían negados. De esta manera, parecería ser también que María se excluye voluntariamente de su grupo de pares con el fin de dedicarse únicamente al cuidado de su familiar nuclear, tanto en la entrevista de la historia familiar (etapa de la adultez) como en el TRO (lámina BG) y en la entrevista familiar (pregunta No. 4) se puede subrayar este importante elemento.

En cuanto a la **relación con sus hijos**, los relatos de la participante no reflejan ningún tipo de conflicto, tanto las hijas como su esposo ocupan un lugar importante en la vida de María, como ya se mencionó con anterioridad. En la entrevista semiestructurada (cuatro últimas preguntas) es en donde se puede observar con más claridad la relación que existe entre María y sus hijas, la cual se podría calificar como buena.

Conclusiones

- Dentro de la teoría psicoanalítica existen varias perspectivas que permiten analizar de distintas maneras un mismo fenómeno. Para autores como Nasio y Sandoval siguiendo la teoría Lacaniana, las afecciones psicosomáticas son fenómenos emergentes en el cuerpo biológico y por tanto sujetos a las leyes del mismo, se diferencian del síntoma conversivo en la medida en que éste último es susceptible de interpretación debido a que se encuentra en el campo de lo imaginario mientras que las lesiones orgánicas vienen a ser un trazo en lo Real y por tanto su análisis puede quedar excluido dentro del espacio psicoanalítico. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que cuando se establece tan firmemente aquello que es interpretable y aquello que “no” se niega la posibilidad de que el sujeto pueda expresar aquello que está sucediendo en su propio cuerpo y que puede llegar a ser de gran importancia para sí mismo.
- Para teóricos como McDougall, Ulnik y Chiozza las afecciones psicosomáticas se encuentran en estrecha relación con la historia de vida del sujeto. Dichos autores proponen que la falta de simbolización de sucesos traumáticos (pérdidas significativas/duelos) predisponen al sujeto a la aparición de enfermedades que se presentan en el cuerpo como un intento de elaboración de los mismos.
- *Desde el punto de vista médico*, el principal factor de riesgo que se asocia a la aparición del cáncer de cuello uterino es la infección por el virus papiloma humano (VPH), el cual es transmitido mediante el contacto con piel infectada: las relaciones sexuales vaginales, anales e incluso orales sin protección son la forma más común de adquirir el virus. Cabe mencionar que el VPH es una combinación de más de 150 virus asociados y solamente pocos de ellos son capaces de producir cáncer, es así que las cepas 16 y 18 son las que comúnmente se las asocia con la presencia de ésta enfermedad. Además de éste, se añaden otros factores de riesgo como el tabaquismo, los múltiples partos y la presencia de VIH. El tratamiento a seguir dependerá de la etapa en la cual se encuentre el cáncer; la cirugía (extracción del tumor mediante intervención quirúrgica), la radioterapia (destrucción del tumor mediante radiación), la quimioterapia (destrucción del tumor mediante medicamentos) y la terapia dirigida

son algunas de las opciones que actualmente propone la medicina. En esta última, se utiliza medicamentos para identificar y destruir tipos específicos de células cancerosas, lo cual causa menos daño a las células normales que no necesitan ser destruidas. Cabe mencionar que esta visión acerca del cáncer de cuello uterino es únicamente parcial y claramente positivista, sin embargo, es necesario incluirla dentro de este estudio debido a que el cáncer de cuello uterino tiene un lugar en el cuerpo biológico y por tanto responde también a las leyes de la medicina. Pero, ¿Que sucede en los casos en donde las mujeres con VPH (primer factor de riesgo de ca/cuello uterino) no desarrollan la enfermedad y, por el contrario, mujeres que nunca adquirieron el virus desarrollan este tipo de cáncer?, por mencionar dos situaciones en donde parece ser que la medicina únicamente, no abastece para explicar dichos fenómenos. Es ahí cuando es necesario que se analice al ser humano no solo desde el punto de vista biológico sino también psicológico y social, solo a partir de ellos es posible la comprensión total del sujeto.

- *Desde el psicoanálisis* no se han encontrado investigaciones que puedan dar luz acerca del cáncer de cuello uterino relacionado a la maternidad, sin embargo, se ha tomado como base varias conceptualizaciones psicoanalíticas del cáncer en general y del cáncer de mama en específico, para profundizar en la relación de las dos variables anteriormente mencionadas. Es así que tanto el caso clínico relatado al final del capítulo cuatro de una paciente con cáncer de mama llamada “Sorel” propuesta por McDougall (1999) como la tesis de Grooddeck (1983) con respecto a la relación entre el órgano (cualquiera que sea este) y su función permiten afirmar que el apareamiento del cáncer de cuello puede estar asociado a “conflictos no apalabrados” en la participante con *relación a su propia madre y/o con relación a sus hijos* (hipótesis de investigación). Se entiende como “conflictos no apalabrados” a aquello experimentado como traumático en la vida del sujeto y que por tanto no ha podido ser simbolizado, hecho que actualmente se manifiesta como enfermedad somática en un intento de lograr dicha simbolización.
- El análisis del presente caso permite afirmar que el rol materno percibido como ausente por María le llevo a buscar dicho rol en otros personajes importantes de su vida. En un inicio, el padre es una fuente de dicha proyección, sin embargo, tras su fallecimiento, esta proyección se traspasa a la figura de su esposo. A partir de ello, se

