

Formulario para la elaboración de resúmenes de tesis/trabajos finales.

**Título: IMPACTO DE LA COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO Y
EL PROCESO DE RECONSTRUCCIÓN DE RECUERDOS SIGNIFICATIVOS
DEL PASADO. “ CASO MIGUELINA”**

Autor: Lic. Gloria Margarita Alvarez

Director: Lic. Mirta Di Pretoro

Fecha: Septiembre 2014

Tema: *Repercusiones en el aparato psíquico a partir del impacto del diagnóstico*

1. Introducción

El presente Trabajo Integrativo Final es requisito para la acreditación de la Especialización en PsicoOncología que se dicta en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, y lleva como título: *Impacto de la Comunicación del Diagnóstico Oncológico y el Proceso de Reconstrucción de Recuerdos Significativos del Pasado. Caso Miguelina.*

El desarrollo del mismo intentará responder las siguientes preguntas:

- 1- ¿Qué función cumple la actualización de recuerdos de acontecimientos significativos de la historia vital en una paciente adulta, desde el momento en que recibe la comunicación del diagnóstico oncológico?

2- ¿Cómo se ve afectado el aparato psíquico de esta persona, por el proceso de reconstrucción de recuerdos significativos del pasado, en diferentes momentos de la evolución de su enfermedad oncológica?

Respecto al caso clínico elegido se trata de una paciente de 68 años, llamada Miguelina, diagnosticada con cáncer de mama, cuyo tratamiento psicooncológico se lleva a cabo en un Hospital Público del Conurbano Bonaerense. El mismo comienza a fines del año 2009 y culmina a principios del año 2014, cuando fallece.

Los recuerdos traumáticos que la paciente rememora, al momento de recibir el impacto de la comunicación del diagnóstico, son los que motivan su consulta. Es allí donde la angustia tiene lugar, precisamente en lo rememorado, ya que se trataba de recuerdos dolorosos para ella.

Como se advertirá en el análisis del caso, debido a que la enfermedad le implica un verdadero daño en lo real del cuerpo y, además, constituye la amenaza de una muerte próxima, se observa en Miguelina el desencadenamiento de una avalancha de antiguos y acumulados miedos. Posteriormente se observará que este trabajo de rememoración se inicia como efecto inmediato a la comunicación del diagnóstico oncológico.

Al recibir el diagnóstico la paciente toma conciencia de un peligro real, generando una distorsión de sus representaciones intrapsíquicas.

Respecto a los objetivos propuestos para este trabajo se determinan los siguientes objetivos generales:

- Caracterizar el proceso de reconstrucción de recuerdos significativos de la historia vital de la paciente, a partir de la comunicación del diagnóstico oncológico.
- Describir cómo es afectado el aparato psíquico de la persona, por el proceso de reconstrucción de recuerdos significativos del pasado, en diferentes momentos de la evolución de su enfermedad oncológica.

En tanto que los objetivos específicos propuestos son:

Describir e identificar los mecanismos de defensa psicológicos de la paciente a partir de la comunicación diagnóstica.

- Indagar acerca de las modalidades de afrontamiento de la paciente a partir del diagnóstico y a lo largo de la enfermedad.
- Identificar pensamientos y emociones negativas de la paciente, relacionadas con la actualización de recuerdos, a partir del diagnóstico y a lo largo de la enfermedad.

El trabajo se organiza con un Marco Teórico, en el que se plantean conceptos generales sobre dolor y psiquismo, haciendo alusión al dolor como experiencia subjetiva y dando cuenta, en relación al aparato psíquico, del proceso de rememoración. También se aborda todo lo relacionado al paciente adulto con enfermedad oncológica, y específicamente lo relacionado al cáncer de mama. Posteriormente se presentan: el problema, los objetivos y los aspectos metodológicos del trabajo. A continuación se presenta y describe el caso clínico elegido, para posteriormente realizar el análisis del caso. Finalmente se exponen el análisis, las conclusiones y las referencias bibliográficas.

Antecedentes y Planteo teórico

El enfermar supone una *caída* en diversos aspectos como son el momento vital, el estilo personal y los recursos interpersonales, todos ellos factores que indican el grado de vulnerabilidad para cada persona.

Vale decir que el dolor es siempre subjetivo. Se trata de una experiencia personal, intransferible, y atravesada por dimensiones que integran afectos, pensamientos y comportamientos que modulan el dolor, en tanto síntoma.

A propósito de estos conceptos es necesario tomar en cuenta el modo particular de simbolización de los pacientes oncológicos, es decir, qué representa para ellos la enfermedad: ¿se trata de un funcionamiento particular del aparato psíquico?

Por cierto, la *negación* como mecanismo de defensa cumple con específicas funciones, las cuales luego serán detalladas. En tanto que el miedo, como aflicción frente al dolor, se manifiesta de distintos modos.

Por su parte Freud (1985) define al dolor físico como: *“un quantum de excitación, sea proveniente del exterior o del interior del cuerpo, que inunda el aparato psíquico; y lo compara con el efecto de un rayo, ya que ciertamente golpea, quema y deja marcas”*. (pag.221)

El dolor puede ser definido como una respuesta compleja y distinta, ya que supone la conjunción de distintos aspectos subjetivos e individuales. Precisamente Vidal y Benito (2008) aporta la siguiente definición:

En 1994, la Asociación Internacional para el estudio del dolor lo definió como una vivencia sensorial (algognosia) y afectiva (algotimia) desagradable, asociada a lesión tisular real o potencial que se describe en términos de dicha lesión.

Esta definición implica aspectos subjetivos psicológicos asociados a lo somático corporal, por lo tanto, la percepción dolorosa no solo depende de y varía con, la importancia de la lesión real o potencial, sino también tiene que ver con las características de personalidad del sujeto que la padece y su historia de vida, que determinan a su vez el significado que la enfermedad y el dolor tienen para él. También influyen sus valores y creencias y su estado emocional. (pag.54)

También es importante aclarar que el mismo acontecimiento como un diagnóstico de cáncer, similar intensidad de dolor, la sensación de pérdida de una función corporal o también la pérdida de un ser querido, no produce la misma valoración de amenaza en todas las personas, ni todas ellas poseen los mismos recursos para hacerle frente.

Cabe mencionar que Freud construye la noción del concepto teórico de Inconsciente como herramienta para facilitar la comprensión del funcionamiento del aparato psíquico. A propósito de ésta innovación Bosnic (2012) menciona:

El segundo gran vuelco de la Psicología a fines del siglo XIX y principios del XX, el Psicoanálisis, que concibe e investiga un área desconocida y escondida en la profundidad del alma humana: el inconsciente, y su teoría de la sexualidad como eje principal. (p.6)

Además Freud formula, en el año 1900, una teoría sobre la constitución del aparato psíquico y luego la reformula en 1923, creando una conceptualización más amplia.

