UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas



TESIS DE GRADO

"¿El hipotiroidismo como fenómeno psicosomático? Análisis cualitativo del discurso desde las significaciones conscientes y el lenguaje pulsional a la luz del ADL".

PRESENTADA POR

María Agostina Zabaleta

Legajo: A0940003136-P1

TUTORA: Prof. Lic. Roxana Castro Wojda

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Agosto de 2022

Buenos Aires, Argentina

AGRADECIMIENTOS

A la UAI, que me dio todo: una carrera maravillosa y una tutora que junto con su gran equipo son un verdadero lujo. Gracias Roxi y compañía.

También me regaló amigos incondicionales y compañeros muy generosos, que hoy aún me acompañan.

Pero lo que sobretodo le agradezco a la Universidad, es que haya sido el escenario perfecto del encuentro con el amor de mi vida, Tomás, que además es hoy el papá de mi pequeño gran amor, Catalina.

A mi familia de "origen", gracias por enseñarme a nunca bajar los brazos.

Gracias a ustedes, por ser mi pilar y motor para cerrar este ciclo y empezar a cumplir uno de mis sueños, los amo con todo el corazón.

A mi psicóloga Vale R, gracias por el sostén, acompañamiento y enseñanza. Espero algún día ser tan buena en la clínica como vos.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es explorar en el discurso de sujetos que padecen hipotiroidismo, los aspectos relacionales y emocionales de esta afección, así como las distintas significaciones conscientes respecto del desencadenamiento de la enfermedad y el diagnóstico de la misma. Asimismo, analizar las palabras en el discurso de estas personas a partir de los recursos ofrecidos por el Algoritmo David Liberman (Maldavsky, 1997).

El tipo de investigación es no experimental, de diseño exploratorio, con un enfoque mixto y de corte transversal. Se tomó una muestra no probabilística accidental simple de 7 adultos que padecen afección de la glándula tiroidea de tipo hipotiroidismo. De acuerdo a los objetivos, se realizaron entrevistas cualitativas de diseño propio y a partir de ellas, se analizaron las significaciones conscientes de los sujetos entrevistados, en relación a los puntos señalados, y se empleó el Algoritmo David Liberman (ADL) en el nivel redes de palabras, a los fines de detectar los deseos/ pulsiones que se ponen en manifiesto a través del discurso de los participantes.

A raíz de las entrevistas, se analizaron las narrativas de los participantes. Las mismas se sistematizaron mediante el análisis de datos de la teoría fundamentada (Hernández Sampieri et al., 2006). A partir de descripciones compartidas entre los distintos sujetos, se ha llegado a 6 categorías de segundo nivel, con 10 categorías de primer nivel. Las conclusiones desarrolladas, vinculan las categorías y describen las significaciones conscientes y los aspectos relacionales y emocionales de la afección, de acuerdo a los objetivos planteados.

Los resultados obtenidos a partir del empleo del diccionario ADL en el nivel redes de palabras, evidenció la relevancia de los deseos O1, FG y O2. En el caso del deseo O1, podría deberse a la búsqueda de una explicación o diagnóstico, como modo de obtener una respuesta lógica a la aparición repentina de los síntomas del hipotiroidismo. Por otra parte, el deseo FG

pondría en evidencia una exacerbación y un impacto estético frente a las circunstancias del diagnóstico; y en cuanto al deseo O2, este haría referencia a situaciones cargadas de afectos y problemas familiares, emocionales o laborales, al momento de la aparición de la enfermedad.

Se destaca la ausencia del deseo Li, por lo que no habría elementos que permitan afirmar que el hipotiroidismo pudiera considerarse un fenómeno psicosomático, de acuerdo con las teorías psicoanalíticas en vigencia. Por lo tanto, sería interesante continuar ampliando este trabajo, investigando otros niveles de análisis del lenguaje, los actos de habla y relatos, para analizar también las defensas que aparecen en los discursos, y así determinar qué otras cuestiones surgen a partir de la investigación.

Palabras clave: Fenómenos psicosomáticos - Hipotiroidismo – Significaciones Conscientes – Redes de Palabras – Lenguaje Pulsional - Algoritmo David Liberman.

ABSTRACT

The objective of this study is to explore in the discourse of subjects suffering from hypothyroidism, the relational and emotional aspects of this condition, as well as the different conscious meanings regarding the triggering of the disease and its diagnosis. In addition, analyze the words in the speech of these people, based on the resources offered by the David Liberman Algorithm (Maldavsky, 1997).

The type of research is non-experimental, with an exploratory design, with a mixed and cross-sectional approach. A simple accidental non-probabilistic sample of 7 adults suffering from hypothyroidism-type thyroid gland disease was taken. According to the objectives, qualitative interviews of our own design were carried out and from them, the conscious meanings of the interviewed subjects were analyzed, in relation to the points indicated and the David Liberman Algorithm (ADL) was used in networks of words to the purposes of detecting the desires/drives that are revealed through the discourse of the participants.

As a result of the interviews, the narratives of the participants were analyzed. They were systematized through grounded theory data analysis (Hernández Sampieri et al., 2006). From descriptions shared between the different subjects, 6 second-level categories have been reached, with 10 first-level categories. The conclusions developed link the categories and describe the conscious meanings and the relational and emotional aspects of the condition, according to the stated objectives.

The results obtained from the use of the ADL dictionary at the word network level, evidenced the relevance of the desires O1, FG and O2. In the case of desire O1, it could be due to the search for an explanation or diagnosis, as a way to obtain a logical response to the sudden appearance of the symptoms of hypothyroidism. On the other hand, the FG desire would reveal an exacerbation and an aesthetic impact in the face of the circumstances of the

diagnosis; and as for the O2 desire, it would refer to situations loaded with affections and family, emotional or work problems, at the time of the onset of the condition.

