



Revista Argentina

# de Cancerología

Volumen XXXV - Nº 2 - 2007

- Editada desde 1962
- 1993: Mención otorgada por la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la U.B.A.
- Sociedad Argentina de Cancerología Miembro de la Federación de Sociedades de Cancerología del Mercosur
- 1º Filial de la SAC USHUAIA

## Comisión Directiva 2006-2007

### Presidente

Dra. Silvia L. Jovtis †  
Dra. Luisa Rafailovici

### Vicepresidente

### Secretario General

Dr. Marcelo Blanco Villalba

### Secretario de Actas

Dr. Eduardo Almira

### Tesorero

Dra. Claudia Pazos

### Director de Publicaciones

Dra. Liliána del Carmen González

### Vocales titulares

Dra. Clelia Vico  
Dra. Stella Maris Espora  
Dra. Mónica López  
Dra. Florencia Perazzo

### Organo de Fiscalización

Dra. Rosa Woscoboinik de Levin  
Dra. Mario F. Bruno

### Past-Presidents

Dr. Norberto Brocato (1996-1997)  
Dr. Antonio Guardo (1998-1999)  
Dra. Silvia L. Jovtis (2000-2001) †  
Dra. Stella Maris Espora (2002-2003)  
Dra. Clelia Vico (2004-2005)

### Miembros Honorarios Nacionales

Dr. Carlos Reussi †  
Dr. Roberto A. Garriz †  
Dr. Juan J. Fontana †  
Dr. Federico Pilheu  
Dr. José J. Mayo  
Dr. Juan J. Corbelle  
Dr. Emilio Etala †  
Dr. Bernardo Dosoretz  
Dra. Ofelia T. de Estévez  
Dr. Diego L. Perazzo  
Dr. José Schavelzon  
Dr. Salomón Barg †  
Dr. José R. Pereira Quintana  
Dr. Roberto A. Votta †  
Dr. Roberto A. Estévez †  
Dr. Mario F. Bruno  
Dr. Amadeo Espeche  
Dr. Silvio De Marco  
Dr. Héctor La Ruffa

### Dr. Armando Motto †

Dr. Juan Carlos Ahumada  
Dr. Eleodoro Grato Bur †  
Dr. Angel N. Braco †

### Miembros Correspondientes Extranjeros

Dr. Claudio Prieto (Paraguay)  
Dr. Miguel Torres (Uruguay)  
Dr. Hiram Silveira Lucas (Brasil)  
Dr. Gabriel Hortobagyi (Estados Unidos)  
Dr. Diego Noreña (Colombia)  
Dr. Natale Cascinelli (Italia)  
Dr. Peter Boyle (Gran Bretaña)  
Dr. Martin Mihm (Estados Unidos)  
Dr. Emilio García Giral (Francia)  
Dr. Michael Katin (Estados Unidos)  
Dr. Andre Murad (Brasil)  
Dra. Judith Carro (Uruguay)  
Dr. Adalberto Broecker Neto (Brasil)  
Dr. Juvenal Oliveira Filho (Brasil)  
Dr. Guillermo Ramírez (EE.UU.)  
Dr. John Horton (EE.UU.)  
Dra. Graciela Garton (EE.UU.)  
Lic. Enf. Judith Villagra (Uruguay)



ASOCIACION MEDICA ARGENTINA

---

# Índice

---

## Editorial

**Cáncer de cuello uterino, prevención posible. Vacunas** 47

Stella Maris Espora

## In Memoriam

**Dra. Silvia L. Jovtis** 50

Stella Maris Espora

## Memoria

52

Silvia Jovtis †, Marcelo Blanco Villalba

## Informe del Auditor

54

Sara J. Garbarini

## El cuerpo como otro

68

Marcelo Barros

## El hombre ante la muerte. Una mirada antropológica

71

Analia C. Abt

## La función del velo

80

Miriam Gringnoli

**Psicoanálisis y cáncer. Lo que el cuerpo dice, lo que el sujeto calla** 84

Silvia Chab

## Sufrimiento y cuidados paliativos al final de la vida

**Hacia una muerte más digna** 87

Ana I. Marquis

## Calendario Oncológico

91

## Reglamento de publicación

92

---

**La Revista Argentina de Cancerología es una publicación de la Sociedad Argentina de Cancerología, Asociación Civil.**

**Es editada y distribuida en Argentina por Publicaciones Latinoamericanas SRL,**

Dr. Ramón Carrillo 294 (C1275Ahf) Buenos Aires.

Telefax: 4305-3310 (líneas rotativas).

e-mail: [info@p-latinoamericanas.com.ar](mailto:info@p-latinoamericanas.com.ar) | [www.p-latinoamericanas.com.ar](http://www.p-latinoamericanas.com.ar)

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, sin el permiso del editor y de los autores.

El contenido de los conceptos vertidos en los trabajos publicados en la presente edición es de exclusiva responsabilidad de los autores. Hecho el depósito legal en la República Argentina. Registro Nacional de la Propiedad Intelectual 08856.

ISSN 0325 -142X

[www.socargcancer.org.ar](http://www.socargcancer.org.ar)

## Cáncer de cuello uterino, prevención posible. Vacunas

Sin entrar a considerar otras localizaciones tumorales femeninas y evaluando en forma aislada al aparato génito-mamario, el cáncer del cuello uterino sigue en frecuencia al cáncer de la mama, dicho esto con algunas reservas ya que no se disponen de registros y datos estadísticos absolutamente confiables en el país y además se asisten en la Argentina numerosas mujeres que vienen de países limítrofes.

Lo concreto es que en los últimos años, quizás un lustro, ha habido un incremento del cáncer cervical documentado, tanto en sus formas intraepitelial como invasora inicial y avanzada.

En todo el mundo se diagnostican aproximadamente unos 500.000 casos nuevos por año y fallecen como consecuencia de esta patología unas 200.000 mujeres en el mismo período.

Las lesiones precursoras, así como el carcinoma invasor del cuello del útero comparten factores de riesgo entre los que juega un importante papel el virus del papiloma humano o HPV, del que se conocen, a la fecha, más de 70 tipos.

Los HPV se clasifican en 3 niveles de riesgo según su capacidad de producir lesiones: bajo riesgo (tipos 6 y 11), mediano riesgo (tipos 31, 33 y 35) y alto riesgo (tipos 16 y 18)

Los HPV tipos 16 y 18 (alto riesgo), son responsables de aproximadamente el 70 % de los casos de SIL (lesiones escamosas intraepiteliales) de alto grado y del adenocarcinoma "in situ" de igual localización.

Lo interesante y destacable de esta afección viral es que puede diagnosticarse a través del control ginecológico periódico con la correspondiente citología cervical. Si se detecta la infección por HPV y se trata la misma, puede prevenirse la aparición del carcinoma invasor.

Actualmente se dispone de una vacuna cuadrivalente recombinante que protege contra el HPV (tipos 6, 11, 16 y 18), es decir se dispone de otra arma de gran utilidad, para combatir esta afección que como pocas puede llevar a la mujer a una muerte ciertamente indigna.

Las partículas similares al virus, altamente purificadas con las que se prepara la vacuna no contienen ADN viral, no pueden infectar células, ni reproducirse, ni causar enfermedad.

Se trata de una vacuna para la prevención de la displasia cervical de alto grado (SIL de alto grado), no está indicada en la enfermedad establecida y el esquema de vacunación contempla tres dosis a aplicar entre los 16 a 26 años, sin refuerzos.

Cabe destacarse que su costo en la actualidad es inaccesible para quienes más la necesitan.

Frente a una enfermedad que hace estragos en la Argentina así como en el resto del mundo en vías de desarrollo, disponer de las posibilidades de efectuar prevención primaria o de evitar la enfermedad con la vacuna obliga al compromiso tanto de los profesionales médicos como del Estado para incorporar todos los métodos de detección disponibles en todo el territorio nacional y al Estado, puntualmente, obliga a incorporar la vacuna contra el HPV en el programa disponible de inmunizaciones

**Stella Maris Espora**

# In Memoriam

## Dra. Silvia Liliana Jovtis

---

Dejó de existir físicamente, hace unos pocos días, una fría y aún oscura mañana, del 11 de julio de 2007, a los 60 años de edad. Temprana edad para morir..., como resultado de un cáncer de pulmón.

Partió en pleno ejercicio de sus funciones todas, tanto como Jefa del Servicio de Oncología del Complejo Hospitalario Churrucá-Visca de la Policía Federal, así como presidente, en un segundo ejercicio, de la Sociedad Argentina de Cancerología y como columna vertebral de su familia.

Fue socia fundadora y socia titular de las Sociedades: Argentina de Cancerología (SAC), Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica (SATRO) y de la Sociedad Argentina de Periodismo Médico (SAPEM).

Fue miembro de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO).

Fue Secretaria Técnica de la Facultad de Ciencias Biomédicas del Instituto Universitario de la Policía Federal Argentina.

Ocupó casi todos los cargos de la Comisión Directiva de la SAC.

Con su empeño y dedicación se creó la primera filial de la Sociedad Argentina de Cancerología en el interior, en la ciudad de Ushuaia, Tierra del Fuego.

Fue investigador principal en varios ensayos de Investigación Clínica Farmacológica.

Fue presidente de varios Congresos y Jornadas de la especialidad. Fue, fue y fue tantas cosas que resulta muy difícil enumerarlas tan solo.

Se ocupó y preocupó por la Psico-Oncología y los Cuidados Paliativos, creando los respectivos Capítulos en el seno de la SAC.

Escribió decenas de artículos de la especialidad a la que le dedicó su vida.

Levantó un Servicio de Oncología de primerísimo nivel en el Hospital Churrucá-Visca.

Fundó con gran esfuerzo y tesón una Unidad de Oncología en el Hospital San Antonio de Gualeguay, adiestró al personal de enfermería y allí atendía a personas humildes y carentes de todo tipo de recursos. Gualeguay, ciudad entrerriana, de la espléndida reja diseñada por Bernaldo de Quirós, donde había nacido su respetado amigo el Dr. Grato E. Bur quien fuera el que la acercó por primera vez a la Sociedad Argentina de Cancerología, donde pude conocerla y forjar una verdadera amistad.

Su magisterio fue llamativamente vasto e intenso. Fue una médica ejemplar que logró formar discípulos. Siempre fue respetuosa del dolor y de la miseria ajenos.

De figura pequeña, sencilla y humilde y de gran arquetipo intelectual, procuró restaurar toda la verdad sin excluir conflictos. Impactaban la magnitud de sus discursos, informes y clases, la claridad de sus dichos, lo concreto de sus conceptos y el acierto de sus diagnósticos.

Se esforzó tanto por sentar las raíces que permitirían una Medicina más justa e igualitaria en todo el país que no alcanzarían las palabras para describirlo.

Luchó por una ley nacional para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oncológicas. Concurrió a múltiples reuniones en el Ministerio de Salud de la Nación para lograr los Protocolos Nacionales Convencionales en Oncología, Oncohematología y Onco-pediatria, aportando muchas ideas, científicamente fundadas y necesarias para el uso racional de los magros recursos destinados a la prevención, al diagnóstico y al tratamiento de los pacientes con cáncer. Ambos frustrados.

En forma incansable asistió a reuniones y lamentablemente, debe admitirse, que muchas de las luchas, sus luchas, fueron estériles, pero aún así no flaqueaba, insistía, perseveraba... y reiteradamente se preguntaba: "¿a quién podría interesarle un país con 37.000.000 de habitantes, todos educados y todos sanos?"

Dijo José Ingenieros: " Los genios, los santos y los héroes desdeñan toda la sumisión al presente, puesta la proa hacia un remoto ideal: resultan prohombres en la historia".

Deseo creerle a Gandhi que "la muerte no es más que un sueño y un olvido".

Silvia, te extraño muchísimo, espero que te habrás encontrado con tu padre y juntos con el Padre.

**Stella Maris Espora**

# Memoria

---

## Señores asociados:

De acuerdo con las disposiciones del artículo 16 inciso "j" del estatuto se somete a consideración de la Honorable Asamblea de la Sociedad Argentina de Cancerología, la presente Memoria, y los Estados Contables correspondientes al ejercicio cerrado el 31 de diciembre de 2006.

### I- Resultado del Balance

En el ejercicio cerrado el 31 de diciembre de 2006 los recursos ascendieron a \$ 122.725,83 y los gastos a \$ 97.896,64. El resultado del ejercicio arrojó un superávit de \$ 24.829,19 y el patrimonio neto asciende a \$ 80.625,45.