Al dejar establecido, a la luz de su experiencia clínica, que en la mente humana hay pensamientos conscientes e inconscientes, establece un gran adelanto y ruptura, con el discurso científico de la época. Sólo se pensaba en la existencia de pensamientos conscientes.

En términos generales el sistema inconsciente es la parte más arcaica y originaria del psiquismo y al mismo tiempo la parte más próxima a lo somato-psíquico. Se lo considera como el habitáculo de impulsos innatos, sentimientos, deseos y recuerdos reprimidos. A propósito de este tema Nasio (1985) formula:

El saber inconsciente no es un saber que nosotros aprehendemos. El inconsciente como saber es más que una hipótesis, casi una tesis, y mejor todavía, un principio; o un axioma, es decir, que nosotros no conocemos el inconsciente; no lo agarramos; el inconsciente no es tangible...nosotros le ponemos un nombre ¿Freud qué hizo? Ponerle un nombre, dijo "Aquí hay otro saber; vamos a ponerle el nombre de .Inconsciente". Empieza a crear, da consistencia,.....nombrar significa "nombrar para dar consistencia. (p.45)

Asimismo Chemama y Vandermerch (2010) refieren al concepto de Aparato Psíquico aportando la siguiente definición:

Esquemmatización figurativa de la estructura elemental y fundamental que formaliza un lugar, el del desarrollo de los procesos inconscientes .El término mismo aparato corre el riesgo de dar lugar a equívoco, pues la presentación inicial de Sigmund Freud toma por modelo una representación neurofisiológica. Lejos de ser una visión mecanicista, es por el contrario una ruptura completa con tal conceptualización puesto que pone en juego el carácter radicalmente inadecuado del organismo para admitir el deseo y placer sexuales sin sufrir por ello un desorden en su funcionamiento mismo. De esta manera, debe descartarse el aparente carácter científicista de éste modelo, ya que Freud define esta construcción como un lugar psíquico y que, en rigor, designa el campo analítico mismo. (pag.47)

Vidal y Benito (2008) caracteriza los recursos intrapersonales en relación al impacto de la comunicación del diagnóstico de cáncer. En cuanto a los estilos

propios de cada individuo, que varían según el momento vital y la gravedad de cada situación, la autora se refiere a las estrategias de afrontamiento del siguiente modo:

Están representadas por los comportamientos, cogniciones y percepciones que se emplean para mantener el equilibrio afectivo y conductual frente al estrés y a la enfermedad considerada como una situación estresante para el sujeto. (pág. 125)

En el *Manual de PsicoOncología*, de García-Camba de la Muela (1999), también desarrolla el tema de las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad (coping).

Explica que el impacto de esta enfermedad y las distintas reacciones que pueda provocar, están directamente relacionadas con la historia personal, previa y actual del individuo. Entonces, la incertidumbre respecto al futuro, la insistente necesidad de cambiar la realidad, y el miedo al dolor, son los problemas más comunes con los que se enfrenta el enfermo de cáncer, eventos que lo inunda aún más de incertidumbre.

En cuanto a los aspectos que afectan emocionalmente a estos enfermos, el autor menciona las alteraciones del concepto de sí mismo, y la pérdida de la autonomía y del equilibrio emocional.

A propósito de estos temas caracteriza el impacto que provocan las recaídas, que suele ser mayor al producido por el diagnóstico inicial, ya que esto implica sobreadaptarse a expectativas de vida más limitadas.

En cuanto al concepto de trauma psíquico Mucci (2004) especifica que Freud en, *Análisis Terminable e Interminable*, amplía la noción de trauma explicando que en la situación traumática coinciden peligro interno y externo. De esta manera la situación no es asimilada por el sujeto, ya que el aparato psíquico es incapaz de tramitarla, sea ésta un episodio único o una acumulación de sucesivas excitaciones, por lo cual el Yo se encuentra indefenso y la sobrecarga lo ataca.

Finalmente, desde el exterior, montos de excitación que en apariencia no representan peligro, implican una agresión.

El concepto de reconstrucción de recuerdos es teorizado por Freud, en el año 1901, del siguiente modo:

Sabiendo que la memoria realiza una selección entre las impresiones que a ella se ofrecen, podría suponerse que dicha selección se verifica en la infancia conforme a principios totalmente distintos de aquellos otros a los que obedece en la edad de la madurez intelectual. Pero una más penetrante investigación nos evidencia enseguida la inutilidad de tal hipótesis. Los recuerdos infantiles indiferentes deben su existencia a un proceso de desplazamiento y constituyen en la reproducción un sustitutivo de otras impresiones verdaderamente importantes, cuyo recuerdo puede extraerse de ellos por medio del análisis psíquico, pero cuya reproducción directa se halla estorbada por una resistencia. Dado que estos recuerdos infantiles indiferentes deben su conservación no al propio contenido, sino a una relación asociativa del mismo con otro contenido reprimido, creemos que está justificado el nombre de recuerdos encubridores con que los designamos. (p.782).

Por su parte Chemama y Vandermersch (2010) definen el término de recuerdo encubridor de la siguiente forma:

Tipo de recuerdo descrito por Freud, vinculado a la infancia y caracterizado por su singular nitidez, la gran facilidad de su evocación y un contenido en apariencia indiferente.

¿Qué cosa preside la elección de los acontecimientos de nuestra infancia por parte de la memoria? ¿Qué significa “recordar” y cuáles son las relaciones de la memoria con la realidad, el sueño y el fantasma? Freud parte del contraste entre el olvido de acontecimientos importantes y la conservación de recuerdos insignificantes. Entre estos últimos, que él advierte son los más frecuentes, Freud se interesa en particular por los que tienen paradójicamente una cualidad de sensación intensa, próxima a la alucinación. Les dedica en 1899 un artículo. “Sobre los recuerdos de cobertura” (que se traduce tradicionalmente por recuerdos-pantalla o recuerdos encubridores) y encuentra la solución de la paradoja en el carácter de compromiso de estos recuerdos: la significativa experiencia candidata al recuerdo, cedería ante una resistencia del sujeto a admitirla en su historia pero obtendría al menos la posibilidad de ser representada por otra, gustosamente trivial, asociada al elemento inoportuno por sustitución o desplazamiento. En este aspecto, el recuerdo encubridor es de naturaleza similar a todas las formaciones del inconsciente.” (pag.584).