desprende un doble duelo: por un lado, la pérdida de la madre como madre (ausencia) y por otro, la pérdida de su padre (muerte real) como madre. De esta manera, la no elaboración de dichas pérdidas pueden haber incidido en el apareamiento de la enfermedad en María, la cual al mismo tiempo que refleja una forma de obtener atención y “cuidados maternos” por parte de su esposo, también implica simbólicamente una sentencia de muerte para sí misma (*cáncer* → *muerte*), mediante la cual María alcanzaría el lugar en donde se encuentra su padre y con quien era feliz en su infancia, un padre claramente idealizado por la participante.

- A partir del análisis precedente se puede afirmar que únicamente se corrobora la primera parte de la hipótesis en donde el cáncer y precisamente de cuello uterino puede apuntar a los conflictos entre la participante con su madre simbólica/rol materno (percibida como ausente). Analizando la analogía entre el útero y la madre simbólica, los dos se encuentran íntimamente relacionados en la medida en que su función es la de protección, por tanto, el rechazo de la participante a su madre por su ausencia también se manifiesta en un rechazo a su propio útero, el cual le fue extirpado (histerectomía) por la enfermedad. La segunda parte de la hipótesis es refutada debido a que no se encontró ningún indicador que pueda dar indicio de una conflictiva entre la participante y su propia maternidad (hijas), al contrario, parece ser que su familia nuclear es idealizada, al parecer con el objetivo aparente de revertir la historia del fallecimiento de su padre (regresión). Es así como evidentemente el cáncer de cuello uterino está relacionado con la historia de vida de la participante.

Recomendaciones

- Se recomienda a la facultad de Psicología de la PUCE ampliar las temáticas del pensum de estudios de la carrera de Psicología Clínica en donde se involucre el estudio de las afecciones psicosomáticas desde los diferentes enfoques psicológicos con el objetivo de desarrollar diversas áreas de conocimiento sobre el tema.
- Por otro lado, sería importante que se direccionen nuevas investigaciones acerca de lo psicosomático en donde se involucre la participación de los estudiantes, con el fin de promover nuevos espacios de análisis y reflexión.
- Se sugiere incluir dentro de la malla curricular de Psicología materias optativas que trabajen la temática mencionada.
- A la comunidad médica se recomienda ampliar la visión acerca de las enfermedades somáticas y analizar este importante componente psíquico que se ha presentado en esta disertación y que aparentemente tiene bastante que ver en la aparición de fenómenos como el cáncer.
- A los maestros de la facultad de Psicología se sugiere promover el análisis y reflexión desde los distintos enfoques teóricos de la Psicología y/o Psicoanálisis a través de estudios de casos reales con el objetivo de vincular lo teórico con la práctica clínica.
- Se recomienda que para futuros estudios de caso siempre se tenga en cuenta la subjetividad del discurso de cada paciente y prestar especial atención a lo que verdaderamente el paciente quiere manifestar con su dolencia, ya sea psíquica o física. De cierta manera, es importante de inicio dejar a un lado los diagnósticos clínicos y enfocarse principalmente en una verdadera escucha.
- Al ser éste un estudio de caso, convierte la investigación en una de tipo exploratoria. Por tanto, el análisis de aspectos más específicos y en un mayor número de casos es necesario, así se podrá inferir que los resultados obtenidos reflejan la problemática real de la población de mujeres con cáncer de cuello uterino en el país.

