



Giselle F. Hammerschlag¹

¹ Lic. en Psicología (UdeMM) Acompañante terapéutico universitario (UdeMM).

Un desafío actual: Cáncer infantil, su etiología desde el psicoanálisis

Abstract

En el presente trabajo se abordará la temática sobre evento traumático como posible factor desencadenante del cáncer infantil, tomando una muestra de niños de entre 6 y 16 años diagnosticados con cáncer.

Para ello, se realiza un estudio descriptivo para determinar la incidencia del evento traumático en la manifestación del cáncer infantil.

Con estos fines se aplicaron encuestas cerradas, confeccionadas a partir de la escala Caps y la escala de reajuste social de Holmes y Rahe; y entrevistas semidirigidas, tanto al niño como a los progenitores.

Palabras claves: evento traumático-desencadenante-cáncer infantil

Abstract

The present project is about "The traumatic event as a possible cause of the Cancer in the childhood" by working with a sample of children between 6 and 16 years old with the diagnosis of Cancer.

In order to achieve this aim, descriptive research was made, applying closed surveys made by the cap's scale and the social readjust or Holmes and Rahe's scale, and enquired semi-conducted not only to the children but also to their parents. Also the patient was asked to draw "Somebody under the rain" technique to observe his defense mechanism and in a free way, in the end.

Key words: Traumatic event- Cause-Cancer in the childhood

Introducción

Más de 10 millones de personas son diagnosticadas en el mundo con cáncer anualmente.

Es la principal causa de muerte en niños de hasta 14 años en el mundo occidental.

En la República Argentina hay 120.000 casos nuevos de cáncer cada año.

Recién en julio del 2004 se publicó el primer relevamiento de la enfermedad oncológica en menores de 15

años gracias a la fundación Kaleidos. Se estudiaron casos del 2000 al 2002 con el objetivo de recabar datos sobre la incidencia de cáncer infantil con características de los pacientes, detalles del tumor para instrumentar estrategias que mejoren los procesos de detección, diagnóstico y atención. Ya en el año 500 a.c. Hipócrates le dio el nombre de cáncer a una masa celular formada por el propio tejido que tenía la capacidad de introducirse en otros tejidos.

A fines del siglo XX, en la universidad de California se había descubierto que antes de que aparezca la célula maligna ya se habían producido varias alteraciones genéticas que el organismo no había podido evitar.

Uno de los principales enigmas de esta enfermedad, hoy en día continúa en proceso de investigación, fueron y son los causantes de la malignización celular. ¿Qué llevaba a la transformación de una célula normal en una célula neoplásica maligna?

Se llegaron a diferentes conclusiones sobre la etiopatogenia del cáncer y se encontraron algunos posibles factores desencadenantes. Estos factores son

factores de índole físicos, biológicos y químicos.

Es el objetivo de esta investigación proponer un nuevo factor desencadenante posible: el factor psicológico. Describiendo y analizando la incidencia de eventos traumáticos como desencadenantes del cáncer infantil.

Presentación del trabajo de investigación

Título: Un desafío actual: CánSer infantil, su etiología desde el psicoanálisis.

Tema: Factores desencadenantes del cáncer Infantil

Problema: Un evento traumático puede actuar como factor desencadenante del cáncer infantil?

Hipótesis: Un evento traumático actúa como factor desencadenante del cáncer Infantil.

Diseño: descriptivo correlacional (La hipótesis vincula 2 variables)

Variables: Vi: Evento traumático
Vd: Cáncer infantil

Objetivo de la investigación

El objetivo de la presente investigación es describir y analizar la incidencia de eventos traumáticos como factores desencadenantes del cáncer infantil.

Aclaración: Luego de un año de investigación y de las observaciones en el trabajo de campo tendríamos que pensar en un nuevo objetivo de investigación que sería indagar la intensi-

dad y el impacto de los eventos como indicadores de trauma. Estos eventos podrían ser un antecedente presente en los niños con diagnóstico de cáncer infantil.

De esta manera estaríamos trabajando con un diseño exploratorio, ya que no existe un desarrollo teórico ni experiencias previas en este tema.

Justificación: El tema es relevante en sí mismo porque si bien hoy en día hay tratamientos psicoterapéuticos mediante hipnosis, la escuela cognitiva, la escuela conductual para tratar a los pacientes oncológicos, esta investigación propone una mirada preventiva para evitar posibles recidivas.

Al haber, dentro de las múltiples causas, un factor psicológico resultante de un evento traumático se podría elaborar ese evento traumático que ocasionó el cáncer y así evitar posibles diseminaciones o la aparición de nuevos tumores (en cuanto a su origen). Se beneficiarían con esta investigación todos los pacientes diagnosticados con cáncer entre 6 y 16 años y las familias de estos.

Las repercusiones sobre esta investigación estarían dadas en cuanto a la mirada que tiene la sociedad occidental con respecto a la asociación del cáncer con la muerte, repercutiría en lo social y en lo cultural.

También podrían presentarse repercusiones en cuanto a lo económico pudiendo ser positivas.

Las positivas serían en tanto que un equipo de psicólogos, psicoterapeutas, etc. actuarían para evitar el avance de la enfermedad y con esto el ahorro de medicación innecesaria.

Actualmente, en el país, no se encuentran investigaciones en curso sobre este tema. Si hay autores como José Shavelzón que toman en cuenta el efecto de elementos psi-

quicos que pueden actuar como carcinogénicos.

Metodología de la investigación

Sujetos

La unidad de análisis de la presente investigación es un niño/a entre 6 y 16 años de edad que tiene el diagnóstico de cáncer.

Se recolectó la información tomando una muestra de 10 niños tratados en hospitales públicos de la capital federal, Buenos Aires, República Argentina.

Los 10 niños pertenecen a los hospitales Pedro de Elizalde (ex casa cuna) cito en la calle Montes de Oca 40 (Capital federal) y el hospital Juan P. Garrahan cito en la calle Combate de los Pozos 1881(Capital federal). Los pacientes pertenecen al servicio de Hemato-oncología en ambos casos y fueron seleccionados al azar según la disponibilidad, en cuanto a salud, de cada uno en ese momento.

Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de información se tomaron: la escala de Caps-ca para niños y adolescentes y la escala de reajuste social de Holmes y Rahe y ambas fueron adaptadas para la posible medición de la variable: Evento traumático.

No se encuentra, en la actualidad, en nuestro país una escala que permita medir evento traumático en niños. (Ver Anexos)

También se realizaron entrevistas semidirigidas para rastrear datos que pudieron no estar contemplados o que el paciente y sus padres pudieron haber omitido en la encuesta.

Otro de los objetivos fue el de ampliar la información aportada sobre los eventos consignados como "Sucedidos/Presenciados": ¿Cuándo sucedió?, ¿qué fue lo que pasó?, etc.

Con respecto a las encuestas adaptadas se utilizaron 35 eventos.

En el análisis de datos se agruparon estos eventos en 7 eventos generales. Ellos son: Salud, Ambientales, Violencia, relaciones interpersonales, Fallecimientos, Accidentes y Mudanzas/Economía.

Se incluyeron en salud los eventos "Enfermedad o incapacidad de un familiar" y "Sufrimiento humano severo". Este último evento, que refiere a sufrimiento humano severo, fue incluido en salud ya que todos se referían a la propia enfermedad. (Ver anexo)

Se incluyeron en ambientales los eventos "Desastre natural", "Incendio o explosión" y "Exposición a sustancia tóxica"

Se incluyeron en Violencia los eventos "Asalto físico", "Asalto con arma", "Herida o daño causado a otra persona" y "Cualquier otro evento o experiencia muy estresante". Se agrega este último evento ya que toda la muestra que vivenció este evento refirió temas de violencia.

Se incluyeron en Rel. interpersonales los eventos "Separación de los padres", "Divorcio de los padres", "Nueva relación de uno de los padres", "Abandono de hogar de un miembro de la familia".

Se incluyeron en Fallecimientos los eventos "Muerte violenta o repentina", "Muerte violenta o inesperada de alguien cercano, al niño", "Muerte de uno de los padres del niño" y "Muerte de un pariente cercano".

Se incluyeron en Accidentes los eventos "Accidente de transporte" y "Accidente serio en el trabajo, hogar o durante una actividad recreativa.

Se incluyeron en Mudanzas y economía los eventos "cambio en el estado financiero", "Cambio de residencia" y "Cambio de escuela".

Los eventos que fueron presenciados o que les sucedió directamente fueron puntuados con una intensidad y un impacto.

Para la medición de intensidad se utilizó una escala de 0 a 10, en tanto que 0 era nada intenso y 10 muy intenso.

En el caso de los niños más pequeños o en niños más deteriorados por el tratamiento se utilizó para intensidad una escala de "frutas" (usada para medición del dolor) (ver anexo). La fruta más pequeña (una mora) en tamaño representaba nada intenso y la fruta más grande (Sandía) muy intenso.

Para la medición del impacto se utilizó la siguiente escala:

Impacto emocional	
0 - 1	Nada
2 - 3	Poco
4 - 5	Intermedio
6 - 7 - 8	Bastante
9 - 10	Mucho

En el caso de los niños más pequeños o en niños más deteriorados por el tratamiento se utilizó para impacto emocional "caritas" con diferentes expresiones: ellas representaron: nada, poco, intermedio, bastante y mucho.

Procedimiento

Tanto la encuesta como las entrevistas fueron realizadas a cada paciente individualmente y a sus progenitores. La administración de las encuestas y entrevistas fueron realizadas por quien

suscribe y fueron realizadas en los años 2004 y 2005 en los servicios de Hematología de los hospitales mencionados anteriormente.

Las conclusiones obtenidas podrán ser válidas para niños entre 6 y 16 años de Buenos Aires, República Argentina.