Respecto a las vías de formación de síntomas, teniendo en cuenta el motivo de consulta del caso elegido para éste estudio, Freud (1917) en una de sus lecciones, explica:

Los síntomas -y, naturalmente, no hablamos aquí sino de los síntomas psíquicos (psicógenos) y de la enfermedad psíquica – son actos nocivos o, por lo menos, inútiles, que el sujeto realiza muchas veces contra toda su voluntad y experimentando sensaciones no placenteras o dolorosas. Su daño principal se deriva del esfuerzo psíquico, que primero exige su ejecución y luego la lucha contra ellos; esfuerzo que en una amplia formación de síntomas agota la energía psíquica del enfermo y le incapacita para toda otra actividad. Resulta, pues, esta incapacidad dependiente de las magnitudes de energía dadas en cada caso, y de este modo reconocemos que el “estar enfermo” es un concepto esencialmente práctico. Más si nos colocamos en un punto de vista teórico y hacemos abstracción de tales magnitudes, podremos decir que todos somos neuróticos, puesto que todos, hasta los más normales, llevamos en nosotros las condiciones de la formación de síntomas. (p.2346).

En términos generales una persona sin signos de enfermedad no es considerada un *paciente*, desde el modelo biomédico hegemónico predominante.

Por lo que se refiere al término enfermo Mucci (2004) explica que: *“Históricamente, la palabra enfermo se utiliza desde el siglo XI. Descendiente semiculto del latín infirmus: “débil, endeble, impotente, enfermo”; derivado de firmus, “firme”. (p.74) Y continúa: “Ninguna de estas definiciones sitúa a la persona como totalidad. Ignoran el psiquismo indefenso ante aquello que lo quebranta, ningún enfermo provoca, al menos conscientemente, la enfermedad que padece y sufre. (p.75).*

Por su parte Vidal y Benito (2010) destaca:

El momento de la vida por el cual está pasando el paciente también tiene que ver con el significado. Así como el diagnóstico grave es altamente traumático a menor edad de los pacientes, también existen etapas y circunstancias en las que una enfermedad resulta más disruptiva, por ejemplo cuando se tienen hijos pequeños. El hecho de que en general los diagnósticos graves generan menos descompensaciones emocionales en adultos mayores, siempre y cuando no padezcan trastornos psiquiátricos, se debe muy probablemente a que a lo largo de sus vidas han podido generar mayor habilidad para elaborar estrategias de afrontamiento para resolver problemas, ya que a través de su existencia un sujeto pasa por muchas situaciones difíciles. (p.49)

Es sumamente interesante el análisis que efectúa Sontag (2012) a propósito de las metáforas que se utilizan para expresar socialmente algunas enfermedades que afectan el cuerpo. Así es que en su libro hace también un contrapunto entre la tuberculosis y el cáncer, desde la vertiente metafórica que viene desarrollando:

Dos enfermedades conllevan, por igual y con la misma aparatosidad, el peso agobiador de la metáfora: la tuberculosis y el cáncer.

Las fantasías inspiradas por la tuberculosis en el siglo XIX, y por el cáncer hoy, son reacciones ante enfermedades consideradas intratables y caprichosas -es decir, enfermedades incomprendidas. Las enfermedades de ese tipo son, por definición, misteriosas. Porque mientras no se comprendieron las causas de la tuberculosis y las atenciones médicas fueron tan ineficaces, esta enfermedad se presentaba como el robo insidioso e implacable de una vida.

Ahora es el cáncer la enfermedad que entra sin llamar, la enfermedad vivida como invasión despiadada y secreta, papel que hará hasta el día en que se aclare su etiología y su tratamiento sea tan eficaz como ha llegado a serlo el de la tuberculosis. (pag.13)

Por otra parte la Dra. Páez de Lima (2012) explica que: “Actualmente se acepta que el origen del cáncer es un cambio genético de un grupo de células, que con el tiempo se traducen en un cambio morfológico y biológico. Esta evolución en un tiempo variable, puede llevar a la muerte al paciente (p.11) Y agrega que:

Se denomina oncogénesis al proceso mediante el cual una célula normal se transforma en una célula constituyente de un tumor maligno. La célula maligna tiene un aumento en la relación entre el núcleo y el citoplasma, por lo cual el núcleo tiende a ser más grande que en una célula normal. (p.14)

En lo que respecta específicamente al cáncer de mama la Dra. Telias (2012) explica que es el segundo tipo de cáncer más común y el primero en incidencia en la mujer, y advierte, que si bien las pruebas genéticas muestran que se puede portar la enfermedad esto no determina que la misma se desarrolle.

A propósito de lo descrito sobre la organicidad del cáncer de mama es de suma importancia tener en cuenta, paralelamente, los aspectos psicológicos emergentes. En cuanto a esto Mucci (2004), específicamente en relación a la formación y a la praxis dice:

Los profesionales de la psicología estamos exigidos por prácticas y demandas múltiples, diferentes y heterogéneas que surgen de concepciones diferentes.

Intervenir es “meterse entre” la relación cirujano paciente, mediar entre el paciente que “tiene” una enfermedad y el espacio que se constituye con el médico, para significar la demanda (si la hubiere), provenga de quien proviniera (médico, paciente, familia, personal, institución). Así se constituye un entramado de variables, que conforman un soporte para elaborar la situación.

Cuando una persona padece o sufre preocupaciones o dolor, necesita un interlocutor, ser escuchado y preguntado sobre la relación que establece con el sufrimiento, su estilo de enfermar. El enfermo se interroga: ¿por qué?, ¿por qué a mí?, ¿de dónde viene esto?, ¿qué me va a pasar?, ¿cómo voy a quedar? Necesita respuestas a sus preguntas, y el cirujano no siempre está disponible para responderlas. (pag.252).