Bibliografía

- American Cancer Society. (29 de Enero de 2016). *Cáncer de cuello uterino (cervical): American Cancer Society*. Obtenido de American Cancer Society Web site : <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002288-pdf.pdf>
- Chiozza, L. (1984-1991/2008). *Metapsicología y Metahistoria 3*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L. (1986-2007/2008). *¿Por qué enfermamos?* Buenos Aires: Editorial libros del zorzal.
- Chiozza, L. (2010). *Cáncer: ¿Por qué a mí, por qué ahora?* Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L., & Abad, C. (2013). *Conversaciones sobre por qué nos enfermamos*. Buenos Aires: Editorial libros el zorzal.
- Dethlefsen, T., & Dahlke, R. (2003). *La enfermedad como camino* . Barcelona: Editorial DEBOLSILLO.
- Freud, S. (1893-1895/1999). *Estudios sobre la histeria*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915-1916/2009). 17 conferencia. El sentido de los síntomas. In S. Freud, *Conferencias de introducción al Psicoanálisis* (pp. 235-249). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915-1916/2009). 23 conferencia. Los caminos de la formación de síntoma. In S. Freud, *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (pp. 326-343). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1911-1913/2012). Recordar, repetir, reelaborar. In S. Freud, *<Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente>(caso Schreber). Trabajos sobre técnica psicoanalítica, y otras obras* (pp. 145-157). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gallo, H. (2002). Cuerpo y enfermedad: Una aproximación psicoanalítica. *Desde el Jardín de Freud*, 120-127.
- Grooddeck, G. (1983). *Las primeras 32 Conferencias Psicoanalíticas para enfermos* . Buenos Aires : Editorial Paidós .
- Herrera, A. (2015). *Influencia de la vivencia traumática en la generación de cáncer: Estudio desde la perspectiva psicosomática, en el periodo Enero-Mayo del 2015, en 5 terapeutas de la ciudad de Quito que han trabajado con pacientes oncológicos* . Quito : PUCE.

- Instituto Nacional del Cáncer . (4 de Agosto de 2016). *Información general sobre el cáncer de cuello uterino. Versión para profesional de la salud: Instituto Nacional del Cáncer* . Obtenido de Instituto Nacional del Cáncer Web Site:
https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/pro/tratamiento-cuello-uterino-pdq#link/_284_toc
- Instituto Nacional del Cáncer. (2012, Junio). *Lo que usted necesita saber sobre el cáncer de cérvix: Instituto Nacional del Cáncer*. Retrieved from Instituto Nacional del Cáncer Web site: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/educacion-para-pacientes/wyntk-cervixsp.pdf>
- Korovsky, E. (1990). *Psicosomática Psicoanalítica*. Montevideo: Editorial Roca Viva.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- McDougall, J. (1991). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Editorial Julián Yébenes, S.A.
- McDougall, J. (1999, Noviembre 9). *Violencia somática: El viaje psicoanalítico de una paciente con cáncer de seno: Universidad de Buenos Aires*. Retrieved from Universidad de Buenos Aires Web site:
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/081_psicosomaticas/material/archivos/violencia_somatica_mcdougall.pdf
- McDougall, J. (2005). *Las mil y una caras de Eros*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Nasio, J. D. (2006). *Los gritos del cuerpo*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Nasio, J. D. (2013). *¿Por qué repetimos siempre los mismos errores?* Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Real Academia Nacional de Medicina. (2012). *Diccionario de Términos Médicos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Sandoval, I. (2005, Febrero 5). *El síntoma conversivo y el fenómeno psicosomático, algunas distinciones desde la teoría psicoanalítica: Association lacanienne internationale*. Retrieved from Association lacanienne internationale Web site: http://freud-lacan.com/freud/Champs_specialises/Langues_etrangeres/Espagnol/El_sitoma_conversivo_y_el_fenomeno_psicosomatico
- Schavelzon, J. (1978). *Cáncer. Enfoque Psicológico*. Buenos Aires: Editorial Galerna.

Sociedad de lucha contra el cáncer, SOLCA núcleo de Quito. (Octubre de 2014).

Epidemiología del cáncer en Quito 2006-2010: SOLCA núcleo de Quito . Obtenido de SOLCA núcleo de Quito Web site :
<http://www.solcaquito.org.ec/index.php/publicaciones/epidemiologia/cancer-en-quito-2006-2010>

Ulnik, J. (2011). *El psicoanálisis y la piel*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Weissberg, K. (2005). El cuerpo del psicoanálisis: una introducción . *Revista Tatuajes* , 23-30.

Anexos

- 1.- Entrevista de la historia familiar
- 2.- Entrevista Semiestructurada
- 3.- Consentimiento informado

Entrevista de la historia familiar

Ciudad de Nacimiento:

Edad:

Enfermedades importantes:

Ocupación:

Diagnóstico médico de cáncer de cérvix: SI NO

Enfermedades importantes en la familia:

Infancia:

1. ¿Cómo describiría su infancia?
2. ¿Qué actividades solía desarrollar durante esta etapa?
3. ¿Cuáles eran sus actividades favoritas?
4. ¿Qué aspectos positivos destacaría su infancia?
5. ¿Qué aspectos negativos recuerda?
6. ¿Podría contarme algún recuerdo específico que tenga sobre su infancia?