### II- Actividades científicas e institucionales

1. El día 28 de marzo de 2006, se realizó la Asamblea Ordinaria de Socios, donde se puso a consideración de la misma la Memoria y Balance del año 2005, acto seguido se realizó la elección de Autoridades para el bienio 2006-2007.
2. El 25 de abril de 2006 en Reunión Pública y Solemne, se realizó el cambio de autoridades de la SAC, hablaron en la ocasión el presidente saliente Dra. Clelia Vico y el presidente entrante Dra. Silvia Jovtis.
3. El 23 de mayo de 2006 en Reunión Científica se leyeron los siguientes trabajos "La terminalidad, la institución y los médicos", con autoría de los Dres Marina Bramajo, Marcelo Blanco Villalba, Arturo González Vázquez y Guillermo Streich; y "Timomas y síndromes asociados" de los Dres. Ricardo Sosa, Ricardo Santos, Emilio Batagelj y Fernández Lujea.
4. El 27 de junio de 2006 durante la Reunión Científica se realizó un informe de actualización pos-ASCO del corriente año. Disertaron los Dres. Eduardo Almira, Clelia Vico, Emilio Batagelj, Guadalupe Rey, Blanca Diez, Ricardo Santos, Gustavo Aiolo y Luisa Rafailovici.
5. El 25 de julio de 2006, en Reunión Científica se presentó el trabajo "Nuestra experiencia en tumores sarcomatosos del estroma gastrointestinal (GIST)" de autoría de los Dres. Guillermo Streich, Emilio Batagelj y colaboradores.
6. Se realizó el 11 y 12 de agosto en el Hotel Alvear de la ciudad de Buenos Aires el XII Congreso Argentino de Cancerología, 4º Congreso Panamericano de Cancerología, 3º Congreso de la Asociación Argentina de Auditoria Oncológica, 9º Encuentro de la Federación de Sociedades de Cancerología del MERCOSUR, Chile y Bolivia, 2as. Jornadas de Psiconcología y Cuidados Paliativos y 1er Simposio del Capítulo de Neuroncología. También se realizó un Taller "Prevención en Cáncer" con ONG y representantes de Universidades coordinado por los Dres. Rosa Levin, Mario Bruno y Marina Bramajo.
7. El 26 de septiembre de 2006 en Reunión Científica se realizó el taller "Intercambio de discurso entre profesionales de distintas disciplinas humanísticas y de la salud", organizado por el Capítulo de Psiconcología y Cuidados Paliativos de la SAC, coordinado por la Dra. Marina Bramajo y la Lic. Ana Marquis.
8. El 24 de octubre en Reunión Científica se desarrollo la Conferencia "Actualización en tratamiento de tumores renales" llevada a cabo por la Dra. Silvia Augusto, con el auspicio del laboratorio Pfizer.
9. El 28 de noviembre de 2006 durante Reunión Científica se realizó el Simposio "Novedades en tumores del sistema nervioso central" organizado por el Capítulo de Neuroncología dirigido por la Dra. Alejandra Rabadán. Disertaron los Dres. Blanca Diez, Karina Vera y Gustavo Seulever.
10. Entre los días 17 y 18 de noviembre de 2006, con entrada libre y gratuita, se realizaron en la ciudad de Ushuaia, conjuntamente con el Comité de Tumores de la provincia de Tierra del Fuego, y a través de la Filial SAC de dicha ciudad, cuya encargada es la Dra. Beatriz Peralta, las V Jornadas Interdisciplinarias de Oncología "Oncología en la Práctica Clínica". También se realizó un taller con la comunidad sobre "Psico-Oncología" bajo la Coordinación de la Dra. Marina Bramajo y la Lic. Luisina Onganía.
11. La SAC participó como sociedad invitada por la Academia Nacional de Medicina en numerosas reuniones de consenso.
12. Durante el año 2006, la SAC respondió a numerosos oficios judiciales, asesorando a diferentes jueces, como lo venía realizando en años anteriores.

13. En el curso del año 2006 la SAC otorgó auspicios a Jornadas y Congresos solicitados y realizados por otras Sociedades.
14. De septiembre a diciembre de 2006 se dictó el curso "Actualizaciones en cáncer de mama y tumores gastrointestinales.", en forma conjunta con la Sociedad de Terapia Radiante Oncológica. Bajo la dirección de la Dra. Luisa Rafailovici y la coordinación de las Dras. Mónica López y Clelia Vico, con la participación de destacados colegas, referentes en la temática del programa desarrollado.
15. La SAC concurre mensualmente al Instituto Ángel H Roffo donde se reunió con representantes de otras sociedades científicas, para implementar los "Consensos Nacionales Intersociedades para el Diagnóstico y Tratamiento de las Neoplasias ", y en diciembre de 2006 concurre a dicho Instituto para la firma y presentación de las cuatro primeras patologías acordadas, actividad que continuará durante el año 2007.
16. La SAC publicó durante el 2006, tres números de su Revista, donde además de su temática habitual, publicó los Consensos Nacionales Intersociedades.
17. En el transcurso del año 2006 se instrumentó el sitio Web de la SAC ([www.socargcancer.org.ar](http://www.socargcancer.org.ar)), permitiendo la comunicación con socios del interior del país donde además de información específica se pueden consultar los números anteriores de la Revista.
18. En reunión de Comisión Directiva del día 5 de Diciembre de 2006 se determina la creación del Capítulo de Oncopediatría a cargo de la Dra. Guadalupe Rey.
19. Recertificación de la especialidad de Oncología Clínica, realizando la entrega de los Certificados correspondientes el día 19 de Diciembre.

Buenos Aires, 27 de Marzo de 2007.-

**Dra. Silvia Jovtis †**

Presidente

**Dr. Marcelo Blanco Villalba**

Secretario General

# Informe del Auditor

---

Señores Miembros Comisión Directiva  
De la Sociedad Argentina de Cancerología  
Asociación Civil  
Av. Santa Fé 1171 – Buenos Aires.

En mi carácter de contadora pública independiente informo sobre la auditoría de los Estados Contables de la Sociedad Argentina de Cancerología – Asociación Civil, detallados en el apartado 1 siguiente:

1. ESTADOS CONTABLES OBJETO DE LA AUDITORÍA.

- 1.1. Estado de Situación Patrimonial al 31/12/2006 y 2005.
- 1.2. Estado de Recursos y Gastos por los ejercicios terminados el 31/12/2006 y 2005.
- 1.3. Estado de Evolución del Patrimonio Neto por los ejercicios finalizados el 31/12/2006 y 2005.
- 1.4. Estado de Flujo de efectivo por los ejercicios concluidos el 31/12/2006 y 2005.
- 1.5. Información complementaria: Notas 1 a 4.

2. ALCANCE DEL TRABAJO DE AUDITORÍA.

He realizado el examen de la información contenida en los estados contables indicados en 1- de acuerdo con las normas de auditoría vigentes, que prescriben, la revisión selectiva de dicha información.

3. DICTAMEN.

En mi opinión, los Estados Contables mencionados en 1. presentan razonablemente la información sobre la situación patrimonial de la Sociedad Argentina de Cancerología – Asociación Civil al 31/12/2006 y 2005, así como los resultados de sus operaciones, las variaciones en el Patrimonio Neto y del flujo de efectivo por los ejercicios terminados en esa fechas, de acuerdo con normas contables profesionales.

4. INFORMACION ESPECIAL REQUERIDA POR DISPOSICIONES LEGALES.

- 4.1. Los Estados Contables mencionados en el apartado 1. surgen de registros contables llevados en sus aspectos formales de conformidad con las normas legales.
- 4.2. Al 31 de Diciembre de 2006 no existen deudas devengadas a favor del Régimen Nacional de la Seguridad Social.

Buenos Aires, 19 de marzo de 2007



## Estados Contables

Por el ejercicio anual N° 11 iniciado el 1 de Enero de 2006  
Finalizado el 31 de Diciembre de 2006.

---

Denominación de la entidad:	“SOCIEDAD ARGENTINA DE CANCEROLOGÍA”
Carácter de la sociedad:	Asociación Civil
Domicilio Legal:	Av. Santa Fé 1171 – Buenos Aires
Inscripción el Registro Público de Comercio:	19 de Noviembre de 1996
Inscripción en la Inspección de Personas Jurídicas:	N° 1.621.307
Autorizada a funcionar:	Res. 001123
Actividad principal:	Investigación y Capacitación sobre el Cáncer.
Composición del Capital:	Suscripto e Integrado \$ 2.000

# El cuerpo como otro

**Marcelo Barros\***

\*Psicoanalista. Miembro de la Escuela Orientación Lacaniana y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis. Docente Universidad de Buenos Aires. Integrante Equipo de Adultos del Centro de Salud Mental N° 3 A. Ameghino.

Trabajo presentado en las Segundas Jornadas de Psicooncología - XII Congreso Argentino de Cancerología, el 11 y 12 de agosto de 2006.

En *Algunas reflexiones sobre la filosofía del hitlerismo* (1934), Emmanuel Levinas opone dos modos de posicionamiento subjetivo frente al cuerpo. Uno se encuentra ligado a la tradición judeocristiana y el liberalismo moderno. El segundo encuentra su paradigma político y filosófico en el nacionalsocialismo de Hitler. Pero el autor advierte que se trata de orientaciones del espíritu que se dan como posibilidades estructurales del sujeto más allá de su vinculación a los movimientos filosófico-políticos aludidos. La raíz de la civilización occidental estaría en la primera orientación, que destaca la oposición, la distancia, la rebeldía y la angustia del sujeto frente a la fatalidad de lo dado, es decir, del cuerpo y del pasado histórico-social. La brecha que separa al sujeto de su mundo, lo separa también de su cuerpo del cual se encuentra escindido. Este sujeto, en tensión y conflicto con el ser, se nos revela con mayor claridad cuando se toma el caso del cuerpo como el paradigma de lo que Levinas llama "el hecho consumado". Tener un cuerpo "es soportarlo como un objeto del mundo exterior". Tanto el cristianismo como el liberalismo moderno se fundarían en el "sentimiento de la eterna extrañeza conlleva el afecto de la angustia, es también el fundamento de una posición deseante que intenta desprenderse de la fatalidad trágica de lo consumado.

Salvando las distancias, no es difícil reconocer en este sujeto que está en disyunción radical con su ser al sujeto dividido de la experiencia analítica. Se trata de una subjetividad en conflicto con su propio cuerpo en el cual no dejaremos de ver a una de las figuras del "prójimo", de ese Otro absoluto que no es en modo alguno un semejante. Y por eso Levinas caracteriza al cuerpo como el "eterno extranjero". La experiencia del inconsciente redobla ese extrañamiento respecto del hecho corporal, dado que no es otra cosa que el extrañamiento del sujeto respecto de sus propios dichos.

Levinas sostiene que esa hiancia entre el yo y el cuerpo queda abolida en dos casos que no dejan de ser familiares al analista: el acto y el dolor. En la acción "el dualismo entre el yo y el cuerpo debe desaparecer", así como en el dolor el enfermo experi-

menta "la simplicidad indivisible de su ser". Lo eclipsado en ambos casos es el sujeto mismo de la experiencia analítica. Bajo la rúbrica de la certeza, tanto el acto como el dolor implican un cierre del inconsciente, un rechazo de la división subjetiva y su indeterminación. Es en este punto donde el pasaje al acto y la melancolización se nos muestran como casos extremos de esta posición. La lógica que los anima va más allá de sus manifestaciones clínicas más dramáticas, dado que está presente toda vez que en el sujeto hay un rechazo de la palabra, una negativa a dar lugar a un tiempo para comprender, al trabajo de elaboración sostenido por una posición deseante. La lógica de la melancolía y del pasaje al acto es la lógica de lo definitivo, de lo consumado, de la instancia en la que ya no cabe nada más que esperar.

Pasemos ahora a considerar lo que el autor propone como una segunda orientación del espíritu, ejemplificada por el nazismo, y que habría introducido un cisma en la historia de occidente. Nos recuerda que esta posición subjetiva no surge de una "anomalía contingente de la razón humana" sino que está vinculada a una posibilidad esencial de la persona. El hitlerismo encuentra la esencia del sujeto no en su libertad sino en su encadenamiento, lo cual significa que promueve una identidad absoluta entre el sujeto y el cuerpo en la que lo biológico se vuelve el corazón de la vida espiritual. Ser uno mismo sería, entonces, aceptar la fatalidad y el encadenamiento, identificarse con el propio Destino, estar encadenado al cuerpo "rechazando el poder de escapar de sí mismo".

El ideal nacionalsocialista comporta para Levinas una seducción y una comodidad. Se presenta como una promesa de autenticidad y, a la vez, sortea la angustia del sujeto que se debate entre diversas ideas tratando de encontrar su verdad. Por eso el hitlerismo promueve una subjetividad que "no puede jugar" con las ideas, y que por lo tanto se rehúsa a la experiencia del inconsciente, ya que "se halla ligado sólo a algunas de ellas, como se halla ligado por su nacimiento a todos aquellos que son de su sangre." Pero la Stimmung del hitlerismo trasciende su dimensión estrictamente política. Se trata de una posición primaria y

elemental que reside en el encadenamiento como modo de existencia. La primacía del cuerpo es en este caso la primacía de lo consumado e irreversible. La adherencia del yo al cuerpo constituye "una unión a la cual nada podría alterarle el gusto trágico por lo definitivo". En ello el hitlerismo no inventa nada nuevo sino que lleva al protagonismo político una orientación subjetiva dada desde siempre.

Tras la mascarada heroica y la fascinación de lo trágico, el nazismo encubre una posición melancólica que no es difícil apreciar en el carácter sacrificial que tuvo el final del régimen y la glorificación de la muerte propia de lo que Umberto Eco llama "el fascismo eterno".

Esta perspectiva trágica está presente siempre como una seducción para el enfermo, y aparece ante el clínico como el riesgo de la melancolización. Y en efecto, es difícil, en el dolor, ser otra cosa que este cuerpo en estado de corrupción. El pasaje al acto se define como identificación masiva con el objeto, con lo que Shakespeare llama "la cosa que soy". Sin que medie el episodio actuador, la melancolización da cuenta de un rechazo por la palabra, de una petrificación en la que el sujeto, identificado con su cuerpo enfermo, se rehúsa a toda dialéctica, a toda invención, incluso a toda renegación que le permita posicionarse como siendo otra cosa que carne sufriente.