El momento de comunicar el diagnóstico es un acto que implica, profundamente, tanto al paciente como al médico. A propósito Die Trill (2003) desarrolla algunos conceptos al respecto:

La transmisión de un diagnóstico, de un mal pronóstico, de un fracaso terapéutico, de una recidiva o de nuevas metástasis, y progresión de la enfermedad durante la administración del tratamiento, se produce en situaciones de gran carga emocional. El creciente acercamiento multidisciplinario al cáncer, debido fundamentalmente a la mayor implicación de los profesionales de la salud mental en el cuidado del enfermo oncológico, han insistido en la comunicación como uno de los pilares de la relación en el entorno médico. (p.663)

En referencia a este tema y a su relación con la enfermedad oncológica, como acontecimiento traumático, la Dra. Vidal y Benito (2008) explica que, culturalmente, una enfermedad como el cáncer soporta una gran carga de significados. A esto se le suma la convicción de “muerte inevitable”, a modo de sentencia, el deterioro físico que llevará a la invalidez y el miedo al dolor que no podrá ser calmado:

El que enferma de cáncer, piensa que si logra curarse, luego será discriminado socialmente, además de la constante amenaza de no poder continuar, por alguna razón con los costosos tratamientos. (pág. 9)

Por su parte García Gamba de la Muela (1999) se refiere a la ansiedad del paciente oncológico del siguiente modo:

En cuanto a los pacientes a los que efectivamente se les diagnóstica un cáncer, tienen que enfrentarse a múltiples amenazas: riesgo vital, riesgo para su integridad corporal, incapacidad, dolor, necesidad de enfrentarse a sentimientos como la cólera, modificación de roles socio profesionales, hospitalización (con la consiguiente pérdida de control sobre los aspectos más elementales de la vida cotidiana), separación de la familia, tratamientos y sus efectos secundarios, necesidad de depender de otros. Todas estas amenazas originan gran ansiedad al conocer el diagnóstico. (p. 193).

Retomando el tema de la información, Mucci (2004) toma al acto de informar como una instancia crítica en seno de la relación médico – paciente, que depende directamente de una relación previa de confianza y confidencialidad. Y agrega:

Los efectos traumáticos que provoque el acto de informar dependen por una parte, de la personalidad del enfermo, de su historia personal, de la significación que le atribuya; y por otra al modo de comunicar, el contenido de la comunicación y el modo en que se lo haga. (pag.170)

Finalmente Mucci (2004) define al diagnóstico de cáncer como: “una experiencia impensada y desoladora, para quien la vive. La mayoría de la gente al pensar en una enfermedad oncológica la interpreta como una sentencia que anula la esperanza”. (pag.185).

Por último y a propósito de estos temas, en su ensayo, *Humanización de la Salud*, la Dra. Bosnic (2012) menciona en cuanto a la tarea del psicólogo, lo siguiente:

La PsicoOncología es una Especialización que articula conocimientos de la Psicología con el campo de la Oncología, es decir que se ocupa del abordaje psicoterapéutico del paciente con cáncer y su familia a lo largo del todo el proceso de esa enfermedad y de la formación académica y el cuidado de los distintos profesionales que lo asisten... Dada la imperiosa necesidad de los profesionales de la salud de encontrar “la técnica correcta”, y la obligación en ciencia de hacer estudios minuciosos y sistematizados, arribando a conclusiones definidas, a partir de “seres humanos únicos”, la tarea no es nada fácil. Será bueno no olvidarlo. (p.3).

3. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo integrador consiste en un estudio de caso único con alcance descriptivo, en tanto se describe y analiza como variable el proceso de reconstrucción de recuerdos significativos del pasado, a partir de la comunicación del diagnóstico oncológico; el enfoque metodológico utilizado es cualitativo y el diseño es no experimental.

Es importante aclarar que la unidad de análisis es elegida por ser el caso de una paciente con la cual se logró instalar progresivamente una buena transferencia de trabajo que permitió dar lugar a la palabra, con una sensible interlocución.

También fue de suma importancia para su elección la propia necesidad de la paciente por saber que le estaba ocurriendo en su psiquismo, en cuanto a pensamientos y recuerdos que irrumpían en su psiquismo, sin poder controlarlos. Por lo tanto, constituye un claro ejemplo en cuanto a la praxis, respecto al despliegue del aparato psíquico.

Por último cabe aclarar que el instrumento para la recolección de datos utilizado es el análisis de contenido de recortes de entrevistas con la paciente; y además se utilizaron datos aportados por el equipo tratante.

Respecto a las fuentes utilizadas, para la elaboración del escrito, se han consultado tanto fuentes primarias como secundarias, específicamente libros, revistas científicas y también apuntes de cátedra. En términos generales se estructura a partir de conceptos pertenecientes a autores de distintas disciplinas como la Psicooncología, la Psicoprofilaxis, la Psicología de Enlace, el Psicoanálisis y la Medicina Oncológica.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Miguelina es una paciente de 68 años, al momento de su primera entrevista, a fines del año 2010, operada de su mama izquierda con extracción de ganglios axilares, en aquel momento. En la oportunidad en que se realiza la derivación a

PsicoOncología se encuentra a la espera de iniciar su primera línea de quimioterapia.

Es nacida en la Provincia de Misiones. Sus abuelos tanto maternos como paternos, eran Ucranianos. Vive con su marido y tiene dos hijos, una mujer y un varón, ya casados. Es importante mencionar que tiene una especial predilección por la lectura. .

Miguelina se presenta desde su propia necesidad, ya que es ella misma la que pide ayuda a su oncóloga para aliviar los pensamientos que la atormentan, los cuales manifiesta, no poder controlar. Así es que es derivada a la psicóloga del equipo de la Sala de Oncología y Cuidados Paliativos, del Hospital Público al que asiste.

Respecto a los pensamientos que se le imponen, corresponden a situaciones vividas en su temprana infancia, que la paciente creía ya olvidados, los cuales le infunden un gran temor, por lo cual sufre angustiosamente.

Transcurriendo las entrevistas se trabajan temas según los distintos objetivos terapéuticos que van surgiendo a medida que la paciente atraviesa los distintos momentos del tratamiento oncológico. En términos generales el tratamiento psicooncológico se desarrolla en distintas etapas:

En Noviembre de 2010 Miguelina asiste a su primera entrevista, planteando con absoluta claridad, su necesidad de aliviar su cabeza de malos recuerdos angustiosos.

En Junio de 2011 se muestra fuertemente afectada por la espera de resultados de nuevos estudios realizados. Paulatinamente se recupera, con un buen nivel de afrontamiento y adaptación.

En Julio de 2011 se pacta de común acuerdo una pre-alta Institucional, y la posibilidad de reiniciar las entrevistas, cuando se considerara necesario.

En Septiembre de 2011 la paciente retoma las entrevistas psicoterapéuticas, motivada por la pérdida del control de situaciones actuales, en relación a la redistribución de roles.

En 2013 Miguelina debe someterse a una segunda línea de quimioterapia. Esto la afecta en cuanto a su estado de ánimo, dice sentirse con menos fuerzas. Con

buenos recursos adaptativos reencausa la situación, mostrando buena adherencia al tratamiento. Durante éste último periodo reacomoda situaciones traumáticas en relación a la enfermedad y a su historia personal.