Adolescencia:

7. ¿Cómo describiría su adolescencia?
8. ¿Qué actividades solía desarrollar durante esta etapa?
9. ¿Cuáles eran sus actividades favoritas?
10. ¿Qué aspectos positivos destacaría de su adolescencia?
11. ¿Qué aspectos negativos recuerda?
12. ¿Podría contarme algún recuerdo específico que tenga sobre esta etapa de su vida?

Adulthood:

13. ¿Cómo describiría su vida actualmente?
14. ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?
15. ¿Qué aspectos positivos destaca de esta etapa de su vida (adulthood)?

16. ¿Qué aspectos negativos destaca de su adultez?
17. ¿Es usted casada? SI NO→ ¿Por qué?
18. ¿A qué edad contrajo matrimonio?
19. ¿Cómo describiría la relación que tiene con su esposo?
20. ¿Cuáles son las cualidades positivas que destacaría en esposo?

Cerrar y prestar atención a los aspectos sensibles.

Entrevista Semiestructurada

1. ¿Cuál fue su primera reacción al recibir el diagnóstico de cáncer de cérvix?
2. ¿Cómo cree que ha afectado éste diagnóstico en su vida?
3. ¿Cómo considera usted que ha afectado la enfermedad en su vida?

4. ¿Cómo se describiría a usted misma?
5. ¿Cómo describiría a sus padres?

6. ¿Cómo se constituía su entorno familiar de la infancia y la adolescencia?
7. ¿Quién ejerció la función de cuidador o cuidadora durante su infancia?
8. ¿Cómo describiría la relación que tiene con su madre? ¿Cómo era su relación cuando usted era niña?
9. ¿Cuáles son las cualidades positivas que destacaría de su madre?
10. ¿Ha evidenciado usted alguna característica negativa de su madre?
11. ¿Cómo cree que su madre ha influenciado en su vida?

12. ¿Cómo describiría la relación que tiene con cada una de sus hijas?
13. ¿Cuál es su percepción acerca de la maternidad?
14. ¿Qué es lo que más disfruta de ser madre? ¿Por qué?
15. ¿Considera usted que existe algún aspecto negativo en ser madre?

Cerrar y prestar atención a los aspectos sensibles.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento es un consentimiento informado, el cual le invita a participar a usted en un proyecto de investigación que pretende ampliar el conocimiento acerca de los factores psicológicos que podrían estar asociados al cáncer de cuello uterino. Esta investigación será presentada como trabajo de grado en la PUCE (Pontificia Universidad Católica del Ecuador) para la obtención del título de Psicóloga Clínica de la estudiante Paola Lasso con CI: 0401678974. Pueda que haya palabras que no entienda, enseguida puede hacérmelo saber y con gusto le ayudaré a despejar cualquier duda que tenga.

En Ecuador el cáncer de cuello uterino es el segundo más frecuente entre la población femenina, actualmente las investigaciones realizadas acerca de este padecimiento únicamente nos brindan información desde la perspectiva médica dejando de lado los factores psicológicos que podrían estar relacionados al apareamiento de dicha enfermedad, por lo tanto lo que ofrece esta investigación es brindar una mirada diferente al estudio de esta patología. Su participación permitirá recolectar **información anónima** acerca de usted, su estado de salud, su estado emocional, entre otros aspectos de su vida personal, afectiva y relacional. El proceso se divide en cuatro etapas diferentes: aplicación de una entrevista general, aplicación de un test proyectivo denominado TRO (Test de Relaciones Objetales), aplicación de una entrevista semiestructurada y finalmente se procederá con la devolución de la información proporcionada, el tiempo de duración de cada actividad será aproximadamente de 40 a 50 minutos. El tipo de información que usted provea es muy importante para los fines que este trabajo conlleva, por tanto le invitamos a ser totalmente sincera al momento de proporcionar cada una de sus respuestas. La información será manejada de manera confidencial y registrada mediante grabación de audio y algunas anotaciones por parte de la investigadora.

Recuerde que la información recolectada se mantendrá en el anonimato, por tanto se utilizará códigos en lugar de sus nombres o de cualquier otro dato que pueda revelar en parte o totalmente su identidad. Cabe mencionar que su participación es totalmente voluntaria, tanto si desea hacerlo o no es decisión únicamente suya, de igual forma si desea retirarse de la investigación en cualquier etapa del proceso puede hacerlo sin ningún problema. Los resultados que se obtengan de este estudio se compartirán después de su publicación. Si tiene algún tipo de pregunta puede hacerlo en este momento, durante la entrevista o incluso luego de ella, si éste último fuera su caso puede contactarse con la estudiante Paola Lasso, encargada del presente estudio al número 0980459634.

He leído la información proporcionada acerca de esta investigación. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que sea afectada de ninguna manera.

Nombre del participante:

CI:

Firma del participante:

En Tulcán, ____ del mes _____ del 2017.