Nuestra época prescinde de la épica exaltada y el líder carismático. El mercado libre no se muestra, al parecer, propicio a ningún "encadenamiento" trágico. Pero las paradojas de la sociedad liberal nos confrontan con los aspectos opresivos de lo que Foucault llama la sociedad de control y que Lacan no vaciló en calificar como "un orden de hierro". Aunque no tengamos un discurso racial que encadene al sujeto a su pasado étnico y nacional, asistimos en cambio a una difusión global de estándares corporales que pueden ser "libremente" cumplidos por gracia de las tecnologías del cuerpo. La pantalla mediática global impone, tras un aparente pluralismo, la homogeneidad y el unisexo. Si

hoy la técnica nos permite elegir el cuerpo que queremos, tras esa libertad se impone la convicción de que de todos modos no seremos nada más que ese cuerpo. El cuerpo ha pasado a ocupar el lugar vacante del ideal. Entonces, el Destino ya no está escrito en las estrellas pero se nos quiere hacer creer que está escrito en los genes y la biología molecular. Tales sentencias, carentes de asidero científico, son recitadas con prolijidad oligofrénica. Una mínima dosis de epistemología debería advertirnos que una cosa es el hecho científico y muy otra cosa es la interpretación, la aplicación, y la manipulación ideológica del hecho científico. La clínica actual se muestra cada vez más determinada por lo segundo. Los psicoanalistas deberían recordarlo ante el canto de sirena de los promotores del neuromarketing y su erudición de contratapa.

El rechazo del sujeto, la degradación de la clínica, la expansión de la depresión, la desconfianza en la palabra, están a la orden del día. Si el cuerpo mismo ha pasado a instituirse como el propio ideal, es porque asistimos a una preocupación sin precedentes, por su control y perfección. El nazismo se presentaba como un discurso radicalmente higienista y que a la vez exaltaba la belleza, la salud y juventud del cuerpo. Fue acaso la primera emergencia salvaje de la sociedad de control y el biopoder, aunque velada por el irracionalismo trágico del discurso hitlerista. Creemos estar lejos de todo eso. Pero cabe recordad con Levinas que el encadenamiento al cuerpo no es privativo de un movimiento histórico que surgió como una contingencia, sino que es algo presente siempre como orientación existencial. Cabe preguntarse cuánto tiempo ha de transcurrir para que se tome conciencia del fondo trágico y nihilista que subyace al progresismo hegemónico que promueve la sociedad de control.

## Bibliografía

- *Levinas, Emmanuel, Algunas reflexiones sobre la filosofía del hitlerismo, Fondo de Cultura Económica, 2001, Buenos Aires*
- *Lacan, Jacques, La lógica del fantasma, seminario inédito*
- *Lacan, Jacques, Los nombres del padre, seminario inédito*

---

# El hombre ante la muerte.

## Una mirada antropológica

**Analía C. Abt\***

\*Licenciada en Antropología. Máster en Estudios Sociales Aplicados. Doctoranda en Antropología de la Medicina. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España. Becaria Programa ALBAN-de la Unión Europea.

---

Este trabajo ha sido presentado en las Segundas Jornadas de Psicooncología, en el marco del XII Congreso Argentino de Cancerología, organizado por la Sociedad Argentina de Cancerología, durante el 11 y 12 de agosto de 2006. La exposición se efectuó en la Mesa redonda destinada a reflexionar sobre el tema de la muerte en la filosofía y la cultura. Expondremos aquí lo desarrollado en dicha oportunidad, relativo a las actitudes de la muerte desde una mirada antropológica, así como las implicancias de las mismas frente a la atención de los enfermos oncológicos crónicos y/o terminales.

### Sobre los supuestos orígenes de la preocupación humana por la muerte

Existe consenso entre los especialistas en que la preocupación humana por la muerte se remonta a los orígenes de *Homo sapiens*. La paleoantropología ha tratado de demostrar, que a partir de ciertos cambios sustanciales en la estructura anatómica, en los ciclos biológicos y en el comportamiento—presentes ya en el antecesor de sapiens— se irá desarrollando el tamaño del cerebro, con la consecuente complejidad mental a la cual se atribuye la emergencia de la conciencia que acompañará a *sapiens*. Por ello se afirma que lo que hoy día nos distingue como humanos, la autoconciencia y la conciencia de muerte, son producto de un intrincado y extenso proceso desarrollado durante un largo período de nuestra historia filogenética. La conciencia de la muerte propia es un hecho (pre)histórico y antropológico que demuestra el salto cualitativo que se desarrolla a partir del advenimiento de *Homo sapiens*.

Para algunos autores esta conciencia de muerte puede rastrearse a través del registro arqueológico—aunque los indicios de esta conciencia sean mucho menos tangibles que los del

lenguaje— pues deja su impronta en las sepulturas halladas en distintos lugares. Así, podemos decir que en determinado momento de nuestra historia filogenética aparece el temor, el miedo o la conciencia de muerte y ésta deja su marca en el registro prehistórico:

*“... a través de algún tipo de ritual, algún procedimiento formalizado que identifica y acota un evento o una experiencia concreta”.*

Desde el Paleolítico se multiplican las sepulturas y cementerios, dando origen a diferentes rituales funerarios que se convierten en una rica fuente de información sobre las creencias y actitudes ante la muerte de nuestros antepasados.

Como señala Morín en su ensayo sobre bioantropología (1992:113):

*“... La novedad que sapiens que aporta al mundo no reside, tal como se había creído, en la sociedad, la técnica, la lógica o la cultura, sino en algo que hasta el presente venía siendo considerado como epifenoménico, o ridículamente promulgado como signo de espiritualidad: la sepultura y la pintura”.*

Las tumbas de mayor antigüedad, que corresponden al hombre de Neanderthal, demuestran que el acto de sepultar a los muertos no indica un mero procedimiento que consiste en cubrir el cadáver para proteger al grupo de su descomposición, sino que señala una actitud ritual: en ocasiones el muerto es colocado en posición fetal, a veces es acostado sobre un lecho de flores, en otros casos se encuentran cubiertos por una capa de ocre; también se han encontrado los restos mortales señalados y protegidos por un cúmulo de piedras, e incluso suelen estar acompañados por ofrendas en forma de

alimentos o armas. Estos ofrecimientos funerarios aparecen en algunos casos agregados a ajuares que visten y adornan al difunto.

Las sepulturas y rituales mortuorios testimonian la irrupción de la conciencia de la muerte en la comunidad humana, así como también una serie de transformaciones antropológicas que permitieron y provocaron dicha irrupción (Morín, op. cit., 1.992: 114).

El ritual de enterramiento es un comportamiento específicamente humano, en el que intervienen dos elementos: por un lado, el acto de no ignorar la aparición del cadáver, y por otro las construcciones mentales que su presencia suscita. En efecto, desde que el hombre toma conciencia de la finitud de su existencia, el cadáver recibe una atención y tratamiento especial, valiéndose para ello de diferentes técnicas, que tienen el objetivo de contrarrestar los efectos de la tanatomorfosis: embellecimiento, confección de mortajas, embalsamamiento, cremación, necrofagia, momificación, abandono del cadáver en lugares alejados, preparación de tumbas, etc.

El tratamiento que recibe el cadáver cambia según las épocas, lugares y situaciones sociales del difunto, tales como la edad, la clase social a la que pertenecía, o al tipo de muerte de la que fuera víctima; y puede clasificarse según se ejecuten en los cuatro elementos existenciales:

- inhumación (tierra)
- inmersión (agua)
- cremación (fuego)
- exposición (aire)

En el hombre de Neanderthal aparece ya una estructura de pensamiento que señala a la muerte como una sujeción ineludible de todos los seres vivos, evidenciado tanto por la presencia de los muertos en el mundo de los vivos, como por la conciencia de muerte. Dicha conciencia conduce a la construcción de todo un aparato mitológico-mítico-mágico cuyo propósito es afrontar la muerte, integrarla a la existencia; en todas las sociedades humanas la conciencia de muerte ha desempeñado un papel primordial en la constitución de la mitología, la religión y la filosofía.

Según Morín, la percepción de la muerte que emerge en sapiens se constituye a partir de la interacción de una conciencia objetiva que advierte la mortalidad y una conciencia subjetiva que intenta proclamar, sino la inmortalidad, al menos la existencia de una vida después de la muerte:

*“.. Los ritos de la muerte dan cuenta de, lavan y exorcizan el trauma provocado por la idea de aniquilamiento. En todas las sociedades de sapiens conocidas, las exequias traducen a un mismo tiempo una crisis y su superación, de un lado la aflicción y la angustia, del otro la esperanza y el consuelo. Todo parece, pues, indicarnos que el homo sapiens siente el problema de la muerte como una catástrofe irremediable que le provocará una ansiedad específica, la angustia o el horror ante la muerte, y que la presencia de la muerte se convierte en un problema vivo, es decir, que modela su vida. Asimismo, parece claro que este hombre no sólo rehúsa admitir la muerte, sino que la recusa, la supera y la resuelve a través del mito y de la magia...”*

El hombre es el único animal que entierra a sus muertos. El enterramiento, la sepultura, en suma, la actitud frente al cadáver, marcan a su vez, el paso de la naturaleza a la cultura.

### **Medios para contrarrestar el temor a la muerte: la religión y la filosofía**

Señalamos que la preocupación por la muerte ha ocupado un lugar privilegiado entre los mitos, ritos, las actividades creadoras de los hombres, pues la muerte es el acontecimiento universal e irrecusable por excelencia. Se trata de un acontecimiento que resulta familiar, en tanto que sucede cotidianamente, pero al mismo tiempo, y paradójicamente nos resulta desconocido, ya que siempre el que muere es el otro. Es además natural, aunque se nos presenta como una agresión; es también aleatorio, indeterminable, imprevisible, puesto que se desconoce el momento preciso en que llegará. (L.V. Thomas, 1991: 22).

La etnografía nos ha documentado que la angustia o el miedo a la muerte se encuentran en todos los universos culturales, y que igualmente, en todos ellos los hombres han tratado de liberarse de tal sentimiento. Las construcciones mentales que produce la muerte evoca a fantasías individuales y colectivas, a sistemas de representaciones y a diversos mecanismos de defensa; lo imaginario recurre al símbolo pues es su mediador instrumental privilegiado (L.V. Thomas, 1993: 471).

En su lucha por superar esta angustia los hombres ha puesto en movimiento diferentes mecanismos de defensa. Los procedimientos más frecuentes son la mitologización, que promueve múltiples rituales, y la intelectualización, especialmente en la filosofía. (L.V. Thomas, 1993: 371).

Podemos afirmar que si todo hecho social es un lenguaje, la

muerte lo es también en tanto se encuentra impregnada de significación. Es posible establecer, a partir de su carácter de signo, una semiología antropológica de la muerte, ya que:

- supone un complejo sistema de creencias;
- genera una enorme riqueza de ritos (comportamientos);
- moviliza en el grupo social mecanismos para paliar el daño provocado por la pérdida de sus miembros (creencias, sistemas de pensamiento).

De este modo, cada grupo social percibe la muerte a través de sus propios sistemas de pensamiento, a una denominación particular, donde:

*"... cada uno habla según su estatus o su función o su clase social, pero también según sus dimensiones caracterológicas: indiferencia total, incluso alivio, trabajo de duelo conforme a las reglas del grupo,...sin olvidar la "palabra del final", los silencios, los gritos y susurros..."*

La muerte, indeterminablemente cierta, se presenta a la vida como una amenaza constante, surgente. El hecho de ser capaces de mantener esta insistente amenaza deviene en angustia de muerte, pues presentifica la finitud de nuestra existencia.

En virtud de estas características, podemos hablar de una Antropología de la muerte articulada según dos ejes: por un lado, el difunto, el cual es objeto de cuidados concretos (sepultura, ofrendas, aprovisionamiento de alimentos, etc.) conforme a prescripciones morales impuestas a los sobrevivientes; y por otro, la construcción simbólica que provoca este hecho de naturaleza única. Es decir, al fenómeno físico (cadáver) se añaden las creencias, las emociones y los actos que provoca.

La muerte de cualquier ser humano no es algo dado, simple y evidente, ni siquiera para los propios biólogos, ya que a los fenómenos fisiológicos se añaden un conjunto complejo de creencias, emociones y actos que le dan un carácter propio, peculiar:

*"... Para la conciencia colectiva, la muerte en condiciones normales es una exclusión temporal del individuo de la comunión humana, que tiene como efecto hacerle pasar de la sociedad visible de los vivos a la sociedad invisible de los ancestros.... ..la muerte como fenómeno social consiste en verla como un doble y penoso trabajo de desagregación y síntesis mentales, que sólo una vez concluido, permite a la sociedad, recobrada la paz, triunfar sobre la muerte"*

El duelo marca el comienzo de una etapa de transformación en la relación con el difunto, que será la de la relación entre los vivos y los muertos. En este sentido, podemos decir que los muertos no están jamás en su sitio, sino que siguen obsesionando a los sobrevivientes. Durante el período del duelo, los deudos deben aprender a integrar a la vida cotidiana la materialidad del cadáver, además de imponérselos deberes especiales en esta lúgubre etapa.

## Actitudes ante la muerte y dominios asociados a ella

Para DaMatta (1997), la muerte como problema filosófico y existencial es una cuestión moderna ligada al individualismo como ética de nuestro tiempo y de nuestras instituciones sociales; pero no es así en las sociedades tribales y tradicionales (o relacionales como él las denomina) donde el individuo no existe como entidad moral dominante y el todo predomina sobre las partes. Aquí el problema no es la muerte, sino los muertos. Su tesis es que todas las sociedades tienen que dar cuenta de la muerte y de los muertos, pero que mientras algunos sistemas se preocupan por la muerte, otros lo hacen por el muerto y afirma:

*"... Veo una correlación importante entre la sociedad individualista y la muerte, y entre las sociedades relacionales y los muertos..."*

*(DaMatta, 1997:138)*

De igual forma, L.V. Thomas (1993) establece una diferenciación entre la sociedad de acumulación de hombres (la negrafricana) y la sociedad de acumulación de bienes (la civilización occidental). En la primera, la actitud frente a la muerte es de aceptación y trascendencia (desplazamiento, cambio de estado o reorganización de los elementos de la persona anterior); en la segunda, la actitud es la negación (para el fiel cristiano es el acceso a la eternidad).