Datos sociodemográficos de la muestra

Caso 1: Edad: 15 años, Sexo: masculino, Zona de residencia: Spegazzini (Prov. de Bs. As.), Diagnóstico: Hepatoblastoma.

Caso 2: Edad: 8 años, Sexo: Masculino, Zona de residencia: Villa Luro (Prov. de Bs. As.), Diagnóstico: L.L.A. (Leucemia Linfoblástica aguda)

Caso 3: Edad: 11 años, Sexo: Femenino, Zona de residencia: Wilde (Prov. de Bs. As.), Diagnóstico: Meduloblastoma.

Caso 4: Edad: 16 años, Sexo: Masculino, Zona de residencia: González Catán (Prov. de Bs. As.), Diagnóstico: Osteosarcoma.

Caso 5: Edad: 14 años, Sexo: Masculino, Zona de residencia: San Francisco Solano (Prov. de Bs. As.) Diagnóstico: L.L.A.

Caso 6: Edad: 16 años, Sexo: Masculino, Zona de residencia: Moreno (Prov. de Bs. As.), Diagnóstico: Linfoma Maligno de Células Grandes.

Caso 7: Edad: 9 años, Sexo: femenino, Zona de residencia: Los Champs (Prov. de Bs. As.), Diagnóstico: L.M.A. (Leucemia Mielóide aguda).

Caso 8: Edad: 6 años, Sexo: Masculino, Zona de residencia: Belgrano (Prov. de Bs. As.), Diagnóstico: Pancreatoblastoma.

Caso 9: Edad: 13 años, Sexo: Masculino, Zona de residencia: Rafael Calzada (Prov. de Bs. As.), Diagnóstico: Sarcoma de partes blandas.

Caso 10: Edad: 14 años, Sexo: Femenino, Zona de residencia: Florencio Varela (Prov. de Bs. As.), Diagnóstico: Cáncer de Ovario.

Desarrollo

Definición conceptual

Se tomará la definición de Freud de trauma psíquico como equivalente al evento traumático

Evento Traumático

Acontecimiento de la vida del sujeto caracterizada por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente (y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica)*.

En términos económicos, el traumatismo se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivas en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones.

(*Diccionario de psicoanálisis*, LAPLANCH-PONTALIS)

* Lo que se encuentra entre paréntesis en la definición es parte del concepto pero no va a ser considerado en la investigación.

Cáncer infantil

Crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos que se desarrollan desde el nacimiento hasta los 16 años.

Indicadores operacionales de las variables

Cáncer (protocolo). De acuerdo a protocolos médicos internacionales. Sospecha y Confirmación diagnóstica:

Tumor sólido

- Masa palpable, dura, no sensible
- Visceromegalia dura
- Leucocoria y/o estrabismo en menor de 2 años
- Dolor óseo con o sin aumento de volumen local
- Lactante con fiebre, visceromegalia y dermatitis seborreica
- Compresión de médula espinal
- Cefalea, vómitos asociado a:
Trastornos de marcha y/o déficit de pares craneanos
- Convulsiones
- Alteraciones oculares, nistagmo
- Alteraciones endocrinas
- Pérdida de habilidades adquiridas.

Linfoma

- Aumento de volumen (adenopatía) indolora en cualquier sitio que persiste por más de 15 días, o crecimiento progresivo (> de 1 cm) que puede asociarse a pérdida de peso.
- Dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos, masa abdominal.
- Tumor maxilar de crecimiento rápido.

El criterio de confirmación diagnóstica se efectúa con resultado de la biopsia del ganglio u otro tejido, con resultado positivo para linfoma o tumor sólido (informe histológico) o con imágenes y/o marcadores compatibles.

Evento traumático

Adaptación de la escala CAPS + Escala de reajuste social de (Holmes y Rahe))

1. Desastre natural (Ej.: inundación, huracán, tornado, terremoto)
2. Incendio o explosión
3. Accidente de transporte (Ej.: de auto, de barco, choque en tren, aviación estrellado)
4. Accidente serio en el trabajo, el hogar o durante una actividad recreativa
5. Exposición a sustancia tóxica (Ej.: químicos peligrosos, radiación)
6. Asalto físico (Ej.: haber sido atacado, pegado, cacheteado, pateado o apaleado)
7. Asalto con arma (Ej.: haber sido disparado, apuñalado o amenazado con cuchillo, pistola o bomba)
8. Asalto sexual (violación, intento de violación, haber sido obligado a ejecutar cualquier acto sexual a través del uso de la fuerza o una amenaza)
9. Otra experiencia sexual no deseada o incómoda
10. Combate o exposición a una zona de guerra (militar o civil)
11. Cautiverio (Ej.: haber sido secuestrado, tomado como rehén, prisionero de guerra)
12. Herida o enfermedad que haya podido causar la muerte
13. Sufrimiento humano severo
14. Muerte violenta o repentina (Ej.: homicidio, suicidio)

15. Muerte violenta o inesperada de alguien cercano al niño
16. Herida o daño severo que usted causó a otra persona
17. Muerte de uno de los padres del niño
18. Separación de los padres
19. Divorcio de los padres
20. Encarcelamiento de un pariente cercano
21. Muerte de un pariente cercano
22. Enfermedad o incapacidad de un familiar
23. Nueva relación de uno de los padres
24. Reconciliación de la pareja
25. Deterioro de salud en un pariente cercano
26. Embarazo
27. Llegada de un nuevo miembro de la familia
28. Cambio en el estado financiero
29. Muerte de un amigo (no miembro de la familia)
30. Cambio de residencia (casa)
31. Cambio de escuela
32. Vacaciones
33. Fiestas (navideñas-año nuevo)
34. Abandono del hogar de un miembro de la familia
35. Cualquier otro evento o experiencia muy estresante

Marco teórico (fundamentación)

El marco teórico elegido es el psicoanálisis. Tomando conceptos tales como trauma, series complementarias, Principio de placer, Pulsión de muerte, regresión, inhibición, síntoma y angustia, articulando todo lo anterior con los aspectos médico-genéticos.

Se tomaron en cuenta autores tales como: Bessel Van der Kolk, Ruben Basili, Cazabat en lo referido a evento traumático y Gioseffi, Crisp, Curci, Sackman y F. McFarlane Burnet

en lo referido a aspectos médicos-genéticos.

Al pensar en la etiología del cáncer infantil, tema de investigación del presente trabajo, se pudo vislumbrar una posible integración del Psicoanálisis (teoría fundada por Sigmund Freud) fijada en las causas de las enfermedades mentales con la medicina para llegar a una articulación de ambas.

Batería o técnica de recolección de datos

La técnica consistió en entrevistas semidirigidas, acotando el campo de información a un área concreta y el uso de encuestas cerradas adaptadas confeccionadas a partir de la escala Caps-C y la escala de reajuste social de Holmes y Rahe. Tanto las entrevistas como las encuestas fueron realizadas al paciente y a sus progenitores por separado. Además se le administró al paciente la técnica de persona bajo la lluvia para observar mecanismos de defensa y al finalizar un dibujo libre.

Estos instrumentos de recolección de datos exploraron vivencias de eventos traumáticos, intensidad de los mismos y su correspondiente impacto.

Dentro de la entrevista se corroboraron y descartaron otras posibles exposiciones de los pacientes a factores desencadenantes comprobados mundialmente.

La muestra fue seleccionada al azar tomando como criterio de inclusión a niños diagnosticados con cáncer de hospitales públicos, de entre 6 y 16 años.

Los hospitales donde se recabaron los datos fueron: Hospital Juan. P. Garrahan y el hospital Pedro de Elizalde (ex-casa cuna).

Capítulo 1: Genética general y cáncer

“Todo organismo es un mecanismo intrincado, solo puede continuar funcionando eficazmente y sobrevivir si su estructura no es alterada de un modo importante a consecuencia de algún defecto o de anomalías de sus genes”.

Cada organismo desarrolla su estructura en base a la información que contiene el ADN, que se encuentra presente en el núcleo de todas las células del cuerpo.

El ADN es el código genético que contiene información para sintetizar y controlar sustancias y la función de la célula.

La célula es la unidad estructural y funcional de los seres vivos. Todos los organismos vivos están formados por células. Cada célula contiene 46 cromosomas (22 pares autosomas y 2 cromosomas sexuales) y cada cromosoma contiene una molécula de ADN. Los genes son segmentos de esa molécula de ADN.

Cada par de cromosomas, vienen uno del padre y otro de la madre pero combinados en forma diferente en cada uno de los hijos.

Entonces 2 cadenas de ADN se enrollan en espiral y se mantienen por enlaces de hidrógeno unidas.

La molécula de ADN mantiene la información a través del mecanismo de la replicación (duplicación). El ADN es copiado para formar otra macromolécula: ARN mensajero quién se encargará de llevar la información desde el núcleo de la célula hasta el citoplasma.

Esta información luego es decodificada para su objetivo final que es fabricar proteínas.

O sea que la información va a pasar del ADN a ARNm y a proteína.

En cada célula se transcriben partes diferentes del ADN por esto las células se diferencian entre sí. Se transcribe la porción necesaria para producir una determinada proteína.

El ADN está formado por 4 bases químicas (Gamow): C-G-A-T. Ellas son: Citosina, Guanina, Timina y Adenina; unidas por débiles ligaduras de hidrógeno.

Lo que une a los 2 genes es el azúcar (desoxirribosa) y el fosfato.

Cuando un gen recibe una orden para producir una proteína, estos dos elementos se apartan, "abren" la molécula y dejan cada base suelta, es decir, sin su pareja. Las bases sin pareja atraen a su opuesto complementario. Esto indica que al terminar la función del ADN, se habrá formado una nueva molécula de dos cabos, idéntica a la original.