A principios de 2014 sufre una convulsión a causa de una metástasis cerebral, por la que, al ingresar por la Guardia del Hospital, queda internada. Así es que las entrevistas se retoman. En esta etapa se trabaja especialmente en la contención de las emociones y también desde lo psicoeducativo, tratando de fortalecer los lazos familiares, en especial con su marido, quien se hace cargo de recibir las instrucciones de cuidados y suministros de medicación.

El día de su alta de internación Miguelina pide muy especialmente continuar las entrevistas psicoterapéuticas en su domicilio, en cuanto esto fuera posible. Pedido que por supuesto es concretado.

En esta etapa también son recurrentes los recuerdos que motivaron su consulta. No obstante, a medida que éstos son abordados se transforman en pensamientos aliviadores y esclarecedores.

En su último encuentro hace referencia a la insistencia de estos pensamientos, y también expresa su satisfacción por entender el sentido de los mismos, expresando alivio y agradecimiento.

Finalmente, Miguelina fallece en el mes de febrero del 2014.

Como se expuso anteriormente el motivo de consulta se presenta desde la propia necesidad de la paciente, a fines del año 2010, cuando Miguelina pide ayuda a su oncóloga debido a pensamientos negativos que se le imponen, que no puede controlar y que le provocan fuertes crisis.

En tal circunstancia la paciente es derivada a entrevistas psicológicas en las que expresa, desde un principio, una fuerte angustia provocada por recuerdos significativos de la infancia, que ella creía ya olvidados. Explícitamente manifiesta sentir una sensación de “caos” en su cabeza, que le infunde un gran temor, temas que se abordan en sus entrevistas psicológicas.

En cuanto a la enfermedad oncológica es operada de un cáncer de mama izquierda, con cirugía parcial y extracción de cadena de ganglios axilares. En este momento se encuentra en el inicio de su primera línea de quimioterapia.

La paciente refiere molestias ocasionadas por los síntomas secundarios, propios del tratamiento actual.

Las entrevistas psicológicas se realizan paralelamente al tratamiento oncológico, consistente en quimioterapia y, posteriormente, un período de hormonoterapia. A continuación se transcriben algunos fragmentos.

Primera Entrevista:

Miguelina: *“Me operaron de un cáncer de mama y me sacaron doce ganglios axilares. Tengo miedo. Le pedí ayuda a la Dra. G. y me dijo que pidiera un turno con Ud. para que le cuente lo que me pasa”.*

Terapeuta: ¿Podrías decirme a que le temes?

P: *“Hay momentos en que tengo miedo...Miedo a morir, no tengo. Es miedo. La enfermedad la estoy sobrellevando bien... Empecé con la quimio y siento molestias. Cuando me diagnosticaron esto, fue un caos mi cabeza. Tengo temores”.*

T: Es entendible que tengas miedo. Algunas personas dicen temerle a la muerte, y se puede comprender que así sea.

P: *“Yo me crié en el campo, en la provincia de Misiones. En el campo a los chicos se los lleva a los velatorios. Yo me acuerdo de cuando tenía tres o cuatro años, mi mamá me llevó al velatorio de mi abuelo, su padre. A mi abuelo yo lo conocí muerto. No lo conocí, no pude verle la cara. Cuando yo lo miraba, para verle la cara, solo veía una luz azulada. Como no pude verle la cara, me dio miedo. No pude verle la cara. Me dio miedo y me abracé a mi mamá, que no pudo alzarme, porque estaba embarazada. Me dio mucho miedo eso y me consolaron con terrones de azúcar en la cocina de la casa, en donde se estaba cocinando para los que venían al velatorio”.* (Miguelina responde evocando un recuerdo infantil.)

T: A veces los niños se asustan de lo que no entienden o de algunas cosas que se imaginan. Por suerte alguien pudo notar que tenías miedo y trataron de aliviarte. Que te sacaran de allí, te llevaran a la cocina, te dieran azúcar, eso estuvo muy bien.

(Silencio)

¿Cómo te está yendo con tu quimioterapia? Hay algunas cosas que son convenientes que sepas. Hay algunos malestares que se relacionan con éste período del tratamiento, por la medicación que te están dando. Te voy a dar una guía escrita, en donde se explican los efectos secundarios que pueden surgir en éste momento, después, poco a poco van a pasar. Igualmente, lo iremos hablando. A las enfermeras y a tu oncóloga les puedes preguntar todo lo que necesites, las veces que sea necesario. Conmigo, especialmente, puedes hablar de todo lo que te pase con estas nuevas situaciones, me refiero a lo que pienses o sientas emocionalmente. Lo que sea. Verás con el tiempo, que a medida que nos conozcamos, te va a resultar más fácil.

Siguientes Entrevistas:

T: ¿Cómo estas hoy Miguelina?

M: *“Lo estoy sobrellevando bien... Siento molestias y lo asocio a la enfermedad... Tuve angustias...”*

T: ¿Crees saber de dónde vienen esas angustias?

M: *“Mi padre era un hombre bruto. Era una bestia. Con mis hermanas lo odiábamos. Él le pegaba a mi mamá y le decía: ya voy a agarrar a alguna de tus hijas .Yo creía que ya me había olvidado de eso... no sé porque me viene a la cabeza esto de nuevo. Él me mandaba a pastorear los animales y me daba libros para leer. Yo lo odiaba. A mis hermanas y a mí nos golpeaba. Me regaló dos libros que todavía tengo: La Alegría de Vivir, que nunca me acuerdo quien es el autor y El Martín Fierro. Mi Papá era un hombre bruto. Mis abuelos eran Ucrucianos.”*

T: Parece que tu papá a veces estaba muy enojado con tu mamá. La amenaza era dirigida ella, por algo que vaya a saber por qué, lo enojaba tanto. Por suerte no fueron sólo golpes los que dio tu papá, también te dio libros. Un poco de ternura. Tan animal no era.

M: *“Me agarra como un susto, estoy bien, pero me di cuenta que se me caen los pelos y me disparó el miedo. Sé que me voy a quedar pelada...Tenía la esperanza de que no... Tengo una sensación de vacío, me descontrolo, no quiero que mi marido me vea llorar. A mí me vuelve ésa perdida, hago como una*

regresión...Emocionalmente no maduré, ¿porque no doy vuelta la página? Me siento como de 15 años.”

T: Es entendible que no estés bien y que te asusten éstos cambios. Vos ya sabias lo que podía pasar, pero ahora está pasando. Sé que te pone mal perder tu pelo, pero hay que esperar un tiempo y volverá a crecer.

¿Por qué decís que te sentís como de 15?