Por su parte, Philippe Ariès (1999) desarrolla una periodicidad de las actitudes ante la muerte en las sociedades occidentales, tomando como punto de partida para su análisis, la muerte en la primera Edad Media aportada por la literatura de esa época. Haciendo una apretada síntesis del amplio desarrollo del historiador, rescatamos los distintos momentos señalados por el autor.

Desde el siglo VI al XII, la muerte estaba domesticada, domada, en tanto se encontraba regulada por un ritual consuetudi-

nario. La muerte ocurrida en circunstancias normales, no tomaba a los individuos por sorpresa, traidoramente, sino que se caracterizaba por dejar tiempo para el aviso. Cuando esto no ocurría desgarraba el orden del mundo en el que cada cual creía; esta muerte súbita o repentina era, según una creencia muy antigua la marca de una maldición. Durante este período los difuntos resultaban familiares; no se vivenciaba como drama personal sino comunitario. Pese a la familiaridad con la muerte, los vecinos temían a los muertos y mantenían los cementerios alejados de sus lugares de residencia, como un modo de evitar que los muertos perturbaran a los vivos. Posteriormente, los muertos dejaron de causar miedo a los vivos, y unos y otros cohabitaron en los mismos lugares. Este paso, de la repugnancia a la nueva familiaridad, se produjo por la fe en la resurrección de los cuerpos, asociada al culto de los antiguos mártires y sus tumbas.

Entre el siglo XII y el final del siglo XV es la época de la muerte de sí, la muerte propia, pues se toma conciencia que la muerte implica el fin y la descomposición, por ello predomina el sentido de la biografía. La conciencia de la finitud genera un amor apasionado por el mundo terrestre y una conciencia que sufre al comprender el fracaso a que cada vida de hombre está condenado. El amor por la vida se tradujo en un apego apasionado por las cosas que resistían el aniquilamiento de la muerte. A partir del siglo XVI, el cementerio abandona el centro de las ciudades, la muerte es a la vez próxima y lejana, ruptura y continuidad.

Desde el siglo XVII la muerte va a ser clericalizada: el velatorio, el duelo y el cortejo se convierten en ceremonias de la iglesia. Se produce con ello un cambio profundo de las actitudes del hombre ante la muerte, puesto que el cuerpo muerto, antiguamente objeto familiar, posee ahora un valor tal que su vista se vuelve insostenible. La disimulación del cuerpo ante las miradas no constituye el rechazo de la individualidad física, sino el rechazo de la muerte carnal del cuerpo. Se vuelve impropio mostrar durante demasiado tiempo el rostro de los muertos, aunque su presencia resulta necesaria porque ayuda a la conversión de los vivos.

En los siglos XVII y XVIII la muerte va a ser medicalizada, es decir que se aleja del dominio religioso e irrumpe como problema médico. Michel Foucault (1990) señala que en este período se inicia en la sociedad occidental un "despegue" del sistema médico y sanitario como consecuencia, fundamentalmente, de tres procesos. El primero de ellos se refiere al efecto o huella que deja en la especie humana la intervención médica a la que denomina biohistoria: los mecanismos utiliza-

dos para lograr la regresión de las enfermedades en especial de las infecto-contagiosas; los cambios en las condiciones socio-económicas; los fenómenos de adaptación y de resistencia del organismo; las medidas de aislamiento, higiene y salubridad; influyeron hondamente en la especie humana ya que ésta no permaneció inmune a tales transformaciones.

El segundo –la medicalización propiamente dicha– señala el momento en el cual el cuerpo humano, pero también su propia existencia y la conducta, se hallan insertos en una red de medicalización cada vez más densa y más amplia, y donde la investigación médica se torna más penetrante y minuciosa; también las instituciones de salud se amplían en gran medida. El último proceso, que llama economía de la salud, indica la incorporación tanto del mejoramiento de la salud, como de sus servicios y su consumo, en el desarrollo económico de las sociedades más privilegiadas.

La medicina resulta entonces una estrategia política, ya que permite el control tanto del cuerpo social como de los individuos, ejerciéndose en y a través del cuerpo; de esta manera, éste se transforma en una realidad biopolítica. La natalidad, los decesos, las epidemias, la longevidad, se consideran objetos de control y de saber médico, y están fuertemente conectados con problemas económicos –por los costos de la cura que acarrea y por la falta de producción a la que conducen– y políticos –medidas de control estatales orientadas a la regulación de la reproducción, matrimonio, etc–.

Dicha medicalización se instituye primeramente en algunos países europeos a fines del siglo XVIII y principios del XIX, y en los Estados Unidos en la última mitad de éste. E. Menéndez (1990:83) ha caracterizado como Modelo Médico Hegemónico al paradigma que sustenta dicha medicalización. Este modelo hace referencia al:

*... "conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, la cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado."*

(Menéndez, 1990:83)

A partir del siglo XIX y hasta nuestros días la muerte está invertida, se niega el duelo, se rechaza a los difuntos; el hombre ya no es dueño de su muerte y recurre a los profesionales



para organizar los diferentes ritos (pompas fúnebres, servicios tanatológicos).

El hombre contemporáneo, aunque descubra como un fracaso su vida finita, jamás se ve, o se piensa a sí mismo como muerto. Como afirma Freud (1992:290) aunque seamos conscientes de la irremediable finitud de nuestra existencia, sólo somos capaces de representarnos la muerte del otro; que nos es absolutamente imposible representarnos nuestra propia muerte, ya que siempre participamos de ella como espectadores y que la única manera de hablar de la muerte es negándola. Por esta razón esta escuela psicoanalítica declara que nadie cree en su propia muerte y que cada uno —a nivel inconsciente— está convencido de su propia inmortalidad.

## Muerte social y muerte medicalizada

Desde un punto de vista antropológico, utilizamos el concepto de muerte social para referirnos a aquel individuo que deja de pertenecer a un determinado grupo por diversas causas: límites de edad, ausencia de ocupaciones, degradación, abandono, abolición de su recuerdo, etc. Esta muerte social, que puede darse con o sin muerte biológica, es paulatina ya que se va dando conforme ocurre la ruptura de los lazos que lo unen a los otros:

*"... Todo hombre muere varias veces, y cada vez de una manera diferente: varias veces, puesto que muere tan a menudo como desaparecen, unos a otros, los vivos que se acordaban de él, y de una muerte diferente según la calidad y profundidad de la comunicación interrumpida..."*

En este sentido, podemos afirmar que en la medida que los enfermos terminales van perdiendo o debilitando sus lazos sociales, pueden padecer una muerte social.

Subrayamos anteriormente que la muerte y el morir, al igual que el enfermar, pueden ser pensados como hechos sociales respecto de los cuales los grupos construyen acciones y saberes, y no sólo son procesos definidos profesional e institucionalmente (Menéndez, 1994:71). No obstante, y a pesar de que sabemos que la muerte puede estar presente en cualquier lugar y situación, en ciertos espacios sociales es posible establecer un vínculo más íntimo con la muerte en tanto que, por su práctica cotidiana, algunos sujetos se encuentran más involucrados con la misma, y por ello establecen cursos de acción, tanto para sí mismos como para los demás. (Sudnow, 1971:21). En nuestras sociedades, la muerte es precedida en

la mayoría de los casos de enfermedad, y por ello el médico se encuentra en un contacto estrecho con la muerte:

*"... el médico se encuentra en uno de los pocos grupos ocupacionales que en nuestra sociedad tienen un contacto regular, esperado, con la muerte en el curso de sus roles ocupacionales, siendo los otros principales el sacerdote, sepultorero y, en un cierto modo, el de policía..."*

(Parsons, 1984:413).

Hablamos de muerte invertida, para referirnos a un tipo absolutamente nuevo de morir, aparecido en el transcurso del siglo XIX en algunas sociedades más industrializadas, más técnicamente avanzadas del mundo occidental. La muerte es expulsada, ya que existe un fuerte rechazo hacia ella y se la enmascara tras la enfermedad. Esta actitud ante la muerte, fue gestándose con anterioridad, como consecuencia de la medicalización de las conductas. Ariès (1999) señala que este proceso se conformó en base a tres momentos.

1. Se instala el disimulo en la relación moribundo-entorno, que tiene por efecto apartar al enfermo de los signos del desenlace fatal. A pesar de éste sabe que se está muriendo todos sus allegados, incluso el médico, actúan como si se tratase de una enfermedad que puede ser superada.

2. Se produce el rechazo a los cambios corporales durante el proceso de morir, por ello la muerte de ser hospitalaria: emergen las inconveniencias de los actos biológicos del hombre, siendo la muerte —al igual que las secreciones del cuerpo— sucia e indecente. Los hedores y repugnancias que acompañan al moribundo sólo pueden ser tolerados, y hasta cierto punto, por los familiares o los encargados del cuidado de los mismos. A partir de 1950 se generaliza la muerte en el hospital; las secuelas fisiológicas de la enfermedad pasan al mundo aséptico de la higiene, de la medicina y de la moralidad. Desde ese momento se convierte en muerte solitaria.

3. Medicalización completa de la muerte: como el último episodio de la inversión. El progreso de las técnicas quirúrgicas y médicas que trabajan con un material complejo, un personal competente, son cada vez más eficaces y se encuentran reunidas en el hospital. La muerte ocurre allí como consecuencia del progreso de las técnicas médicas de disminución del dolor y de la imposibilidad material, en el estado de la reglamentación actual, de aplicarlos en casa. El hospital no es sólo un lugar donde uno se cura o donde se muere a causa de un fracaso terapéutico, es el lugar de la muerte normal, provista y aceptada por el personal médico. El hospital se convierte así



en la expresión institucional del modelo mecanicista del cuerpo. Como resultado de ello, la muerte pasa de ser un problema humano y religioso a un problema de funcionamiento del cuerpo:

*“La atención se dirigió al cuerpo y –como tantos otros aspectos de la naturaleza– se convirtió en máquina susceptible de reparación e intervención. De esta redefinición de salud, enfermedad y muerte, así como la profesionalización consiguiente de los encargados de la salud, se desarrolló la institución del hospital tal como la conocemos. En todo caso, cualesquiera que sean sus orígenes históricos y socio-culturales, el hospital es ahora, dentro de nuestra sociedad, el principal contexto en el que se suministra el cuidado sanitario, y dentro del cual se sitúa la muerte...”*

*(Charlesworth, 1996:69)*

El progreso biomédico parecía consagrado a solucionar los problemas del envejecimiento humano. Sin embargo, hoy se duda de la beneficencia incondicional de ese poder. La muerte invertida está dada también por la fuerte creencia de la eficacia de las técnicas y de su poder de transformar el hombre y la naturaleza:

*...“ el modelo de la muerte actual ha nacido y se ha desarrollado donde se han sucedido dos creencias: la de una naturaleza que parecía eliminar la muerte; luego la de una técnica que reemplazaría a la naturaleza y eliminaría la muerte con mayor seguridad.”*

## **Reflexiones finales: ¿Hacia una desmedicalización del proceso de morir?**

Con el surgimiento de los Cuidados Paliativos en los países centrales durante los años '60, la biomedicina comienza, de alguna manera, a reconocer los límites de las intervenciones con finalidades exclusivamente curativas, iniciándose la atención de los enfermos incurables y moribundos, como una nueva especialidad médica. Así, la Organización Mundial de la Salud define a los Cuidados Paliativos como: “la asistencia activa y total de los pacientes y de sus familias por un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo” (O.M.S., 1990). El objetivo de los Cuidados Paliativos es atender al enfermo y a su familia de forma integral, cuidando los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, procurando el máximo bienestar posible (Aresca et al, 2004:17), en el que, el control del dolor y del

sufrimiento se constituyen en los objetivos centrales de la asistencia.

En este contexto se promueve también, el cuidado del enfermo en el hogar –con el apoyo de cuidadores procedentes de los miembros del propio grupo doméstico– como un modo de impedir el ensañamiento terapéutico en las instituciones de salud, evitar la soledad de la hospitalización, impulsar la autonomía del paciente y de la familia frente a las necesidades físicas y psicológicas del enfermo, fortalecer los lazos familiares y sociales durante la etapa final de su vida, atenuar la muerte social, entre otros, sin que estas acciones y cuidados en casa impliquen la desatención desde los servicios de salud (principalmente de los síntomas más apremiantes como el dolor).