Para producir una proteína la información es copiada (base x base) al ARN mensajero, quien abandona el núcleo hacia el citoplasma.

La información genética está en el ADN y por eso es esencial que la secuencia se mantenga exacta en el proceso de duplicación o copia.

Las células del organismo tienen un ciclo celular en donde van a crecer y se van a dividir. En cada uno de esos ciclos duplican su ADN, dividen sus cromosomas en 2 grupos iguales y se dividen en dos células hijas.

La Mutación

La mutación es un proceso por el cual se produce un cambio en los genes. Cuando se produce un error en la auto duplicación y el sistema de reparación no lo detecta se produce una mutación.

Las mutaciones causan cambios visibles en la estructura del cromosoma.

Si falta un segmento se llama deleción, si aparece 2 veces en el cromosoma se denomina duplicación, si es translocado (un segmento) a una nueva posición se llama translocación y si ese segmento gira por completo de extremo a extremo y se adhiere al mismo cromosoma se denomina inversión.

Diagrama de tipos de mutaciones que provocan cambios en la estructura del cromosoma:

Normal: a-b-c-d-e-f

Supresión: a-b-d-e-f

Duplicación: a-b-c-d-d-e-f

Inversión: a-e-d-c-b-f

Las mutaciones de genes suelen depender de errores en el apareamiento de bases durante el proceso de duplicación: un cambio de un nucleótido del ADN.

Las mutaciones del gen pueden ser provocadas por rayos x, rayos Gamma, rayos ultravioletas y otros tipos de radiación

La proteína está compuesta por 400 unidades de aminoácidos preparadas en una cadena de polipéptidos.

Hay 2 tipos de proteínas. Las estructurales que dan forma y resistencia a huesos y músculos y forman gran parte de cada tejido u órgano.

Las enzimáticas son responsables de la síntesis e interacción entre las sustancias o moléculas del cuerpo.

Cada enzima se produce según la pauta que tiene el gen estructural.

Un error en la estructura de un gen se traduce en un error en la composición de la enzima cuya síntesis controla.

Si este error afecta a la enzima que tiene como objetivo asegurar la producción de las moléculas portadoras de información se desorganiza la función celular.

La mayor parte de los errores de información que se producen provocan un efecto superficial, pero un error en cierta unidad de gen puede producir un cambio en un aminoácido.

Estos errores pueden alterar la estructura de una proteína y cambiar su eficacia.

Casi todos los errores son archivados y almacenados.

Cuando una mutación afecta a un gen y su gen equivalente (su alelo) es normal, la información normal va a superar a la errónea del gen mutado.

La mayor parte de las mutaciones que suceden no tienen efecto inmediato. Sólo tienen importancia cuando se juntan 2 alelos afectados del mismo gen (uno de cada progenitor)

Reparación del ADN

Este es un ejemplo de cómo se produce la reparación del ADN suponiendo que el niño se expone a radiación.

G	C	A	G	T	T	A	C	G	T
C	G	T	C	A	A	T	G	C	A

Esto es un dímero

Al ingresar luz ultravioleta en la piel, esto penetra en las células superficiales para luego dañar al ADN.

Como en este ejemplo, vemos 2 nucleótidos T juntos. Probablemente se fundan uno con otro por una reacción química entre las bases T (Dimerización de la Timina).

Este daño produce que no pueda duplicarse el segmento de ADN que está afectado.

Para reparar la fusión de las bases se puede dar una enzima especial que se encarga de la reparación o que una enzima que llamaremos "A" identi-

fique el punto dañado y realice 2 cortes en la cadena dañada, antes y después del punto afectado (2 o 3 unidades).

La enzima B trabaja en el 1er corte y retira los nucleótidos hasta el 2do. corte.

La enzima C reemplaza los nucleótidos faltantes.

La enzima D liga la nueva pieza y restablece la integridad de la cadena.

4 enzimas retiran el dímero T producido por la luz ultravioleta y reparan la brecha

G	C	A	G			A	C	G	T
C	G	T	C	A	A	T	G	C	A

La lesión del ADN no es una mutación pero puede ser el factor principal iniciador del proceso que termina en mutación.

Con respecto a los virus como causación del cáncer hay hoy en día material de investigación que permite asociar algunos virus con tipos de cánceres pero esto está siendo objeto de estudio. Igualmente se hará mención de la acción de los virus y el tipo de tumores con el que están asociados.

El virus es un agente infeccioso sin metabolismo propio (parásito) y contiene una información genética en su ADN o ARN. Tienen epítopes que reconocen a receptores de la célula que está siendo atacada entonces el virus es absorbido por la célula, pierde su envoltura y libera su propio ácido nucléico.

Los virus oncogénicos son los oncogénicos a ARN o retrovirus que hacen una transcripción reversa: de ARN a ADN y los oncogénicos a ADN que codifican secuencias propias pero con capacidad transformante.

“Los virus oncogénicos no parecen contener información genética para provocar neoplasias por sí mismos...”.

Cáncer

El cáncer se debe a una secuencia de mutaciones en algún gen que distorsiona el control de una célula, produciendo un crecimiento descontrolado. Si esto no es intervenido por los mecanismos de defensa del organismo da lugar a procesos de invasión.

Un tumor surge cuando se produce una alteración de un gen que afectará el control de la proliferación celular. Esa alteración puede ser positiva cuando se traduce en una señal permanente de crecimiento celular y negativa cuando se inhibe o suprime una función que debería evitar la proliferación celular.

Son 3 los grupos de genes que tienen relación con el cáncer: Los protooncogenes, los genes supresores de la proliferación celular y los genes que codifican para enzimas reparadoras de ADN.

Los protooncogenes son genes normales involucrados en el control de proliferación y diferenciación celular, de ellos es que derivan los oncogenes.

Los oncogenes son genes que favorecen el crecimiento celular descontrolado.

Una mutación en un protooncogen hace que la célula se divida de manera descontrolada provocando el cáncer.

Los protooncogenes producen proteínas que tienen como función: factores de crecimiento, recepción de factores de crecimiento, trasductores de señales y factores de transcripción.

Cuando muta o hay un número de copias mayor que el normal el protoon-

cogen deviene en oncogen. El oncogen es habitualmente dominante por este motivo la mutación en uno solo de los alelos es suficiente para el desarrollo del cáncer.

Los genes supresores, que son el 2do. grupo, también participan en la regulación y división celular. Estos genes producen proteínas encargadas de inhibir el crecimiento.

Cuando ambos alelos de un gen supresor están alterados, se produce la división descontrolada dando lugar a la formación del tumor.

El oncogén al estar activado va a beneficiar la división celular descontrolada en cambio los genes supresores permiten el desarrollo del tumor cuando están inactivos o cuando no están. También son llamados antioncogenes u oncogenes recesivos por esta oposición en cuanto a la función que desempeñan: por acción u omisión.

Predisposición: Para que se produzca el proceso oncológico tiene que manifestarse la ausencia de un gen supresor. Para que esto se dé deben inactivarse las 2 copias del mismo. Si una de las copias se pierde la célula esta dispuesta para alterarse, pero la copia es suficiente para suprimir el crecimiento celular. Una persona que tiene una mutación en un gen supresor tiene en todas sus células una sola copia normal funcionando. Si en un tejido se produce la alteración somática de la 2da. copia se produce la pérdida del freno en el crecimiento celular.

Para resumir, el proceso neoplásico se origina en una célula que sufre una alteración. La manifestación o si se quiere la exteriorización de esto es la división mayor que lo normal. Estas células son anormales pero todavía no son malignas. Una de estas nuevas células sufre otra alteración genética

que se acumula a la anterior. Luego de 4 o más alteraciones la célula está malignizada.

Así, el tumor de colon y recto involucra a por lo menos 7 mutaciones en 3 genes supresores de tumores (APC, DCC y p53) y en un oncogén.

El 3er. caso, genes que codifican para enzimas reparadoras de ADN están asociados a mantener la fidelidad de secuencia del ADN. Cuando se produce un error de copia aparece una no complementariedad en las bases del par donde una base incorrecta se incorporó a la secuencia. Estas enzimas reparadoras detectan el error y reponen la base correspondiente para que sea correcta. Si alguna de estas enzimas está mutada no logran reparar las bases alteradas y la secuencia de ADN (que contiene un par de bases no complementarias) sigue su proceso que puede provocar cáncer por aceleramiento en la acumulación de defectos de incorporación de bases incorrectas en distintos genes que no pueden ser reparados por la falla en el mecanismo.

Cualquiera de las otras causas del cáncer como: el fumar, la exposición a luz ultravioleta o infección por virus cancerígeno, la causa inmediata es un error de información en la célula iniciadora.

Todos los productores de cáncer (carcinógenos) pueden actuar como productores de mutación.

Hasta acá podríamos decir que el cáncer es resultado siempre de un cambio en la genética más una alteración de una de las siguientes 3 causas: Causas químicas, físicas y biológicas: Según la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer de Lyon (Francia), existen más de cincuenta productos químicos, que tienen propiedades cancerígenas, luego están las causas biológicas a las que pertenecen los vi-

rus y están en estudio las dietas y por último las causas físicas en las que se incluyen las exposiciones a radiación ultravioleta y radiaciones ionizantes.

Hematología- Linfomas y Leucemias

La sangre lleva a las células nutrientes y oxígeno, extrae desechos, transporta hormonas, regula la temperatura corporal, interviene en el equilibrio de los ácidos, bases, sales y agua en el interior de cada célula y se ocupa de la coagulación.

La sangre está compuesta por el plasma que es líquido y tiene agua, sales minerales, glucosa, proteínas, vitaminas y hormonas. Un 92 % es agua y las proteínas son el 8 % restante.