M: *“A los 15 me fui de Misiones a Buenos Aires, con mi hermana mayor, a trabajar con cama adentro. Me puse de novia, mi papa me decía: mira que no es como nosotros. Ellos le decían El Negro.*

De recién casados yo le dije a mi marido: si alguna vez se te ocurre tocarme, yo te mato con la cuchilla mientras dormís.”

T: Habrás querido decirle “pegarme”, igualmente en eso que decía tu papá tuvo razón, tu marido era distinto, nunca te pegó.

En cuanto a la planificación del tratamiento psicooncológico, luego de algunos encuentros, se propone un pre-alta institucional, en relación a las entrevistas, dada la expresa mejoría en cuanto al motivo de consulta.

Posteriormente la paciente retoma su tratamiento psicooncológico, al momento en que se le indica su segunda línea de quimioterapia. Los temas que aborda en tal oportunidad se refieren a su estado de salud, dado que por momentos se encuentra debilitada en su voluntad. Luego logra sobreponerse, con buena capacidad de afrontamiento y fuerte adherencia a los tratamientos.

Sin embargo, cuando Miguelina recibe la noticia de su recaída, y su consecuente segunda línea de quimioterapia, sufre una fuerte afectación en su estado de ánimo, lo que requiere de una especial contención, volviendo a trabajar fuertemente, sobre indicaciones precisas respecto a los cuidados necesarios para su confort y bienestar.

Por otra parte, en cuanto a cómo mejorar su vida de relación, Miguelina reconoce un cambio en su manera de hacer saber sus necesidades, tanto en lo personal como en lo cotidiano.

A mediados del mes de Febrero, repentinamente, durante un fin de semana en una reunión familiar, sufre una convulsión que determina su ingreso por guardia del hospital (cabe aclarar que se trata del hospital en que realiza sus tratamientos). La familia se comunica de inmediato con la terapeuta, quien contacta a la oncóloga para que se comuniquen con el Jefe de la Guardia de ese día Domingo.

El Lunes por la mañana la entrevista psicooncológica se realiza en la habitación en que Miguelina está internada.

T: ¿Qué pasó Miguelina, me querés contar?

M: *“Estábamos en lo de mi hija y me descompuse. Empecé a tener temblores, me temblaba la mitad del cuerpo, el brazo, nunca me había pasado algo así. Me asusté mucho. Le pedí a mi yerno que me lleve al Gandulfo, me querían llevar al Hospital que está cerca de mi casa, pero yo quería venir a acá, yo ya los conozco y ustedes a mí. Ahora sí que estoy asustada, tengo miedo, mucha bronca y desolación. Ya no se si puedo seguir. Por suerte, como siempre, les estoy muy agradecida, sé que te llamaron... Cuando me trajeron a la habitación, el doctor que me acompañó le puso las sábanas a la cama... me dio como vergüenza. Les estoy muy agradecida”.*

Se observa que Miguelina está emocionalmente muy afectada, es así que llora. Cabe destacar que nunca anteriormente se había mostrado así, tan afligida, por lo cual se la contiene.

T: Bueno Miguelina, ya estás acá. Como bien decís estás en un lugar en el que nos conocemos desde hace mucho y sabes que puedes contar con nosotros.

Ahora estás acá, y te están asistiendo. Qué bien que se pudieron comunicar para ayudar a que te reciban en la Guardia. Qué bien que me avisaron, sabes que contás conmigo. Este es un momento en el que hay que seguir todas las indicaciones que te den los médicos, como siempre lo hiciste.

Ahora, deja que te cuiden. Si te hace falta, más tarde, pedís que me llamen y regreso. De lo contrario, nos vemos mañana.

Encuentro a Miguelina preparada con una aguja en su cuello, en la yugular, para la realización de una resonancia magnética.

M: *“Me iban a hacer una resonancia pero tuvieron que usar el último reactivo que había disponible para un accidentado que entró por Guardia. Así me lo explicaron. Gracias por venir, acá me atienden todos muy bien. Tengo bronca y miedo. Ahora sí, tengo miedo.”*

T: Bueno, acá estamos todos lo que te queremos ayudar en este momento. Está bien que puedas hablar y decirme como te sentís. Es razonable que tengas miedo, te pasaron cosas que asustarían a cualquier persona. Pero ahora lo importante es lo que te pasa a vos, sabes que sos una paciente a la que quiero mucho.

M: *“Gracias”.*

Al día siguiente el encuentro con Miguelina se realiza en un pasillo del Hospital. Está sentada esperando que su marido termine los trámites administrativos.

T: Miguelina, ¿qué estás haciendo acá? ¿Ya podés irte a tu casa?

M: *“Si, ya me voy para casa, estoy bastante bien, pero me siento muy débil. Tuve que aguantar esa aguja clavada en el cuello y al final no me hicieron el estudio. Regresaron muchos recuerdos, mi niñez, mi vida. Me costó dormir, espero que mi marido entienda bien todo lo que le explican, son muchas cosas...Creo que tengo que volver a prepararme para otro estudio. Tengo que venir otro día.”*

T: Ahora lo bueno es que estás preparada para volver a tu casa, seguro que allí vas a estar más tranquila.

M: *“Si, yo quiero que vengas a mi casa”.*

T: Si, claro que puedo ir. Luego me comunico con alguno de tus hijos, combinamos un día y voy a tu casa. Vos quédate tranquila. Ahora es importante que descanses y que dejes que tu familia se ocupe de lo que necesites.

En la semana siguiente a su internación, luego de algunas comunicaciones telefónicas con sus hijos, se concreta la visita domiciliaria.

La paciente puede estar de pie, aunque presenta cierta inestabilidad para caminar. Me recibe muy afectuosamente. Se la observa de buen ánimo. Me pide que hablemos en su dormitorio, me conduce hasta el cuarto, y cierra la puerta.

Están preparados dos pequeños sillones, junto a su cama.

Al sentarme a su lado, nos tomamos de las manos.

T: ¿Cómo estuviste estos días?

M: *“Acá estoy... bastante bien...Estoy muy agradecida con todos los que me atendieron en el Hospital. Me prepararon para hacerme una resonancia y tuve que estar con una aguja en el cuello toda la noche. Al final, a la mañana me dijeron que no me la podían hacer, porque el último reactivo que había lo tuvieron que usar para un accidentado que entro por la guardia. Ahora me dijeron que sacara un turno para hacerla. La verdad es, que no quiero que me hagan otro estudio.*

T: Sería bueno que puedas hablar de esto que preferís que no te hagan, con la Dra. G, pero me puedes contar lo que no te gusta de eso.