Frente a esta propuesta, y observando las transformaciones operadas en la familia durante las últimas décadas (no sólo en lo relativo a las actitudes ante la muerte antes mencionadas, sino principalmente las vinculadas con las actividades ocupacionales/laborales) cabe preguntarse si dichos cuidados son posibles de realizar y sostener dadas las nuevas condiciones del espacio doméstico. En efecto, hemos observado desde una mirada histórica y antropológica, que tanto los moribundos como los difuntos, fueron paulatinamente “desplazados” y/o “expulsados” del ámbito doméstico, debido a la creciente profesionalización de numerosas prácticas vinculadas al cuidado, lo cual requería de la atención por parte de expertos en las distintas instituciones especializadas (hospitales, hospice, empresas fúnebres, etc.). De este modo, los conjuntos sociales fueron paulatinamente delegando dichos saberes y prácticas acerca del cuidado, a quienes se fueron definiendo como especialistas debido a la internalización (una política sostenida por los Estados) de que ciertas acciones ya no les correspondían o ya no debían ser de su competencia, abriendo, así, un camino de intervencionismo generalizado sobre las conductas. En otras palabras, los miembros del grupo doméstico, fueron abandonando numerosas habilidades, prácticas y saberes orientadas al cuidado de los enfermos y moribundos. Este fenómeno, que se inscribe dentro de un largo proceso de medicalización de la vida y de la muerte y que ha caracterizado a las sociedades occidentales donde la biomedicina emergió y se consolidó como la única forma eficaz de atender la enfermedad y la muerte, no puede ser sustituido de manera instantánea, solo mediante la promoción de las ventajas de la asistencia al moribundo en el hogar, sino que dicha transformación requerirá de un cúmulo de condiciones que permitan recuperar tales saberes y acciones por parte de la comunidad. Sin desconocer que en muchos casos la atención domiciliaria

sea la opción más adecuada no sólo para el paciente, sino también para su grupo doméstico-familiar y hasta para el sistema de salud (en términos de costos, cuando la utilización de las altas tecnologías médicas resultan fútiles), no debemos negar que no siempre es posible brindarla, y que lograr una "muerte digna" no implica necesariamente la muerte en la casa, rodeado de la familia. Debemos tener presente que, al interior de las familias se han operado importantes mutaciones, especialmente en los roles de los miembros que históricamente estuvieron abocados al cuidado: las mujeres. En efecto, con la incorporación de la mujer al trabajo asalariado y la modificación de la estructura familiar (debilitamiento de la familia extensa), en otras razones, los hogares actuales han quedado "deshabitados" durante buena parte del día. Incluso en algunos sectores sociales, los roles tradicionales de género preestablecidos (ámbito público delegado a los varones, ámbito doméstico a las mujeres) han sufrido modificaciones significativas que conducen cada vez más a las mujeres a descalificar, impedir, evadir y/o sustraerse del trabajo doméstico. Por otra parte, tampoco hay que omitir que las pautas de ascenso social y económico, se orientan cada vez con mayor fuerza, en detrimento del trabajo realizado en el espacio hogareño.

En este sentido, cabría plantear aquí, algunos interrogantes estrechamente vinculados a dichos procesos. Así, por ejemplo debemos preguntarnos frente a la propuesta de atención domiciliaria emanada de la filosofía de los Cuidados Paliativos: ¿quién/quienes son capaces de hacerse cargo (con las restricciones que ello implica) de los cuidados del enfermo, del anciano o del moribundo en el hogar? ¿Sobre qué modelo de familia se sustenta la promoción de la internación, el cuidado y la muerte en la casa? Estas propuestas ¿individualizan el problema de la atención a los enfermos y moribundos, trasladando o exhortando a la responsabilidad y resolución en el seno de cada grupo doméstico-familiar? El cuidado de estos numerosos grupos de enfermos/ moribundos ¿deja de ser un fenómeno colectivo, y por tanto, de competencia/compromiso estatal? ¿Podemos pensar en una "retirada" del Estado frente a las protecciones sociales de cuidar y paliar?

Dejamos planteados estos interrogantes con el objetivo de abrir o continuar el debate. No obstante, nos atrevemos a pensar en una incipiente desmedicalización del proceso de morir, entendida en términos de traspaso de una asistencia constante y continuada por parte de las instituciones de salud, de una medicina financiada por el Estado, a una propuesta de atención doméstico-comunitaria, un dispositivo extrahospitalario.

Por otra parte, se debe destacar que los gastos extrahospitalarios como las actividades de los centros de atención primaria y las visitas a domicilio, que generalmente se ubican bajo la rúbrica de la prevención, son poco o nada reembolsados por la seguridad social y parcialmente asumidos por el Estado. Esta cuestión constituye una invitación práctica a mantener la hegemonía de las prácticas viejas y frenar las innovadoras, es decir, a perpetuar la asistencia dentro las instituciones sanitarias.

Consideramos que en nuestro país no están dadas aún las condiciones institucionales para una adecuada implementación de la atención domiciliaria por parte de los servicios de salud (quizás porque no se asignan racional y convenientemente los costos de la asistencia), que, sumado a las imposibilidades económicas de grandes conjuntos poblacionales de asumir los cuidados dentro de los ámbitos domésticos (personas a cargo, suministro de medicamentos, recursos materiales y espaciales en el hogar, etc.) atentan contra la efectiva provisión de los cuidados paliativos que los enfermos requieren en la etapa final de sus vidas.

## Notas

1. Leakey, Richard y Lewin, Roger: 1994: 246; Morín, Edgar, 1992:113.
2. Leakey, Richard y Lewin, Roger, 1994: 246.
3. *Op. cit.*: 116.
4. L.V. Thomas, 1993: 474.
5. Hertz, Robert, 1990:102.
6. Savater, Fernando, 1995:148-149.

## Bibliografía

- ABT, A. (1999) *El médico ante la muerte. Tesis de Licenciatura en Antropología, Orientación Socio-cultural. Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario. Inédito.*
- ABT, ANALIA (2004) *Los aportes de la Antropología a los Cuidados Paliativos. En: Medicina Paliativa Vol. 11, Enero-marzo N°1 de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Arán Ediciones, Madrid, España.*
- ABT, A. (2005) *"Representaciones y prácticas en pacientes con diagnóstico de cáncer asistidos en un Efector Público de Tercer Nivel de Atención del Departamento Rosario", Tesis de Maestría en Estudios Sociales Aplicados, Escuela de Posgrado, Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina. Inédito.*
- ARESCA et al. (2004) *Psicooncología. Diferentes miradas. Ed. Lugar, Buenos Aires, Argentina.*
- ARIES, P. (1999) *El hombre ante la muerte. Ed. Taurus, España.*
- CANCER PAIN RELEASE (1998) Vol. 11, N° 1. Publicado por el Centro Colaborador de la OMS en políticas públicas y comunicaciones sobre el cuidado del cáncer, Madison, Wisconsin, EEUU.
- CANCER PAIN RELEASE (1999) Vol. 12, N° 2. Publicado por el Centro Colaborador de la OMS en políticas públicas y comunicaciones sobre el cuidado del cáncer, Madison, Wisconsin, EEUU.

- CHARLESWORTH, M. (1996) *La bioética em uma sociedad liberal*. Cambridge University Press, Gran Bretaña.
- DA MATTA, R. (1997) *A casa & a rua. Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. Ed. Rocco, Rio de Janeiro, Brasil.
- FOUCAULT, M. (1990) *La vida de los hombres infames*. Ed. La Piqueta, Madrid, España.
- FREUD, S. (1992) *De guerra y muerte. Temas de actualidad (1915)*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.
- HERTZ, R. (1990) *La muerte. La mano derecha*. Ed. Alianza, España.
- LEAKEY, R. y LEWIN, R. (1994) *Nuestros orígenes. En busca de lo que nos hace humanos*. Ed. Crítica, Barcelona, España.
- MENÉNDEZ, E. (1990) *Morir de alcohol. Saber y hegemonia médica*. Ed. Alianza, México.
- MENÉNDEZ, E. (1994) "La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?". En: *Alteridades*, 4 (7): pp.71-73, México.
- MORIN, E. (1992) *El paradigma perdido. Ensayo de bioantropología*. Ed. Kairós, Barcelona, España.
- MORIN, E. (1999) *El hombre y la muerte*. Ed. Kairós, Barcelona, España.
- SABATER, F. (1995) *Invitación a la ética. Capítulo XIII: La muerte*. Ed. Planeta Agostini, España.
- PARSONS, T. (1984) *El sistema social*. Ed. Alianza Universidad, México.
- SUDNOW, D. (1971) *La organización social de la muerte*. Ed. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, Argentina.
- THOMAS, L.V. (1991) *Antropología de la muerte*. Ed. Fondo de Cultura Económica, España.
- THOMAS, L.V. (1993) *La muerte*. Ed. Paidós, España.

---

# La función del velo

## Miriam Grignoli\*

\*Licenciada en Psicología. Psicoanalista. Docente del curso de Posgrado del Centro de Salud Mental N° 3 A. Ameghino. Cátedra de la Neurosis. Coordinadora del Área Clínica en la Sociedad Porteña de Psicoanálisis.

Trabajo presentado en las Segundas Jornadas de Psicooncología - XII Congreso Argentino de Cancerología, el 11 y 12 de agosto de 2006.

---

Para introducirnos al tema les evoco la siguiente observación: el cuerpo de aquel que ha dejado de existir es sustraído a las miradas. Según el marco en que ello sucede, algo hace las veces de velo: un pase de mano cierra los párpados sobre los ojos ya sin vida, un lienzo cae sobre el cuerpo o el rostro. Finalmente, la sepultura.

Esa sustracción tiene una función doble: por un lado, configura un borde para la angustia de quien mira ese cuerpo devenido resto mortal, pero también pone límite a la obscenidad de su mirada; por otro, para el que ha muerto, no sólo extiende un manto de pudor, velando la presencia de su despojo, sino que representa el inicio de los rituales que lo restituirán a la categoría de lo simbólico. De eso se trata en los funerales: quien ha advenido al mundo bajo el registro del nombre propio tiene derecho a ser sepultado, más allá de las singularidades de la trama histórica que haya vivido. Recordemos a Antígona, dispuesta a todo para que los restos de su hermano, muerto por orden de Creonte y abandonado a la intemperie, no sean devorados por los pájaros.

¿Cómo se han constituido estos velos? Para el ser hablante, la lengua del Otro constituye la primera morada; su primer ropaje es el velo simbólico constituido por la lengua materna. Es a través de esa lengua que él se arropará en la potencia del Otro materno, en esa omnipotencia que le permite orientarse como sujeto y montar su propia escena del mundo.

Pero si esta instancia constituye la morada primaria, no podrá habitar totalmente allí por el hecho de que el don de amor, la demanda que le llega con el lenguaje, parte de una falta en el Otro que no es posible reducir; y esta dimensión de la falta, ese margen más allá de la demanda —imperativa, incondicional— es lo que rescata al sujeto para el deseo. Caída del velo de la demanda que se metafORIZA y se incluye en otro, aquél del deseo.

Porque no hay universo de discurso, es decir no hay significante que pueda significar su ser, en cada instancia de su constitución el sujeto se enfrenta a un punto de opacidad, que no lo nombra, que lo angustia y del cual se rescata por distintas vías articuladas: la marca del nombre propio, la imagen narcisista, el Ideal del Yo, el fantasma, conforman los velos con los que cuenta para localizarse en el puerto del deseo del Otro. Sabemos que paga allí el tributo con la fijeza de la compulsión a la repetición, que se vuelca en el padecimiento del síntoma y en el cuerpo, tomado en sus redes.

Entre lo que la vida trae y la muerte se lleva, en esa zona de transición, se instala la enfermedad que barre —al menos por un tiempo, aunque sea el del instante primero de apercibimiento— con todos los velos. Y ellos constituyen nuestras ficciones de raigambre simbólica y fundamental, que enmarcan realidad psíquica y goce.

De los que atraviesan esas instancias difíciles —concientes o no de ello— hay quienes se acomodan a las nuevas condiciones de vida y otros que se disponen a morir. El psicoanalista que aborda junto a ellos estas circunstancias extremas necesita considerar tanto los efectos propios de la enfermedad como su singularidad en tanto sujetos del inconsciente.

Cuando enfermamos, nuestro cuerpo se torna molesto, doliente, inquietante, aún siniestro. Puede no respondernos para las dos dimensiones que Freud consideraba como signos de un deseo en causa: amar y producir. Perdemos los parámetros habituales de la vida cotidiana y la condenada rutina de tiempo y espacio se fragmenta fuera de nuestra decisión. Debemos llevarnos a estudios, tratamientos, a veces de efecto violento y desagradable. Lugares, estados y personas desconocidas, profesionales en quienes confiamos o al menos querríamos confiar, pero que al mismo tiempo nos son extraños.

Sin embargo, aunque la enfermedad sea esa irrupción de valor real que rompe con nuestra realidad y provoca efectos que pueden preverse, no permanecerá aislada en la economía libidinal de quien la padece. Será incorporada al resto de los contenidos psíquicos de manera singular y no predecible para el psicoanalista, determinada desde el fantasma con el que su paciente se sostiene como sujeto de deseo.

Y así ocurre, que si algunos reaccionan a los acontecimientos propios del enfermar, con estados depresivos y angustiosos más o menos intensos, otros pueden adoptar una posición de desconocimiento con respecto a la dimensión de la enfermedad o bien adaptarse demasiado a las circunstancias que la rodean. Ese desconocimiento constituye un velo cuya función es de naturaleza diversa. Lo que en lenguaje común se llama una actitud negadora, puede ser por un lado un recurso para dosificar la angustia, darse el tiempo necesario para aceptar todo lo que significa estar enfermo. Con ello se movilizan muchos aspectos que pueden enfrentarse sólo paso a paso: nuestra posición frente a la muerte, la extrañeza del cuerpo, la incorporación del nuevo estado a la relación con los otros.

Pero por otro lado ese desconocimiento podría significar que la enfermedad ha encontrado su lugar en procesos psíquicos estructurales: haber entrado en consonancia con la satisfacción que algunas neurosis encuentran en el sufrimiento, esa particular presencia del masoquismo. Como Freud nos advierte, toda neurosis conlleva un padecer que la hace valiosa para la tendencia masoquista presente en cualquier sujeto. Pero señala que es instructivo enterarse de que, contrariando toda teoría y expectativa, una neurosis que se ha mostrado refractaria a los empeños terapéuticos puede desaparecer, si la persona cae en la miseria de un matrimonio desdichado, pierde su fortuna o contrae una grave enfermedad orgánica. Aquí una forma de padecer ha reemplazado a la otra.