En ese líquido llamado plasma flotan glóbulos rojos, blancos y plaquetas. Los glóbulos rojos o Eritrocitos flotan en la corriente sanguínea impulsada por la acción cardíaca. Un adulto hombre tiene 5.400.000 x mm cúbico de sangre. Una mujer 5.000.000 x mm cúbico de sangre.

Lo que funciona como transporte en la sangre es la hemoglobina. Los materiales son transportados mediante 3 formas: En solución, unido a una proteína plasmática o por glóbulo rojo en combinación con hemoglobina. Los glóbulos rojos se originan en médula ósea roja (hueco central de algunos huesos). Los precursores de los eritrocitos en médula ósea son células sin especialización, carentes de hemoglobina (inmaduras).

Los glóbulos rojos recogen oxígeno en los pulmones para "alimentar" tejidos, y de estos tejidos se llevan material para eliminar.

Los glóbulos blancos o Leucocitos tienen 5 tipos: Basófilos, Neutrófilos, Eosinófilos, linfocitos y Monocitos.

La función de los glóbulos blancos es proteger al individuo contra los microorganismos patógenos.

Tienen un núcleo y carecen de hemoglobina, por lo tanto son incoloros y pueden moverse contra la corriente sanguínea. Son 7.000 x mm cúbico promedio.

Los linfocitos y Monocitos se producen en tejido linfóide del Bazo, timo y ganglios linfáticos.

Los Basófilos, Eosinófilos y Neutrófilos se producen en médula ósea junto con los glóbulos rojos. Los neutrófilos y otros glóbulos blancos son guiados hasta los puntos de infección por sustancias químicas liberadas por los tejidos inflamados e infectados.

Los monocitos son los de mayor tamaño y al estar varias horas en el espacio tisular aumentan su tamaño y se convierten en macrófagos (son rápidos y devoran 100 o más bacterias).

Los Neutrófilos son importantes para resistir infecciones bacterianas agudas; los Monocitos para infecciones crónicas.

Los Eosinófilos aumentan su número durante reacciones alérgicas y en infecciones con parásitos.

Los linfocitos pueden convertirse en otro tipo de células del organismo pueden hincharse y convertirse en Monocitos, también pueden entrar en médula ósea y convertirse en precursores de glóbulos rojos o blancos (como los neutrófilos). Los de los tejidos pueden convertirse en fibroblastos o desarrollarse dando linfocitos T y B.

Las plaquetas, el último componente de la sangre, participan en el proceso de coagulación de la sangre.

De los distintos tipos de enfermedades que involucran a la sangre se tomarán las que le competen a esta investigación.

Ellas son Leucemias y Linfomas.

Psiconeuroinmuno- endocrinología

¿Por qué un capítulo de psiconeuroinmunoendocrinología?

La respuesta es que no podemos olvidarnos que la hipótesis planteada habla del factor psicológico como posible desencadenante de la enfermedad y desde hace 30 años ya no es posible dejar de vincular el factor psicológico con el neurológico, con el inmunológico y con el endocrinológico.

¿Cuál es la relación del estrés con el factor psicológico (trauma psíquico) como desencadenante?

Al margen del análisis psicológico que se lleva a cabo en el presente trabajo de investigación con respecto al trauma, los efectos que éste conlleva afectan la actividad psicobiológica.

En nuestro organismo tenemos un sistema llamado estresor. Frente al estrés este sistema genera una respuesta de adaptación. Son reacciones inespecíficas que ocurren ante la exposición a situaciones amenazantes para enfrentar a esta demanda. Lo que hace es mover energías. Cuando el individuo está expuesto a una situación estresante se activa el eje pituitario-adreno-cortical y el eje simpático adrenal. Esto hace que se libere adrenalina, noradrenalina y cortisol con el objetivo de proveer energía para defenderse del conflicto.

Inmunología y cáncer

Una de las preguntas más frecuentes en pacientes y familiares sobre esta enfermedad es porque el sistema inmunológico no actúa contra el cáncer, porque el organismo no se defiende?

Para dar respuesta a esto se dará una breve explicación sobre el funcionamiento de este sistema.

Este sistema inmunológico está compuesto por células y órganos encargados de defender al organismo de agentes extraños. El mecanismo de acción es censar al nuevo agente que aparece en el organismo y ver si las moléculas que trae son propias o extrañas. Para esto están los anticuerpos que portan en sus extremos una región variable en la que se enlazan los antígenos.

Antígenos son las sustancias que generan que el sistema provoque una respuesta inmune. Las células que aparecen como propias no son atacadas.

Las células inmunes y los antígenos son transportados a través de los vasos linfáticos. Mediante estos vasos es que se conectan los órganos del sistema inmunológico (se encargan del crecimiento y desarrollo de los glóbulos blancos) con otros y con los órganos del cuerpo.

La célula tumoral es hija de una célula normal y para poder evolucionar tiene que ser "aceptada" por el individuo e integrada al Yo. Esto es lo que ocurre. Por lo tanto el sistema inmunológico no actúa. El objetivo sería que el sistema inmunológico lo reconozca como extraño y actúe contra la célula tumoral.

Actualmente se sabe que el sistema inmunológico se comunica con los sistemas endocrinos y con el sistema nervioso.

"El sistema nervioso central ejerce su efecto regulatorio sobre el sistema inmune:

- Opioides endógenos, neuropéptidos y algunas hormonas modulan la función inmune
- Estímulos antigénicos aumentan la actividad eléctrica y la neurotransmisión hipotalámica
- Factores secretados por leucocitos y mediadores periféricos derivados de

varias células inmunes activan el eje hipotalámico pituitario adrenal.

- Los linfocitos tienen receptores sensibles a distintos neurotransmisores neuropéptidos.

- Lesiones hipotalámicas afectan la función inmune".

Muchos autores han estudiado la relación entre los factores emocionales y la función del sistema inmune y observaron un aumento en la incidencia de eventos estresantes en personas que desarrollaron posteriormente cáncer.

Riley, V. evidenció un aumento en el crecimiento de células tumorales con linfopenia e involución tímica en ratas sometidas a estrés rotatorio.

Trauma

Siguiendo la hipótesis planteada habría determinados eventos o acontecimientos significativos, considerados traumáticos para esa persona, que ocasionarían el desarrollo del cáncer. Aproximadamente se calcula que ese tumor se gestó entre 1 y 15 años antes del diagnóstico clínico.

Por lo tanto, la causa habría sucedido con esa anterioridad; entre 1 y 15 años porque se toma en cuenta el tiempo de reproducción celular hasta que el tumor es diagnosticado mediante biopsia o con imágenes y/o marcadores compatibles.

Cuando pensamos en niños menores de 2 o 3 años la etiología del tumor estaría asociada sin la intervención de un evento traumático como causa o se podría adjudicarle alguna de las otras posibles causas aquí presentadas: Carcinógenos químicos, físicos y/o biológicos sobre periodos pre-concepcionales, durante la concepción o transplacentarios.

Entonces, el objetivo sería rastrear los eventos significativos y ver cuán

traumáticos pudieron haberle resultado a la persona que los experimentó. El siguiente objetivo sería trabajar sobre esa experiencia para que el paciente pueda tramitar de alguna manera esa vivencia (abreaccionando o incluyendo ese evento traumático en la cadena asociativa desactivizándolo).

En tal caso se llegaría a la conclusión de que es posible trabajar preventivamente pero no es posible, hoy en día, prevenir el tumor inicial.

El psicooncólogo, quien se encarga de tratar a estos pacientes, aparece en el campo una vez realizado el diagnóstico. Sería imposible estar toda la infancia de un niño haciendo que de todas las vivencias experimentadas ninguna le resulte traumática. Es por esto que no es posible prevenir el tumor inicial.

Entonces la acción del psicooncólogo estaría dada una vez hecho el diagnóstico y la prevención sería la evitación de posibles metástasis trabajando el trauma inicial.

De esta forma, se combatiría con el peor de los enemigos de esta enfermedad que son las posibles diseminaciones (cuando el tumor no está encapsulado).

Para que desaparezca la memoria traumática debe haber una reacción al evento (descarga de los afectos).

Trauma

El trauma es una de las variables de la presente investigación. En los textos de Freud siempre se habla de trauma y no de traumatismo. Por lo tanto se podría admitir una distinción entre estos dos conceptos.

El concepto de traumatismo es ante todo somático: designa "las lesiones producidas accidentalmente, de forma instantánea por agentes mecánicos cuya acción vulnerante es superior a la

resistencia de los tejidos u órganos sobre los que actúan" los traumatismos se dividen en heridas y contusiones (o traumatismos cerrados) según que exista o no efracción del revestimiento cutáneo.

En neuropsiquiatría se habla de traumatismo con dos acepciones muy distintas:

1) Se aplica al caso particular del sistema nervioso central el concepto quirúrgico de traumatismo, cuyas consecuencias pueden abarcar desde las lesiones evidentes de la sustancia nerviosa hasta las supuestas lesiones microscópicas (por ejemplo, noción de conmoción).

2) Se transpone metafóricamente al plano psíquico el concepto de traumatismo, el cual, entonces, designa todo acontecimiento que hace efracción bruscamente en la organización psíquica del individuo. La mayor parte de las situaciones generadoras de neurosis traumáticas (accidentes, batallas, explosiones, etc.) plantean a los psiquiatras, en la práctica, un problema de diagnóstico (existe o no lesión neurológica?) y, desde un punto de vista teórico, permiten una gran libertad para estimar, según las preferencias de cada uno, la causa última del trastorno. En una posición extrema, algunos autores llegan a clasificar el cuadro clínico de las neurosis traumáticas dentro del grupo de los 'traumatismos cráneo-cerebrales'.