M: *“Lo que pasa es que esa preparación...el contraste. Ya estuve con esa aguja en el cuello...Me pasó que me estaba bañando y me caí... no se qué me pasó. Cuando me di cuenta, estaba en el suelo. Me ayudó mi marido.”*

T: Es recomendable que para bañarte estés sentada. Hay sillas de plástico que resultan ser cómodas para esto. Luego se lo explico a tu marido. También podrían poner barras de soporte en la pared de la ducha, para que te puedas sostener. Deja que tu marido te ayude.

M: *“Si, la verdad es que mi marido me está cuidando mucho, y mis hijos se organizaron muy bien, también.*

Quiero decirte algo... estuve pensando y me di cuenta de algo... Me acordé, cuando era chica, me gustaba ponerme a leer revistas abajo de la reposera donde él dormía la siesta .Yo creía que lo odiaba a mi papá y hasta grande sentí lo mismo...Pero no era que no lo quería, lo que pasaba es que le tenía miedo. A mí me gustaba leer revistas tirada debajo de la reposera donde él hacía la siesta. Con las hojas hacía ruido, y me retaba y me decía que me fuera, como si fuera un perrito, y me daba una palmada. Pero yo siempre volvía a ponerme en el mismo lugar. Aunque él me retaba, a mí me gustaba leer ahí. Yo lo quería mucho a mi papá. ¿Me gustaba que me rete mi papá?”

T: Parece que te diste cuenta de algo que te hizo, ¡muy bien! A veces el miedo se disfraza. Seguramente te gustaba estar cerca de tu papá, a su sombra, sobre todo en la tranquilidad de la hora de la siesta. Él también estaba tranquilo. Con tu marido, recién casada, quizás también tuviste miedo. Por eso lo amenazaste. Y

eso te tuvo un poco alejada de él. Tu marido también seguramente te quiere. Ya ves que nunca te abandonó.

M: *“Yo fui un poco terca con Ernesto. Él siempre fue un hombre bueno conmigo y un buen padre.”*

T: **Qué** bueno que lo puedas reconocer. ¿Y si pudieras decírselo?

En esta oportunidad Miguelina me obsequia el libro que le había dado su padre, *La Alegría de Vivir* y agradece una vez más todo lo que pudo hablar en los encuentros que tuvimos. Nos despedimos muy afectuosamente.

Unos días después, su hijo se comunica para decirme que su madre acaba de fallecer. En esa llamada dice: “Miguelina se fue en paz “. “ Miguelina falleció”.

CONCLUSIONES

En el recorte tomado de las primeras entrevistas se observa que Miguelina ha sufrido una fuerte irrupción en su psiquismo, a partir del impacto de la comunicación de su diagnóstico de cáncer. Por cierto implementa fuertemente, en un principio, el mecanismo de negación, para luego poder mencionar algo en relación a sus miedos.

Si bien la paciente se encuentra orientada en tiempo y espacio, desde la primera entrevista se advierte la emergencia de antiguos recuerdos de situaciones infantiles, que creía ya olvidados, en relación al miedo que su padre le provocaba. Allí emerge la angustia, que aparece desplazada sintomáticamente, como señal de alarma.

Respecto a los pensamientos que le causaron la sensación de “caos” es necesario re-direccionarlos con el objetivo que la paciente pueda hablar de su situación actual, redireccionando así el tratamiento.

A partir de la comunicación del diagnóstico y frente a una verdadera amenaza en lo real de su cuerpo, en Miguelina se desencadenan viejos y acumulados recuerdos, con su correspondiente afectación emocional, ligada a la angustia.

Miguelina comienza a hablar acerca de los actuales hechos traumáticos que la afligen en relación a la enfermedad oncológica y a los distintos momentos del tratamiento. También se abordan, en el marco de las entrevistas, otros temas de

importante atención como los referidos a su vida cotidiana y sus relaciones interpersonales.

Se observa que frente a la comunicación del diagnóstico la paciente procesa la información adaptativamente con una fuerte descarga emocional, expresada en la angustia, enlazada a recuerdos significativos de su historia personal, reeditando de esta forma, viejos temores de su temprana infancia.

Se podría inferir que estos recuerdos traumáticos tienen un punto de afección común con los actuales acontecimientos vividos, dado que los castigos de su padre eran agresiones que también recibió en su cuerpo.

En el primer momento de la enfermedad, luego de haber recibido su diagnóstico de cáncer, Miguelina manifiesta tener miedo e implementa mecanismos de defensa, negando y desplazando el miedo a la enfermedad y a la muerte, hacia temores que quedan referidos a recuerdos de hechos traumáticos de su infancia.

Estos recuerdos quedan ligados en su afectación a la escena de la muerte en relación al velatorio de su abuelo. En cuanto a esto la paciente efectivamente reconoce haber tenido miedo. Posteriormente recompone su estilo de afrontamiento centrado en lo emocional y comienza a asociar las molestias con la enfermedad.

En este momento Miguelina comienza a hablar acerca de su estado de angustia, lo que queda ligado también a viejos recuerdos emergentes, en relación al modo de ser y al trato que reciben ella y su familia por parte de su padre. Es así que las intervenciones psicoterapéuticas y la dirección del tratamiento psicooncológico se dan en el sentido de aliviar y suavizar éstos recuerdos, respecto del imaginario que la paciente construye de su padre. Concretamente se señala el lado más humano de su padre contrarrestando “lo animal” de su persona.

Se da lugar entonces a la enfermedad y a lo que puede madurar, gracias a poder hablar de *“cosas de su vida que nunca antes se le hubiera ocurrido que podría llegar a expresar”*.

Hasta éste momento los objetivos se ven cumplidos en relación a lo psicoeducativo y a lo psicoprofiláctico, por lo cual muestra una buena adaptación a

los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos y una buena respuesta de recuperación.

Por otra parte se disuelve la sensación de caos y angustia, referidas al motivo de la consulta, al haber dado lugar al despliegue de éstos recuerdos que encubren los miedos respecto de las situaciones más actuales.

En su recaída en la enfermedad, que determina una segunda línea de quimioterapia, Miguelina se siente afectada en su estado de ánimo. En el reinicio de su tratamiento psicooncológico se trabaja fuertemente sobre los cuidados necesarios para su confort y bienestar.

Frente a lo imprevisto de la primera convulsión es de destacar el pedido de ayuda que la familia hace telefónicamente a la terapeuta, mostrando la buena empatía lograda, en el sentido de la transferencia, no sólo con Miguelina sino también con sus otros significativos. Esta red de comunicación fomenta una vez más en ella, los lazos de confianza con el equipo tratante.