Si lo que en estos casos está comprometido es la retención de cierto grado de padecimiento y no sabemos hasta qué límites, cabe interrogarnos sobre la naturaleza de nuestra intervención como analistas. Contamos como siempre con dos herramientas fundamentales: abstinencia y escucha, ambas enmarcadas por la transferencia. Si con ciertas enfermedades los tiempos corren y apremian, no podemos olvidar que nuestro acto sólo es efectivo en un mínimo marco transferencial y debemos trabajar para ello.

En cuanto a la abstinencia, no es posible apresurar, dando lugar a nuestras expectativas, la aceptación de la enfermedad por parte del paciente, porque como antes señalaba, necesita ente-

rarse en forma gradual o porque la misma puede propiciar su necesidad de sufrimiento. Esa prisa puede colapsar entonces la posibilidad de nuestra intervención.

La Verdad para el sujeto es la verdad del inconsciente y tiene por ello estructura de ficción. Esto significa que no concuerda con los acontecimientos, pero tiene valor determinante y puede obrar para que no sean reconocidos. Nos movemos allí en un terreno en el que sólo nuestra escucha prudente puede orientarnos.

Les acerco las elocuentes palabras que el emperador Adriano escribe en la pluma de Marguerite Yourcenar:

*“Querido Marcos, He ido esta mañana a ver a mi médico Hermógenes, que acaba de regresar a la Villa después de un largo viaje por Asia. El examen debía hacerse en ayunas; habíamos convenido en encontrarnos en las primeras horas del día. Me tendí sobre un lecho luego de despojarme del manto y la túnica. Te evito detalles que te resultarían tan desagradables como a mí mismo, y la descripción del cuerpo de un hombre que envejece y se prepara a morir de hidropesía del corazón. Digamos solamente que tosí, respiré y contuve el aliento conforme a las indicaciones de Hermógenes, alarmado a pesar suyo por el rápido progreso de la enfermedad, y pronto a descargar el peso de la culpa en el joven lollas, que me atendió durante su ausencia. Es difícil seguir siendo emperador ante un médico, y también es difícil guardar la calidad de hombre. El ojo de Hermógenes sólo veía en mí un saco de humores, una triste amalgama de linfa y de sangre. Esta mañana pensé por primera vez que mi cuerpo, ese compañero fiel, ese amigo más seguro y mejor conocido que mi alma, no es más que un monstruo solapado que acabará por devorar a su amo. Haya paz. Amo mi cuerpo; me ha servido bien, y de todos modos no le escatimo los cuidados necesarios. Pero ya no cuento, como Hermógenes finge contar, con las virtudes maravillosas de las plantas y el dosaje exacto de las sales minerales que ha ido a buscar a Oriente. Este hombre, tan sutil sin embargo, abundó en vagas fórmulas de aliento, demasiado triviales para engañar a nadie. Sabe muy bien cuánto detesto esta clase de impostura, pero no en vano ha ejercido la medicina durante más de treinta años. Perdono a este buen servidor su esfuerzo por disimularme la muerte. Hermógenes es sabio, y tiene también la sabiduría de la prudencia; su probidad excede con mucho a la de un vulgar médico de palacio. Tendré la suerte de ser el mejor atendido de los enfermos. Pero nada puede exceder de los límites prescritos; mis piernas hinchadas ya no me sostienen durante las largas ceremonias romanas; me sofoco; y tengo sesenta años”.*

Adriano señala que Hermógenes, además de sabio en su quehacer, tiene la sabiduría de la prudencia. Y aunque ya no cuenta con las virtudes de los nuevos remedios que habrían de curarlo, acepta que el médico finja contar con ello.

¿Hermógenes finge y Adriano perdona la impostura? Nos incli-

namos a pensar que ambos saben de la proximidad de la muerte y sin embargo, aunque en posiciones no simétricas, necesitan sostener un sutil disimulo de la muerte. No es cobardía y engaño lo que está en juego, sino los recursos necesarios para que lo inevitable suceda de la mejor manera posible.

---

# Psicoanálisis y cáncer.

## Lo que el cuerpo dice, lo que el sujeto calla

**Silvia Chab\***

\*Licenciada en Psicología (UBA). Psicoanalista. Ex docente de U.B.A. y Universidad del Salvador. Psicooncóloga. Integrante del Área Psicosocial del GATLA. Participante del Comité de Tumores del Sanatorio Güemes. Integrante del Capítulo de Cuidados Paliativos de la A.A.de S.M. Trabajo presentado en las Segundas Jornadas de Psicooncología - XII Congreso Argentino de Cancerología, el 11 y 12 de agosto de 2006.

Correspondencia: silchab@yahoo.com.ar

---

### Introducción

Las vías por las que llega a la consulta psicológica un paciente con cáncer son diversas. En algunos casos, tal vez los menos, es el propio paciente el que decide iniciar una psicoterapia —o reiniciarla, en un momento tan crítico de su vida—; otras veces es algún integrante del equipo de salud quien deriva al paciente a la consulta psicológica, pero ese camino puede fracasar por obstáculos que provienen tanto del propio paciente o de su entorno, como de las peculiaridades de cada institución, o, incluso de características inherentes al destinatario del paciente, es decir, el Servicio de Psicopatología y sus integrantes.

Más allá de los obstáculos y/o resistencias que encontramos en el camino que conduce a un paciente oncológico hacia el psicoterapeuta, y aún cuando no se haya probado científicamente la asociación entre la asistencia psicológica y una mayor sobrevivencia, algunas investigaciones muestran que sí se asocia a una mejor calidad de vida, careciendo de los efectos adversos que a veces poseen los tratamientos médicos. Y en algunos casos también coexiste con estados de remisión que la ciencia tampoco puede explicar. Al respecto, dice Patrick Valas en "Psicosomática y Cáncer": "Los médicos saben bien, aunque algunos analistas necios pretendan ignorarlo, cómo una enfermedad de esta naturaleza, la más maligna, perfectamente catalogada, conocida tanto en su causalidad como en su evolución, tendrá una modificación paradójica de su pronóstico en función de lo que se ha dado en llamar 'el terreno del enfermo', que no es otra cosa que su posición subjetiva, en otras palabras, su deseo".

En conclusión, intentar allanar esos obstáculos y llegar al sujeto que le concierne resulta un justificado desafío para el psicoanalista decidido a ocuparse de pacientes con cáncer.

### Derivación y demanda

La casuística institucional abunda en situaciones en las que se puede comprobar el fracaso de las derivaciones de pacientes oncológicos a psicoterapia. Presentaré a continuación un caso clínico cuyas aristas y dramático desenlace dejan abiertos muchos interrogantes.

Un paciente a quien llamaré Alfredo, de 56 años fue diagnosticado con cáncer de recto y atendido entre los años 1994 y 1996. En el año 1994 se realiza una cirugía que deja como secuela una colostomía permanente, se realiza Qt adyuvante y Radioterapia. Luego de practicado el tratamiento, presenta dolor en la región perineal como único síntoma que se mantiene en el tiempo. Realiza controles periódicos que muestran que está libre de enfermedad durante todo el período.

El paciente manifiesta realizar una vida normal, salvo por el dolor que aumenta con el transcurso del tiempo y le impide hacer cosas. Con tal motivo se implementa un tratamiento analgésico, y se realiza una interconsulta con otros especialistas que manifiestan que el dolor es producto de los tratamientos combinados. Como actividad deportiva practica la caza, es empleado de una empresa de servicios. Concorre siempre acompañado por su esposa, a quien llamaré Elsa.



No plantea conflictos por la enfermedad, su único problema es el dolor.

Se solicita IC con Psiquiatría (la clínica en donde es atendido que es de una obra social no posee servicio de Psicopatología, el servicio es contratado en otro ámbito) el paciente no concurre a la entrevista con el psiquiatra, pero sí lo hace Elsa, su esposa.

A los 6 meses de tratamiento concurre solo informando que a su esposa le están investigando un nódulo mamario. Aproximadamente un mes después concurre la esposa con una biopsia mamaria positiva para Carcinoma ductal, por lo cual se instaura un tratamiento de Radioterapia para continuar luego con Hormonoterapia.

Durante el tratamiento radioterapéutico de Elsa concurre el esposo con el hijo, manifestando el primero un incremento del dolor e incomodidad con las bolsas de colostomía; se realizaron estudios, y los mismos demostraron que no había progresión de la enfermedad.

Alfredo es derivado nuevamente al especialista en tratamiento del dolor quien informa que el paciente padece "dolor de origen psíquico", y le propone realizar una entrevista psicológica. Simultáneamente instaura un tratamiento analgésico. El paciente continúa negándose sistemáticamente a concurrir a psicopatología en todas y cada una de las oportunidades en que se le sugiere hacer la consulta.

Cuando Elsa termina la Radioterapia, deja de concurrir a la consulta durante 2 meses, tras lo cual regresa e informa que la última semana de la aplicación de su Radioterapia, mientras ella se encontraba en sesión de RT, su esposo se disparó con una escopeta de caza.

La señora retoma el tratamiento, se la deriva a Psicopatología, la paciente acepta y continúa en tratamiento, con una buena respuesta.

El paciente dejó una nota de agradecimiento para todos y planteaba que no podía vivir con el dolor porque lo degradaba como ser humano.

## El psicoanálisis y el enfermo orgánico

De las enseñanzas de Lacan extraemos que el efecto de la estructura significativa sobre el cuerpo es el de un vaciamiento

de goce, permaneciendo a partir de allí localizado exclusivamente en las zonas erógenas. Sin embargo, en los así llamados "fenómenos psicósomáticos", el goce se encarnaría en cualquier otra parte del cuerpo, que, en consecuencia quedarían por fuera de la estructura del lenguaje, o al decir de Miller, "en el límite" de la misma, y no se dialectizan.

En la Conferencia de Ginebra sobre el Síntoma, Lacan se pregunta "¿cuál es la suerte de goce que se encuentra en el psicósomático?", y lo refiere al tipo de metáfora subjetiva que en él se constituye como algo "congelado", a algo del "orden de lo escrito", a un jeroglífico. Y agrega: "el cuerpo se deja llevar a escribir algo del orden del número". En el Seminario XI, Lacan vincula los fenómenos psicósomáticos con la falta de intervalo entre el S1 y el S2, y con la solidificación del primer par de significantes, lo que produce la holofrase. Allí encontraríamos esa especie de congelación radical del Significante en el cuerpo del Sujeto, un cortocircuito responsable de las lesiones de una parte del mismo.

En otras palabras, el goce queda fijado a una parte del cuerpo, y podríamos agregar que el deseo queda congelado, imposibilitado de deslizarse a través de la cadena significativa vinculado al objeto como falta.

## Conclusiones

Volviendo al caso presentado, podríamos considerar que la ausencia de una demanda dirigida a quien se supone debería ser el continente de la angustia que excede a lo que acontece en el cuerpo (lo que el especialista el dolor llamó "dolor de origen psíquico"), es un rasgo habitual en este tipo de pacientes. Quien se vuelve depositario de todo ese caudal de angustia proveniente del paciente y de su entorno, es, en primer lugar, el médico tratante, quien a su vez, por no estar preparado para manejar ese tipo de situaciones, se ve desbordado. En algunos casos, al no encontrar derivaciones apropiadas a estas situaciones, los profesionales pueden llegar a sufrir, como consecuencia, un Síndrome de Burn Out, tan nocivo para los pacientes como para los propios médicos.

¿Qué sucedería si pensáramos que, en estos pacientes, las resistencias a aceptar ser derivados a la consulta psicológica pueden paradójicamente ser un indicador de que en ese lugar, precisamente, se encarna algo del deseo, y que en consecuencia se abriría algún tipo de acceso al Sujeto del inconciente?

En relación a las Resistencias, dice Freud en las Conferencias



de Introducción al Psicoanálisis: “no es nada raro ver individuos que, sufriendo de un terrible dolor de muelas no se deciden a acudir al dentista”, y agrega que dichas resistencias “contienen siempre datos importantísimos de la vida pretérita del enfermo, y nos lo revelan además en una forma tan convincente, que constituyen uno de los mejores elementos auxiliares del análisis, siempre que por medio de una acertada técnica se las sepa orientar favorablemente”.

En otros términos: ¿será indispensable esperar hasta que el paciente se decida a dar el paso hacia el profesional “psi”, o habrá otras formas de producir el encuentro, por ejemplo, y siguiendo con la metáfora de las leyes del mercado, produciendo “oferta” para provocar “demanda”?

Para concluir: la investigación acerca de las peculiaridades subjetivas de estos pacientes que nos permite el marco teórico psicoanalítico; el desarrollo de una práctica clínica tendiente a realizar un trabajo en equipo y multidisciplinario; y la determinación de sortear dificultades que parecen insalvables (y que a veces lo son), son los tres elementos que favorecerán la creación de un marco terapéutico en el cual el paciente que padece

de la enfermedad culturalmente más asociada con la muerte como es el cáncer, pueda habérselas con el goce que lo mortifica, convirtiendo a ese goce –como lo expresa la cita de J.A.Miller– en una “pregunta sobre el deseo”.