Freud define trauma como un acontecimiento de la vida del sujeto caracterizada por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente (y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica.) * La otra parte de la definición requiere un breve recorrido por algunos conceptos de Freud para explicar que significa el término económico.

Para explicar y describir el aparato psíquico Freud lo hace bajo una descripción metapsicológica, es decir, una explicación que abarca tres aspectos: el dinámico, el tóxico y el económico. El aspecto dinámico refiere a la descripción en términos de conflicto o de oposición de fuerzas. Qué fuerzas interactúan y sus oposiciones. El aspecto tóxico describe qué partes de la estructura están en interacción y el económico refiere a la cantidad de energía en juego; circulación y distribución de una energía cuantificable en el aparato psíquico. Entonces, en términos económicos, el trauma se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivas en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones. (*Diccionario de psicoanálisis*, LAPLANCH-PONTALIS, 1998).

Por lo tanto, el concepto de traumatismo se aplica al hecho exterior que "golpea" al sujeto y trauma alude al efecto producido por ese hecho en el sujeto y más específicamente en el dominio psíquico.

Cabe aclarar que es algo individual y subjetivo y por este motivo la lista de eventos traumáticos utilizada para la recolección de datos es tomada de un estudio en donde han encontrado las situaciones enumeradas como comunes a una población Norteamericana. Es por esto que el último ítem: cualquier otro evento o experiencia muy estresante es para volcar cualquier otra situación que no se encuentre en la lista y es por este motivo que también se decidió tomar entrevistas previas para rastrear algún acontecimiento que pudo haber resultado traumático y que no esté contemplado en la lista de eventos.

Partimos de la base que algo muy insignificante para uno puede ser

traumático para otro según su organización psíquica, en cuanto a su historia personal, a fantasías, a asociaciones, etc. No es el hecho en sí mismo, sino lo que representa ese hecho para el sujeto; el significado que este le atribuye.

¿Cuándo y cómo comienza a desarrollarse el concepto de trauma para la psicología?

En el año 1877 Charcot descubrió que la causa de los síntomas histéricos eran vivencias de trauma. Se encontraba él frecuentemente con pacientes que mostraban signos de dolor: llanto, gritos, rabia y esto lo llevo a la conclusión que había un proceso anímico y esos fenómenos corporales (síntomas) eran la exteriorización de ese proceso. Una persona "sana" (Charcot 1893) podía decir que era lo que la afligía, el paciente histérico parecía no saber nada de ello a no ser que al paciente se lo pudiese en otro estado de conciencia. (estado de sonambulismo mediante hipnosis).

Luego Janet, discípulo de Charcot, estudió a 591 pacientes de los cuales 257 tenían un origen traumático en su patología.

También postuló que esas personas experimentaban emociones fuertes que interferían en la integración de la experiencia. Los pacientes no podían realizar una integración de la experiencia traumática a la conciencia.

En la década del 80' Freud y Breuer atribuyeron los fenómenos de la histeria solamente a los traumas y sus recuerdos. Tiempo después Freud realizó un desplazamiento poniendo el énfasis no en los traumas infantiles sino en las fantasías infantiles. Para los fines de esta investigación se tomará en cuenta el período que toma los traumas infantiles como uno de los componentes para la etiología de la

histeria, dejando de lado el de fantasías. Y digo "uno de los componentes" porque más adelante se incluirá el concepto de Series complementarias para explicar las múltiples causas que determinan una patología.

Otro de los descubrimientos de Breuer y Freud fue que la memoria traumática seguía funcionando con intensidad, mucho tiempo después de haber ingresado en el aparato psíquico. Cada suceso que ingresa en nuestra psiquis está provisto de cierto monto de afecto que conserva una cantidad de energía y como cualquier "cantidad" tiene la cualidad de aumentar, disminuir, desplazarse y descargarse. Si no se produce la reacción adecuada la memoria seguirá con su afecto. Los afectos y sentimientos corresponden a procesos de descarga cuyas exteriorizaciones últimas se perciben como sensaciones (Lo Inconsciente, 1915). El afecto es la expresión cualitativa de la cantidad de energía. Es decir que un afecto va acompañado de un aumento de excitación por ende, afecto y excitación no son sinónimos.

La reacción adecuada estaría dada por la abreacción (descarga emocional) o la otra opción es que el recuerdo sea integrado en una cadena asociativa que permita la corrección del acontecimiento, o sea que sea contradicho por otra experiencia y reubicado.

Las vivencias que resultaron traumáticas no pasaron por el proceso habitual de descarga, es decir, esa reacción adecuada. Las razones que Freud brinda del porque se impide el proceso habitual son: por la naturaleza del evento, por el estado psíquico en el que se encontraba esa persona en ese momento, circunstancias socioculturales que provocan que el individuo contenga la reacción y que la

persona haya querido olvidar y rechazó el contenido reprimiéndolo.

El psicoanálisis propone que toda situación traumática tiene un registro psíquico inconsciente. Como antes se explicó, la vivencia traumática inicial, mediante el mecanismo de la represión, se hizo inconsciente.

Más adelante, en el año 1923, Freud realiza un viraje en cuanto a la descripción del aparato psíquico. Sin anular ni contradecir su primera descripción (primera tópica) logra una nueva visión. En la primera tópica habla de instancias llamadas: consciente, preconsciente e inconsciente, en la segunda teoría esas instancias que eran sistemas pasan a ser cualidades que pueden ser aplicadas a las nuevas instancias. Freud descubre que el Yo tiene partes inconscientes y por esto postula la nueva teoría. Ahora hay 3 instancias llamadas Yo, Superyó y Ello. El Yo y el Superyó tienen ahora cualidades de consciente, preconsciente e inconsciente y el ello tiene la cualidad de inconsciente.

Siguiendo a esta segunda tópica (segunda teoría del aparato psíquico) el Yo percibió el evento traumático y lo almacenó. Este primer almacenamiento también permite que además de estar guardada la vivencia esté disponible, es decir, a disposición del Yo. Pero la carga energética que esa vivencia conlleva hace que sea desalojada de la conciencia. Esta vivencia con su afecto generan en el Yo un sentimiento de displacer.

El término trauma Freud lo definió como un exceso de intensidad sentida por una vivencia y la tramitación de esa intensidad por las vías habituales fracasa.

Es en este recorrido donde Freud encuentra que la contracción de una neurosis es equiparable a una enfermedad traumática ("Conferencias

de introducción al psicoanálisis”, parte II).

También Mc. Dougall habla de esto: “Cuando los conflictos no pueden tramitarse en la mente se manifiestan en el cuerpo”.

Luego de este recorrido por las distintas concepciones de trauma se aclararán cuales son útiles y pertinentes para el presente trabajo.

Tomando en cuenta la definición para la neuropsiquiatría el concepto de traumatismo, al igual que el trauma, designará “todo acontecimiento que hace efracción bruscamente en la organización psíquica del individuo”.

Para esta investigación el trauma es un acontecimiento de la vida del sujeto caracterizada por su intensidad y la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente. Se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivas en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones. Falla el principio de constancia por no poder descargar la excitación.

Los traumas infantiles, al igual que en las neurosis, son uno de los elementos que conforman la etiología, desde el punto de vista psíquico, del cáncer.

La memoria traumática seguirá funcionando con intensidad, mucho tiempo después de haber ingresado en el aparato psíquico. Esto podría ser una de las explicaciones del porque el cáncer aparece tiempo después de haber tenido la vivencia traumática.

Lo biológico y lo psicológico

En esta investigación es imprescindible aclarar que toda enfermedad definida como “Tipo específico de reacción biológica ante alguna clase de

lesión o cambio que afecta el medio ambiente interno del cuerpo” (Medicina moderna. Sociología de la medicina. Coe, Rodney) o desde la medicina clásica: “Afección bien definida, ya sea por su causa cuando esta es conocida ya sea con causa desconocida, por manifestaciones semejantes que crean una entidad clínica” que es siempre orgánica, afectará la parte psíquica.

Lo orgánico y lo psíquico son dos entidades en íntima relación. El hombre es un ser bio-psico-socio-cultural por definición, es decir que lo biológico, lo psicológico, lo sociológico y lo cultural actúan conjuntamente en todas las situaciones de la vida.

Si en la enfermedad se produce la ruptura de un cierto equilibrio que se mantenía hasta ese momento (homeostasis) ese desequilibrio se producirá también en la parte psíquica.

El principio de constancia que rige el aparato psíquico se verá alterado. El objetivo de este principio sería mantener lo más constante posible las excitaciones mediante mecanismos de defensa (evitación) para los aumentos de excitación externos y de abreacción para los aumentos de origen internos.

Ahora bien, según la hipótesis del presente trabajo encontramos en la etiopatogenia de la enfermedad un trauma que llamaré “inicial” para distinguirlo de los microtraumas que padece la persona por la enfermedad en sí misma.

Ese trauma encuentra como única vía de expresión no verbal el cáncer. De las distintas posibilidades de expresión el trauma inicial (el sujeto que padeció ese trauma) “opta” por ese modo de manifestación.

Esta elección tiene como resultado enfermar frente a la vivencia psíquica traumática e intolerable para el Yo.

Hay una lucha entre instancias en donde el YO lucha por mantener reprimido el trauma y la solución que encuentra es mantener en el inconsciente la idea traumática y el afecto es volcado en el organismo (cuerpo), similar a lo que Freud postulaba para la histeria.

Similar en el sentido de instancias pero diferente en que la histeria tiene como soporte un cuerpo simbólico y en el cáncer es un soporte real.