En lo que respecta a las manifestaciones de su aparato psíquico, retornan con fuerza los recuerdos recurrentes, ligados una vez más a sus temores actuales. Este recurso parece haber sido el modo en que la paciente implementa su defensa inconsciente, frente a las agresiones recibidas en lo real de su cuerpo, durante los distintos momentos de la enfermedad.

En la entrevista domiciliaria Miguelina manifiesta una vez más estar sumamente agradecida. Recomponer su estilo de afrontamiento, ahora más centrado en el problema, tomando decisiones respecto a no aceptar más estudios clínicos. Además revaloriza los cuidados que su marido está teniendo con ella, a la vez que reedita recuerdos esclarecedores y reconciliadores en relación a la figura de su padre. La transferencia de trabajo y la empatía basada en la confianza permiten que la terapeuta intervenga una vez más humanizando a la persona de su padre y la relación que Miguelina tuvo con él, como así también se señalan las diferencias entre éste y su marido.

La tarea del psicooncólogo implica intervenir en los aspectos que supone el enfoque interdisciplinario y superar los obstáculos que presenta, a veces, el trabajo equipo.

Por otra parte, desde un punto de vista teórico, en lo que al aparato psíquico se refiere, los mecanismos de defensa psicológicos, como su palabra lo indica, tienen una estricta función de defensa. Ahora bien, ¿de qué nos defienden?

Básicamente de la angustia como síntoma, a la manera de una señal de alarma. ¿Alarma sobre qué? Sobre algo que a nuestra consciencia le advierte un peligro.

En los enfermos oncológicos la comunicación del diagnóstico, el miedo a sufrir, la conciencia de enfermedad, la no aceptación de la propia muerte, activa especialmente la negación como mecanismo defensivo inconsciente..

Asimismo los mecanismos de defensa del aparato psíquico al servicio del Yo, deben actuar frente a desajustes que amenacen la integridad y el equilibrio físico emocional.

Puede inferirse que la función de los recuerdos significativos recurrentes también tienen una función defensiva encubridora. Es decir, que mientras la conciencia queda ocupada con viejas vivencias traumáticas, desplaza la angustia emergente, en relación a los recuerdos y se rodea evitando así, enfrentar los miedos actuales, como en el caso de la paciente del presente trabajo.

Por otra parte, desde un punto de vista teórico, en lo que al aparato psíquico se refiere, los mecanismos de defensa psicológicos, como su palabra lo indica, tienen una estricta función de defensa. Ahora bien, ¿de qué nos defienden?

Básicamente de la angustia como síntoma, a la manera de una señal de alarma. ¿Alarma sobre qué? Sobre algo que a nuestra consciencia le advierte un peligro.

Si en éste primer momento instintivo de defensa no se da lugar a procesar adecuadamente estos afectos, será más precaria la capacidad de afrontar conscientemente las nuevas situaciones y el adaptarse adecuadamente para sobrellevar con buena adherencia el tratamiento de una enfermedad como esta.

Puede inferirse que la función de los recuerdos significativos recurrentes también tienen una función defensiva encubridora. Es decir, que mientras la conciencia queda ocupada con viejas vivencias traumáticas, desplaza la angustia emergente, en relación a los recuerdos y se rodea evitando así, enfrentar los miedos actuales, como en el caso de la paciente del presente trabajo.

Por consiguiente es conveniente dar lugar a la abreacción como descarga emocional, examinando conjuntamente los acontecimientos reales e imaginarios, es decir la realidad psíquica individual y subjetiva.

Está claro que es condición necesaria la presencia de un profesional que pueda y quiera escuchar un poco más allá e ir en búsqueda del sentido de los entredichos que siempre están en la propia subjetividad de cada ser como único e irrepetible.

Lo que urge está primero pero, ¿cuál es la urgencia? Desde la PsicoOncología se tratan los aspectos psicológicos del enfermo de cáncer, su familia y también del equipo tratante. No obstante, el protagonista es el enfermo, entonces, ¿qué hacer con lo que irrumpe en el decir de un paciente?

Cuando los pacientes hablan del momento en que se les comunica el diagnóstico, y como en el caso presentado, refieren recuerdos traumáticos, ¿qué lugar se le da al aquí y ahora a esas palabras? ¿Acaso no se sufre de recuerdos?

Si se les cierra la puerta, entrarán por la ventana.

También puede ser doloroso lo que alguien imagine de su devenir, mucho más si su futuro se anuncia como amenazante, en relación al pronóstico de una enfermedad como es el cáncer.

Entonces y para concluir, como psicooncólogos, no se debe olvidar el aparato psíquico, en todos sus despliegues y manifestaciones, como auténtico y legítimo campo de trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

°Bayes, R. (2003). La sociedad contemporánea ante el dolor y la muerte. *Humanitas, Humanidades Médicas*. Volumen 1. Número 1.

°Bosnic, M. (2012). *Psicología y Humanización de la Salud*. (Apuntes de Cátedra). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

°Chemama y Vandermerch. (2010). *Diccionario del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

° Die Trill, M. (2003). *Manual de Psico-Oncología*. España: Ades.

° Freud, S (1900). *Obras Completas. Psicología de los Procesos Oníricos*. España: Biblioteca Nueva.

- ° Freud, S. (1901). *Obras Completas. Psicopatología de la Vida Cotidiana*. España: Biblioteca Nueva.
- ° Freud, S. (1915). *Obras Completas. Lo Inconsciente*. España: Biblioteca Nueva.
- ° Freud, S (1895). *Obras Completas. Proyecto de una Psicología para Neurólogos*. España: Biblioteca Nueva.
- ° García- Camba de la Muela. (1999). *Manual de Psicooncología*. Madrid: Aula Médica.
- ° Morris, D. (1994). *La Cultura del Dolor*. Chile: Andrés Bello.
- ° Montesinos, R.M. (2013). *Conceptos Sobre Oncología II*. (Apuntes de Cátedra). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- ° Mucci, M. (2004). *Psicoprofilaxis Quirúrgica: Una práctica en convergencia interdisciplinaria*. Buenos Aires: Paidós.
- ° Nasio, J.D. (1985). *El Magnífico Niño del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Celtia
- ° Laplanche, J y Pontalis, J. (2012). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- ° Paez de Lima (2012) *Oncogénesis*. (Apuntes de Cátedra). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- ° Sontag, S. (2012). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Buenos Aires: Debolsillo.
- ° Telias, D. (2012). *Cáncer de mama. Generalidades*. (Apuntes de Cátedra). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- ° Vidal y Benito, M. (2008). *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer*. Buenos Aires: Lugar.