## Bibliografía

- Freud, S: “Proyecto de una psicología para neurólogos”- O.C. “Más allá del Principio del Placer”; “Pulsiones y sus destinos”; “Introducción al Psicoanálisis”
- Guir, Jean: “Psicosomática y Cáncer”- Ed.Catálogos-Paradiso
- Lacan, J: “La Dirección de la Cura”; “Subversión del Sujeto y dialéctica del deseo”; “La instancia de la letra en el Inconciente” (en Escritos I y II); Seminarios II, X y XI; “Conferencia en Ginebra sobre el Síntoma”
- LeShan, Lawrence: “Luchar con el Cáncer” Ed. Errepar
- Miller, J.A.: “El canto del cisne”- en Estudios de Psicosomática- Vol.3- Ed. Atuel Cap; “Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicopatológico”
- Valas, Patrick: en “Psicosomática y Cáncer” (ob.cit)
- Chab, Silvia; Faur Ikonickoff Rosa; Giordano Ester: “Y después del tratamiento, ¿qué?” Más allá de lo oncológico. (Trabajo presentado en el FORO del Area Psicosocial del GATLA –Academia de Medicina); Noviembre de 2005-
- Chab, Silvia: “Lo que el cuerpo dice, lo que el sujeto calla” (Presentado en el I Congreso Argentino de Salud Mental)

---

# Sufrimiento y cuidados paliativos al final de la vida.

## Hacia una muerte digna

### Ana I. Marquis\*

\*Psicóloga. Integrante del Equipo de Interconsultas del Servicio de Psicopatología del Hospital Gral. de Agudos Dr. Teodoro Alvarez. Presidenta del Capítulo "Cuidados Paliativos y Salud Mental" de la AASM.

Trabajo presentado en Segundas Jornadas de Psicooncología y Cuidados Paliativos – XII Congreso Argentino de Cancerología - 11 y 12 de agosto de 2006. Alvear Palace Hotel – Buenos Aires

Correspondencia: anaimarquis@yahoo.com.ar

---

La creciente demanda que venimos recibiendo los Profesionales de la Salud Mental para intervenir en la asistencia de Pacientes con enfermedades que amenazan sus vidas, me ha llevado a indagar y reflexionar, desde el Psicoanálisis y desde los aportes de la Bioética, algunos aspectos del abordaje actual en las etapas finales de la vida.

Si bien no podemos desconocer que los enormes avances científicos y tecnológicos han ido permitiendo un aumento de la sobrevida en gran cantidad de pacientes que padecen de enfermedades crónicas (coronarias, renales, oncológicas, cerebrovasculares, etc.), esto no siempre se ha reflejado en la calidad de vida de las fases finales.

Esta nueva realidad fue requiriendo una respuesta desde las Ciencias de la Salud, tendiente a acotar la aplicación irracional de esos avances tecnológicos al diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades.

Es así como se nos han hecho familiares términos como "dignidad de la vida", "verdad subjetiva", "libre elección", "autonomía", "muerte digna", "eutanasia", "suicidio asistido", "encarnizamiento terapéutico", "retiro de soporte vital", "cuidados paliativos", etc.. que han intentado adjetivar el proceso que rodea a las Muertes.

Hoy en día ha quedado muy atrás, aquel estilo medieval de muerte domesticada que nos describe Philippe Ariés, autor de Historia de la Muerte en Occidente.

Para el hombre posmoderno rige un estilo de muerte interdicha, ocultada, escamoteada; se reprueban las manifestaciones de

duelo y los lutos van desapareciendo a medida que se pone la esperanza en que el progreso de la ciencia "cure" a la especie de todo mal.

La Muerte es considerada un fracaso para la Medicina, la ciencia y la tecnología. El desarrollo tecnológico será una buena excusa para ocultar el llamado "encarnizamiento terapéutico".

El contacto cotidiano con Pacientes terminales, nos muestra que muchos de ellos temen una sobrevida hipermedicalizada y un proceso de morir alargado, hecho posible por los nuevos avances tecnológicos tales como respiradores, desfibriladores, dializadores, y sistemas de alimentación artificial. Ya quedan muy pocos casos en que orienta y sigue a un Paciente "el viejo Médico de familia", aquel que solía brindarles la confianza y la intimidad que da el ser escuchado por alguien que visita su casa y conoce la idiosincrasia de esa familia, y sus particularidades como ningún otro.

La muerte natural ya no existe. La mayor parte de ellas hoy en día ocurren en instituciones, y están en conexión con decisiones de no aplicar o retirar intervenciones tecnológicas.

Entonces, el concepto de Muerte Digna sólo tiene sentido en el contexto de una "Muerte intervenida", la que ocurre cuando se desconecta algún aparato, se suspende algún acto médico, o se profundiza la sedación terminal a punto que el Paciente ya no despierta.

Así, lo digno de la muerte sobreviene al final de un proceso, y es ese proceso, no el efímero instante de la muerte, lo que cuenta para calificarla.

Es entonces cuando, según sea lo que se hace, quién lo haga, quiénes estén o no presentes, cómo y dónde se haga, qué se diga y qué no, y cómo se tengan en cuenta las particularidades culturales y subjetivas singulares, y los derechos de cada Paciente, se plantea la discusión sobre el "respeto por la dignidad del muriente". El miedo a la muerte se ha convertido en miedo a un sufrimiento interminable.

Existen numerosos esquemas que recomiendan las características que debiera tener un proceso de Muerte Intervenida, para ser considerada Digna, o lo que es denominado Buena Muerte, entre las que se insiste en:

- alivio de todo sufrimiento evitable para los Pacientes, familiares y cuidadores.
- suspensión de medidas invasivas y fútiles
- veracidad.
- asistencia psicológica y espiritual
- facilitación del acceso a sus familiares (preferentemente en su casa)

Sin embargo, parece difícil lograr delinear categorías universales de una muerte digna para cualquiera hoy, si es que estas categorías son creadas desde fuera de la situación particular, ya que lo que hace que la vida sea digna para cada uno, es el valor intrínseco que tiene para ese sujeto, aunque sea distinta del del resto de los seres vivientes.

Desde el criterio paliativista, que comparto, una "Muerte Digna" podría ser:

- aquella que se produce sin sufrimiento insoportable
- conservando la capacidad para transmitir los afectos en los últimos momentos
- ofreciendo al paciente la posibilidad de tomar decisiones respecto del cuerpo y la propia vida
- respetando las convicciones y valores que han guiado la existencia del paciente.

Y es función de los familiares y de los Profesionales de la Salud, facilitarle al paciente las condiciones para tal elección de cómo morir, con su estilo personal. Y digo esto porque la "buena muerte" sigue siendo "más una aspiración que una práctica médica institucional standard para todos los Pacientes".

En gran cantidad de casos, no se alcanza un control satisfactorio del dolor y otros síntomas antes de morir (a pesar de la gran disponibilidad de opiáceos y otros analgésicos); hay resistencia

a respetar el derecho del paciente a conocer la verdad y a tomar las decisiones de los últimos tiempos, y aún resulta difícil aceptar que las Unidades de Terapia Intensiva no siempre son el mejor lugar para un paciente muriente, aislado de sus familiares, invadido por tubos y asistido por Médicos sin suficiente preparación pregrado para el cuidado de Pacientes Terminales (que muchas veces lo viven como un fracaso personal, con gran angustia).

Solemos encontrarnos con Pacientes con enfermedades muy avanzadas, que no han sido escuchados ni consultados, que se ven prisioneros de las imposiciones institucionales, médicas, tecnológicas, familiares y sociales, que los alientan a resistir la muerte, ya que se sigue destinando más tiempo y recursos al objetivo privilegiado de la "curación" que al control sistemático de síntomas y el "cuidado" de estos Pacientes.

Ellos nos transmiten su deseo de curarse, el temor por lo incierto, y el cansancio por dolores no controlados y tratamientos cruentos e infructuosos, que se suman a la suposición de que "deben seguir tolerando, siendo buenos pacientes para vencer a la enfermedad y a la muerte, y para seguir siendo queridos y valorados por familiares y Médicos". Pero que en realidad, en ciertos momentos ya solo quieren "no seguir sufriendo", o "no seguir viviendo más si va a ser así".

El Psicoanálisis nos ha dado herramientas, para propiciar un espacio en que los Pacientes y sus Familias puedan ir preparándose progresivamente para su muerte, como nos dice Freud, y no "matarla con el silencio". Que no muera el Sujeto antes de su propia "muerte clínica".

Quienes realizamos los seguimientos psicológicos de pacientes murientes, orientamos nuestro trabajo con la palabra hacia el objetivo de que cada sujeto logre ir desligando sus decisiones de los Ideales del Otro, reapropiándose de su historia, reconociendo o construyendo una posible elección personal de la forma en que quiere afrontar su sufrimiento, vivir o morir, teñida por su deseo y por sus propias cadenas significantes, y además conociendo que tiene absoluto derecho a ello.

Es decir, apuntamos a devolverles la palabra a los Pacientes, para que puedan recuperar algo del control que han ido perdiendo por su misma situación de enfermedad, o por la posición de objeto en que han quedado ubicados.

Quisiera finalizar este trabajo puntuando algunos aspectos que atraviesan las prácticas de los Médicos que asisten a estos Pacientes, y que también implican un sufrimiento subjetivo que

merece ser tenido en cuenta por quienes trabajamos en Salud Mental ya que se encuentran con dificultades que exceden a todos los conocimientos para los que la Universidad los ha capacitado.

- El Dilema “curación” ó “fracaso”, promovido por la creciente incidencia del discurso científico-tecnológico en la actualidad, que los deja sometidos, en sus actos, a la normativización que le impone la Ciencia Médica, debiendo llevar a cabo todo lo que desde los procedimientos científicos esté a su alcance para restituir el estado de Salud ó reconocerse impotentes por FRACASAR, quedando a veces desvalorizado el “cuidado” de la persona enferma en etapa terminal.
- Otra cuestión en juego es el Modelo de relación Médico – Paciente que guía sus prácticas, ya que aquel Modelo Paternalista, en que el Médico sabe y decide, y el Paciente obedece, requiere una revisión y un pasaje a un modo de relación en que los Médicos sean reubicados en el lugar de autoridad médica, basada en los conocimientos científicos concernientes a la enfermedad, y los Pacientes sean respec-

tados en su autonomía, sean informados y puedan elegir cómo quieren vivir, y cuánto, qué es vida y qué es muerte digna para ellos, conociendo sus derechos a tomar parte activa en las decisiones que le conciernen, y que estas sean tomadas de modo consensuado entre Paciente, Familia y Equipo Médico tratante. Es lo que hoy se denomina Modelo de Interlocución.

La experiencia nos ha mostrado que esta modalidad suele permitir arribar a decisiones más autónomas, reflexivas y consistentes.

- Por último, un tema de trabajo cotidiano con ellos es la inevitable implicación subjetiva de los Profesionales con algunos pacientes más que con otros, y que merece contar con un espacio instituido para su abordaje resolutivo y preventivo.

Como ven, este es un campo que requiere quizá más que otros el trabajo conjunto interdisciplinario entre Profesionales de la Salud, y que nos mueve a abrir el debate a ello.

---

# Calendario Oncológico 2007 - 2008

---

## Setiembre 2007

6-8 The 6th European Congress. Perspectives en Breast Cancer. España. [www.asco.org](http://www.asco.org)

7-8 World Congress on Gastrointestinal Cancer. 8th Annual U S Perspectives in Colorectal Cancer. Miami, Florida, EE.UU.. [www.asco.org](http://www.asco.org)

23-27 ECCO 14 – The European Cancer Conference. Barcelona, España. [www.asco.org](http://www.asco.org)

## Octubre 2007

11-14 Sixth International Colorectal Cancer Congress. Aventura, Florida, EEUU. [www.asco.org](http://www.asco.org)

16-16 2007 ASCO/COG Symposium. Denver, EE.UU. [www.asco.org](http://www.asco.org)

28/10-14/11 15th International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology (ESGO), Berlín, Alemania. [www.asco.org](http://www.asco.org)

## Noviembre 2007

8-10 4th International Congress on Myeloproliferative Disease and Myelodysplastic Syndromes. New York, EEUU.

15-17 EORTC-TICI-ASCO Annual Meeting on Molecular Marker Cancer. Bruselas, Bélgica. [www.asco.org](http://www.asco.org)

## Febrero 2008

22-23 Sixtyth International Symposium of Supportive Care Cancer Management in the Era of Targeted Agents. New York, EEUU. [www.asco.org](http://www.asco.org)

## Marzo 2008

7-8 Fifth International Symposium on Melanoma and other Cutaneous Malignancies. New York, EEUU. [www.asco.org](http://www.asco.org)

28-29 Fifth International Symposium on Ovarian Cancer and Gynecologic Malignancies. New York, EEUU. [www.asco.org](http://www.asco.org)

## Mayo 2008

30/5-3/6 2008 ASCO Annual Meeting. Chicago, EEUU. [www.asco.org](http://www.asco.org)

## Agosto 2008

27-31 International Union Against Cancer (UICC) World Cancer Congress. Genova, Suiza. [www.asco.org](http://www.asco.org)

# Reglamento y normas para la presentación de artículos para la publicación en la Revista Argentina de Cancerología

La Revista Argentina de Cancerología es la publicación oficial de la Sociedad Argentina de Cancerología. El pedido de publicación deberá dirigirse a: Sociedad Argentina de Cancerología  
Comité Editorial  
Av. Santa Fe 1171 | Buenos Aires | Argentina

Con el propósito de que la Revista Argentina de Cancerología, publicación oficial de la Sociedad Argentina de Cancerología pueda ser indexada a nivel nacional (CONICET) su contenido editorial se adecuará a las Normas Caycit.

La Revista contará con varias Secciones: Editoriales, Trabajos Originales, Trabajos de Revisión, Controversias, Artículos de Opinión, Cartas al Editor, Actividades Societarias, Actualizador Bibliográfico y Calendario Oncológico.

Editoriales: Cualquier miembro de la Sociedad Argentina de Cancerología (SAC), cualquier miembro de la Comisión Directiva o cualquier persona destacada, por invitación, podrá escribir un Editorial para la Revista. Los temas podrán ser variados: sobre comentarios de los artículos que se publican en el cuerpo de la revista, sobre temas de actualidad, sobre un novedoso hallazgo científico, sobre una fecha clave, etc. Su contenido no implica que la revista comparta las expresiones vertidas. Deberá estar firmado por el autor (o autores), así como su grado académico.