Esta elección es inconsciente y siguiendo la tesis de Shavelzón¹ “Uno cree elegir cuando en la realidad obedece a la compulsión en lo inconsciente”. Entendiendo compulsión según la definición de Freud como “tipo de conducta que el sujeto se ve impelido a ejecutar por una coacción interna”. Su no realización desencadenaría la angustia.

Esta enfermedad intenta solucionar el conflicto real, por eso el cáncer sería el síntoma de la enfermedad y la enfermedad sería producto del trauma.

Este síntoma es una agresión hacia su propia persona pero como intento defensivo.

Freud propone que todos los síntomas tienen un sentido. Si tomamos el cáncer como síntoma debería tener un sentido, un porque. Este síntoma tiene como función preservar al sujeto de contactar directamente con la angustia.

Este sentido no es conocido por el paciente, por lo tanto es inconsciente. En el momento que se hace consciente el síntoma desaparece.

Partiendo de la suposición que este síntoma es una agresión hacia la propia persona (aunque el objetivo sea

1 Shavelzón, José, "Psicooncología-Principios teóricos y praxis para el siglo XXI", Letra viva, 2004.

de defensa) podríamos pensar en el concepto de pulsión de muerte y masoquismo.

Pulsión

Para hablar de pulsión de muerte se dará una definición y aproximación al concepto de pulsión desde el psicoanálisis.

Freud define la pulsión como un concepto límite entre lo psíquico y lo somático, es un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma. Freud introduce este término en "Pulsiones y sus destinos" usando el vocablo *Trieb* y no *Instinkt*. Este último lo utilizó solo para calificar el comportamiento de los animales y refiere a lo hereditario que aparece de manera idéntica en los de la misma especie. El instinto se satisface.

La pulsión es un estímulo para lo psíquico, es un proceso dinámico que consiste en un esfuerzo constante.

Se dice que la pulsión es muda porque no circula por el aparato psíquico sino que lo hace a través de representaciones o se manifiesta por estados afectivos.

Los diferentes destinos que la pulsión puede experimentar son: transformación en lo contrario, represión, sublimación y vuelta hacia la propia persona; son modos de defensa frente a la pulsión.

La pulsión generaría placer para el ello y displacer para el Yo. Placer en cuanto a la disminución del estímulo y displacer por aumento de éste.

En nuestro caso, si se produce la liberación de lo reprimido provocaría displacer para el Yo. Desde este punto de vista económico el Yo quiere ahorrar el displacer que se produciría por la liberación de lo reprimido.

La compulsión a la repetición (exteriorización forzosa de lo reprimido) entonces provocará displacer en el Yo. Pero esto no contradice el principio de placer. Es displacer para un sistema y placer para otro.

Freud concluye que en la vida anímica hay una compulsión a la repetición que se instaura más allá del principio de placer (ej.: sueños de los enfermos de neurosis traumática, el juego del niño-fort-da, etc).

Desde el punto de vista dinámico, en "Más allá del principio de placer"² Freud postula la existencia de la pulsión de muerte a partir de los hechos que parecen contradecir dicho principio.

Freud termina diciendo que el principio de placer parece hallarse al servicio de las pulsiones de muerte.

La pulsión de muerte³ se define contraponiéndose a la pulsión de vida y tiende a la reducción completa de las tensiones devolviendo al ser vivo al estado inorgánico.

Se dirigen primero hacia el interior y tienden a la autodestrucción; secundariamente se dirigen hacia el exterior, manifestándose en forma de pulsión agresiva o destructiva.

En los seres pluricelulares la libido sale al encuentro de la pulsión de muerte o de destrucción que domina en ellos y que tiende a desintegrar este organismo celular y a conducir cada organismo elemental (cada célula) al estado de estabilidad inorgánica.

Su misión consiste en volver inofensiva esta pulsión destructora y se libera de ella derivándola en gran parte hacia el exterior.

2 FREUD, Sigmund, *Más allá del principio de placer*, Amorrotu, Tomo XVIII.

3 LAPLANCHE, Pontalis, *Diccionario de Psicoanálisis*, Paidós, 1996.

Parte de esta pulsión destructiva se pone al servicio de la función sexual, otra parte no sigue este desplazamiento hacia el exterior; persiste en el organismo, donde se halla ligado libidinalmente.

Uno de los motivos que indujeron a Freud a establecer la existencia de una pulsión de muerte.

1. La consideración de los fenómenos de repetición (comp. a la rep.) que difícilmente pueden reducirse a la búsqueda de una satisfacción libidinal o a una simple tentativa de dominar las experiencias displacenteras. Freud ve en ello una fuerza irrepresible, independiente del principio de placer y capaz de oponerse a éste.

"Si se abarca el cuadro que forman las manifestaciones del masoquismo, la reacción terapéutica negativa y el sentimiento de culpabilidad de los neuróticos, resulta imposible adherirse a la creencia de que el funcionamiento psíquico viene dominado exclusivamente por la tendencia al placer.

Estos fenómenos indican la presencia de un poder que denominamos pulsión agresiva o destructiva".

Lacan fue quien encontró una solución al dilema que Freud planteaba en relación a las pulsiones de vida y muerte en relación a principio de placer y displacer. Lacan concluyó que todas las pulsiones eran pulsiones de muerte en cuanto que toda pulsión busca constantemente su satisfacción y la satisfacción la obtiene más allá del bienestar del sujeto.

Otra de las posturas en relación a esto la propone Gerardo Wainer⁴ quien sostiene que "en el cáncer se produce frente a la situación traumática, una

4 WAINER, Gerardo, *Psicoanálisis en pacientes con cáncer*, Cer ediciones, 2003.

disociación en la cual las tendencias libidinosas conducen a la conservación del Yo y las fuerzas destructivas retornan a las fuentes destruyendo al organismo. La descarga de la libido se realiza en un órgano del cuerpo lo que preserva al YO de su desintegración". En base a esto y a lo expresado anteriormente sobre el síntoma como agresión hacia la propia persona se podría pensar en una analogía en cuanto al cáncer y a la pulsión de muerte. El masoquismo primario fue definido por Freud como "un estado en que la pulsión de muerte todavía se dirige sobre el propio sujeto, aunque ligada por la libido y unida a ésta". Así, masoquismo queda ligado al concepto de pulsión de muerte y estas dos a la tendencia auto agresiva por parte del sujeto. En el caso del cáncer el propio organismo permite que sus propias células (una parte de ellas) al igual que la pulsión de muerte, se auto ataque. (Ver Inmunología) Esta analogía nos sigue introduciendo en lo intrincado e inseparable de lo psíquico y lo somático.

Masoquismo = Daño a sí mismo = Pulsión de muerte

Con relación a este tema habría otra analogía posible entre lo psíquico y lo somático. El cáncer se relaciona con destrucción, dolor, sometimiento, pasividad asociada al tratamiento. Es un suceso abrupto que inviste a la persona en todo su ser haciendo que toda su existencia se base en su enfermedad. El cáncer en un niño implica lucha permanente. La misma lucha que se produce en el aparato psíquico, se lleva a cabo, en otra escala, entre el sujeto y su tumor. Pero el tumor es parte de él, nace de sus propias células, o sea que la l-

cha es contra sí mismo, igual que en la psiquis, entre instancias que conforman lo que él es: un sujeto.

Series Complementarias - Facilitación somática

El término de series complementarias Freud lo utilizó para explicar la etiología de las neurosis, sin darse cuenta que el mismo esquema serviría (a mi modo de ver) para explicar otras patologías con consecuencia orgánica real.

Son 3 factores que participan en la génesis de las patologías:

La 1era. serie: Lo heredado y lo congénitamente adquirido. Es lo que cada individuo trae al momento de nacer.

La 2da. serie son las experiencias infantiles, que Freud lo relaciona con la sexualidad infantil pero para este trabajo lo sexual no será tenido en cuenta. Cualquier experiencia infantil forma parte de la 2da. serie.

La 3era. serie son los acontecimientos actuales que funcionarían como desencadenantes.

Es decir que las 2 primeras series darían una disposición para producir la enfermedad, para enfermarse pero para que se produzca se necesita de un factor desencadenante, este factor es la 3era. serie.

Este esquema permite incluir factores externos e internos sin tener que escoger una cosa o la otra. Así, se concluye que una persona enferma por acción de múltiples causas.

Desde el "Proyecto" Freud ya establecía una correlación entre los aspectos psicológicos y las bases neurológicas. Si bien no lo dice explícitamente, en los pacientes orgánicos y en nuestro caso en niños las series complementarias también contribuirían a pensar una posible causación del cáncer.

La 1era. Serie corresponde a lo que el niño trae al nacer. Esto permite mantener la unión con la ciencia médica y no contradecirnos: hay algunos tipos de tumores que son hereditarios, donde esta primera serie es fundamental.

Luego tendríamos la segunda serie: experiencias infantiles (los primeros años)

Estas dos series nos darían la predisposición para enfermar. La 3era. serie debería ser el desencadenante: sería el evento traumático actual que en el caso de los niños corresponde a la época infantil.

Esta tercera serie puede ser un evento traumático (aspecto psicológico), radiaciones, productos químicos, virus, etc.

Otro concepto importante que aporta sobre este tema es el de Vulnerabilidad somática.

Indica la posibilidad de que un sujeto esté más propenso a que... su cuerpo se deteriore antes de lo que indican las condiciones determinadas.

Zuckerfeld propone múltiples formas de existencia del psiquismo. Para esto propuso una 3era. tópica según la cual el psiquismo funciona de 2 maneras diferentes. Una es al estilo de la neurosis con su mecanismo principal que es la represión y la otra actúa de forma escindida descargando la energía directamente en lugar de procesarla.

Marucco, N.⁵ propone un aparato psíquico que permite al individuo defenderse de la irrupción pulsional mediante la represión y de la violencia de la realidad mediante la escisión.

Para mantener la homeostasis, supuesta garantía de control de la angustia

5 MARUCCO, N., *Cura analítica y transferencia*, Amorrortu editora, 1998.

difusa, desmiento de la realidad aquello que la desencadena.

La escisión no implica patología sino defensa frente a la violencia de la realidad.

Esta teoría coincide con la propuesta de Zuckerfeld.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Características de la muestra analizada: Datos sociodemográficos.

Distribución de la muestra por sexo

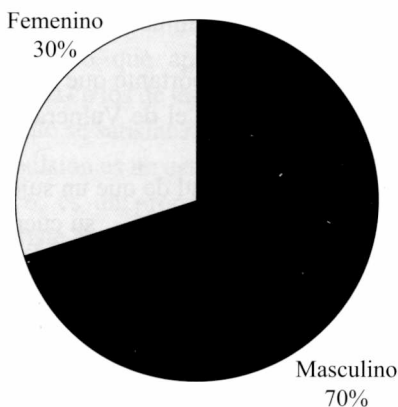


Gráfico N° 1

En este gráfico podemos observar que la muestra analizada se compone en un 70% de niños y en un 30% de niñas, estos datos son representativos de la población infantil con diagnóstico de cáncer de Capital Federal y Gran Buenos Aires.

La muestra analizada se compone de niños/as que oscilan entre los 6 y 16 años de edad. Los niños con cáncer tienen una media de 12.20 y un desvío de 3.52.

Distribución de la muestra según el tipo de tumor

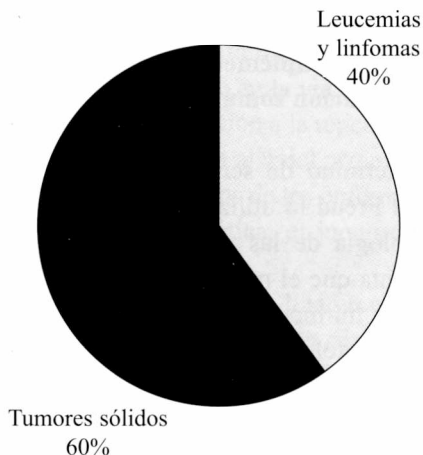


Gráfico N° 2

En este gráfico se puede observar la distribución de la muestra con respecto al tipo de tumor, ya sea sólido o pertenezca al grupo de las leucemias y linfomas.

Un 60% pertenece al grupo de tumores sólidos y un 40% a las Leucemias y Linfomas.

En este gráfico se puede apreciar que los eventos más frecuentes vividos por los pacientes fueron los eventos relacionados con la salud. Mudanzas y economía, y fallecimientos. En tanto que ambientales fue el evento menos experimentado por la muestra.

En el grupo de los padres coincide este último evento como el menos experimentado. El evento más destacado en el grupo de los padres, fue el de fallecimientos.

Con solo la frecuencia no es posible dar cuenta de los datos.

Si bien estos datos son de relevancia para el análisis de resultados globales de los pacientes es necesario ver el análisis de cada evento ya que lo que importa es el impacto de cada evento y no la cantidad de niños que lo vivió. Pudieron haberlo vivenciado pero no haber tenido un alto impacto.

Frecuencia pacientes/padres en eventos agrupados

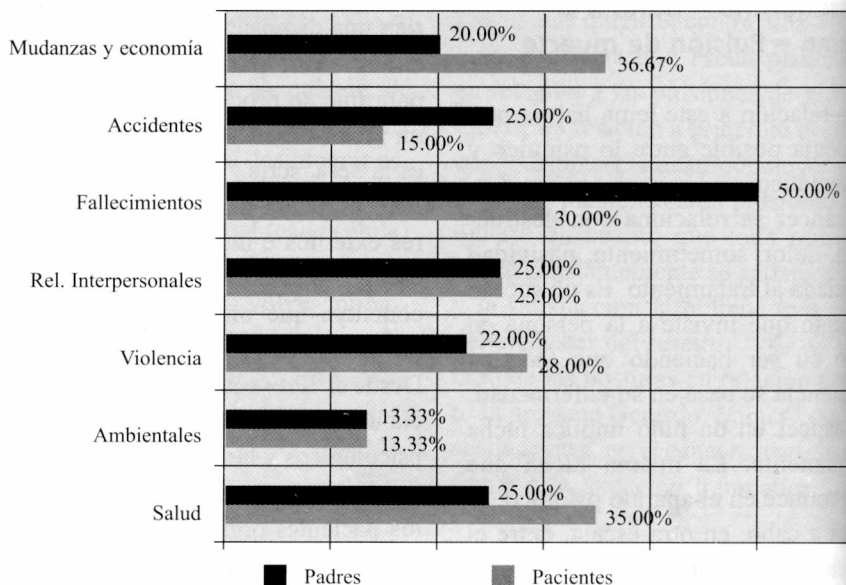


Gráfico N° 3

Eventos agrupados**Eventos agrupados: Pacientes**

Evento agrupado	Totales pacientes			
	Intensidad		Impacto	
	Media	Desvío	Media	Desvío
Salud	3,10	3,63	3,50	4,20
Ambientales	0,93	2,33	0,67	1,54
Violencia	4,62	6,23	4,13	3,95
Rel. Interpersonales	1,83	2,13	1,75	2,25
Fallecimientos	6,00	4,37	6,40	4,50
Accidentes	4,10	4,18	3,80	3,85
Mudanzas y economía	1,78	2,06	2,83	3,27

Tabla N° 1

En la tabla N° 3 se pueden observar los totales de las medias y desvíos para padres y pacientes por eventos agrupados.

En cuanto a la Intensidad los pacientes presentaron una media de 3.19 y un desvío de 1.81. Los padres presentaron una media de 3.36 con un desvío de 1.61.

En cuanto al impacto los pacientes presentaron una media de 3.30 y un desvío de 1.83. En tanto los padres presentaron una media de 3.08 con un desvío de 1.48.

Análisis por evento agrupado según el impacto experimentado: Pacientes

El 57 % de la muestra dijo haber tenido un impacto calificado de "Bastante" con relación al evento de salud. Para el evento ambiental la distribución resultó con un 25% para todos los ítems menos para la calificación 6-7-8.

El 54% de la muestra respondió haber vivenciado un evento de violencia con un impacto bastante alto. Un 20 % respondió haber vivenciado un hecho de violencia con un "mucho" impacto. Entonces un 74% ha experimentado hechos de violencia con alto impacto. El 70% de la muestra ha experimentado un evento de este tipo pero con un bajo impacto. El 30% restante ha experimentado el evento con "bastante" impacto.

Si bien el ítem "Fallecimientos" arrojó un resultado de 0,30 para los pacientes con respecto a la frecuencia, en este análisis se puede observar que el 92% tuvo la vivencia de fallecimiento con un alto impacto.

El restante 8% respondió haberlo vivido con "Bastante" impacto. Por lo tanto, el 100% de la muestra vivenció este evento con un alto impacto emocional.

Estos datos reflejan que los eventos que tuvieron mayor impacto e intensidad son aquellos relacionados con

eventos que refieren a fallecimientos. El evento que proporcionó menor impacto e intensidad fue el ambiental.

Eventos agrupados: Padres

Evento agrupado	Totales padres			
	Intensidad		Impacto	
	Media	Desvío	Media	Desvío
Salud	3,70	4,27	3,80	4,26
Ambientales	1,48	3,13	0,85	2,69
Violencia	3,02	3,40	3,30	3,65
Rel. Interpersonales	1,86	2,66	1,97	3,23
Fallecimientos	6,20	4,02	5,53	4,08
Accidentes	4,45	4,52	2,65	3,69
Mudanzas y economía	2,80	3,18	3,50	3,45

Tabla N° 2

Estos datos reflejan que los eventos que tuvieron mayor impacto e intensidad fueron aquellos relacionados con eventos que refieren a falleci-

mientos con una media de 6.20 para intensidad y 5.53 para impacto.

Se observa una correlación entre lo expresado por los niños y sus padres.

Totales de media y desvío para pacientes y padres por eventos agrupados

	Pacientes		Padres	
	Media	Desvío	Media	Desvío
Intensidad	3,19	1,81	3,36	1,61
Impacto	3,30	1,83	3,08	1,48

Tabla N° 3

El evento "accidentes" presentó un 43% que vivenció un accidente con un impacto bastante alto. La frecuencia de dicho evento fue del 15%. La muestra vivió pocos eventos en relación a accidentes.

Si bien se pudo observar que este evento tuvo una de las frecuencias más altas, en este gráfico se visualiza que el 37% y el 27 % corresponden a "Nada" y "Poco" impacto emocional. Por lo tanto, es un evento experimentado por la mayoría pero vivenciado con un leve impacto.

Análisis por evento agrupado según el impacto experimentado por los pacientes según los padres

El 60% de los padres respondieron que sus hijos vivenciaron el evento salud con "Bastante" impacto. Un 20% respondió que sus hijos experimentaron los eventos en relación a la salud con "mucho impacto".

El 50% de los padres respondieron que sus hijos estuvieron expuestos a eventos ambientales con "Mucho" impacto emocional.

Un 75% de los padres contestaron que sus hijos vivenciaron eventos de violencia con un alto impacto.

Un 33% de los padres respondieron que sus hijos vivenciaron eventos del tipo "Rel. Interpersonales" con "Bastante" impacto emocional.

Un 50 % de los padres respondieron que sus hijos experimentaron eventos en relación a "Fallecimientos" con "Mucho" impacto emocional. Es de gran importancia observar en este caso la frecuencia de este evento según los padres.

El 50% de los padres contestaron que sus hijos vivieron algún evento de Fallecimiento, ubicándolo en primer lugar. Esto demuestra que es un even-

to vivenciado por muchos y con un alto impacto.