Todo artículo deberá ser acompañado por la siguiente declaración escrita, firmada por los autores o por el autor principal, haciendo constar su dirección postal y teléfono: "El/Los autor/es transfieren todos los derechos de autor del manuscrito titulado "-----" a la Revista Argentina de Cancerología en el caso de que el trabajo sea publicado. El/Los abajo firmante/s declaran que el artículo es original, que no infringe ningún derecho de propiedad intelectual u otros derechos de terceros, que no se encuentra bajo consideración de otra revista y que no ha sido previamente publicado. El/Los autor/es confirman que han revisado y aprobado la versión final del artículo así como certifican que no hay un interés económico directo en el sujeto de estudio ni en el material discutido en el manuscrito".

Los artículos enviados para su publicación deben ser originales e inéditos, si bien pueden haber sido comunicados en sociedades científicas, en cuyo caso corresponderá mencionarlo. El Co-

mité Editorial se reserva el derecho de rechazar los artículos, así como de proponer modificaciones cuando lo estime necesario. El artículo enviado a la Revista Argentina de Cancerología para su publicación será sometido a la evaluación del Comité Editorial el que se expedirá en un plazo menor de 45 días y la Secretaría de Redacción informará su dictamen de forma anónima a los autores del artículo, así como de su aceptación o rechazo. La publicación de un artículo no implica que la Revista comparta las expresiones vertidas en él.

La Revista Argentina de Cancerología considerará para la publicación de los artículos, los requerimientos establecidos por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas que elaboraron los "Requisitos Uniformes para Preparar los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas" (Ann Intern Med 1997; 126: 36-47) y su actualización de mayo 2000. El idioma de publicación es el castellano.

Los artículos deben ser impresos con el siguiente formato: papel blanco, tamaño carta o A 4 con márgenes superior e inferior de 30 mm y laterales de 25 mm, a simple faz, doble espacio en todas las hojas, incluidas la correspondiente al título, agradecimientos, referencias, etc. Cada sección comenzará en una página nueva. Las páginas serán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho de cada página. Se acompañará en lo posible otra copia en disquete de 3.5 HD, la que debe tener el texto y gráficos completos.

Se trata de poder disponer del texto puro para una mejor y más rápida edición. El autor deberá contar con copia de todo lo que remita para su evaluación. Un autor será responsable del trabajo y consignará su dirección, número telefónico y e-mail para recibir la correspondencia vinculada a la publicación.

Estructura del trabajo: Cada parte del manuscrito empezará en página aparte, secuencia: I) Título y autores con grado académico en primera página; II) Resumen y palabras clave; III) Texto del artículo; IV) Agradecimientos; V) Bibliografía; VI) Ilustracio-

nes (tablas, gráficos y fotografías).

I) Título y autores: Primera página, debe incluir: el título (conciso e informativo, también traducido al inglés); el nombre completo de los autores, su grado académico u hospitalario, el jefe de servicio; el nombre y dirección de la institución donde se ha realizado el trabajo; el nombre, dirección, número telefónico, fax y e-mail del autor responsable de la correspondencia sobre el manuscrito; el/las fuente(s) de apoyo si las hubiere.

II) Resumen y palabras clave: En español e inglés. El máximo de palabras permitidas será de 150. El resumen debe contener:

Los antecedentes: son una puesta al día del estado actual del problema o sea, cuál es el problema que lleva al estudio.

El objetivo explica qué se quería hacer, con quiénes y para qué.

El diseño es el tipo de estudio realizado.

Los métodos detallan la forma en que se realizó el estudio.

Los resultados deben incluir los hallazgos más importantes.

Las conclusiones constituyen la respuesta directa a los objetivos planteados y deben estar avaladas por los resultados. Al pie de cada resumen deberán figurar una lista de 2 ó 3 palabras clave (key words) (preferentemente deberán utilizar los términos incluidos en la lista de encabezamientos de materias médicas [Medical Subject Headings] (MeSH) que se encuentra en la base de datos Medline que es realizada por la Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU y es de acceso gratuito a través de internet con la interfase pubmed.

III) Tipos de trabajos: Artículos Originales, Comunicaciones, Artículos de Actualización, Artículos de Revisión, Cartas al Editor, Actividades Societarias, Actualizador Bibliográfico, Calendario Oncológico.

Artículos Originales: Deben describir totalmente, pero lo más brevemente posible los resultados de una investigación clínica o de laboratorio que cumpla con los criterios de una metodología científica. Se considera aceptable una extensión máxima de 10 páginas. En los artículos largos se pueden agregar subtítulos para mayor claridad. El artículo deberá estar organizado de la siguiente manera: Introducción, Material y Métodos, Resultados, Comentarios. a) Introducción: Se indicará el campo genérico al cual se referirá el trabajo así como el propósito del mismo. Se resumirá la justificación del estudio y se deberán dar a conocer los objetivos de la investigación: (qué se quiere hacer, con quiénes y para qué). Se evitará aquí la inclusión de datos o conclusiones del trabajo. b) Material y Métodos: Se definirá la población, es decir los criterios de inclusión, exclusión y eliminación empleados para el ingreso de pacientes al estudio, así como también el lugar y fecha exacta de realización del estudio. En caso de haber empleado procesos de aleatorización, se consignará la técnica. Se debe dejar constancia en caso de ser necesario, de la solicitud del consentimiento informado a los pacientes y de la aprobación del Comité de Ética responsable

de la Institución. Se definirán con precisión las variables estudiadas y las técnicas empleadas para medirlas. Se informarán las pruebas estadísticas, con suficiente detalle de modo que los datos puedan ser verificados por otros investigadores, fundamentando el empleo de cada una de ellas. Se proporcionará el nombre del programa estadístico empleado para el procesamiento de los datos y se identificarán con suficiente detalle los procedimientos, equipos (nombre y dirección del fabricante entre paréntesis) así como medicamentos y sustancias químicas empleadas, incluidos los nombres genéricos, las dosis y las vías de administración, para que otros investigadores puedan reproducir los resultados. c) Resultados: Se presentarán en el texto, en las tablas o en los gráficos siguiendo una secuencia lógica. No se repetirán en el texto todos los datos que aparezcan en las tablas o en los gráficos; sólo se destacarán o resumirán las observaciones importantes. d) Comentarios: Incluyen las Conclusiones (consistirán en afirmaciones breves y precisas que responderán al objetivo de la investigación fundamentadas por los resultados obtenidos) y la Discusión (donde se pueden plantear especulaciones y formular nuevas hipótesis, surgidas de la investigación).

Comunicaciones: Estarán constituidas por Introducción, Caso clínico y Discusión. Tendrán una extensión máxima de 6 hojas de texto, con 2 ilustraciones (tablas o gráficos) y un máximo de 4 fotografías. Los resúmenes (castellano e inglés) no deberán exceder las 150 palabras cada uno. La bibliografía no tendrá un número mayor de 15 citas.

Artículos de Actualización y de Revisión: La estructura de éstos tiene una organización libre con el desarrollo de los diferentes aspectos del tema y si el autor ha realizado un análisis crítico de la información, se incluirá un apartado de Discusión. Se pueden utilizar subtítulos para lograr una mejor presentación didáctica. Los autores que remitan este tipo de artículos deben incluir una sección en la que se describan los métodos utilizados para localizar, seleccionar, recoger y sintetizar los datos. El texto tendrá una extensión máxima de 10 páginas y la bibliografía deberá ser lo más completa según las necesidades de cada tema. No requiere Resumen, sí palabras claves.

IV) Agradecimientos: Cuando se lo considere necesario y en relación a personas o instituciones que no deben figurar como autores pero que han sido esenciales por su ayuda técnica, por apoyo financiero o por conflicto de intereses. Van en hoja aparte.

V) Bibliografía: Se indicará en hoja aparte mediante un número correlativo arábigo colocado entre paréntesis y se limitará a las realmente relacionadas con el tema. En el caso de soporte impreso se tendrá en cuenta lo siguiente: El nombre de la revista se abreviará según el estilo del Index Medicus. Para las revistas: Nombre de los autores (si son más de cuatro nombres, co-



locar los tres primeros y agregar: "y colaboradores" o "et al" según corresponda), título completo del trabajo, nombre de la revista, año, volumen, número de las páginas inicial y final, todo en el idioma original. Para los libros: autor/es del capítulo, título del capítulo, autor/es del libro, título del libro, editorial, lugar, año, páginas. Las referencias se colocarán en el texto como superíndice donde corresponda. Se solicita a los autores se aclare al pie de la bibliografía si hay A.R.B. (ampliación de referencias bibliográficas), las cuales podrán ser remitidas por el autor a pedido del lector. Se recomienda la revisión de la bibliografía nacional y su inclusión. En el caso de citas provenientes de textos electrónicos se considerará lo siguiente: Para las revistas: Nombre de los autores (si son más de cuatro nombres, los tres primeros, agregando: "y colaboradores" o "et al" según corresponda), título completo del trabajo, [tipo de soporte], nombre de la revista, fecha de publicación, <disponibilidad y acceso>, [fecha de consulta], número normalizado (ISSN o ISBN). Ejemplo. Myers M, Yang J, Stampe P. Visualization and functional analysis of a maxi-k channel fused to green fluorescent protein (GFP). [en línea], Electronic Journal of Biotechnology, 15 de diciembre de 1999, vol.2, nro 3. <<http://www.ej-b.org/content/vol2/issue3/full/index.html>>, [consulta: 28 de diciembre del 2000], ISSN 0717-3458. Para los libros: autor/es del capítulo, título del capítulo, autor/es del libro, título del libro, [tipo de soporte], editorial, <disponibilidad y acceso>, [fecha de consulta], número normalizado (ISBN).

VI) Ilustraciones: Las Tablas y Gráficos se harán en papel blanco, con tinta negra y deben ser legibles y claros, realizados con impresora de chorro de tinta o superior. Deben estar presentadas en páginas separadas, una tabla o gráfico (barras o torta) por página. El orden será en números romanos. Se les colocará un epígrafe breve a cada ilustración y se aclararán todas las abreviaturas en forma de pie de página. No serán aceptadas fotografías de tablas ni reducciones. Las fotografías serán preferentemente en diapositivas o en papel color, de buena calidad. La orientación de la figura se hará en el dorso con lápiz con una flecha, indicando su extremo superior derecho, como así también orden, nombre del autor y título del trabajo. Los textos explicativos de las fotografías figurarán en hoja aparte o al pie de las mismas. Con las fotografías correspondientes a pacientes se tomarán las medidas necesarias a fin de que no puedan ser identificados. Se requiere autorización (consentimiento informado) para ser publicadas. Las de observaciones microscópicas llevarán el número de la ampliación efectuada. Si pertenecen a otros autores, publicados o no, deberá adjuntarse el permiso de reproducción correspondiente. Si se utiliza un cámara digital el requerimiento mínimo es 2,3 megapíxeles (equivalente a 300 dpi en gráfica) en lo posible con alta resolución.

Cartas al Editor: estarán referidas a los artículos publicados o

cualquier otro tópico de interés, incluyendo sugerencias y críticas. Serán precedidas por el encabezado "Sr. Editor:" y se procurará que no tengan una extensión mayor de dos hojas tipeadas con procesador de texto a doble espacio. Si la carta es aceptada, en todos los casos el Consejo Editorial enviará copia de la carta al autor del artículo referido, dando oportunidad en el mismo número de edición de la carta, de contestar o comentar la consulta y/o opinión del autor de la carta, con las mismas limitaciones de extensión.

Actividades Societarias: la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Cancerología podrá publicar en la Revista su publicación oficial, toda actividad societaria que sea de interés comunicar a los lectores. Podrán publicarse las reseñas y/o resúmenes de Jornadas, la participación en reuniones en el Ministerio de Salud de la Nación, las Reuniones Conjuntas con otras Sociedades, la creación de Filiales, las recertificaciones de la especialidad y cualquier otra actividad que sea considerada de interés para ser comunicada. Es una forma de mantener documentada la historia de la Sociedad Argentina de Cancerología.

Actualizador Bibliográfico: el Director de Publicaciones de la Revista o algún miembro de la Sociedad podrán publicar una síntesis en idioma castellano de artículos sobre temas oncológicos actualizados, que ya hayan sido publicados en revistas extranjeras, y que se estime que sean de gran interés y actualidad. Por ejemplo, el uso de nuevas drogas, resultados de ensayos clínicos, etc. No excederán de cuatro actualizaciones y se dispondrá de dos carillas en el interior de la Revista para su publicación.

Calendario Oncológico: es el propósito del Comité Editorial de la Revista difundir la actividad científica oncológica que se desarrolla tanto en el interior del país como en el exterior. Para ello se incorpora en la Revista un calendario con la mayoría de los eventos científicos nacionales e internacionales a los que se tiene acceso, los mismos se publicitan con varios meses de anticipación al respectivo evento. La actividad científica oncológica de otras sociedades y hospitales también se publica en esa Sección.

La abreviatura adoptada es Rev. Argent. Canc. La Dirección de Publicaciones se reserva el derecho de no publicar trabajos que no se ajusten estrictamente al reglamento señalado. En estos casos le serán devueltos al autor con las respectivas observaciones y recomendaciones. Asimismo, en los casos en que, por razones de diagramación o espacio, lo estime conveniente, podrán efectuarse correcciones de estilo que no afecten los conceptos o conclusiones del artículo, sin previa autorización de los autores.

La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponde exclusivamente a los autores.