Un 60% de la muestra ha vivenciado un accidente con un alto impacto emocional, según los padres

Un 37% de los padres ha dicho que sus hijos vivenciaron eventos en relación a mudanzas y economía con "Bastante" impacto emocional.

Conclusión

Para finalizar esta investigación se plantea que las causas de esta enfermedad serían el resultado de una combinación de factores. Dentro de esos factores están los factores que tienen que ver con la herencia (factores internos) y los llamados factores exógenos, externos al individuo (Ambientales, químicos, radiaciones, etc.). Los traumas como factor psicológico desencadenante reunirían lo interno y lo externo. Si bien un trauma se iniciaría por un evento externo al individuo para que sea traumático debe entrar en el complejo mundo de la psiquis y generar algún tipo de acción. Esto afectará el funcionamiento del aparato psíquico.

Esta misma dicotomía entre lo interno y externo también se fue planteando en esta investigación con lo orgánico y lo psíquico.

Luego de haber realizado un recorrido por lo orgánico y luego por lo psicológico llegamos a esta última instancia.

La conclusión a la que se arriba es que no importa cual de las dos está primero para desencadenar la enfermedad, si el tumor es desencadenado por herencia, por un factor ambiental o por un evento traumático.

Si queda claro que ambas (tanto lo somático y lo psíquico) se relacionan entre si y por todo lo investigado en

el presente trabajo no es posible separar una de la otra.

Lo que si tiene relevancia es la posibilidad de llegar a esta conclusión para poder pensar en un tratamiento posible para estos pacientes y es que ambos conceptos (lo orgánico y lo psíquico) deben ser tratados por igual. En vano darle al niño altas dosis de quimioterapia si no se le brinda a la vez una contención terapéutica y un espacio para elaborar el trauma inicial.

Como bien dijo E. Laurent⁶ hay distintas manifestaciones del malestar en la infancia que tienen su expresión a través de síntomas en el cuerpo y que las pulsiones se originan en el cuerpo, se materializan en el cuerpo y cuando son reprimidas intentan nuevamente manifestarse en el cuerpo.

La presente investigación también tiene el objetivo de pensar en un futuro en un dispositivo de trabajo para prevenir posibles recidivas.

Por los resultados obtenidos se observa en todos los casos un factor psicológico ocurrido entre 8 años y 6 meses antes del diagnóstico que podría actuar como desencadenante de la enfermedad.

Solo dos niños estuvieron expuestos a agentes químicos cancerígenos. El resto de la muestra respondió que no. Valga aquí la salvedad y la dificultad de saber si alguien más estuvo expuesto a elementos cancerígenos, ya que en nuestro país no hay estudios epidemiológicos que corroboren sobre las diferentes formas de contaminantes ambientales existentes.

Cabe agregar aquí algo más para seguir pensando en el trabajo para hacer

6 Grupo de investigación del instituto del Campo Freudiano de Barcelona, "El niño en el discurso analítico", Curso 2002-2003.

con estos niños y es que **nunca** un niño con cáncer se considera curado. No hay una cura, puede volver en cualquier momento. Hay denominaciones como "Libre de enfermedad", que implica "sin eso", libertad de estar preso de la enfermedad.

Parece una condena en suspenso o una libertad sujeta a... por el resto de sus vidas.

Esto está en relación al título de esta tesina, "CanSer infantil" no por azar la S está en mayúsculas y es que al tener esta enfermedad se ve jaqueada toda una existencia. Se pasa a Ser cáncer y no a ser Nicolás, Alejandro, etc. Ya esto implica dejar de ser lo que era antes ese niño para pasar a ser eso: un cáncer.

Otras Conclusiones

Según los últimos estudios sobre el cáncer infantil la enfermedad estudiada es considerada multicausal.

Lo que actualmente está en estudio es la forma de interacción de los factores capaces de producir cáncer.

Hasta hoy, se sabe cuáles son esos factores y qué características tienen.

En este trabajo se intentó estudiar un nuevo factor capaz de provocar cáncer en los niños: El factor psicológico. Para esto se tomó una muestra de diez niños entre 6 y 16 años. Los diez niños dijeron haber experimentado al menos un evento traumático entre 5 meses y 10 años antes del diagnóstico.

Si bien el total de la muestra presentó al menos un evento traumático con un alto impacto no es posible aislar el fenómeno y saber que ese evento fue el desencadenante de la enfermedad. Hay otros factores a los que los niños pudieron haber estado expuestos como factores químicos, físicos, etc.

De hecho el 30% de la muestra dijo haber estado expuesto a factores químicos: 2 niños tienen en su cuadra un poste de P.C.V. y en esa manzana hay más de 4 personas con cáncer.

Se concluye, de esta manera, que el factor psicológico pudo haber contribuido pero no es posible aseverar que lo desencadenó. Por este motivo se habla de enfermedad multicausal.

Es a esa multicausalidad a la que se agregaría el factor psicológico.

Si bien la hipótesis no ha sido verificada se detectó la incidencia de eventos traumáticos en niños con cáncer. Pero no es posible hablar de una relación causa-efecto entre estas dos variables.

La metodología no fue suficiente para poder comprobar la hipótesis planteada. Por lo tanto fue necesario reformular la hipótesis.

Por este motivo habría un cambio en el tipo de diseño. Tendríamos que pensar que la investigación sería de tipo exploratoria y el objetivo de la misma indagar el impacto de los eventos como indicadores de trauma que podrían ser factores precedentes en niños con cáncer.

La hipótesis fue guía de la investigación pero el propio trabajo de campo y el recorrido de la bibliografía no la han verificado. Es cuestionable la verificabilidad de la hipótesis pero esto no invalida todo el recorrido trabajado.

El trabajo de campo sirvió para pensar en nuevos interrogantes sobre el tema y nuevas investigaciones.

Tal vez para intentar un acercamiento a la hipótesis principal se podría tomar un grupo control de niños con cáncer sin contención psicológica y un grupo experimental de niños con cáncer con contención terapéutica que trabajen elaborando el trauma inicial y observar la mejoría o no del grupo con contención psicológica.

El cáncer es una singularidad no es generalizable.

5. Bibliografía

1. BOCQUET, Charles, *Introducción a la genética 4*, Huemul S.A., 1976.
2. BONFIL, SCHAROVSKY y colaboradores, *Bases de oncología molecular*, Dunken, Buenos Aires, 1998.
3. BILTZARRA, BURUZCO, *Onkología Pediatrikoari-Congreso de Oncología pediátrica*, Servicio central de publicaciones del gobierno Vasco, Agosto, 1988.
4. LAPLANCHE y PONTALIS, *Diccionario de psicoanálisis*, Paidós, 1996.
5. SCHAVELZON, José, *Psiconcología-Principios teóricos y praxis para el siglo XXI*, Letra viva, 2004,
6. ARESCA, BIRGIN, BLUM, etc., *Psicooncología: Diferentes miradas*, Lugar Editorial, 2004.
7. HOLLAND, Jimmie C., *Psycho-oncology*, Oxford University Press, edición, 1998.
8. BAYES, Ramón, *Psicología Oncológica*, Martínez Roca, Barcelona, 1985.
9. Psicoanálisis y el Hospital, *El ser hablante y la muerte*, Verano, 2001
10. WAINER, Gerardo Guido, *Psicoanálisis en pacientes con cáncer*, Cer Ediciones, 2003.
11. LONGAKER, Christine, *Afrontar la muerte y encontrar esperanza*, Grijalbo, 1998.
12. KÜBLER-ROSS, Elisabeth, *On Children and Death*, Macmillan, Nueva York, 1983.
13. Agency for Toxics Substance and Disease Registry, *Toxicological Profile for Polychlorinated Biphenyls*, Department of health and human services, 1996.

14. GIOSEFFI, Osvaldo; CRISP, Renée; CURCI, Osvaldo, *PCB y leucemia aguda: Lo mediático y los hechos*, Revista Hematología, Edición Sociedad Argentina de Hematología, 2002.
15. TORJADA, CASTELL, ANDREU y PORRES, *Factores genéticos asociados a Cánceres Pediátricos*, Esp. Pediat., España, 1999.
16. FREUD, Sigmund, *Estudios sobre la histeria*, Amorrortu, Tomo II.
17. FREUD, Sigmund, *La etiología de la histeria*, Amorrortu, Tomo III.
18. FREUD, Sigmund, *Introducción al narcisismo*, Amorrortu, Tomo XIV.
19. FREUD, Sigmund, *Pulsiones y destinos de pulsión*, Amorrortu, Tomo XIV.
20. FREUD, Sigmund, *La represión*, Amorrortu, Tomo XIV.
21. FREUD, Sigmund, *Duelo y melancolía*, Amorrortu, Tomo XIV.
22. FREUD, Sigmund, *Nuestra actitud hacia la muerte*, Amorrortu, Tomo XIV.
23. FREUD, Sigmund, *18a. conferencia. La fijación al trauma, lo inconsciente*, Amorrortu, Tomo XVI.
24. FREUD, Sigmund, *Más allá del principio de placer*, Amorrortu, Tomo XVIII.
25. FREUD, Sigmund, *El Yo y el Ello*, Amorrortu, Tomo XIX.
26. FREUD, Sigmund, *La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis*, Amorrortu, Tomo XIX.
27. MARUCCO, N., *Cura analítica y transferencia*, Amorrortu, 1998.
28. GREEN, A., *De locuras privadas*, Amorrortu, 1994.
29. *Hematología*, revista cuatrimestral de la sociedad Argentina de Hematología, 2002.
30. Grupo de Investigación del Instituto del campo Freudiano de Barcelona, *El niño en el discurso analítico*, curso 2002-2003.