The absence of Li desire stands out, so there would be no elements that allow us to affirm that hypothyroidism could be considered a psychosomatic phenomenon, in accordance with current psychoanalytic theories. Therefore, it would be interesting to continue expanding this work, investigating other levels of analysis of language, speech acts and stories, to also analyze the defenses that appear in the speeches, and thus determine what other questions arise from the investigation.

Keywords: Psychosomatic Phenomena - Hypothyroidism - Conscious Meanings - Word Networks - Drive Language - David Liberman Algorithm.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS 1

RESUMEN 2

ABSTRACT 4

ÍNDICE GENERAL 6

ÍNDICE DE TABLAS 8

ÍNDICE DE GRÁFICOS 8

1.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 10

1.1 Introducción 10

1.2 Preguntas de Investigación 13

1.3 Justificación y Relevancia 13

1.3.1 Teórica 13

1.3.2 Práctica 14

1.3.3 Social 14

1.4 Objetivos 14

1.4.1 Objetivo General 14

1.4.2 Objetivos Específicos 14

2.0 MARCO TEÓRICO 16

2.1 Hipotiroidismo 16

2.2 Fenómeno Psicosomático 18

2.3 El Lenguaje como Expresión de Erogeneidades y Defensas 24

2.4 Algoritmo David Liberman (ADL) 27

2.5 Análisis Cualitativo del Discurso 34

3.0 ANTECEDENTES 37

4.0 METODOLOGÍA 43

4.1 Diseño 43

4.2 Participantes 43
4.3 Tipo de Muestreo 43
4.4 Criterios de Inclusión 44
4.5 Criterios de Exclusión 44
4.6 Instrumentos 45
4.6.1 Cuestionario de Datos Sociodemográficos 45
4.6.2 Entrevista Cualitativa 46
4.6.3 Categorización de los Datos a través de la Teoría Fundamentada 47
4.6.4 Redes de Palabras del Algoritmo David Liberman 48
4.7 Validez y Confiabilidad 49
4.8 Procedimiento 50
5.0 RESULTADOS 52
5.1 Análisis de los Datos de la Entrevista Cualitativa 52
5.2 Viabilidad 55
5.3 Interpretación Resultados del ADL 55
5.3.1 Grilla de Deseos en las Palabras 55
5.3.2 Análisis de los resultados 57
6.0 CONCLUSIONES Y DISCUSION 61
7.0 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 65
8.0 ANEXOS 72
8.1 Consentimiento informado 72
8.2 Protocolos 73
8.2.1 Protocolo 1 73
8.2.2 Protocolo 2 81
8.2.3 Protocolo 3 87
8.2.4 Protocolo 4 93
8.2.5 Protocolo 5 97

8.2.6 Protocolo 6 102

8.2.7 Protocolo 7 107

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 52

Tabla 2 56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 56

Gráfico 2 57

1.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Introducción

Una de las problemáticas actuales y de frecuente consulta en el campo de la salud, son las enfermedades psicosomáticas. Es de público conocimiento que cuando hay dolencias físicas que se manifiestan en el cuerpo, las personas concurren al médico, que es quien se especializa en el diagnóstico de todos los procesos que suceden en el organismo. Sin embargo, en determinadas ocasiones, el discurso médico no alcanza para otorgarle al paciente todas las respuestas a sus preguntas respecto a sus dolencias, afecciones o enfermedades.

Muchos de estos pacientes, visitan varios especialistas y médicos aún sin éxito: no pueden encontrar las causas físicas u orgánicas de sus dolencias. Realizan tratamientos médicos y no mejoran. Los fármacos en muchas ocasiones son mejoras transitorias, pero destinadas al fracaso. La psicología se ha ido abriendo paso a lo largo del tiempo ante el saber médico, dando como resultado, sujetos que logran encontrar un sentido respecto de cómo sus preocupaciones y miedos se inscriben en diferentes formas de fenómenos corporales. Es así como para la teoría psicoanalítica, lo psicosomático se entiende a partir del fenómeno psicosomático, desde el cual se otorga gran importancia a la carga afectiva que pasa por la corporeidad del sujeto (Álvarez, 2017).

En relación a esto, este trabajo de investigación toma en consideración teorías con un marco teórico psicoanalítico, como las desarrolladas por Sigmund Freud, Jacques Lacan, Pierre Marty, Silvia Bleichmar y David Maldavsky. Las conceptualizaciones formuladas por dichos autores responden a las consideraciones freudianas sobre las Neurosis actuales.

En consonancia con el marco teórico referido, Álvarez (2017) afirma que los síntomas de la afección psicosomática se encuentran vinculados con una forma de desvalimiento psíquico, cuya etiología responde a fijaciones en la muy temprana edad, cuyos efectos se verán

expresadas como fallas en los procesos de simbolización, lo cual implicaría un déficit en el trabajo psíquico, encontrando en el síntoma y a través del cuerpo una vía de expresión (Álvarez, 2017).

A partir de los autores mencionados, se obtiene una primera definición general acerca de las enfermedades psicosomáticas: son condiciones que están íntimamente ligadas a la representación y a los afectos, que al no poder dar carácter de representación a un estado anímico o afectivo, la carga que inviste no puede ser descargada propiamente como estado afectivo, retornando al cuerpo. Se expresa de un modo arcaico, a través de un lenguaje corporal orgánico, o como enfermedad (López y Belloch, 2002 citado en García Méndez, 2020). Esto quiere decir que, cuando los sistemas de comportamiento y el aparato mental en su combinación se encuentran desbordados por una situación nueva que los pone en jaque, el sujeto responde con el aparato somático, produciendo un traumatismo. El psicoanálisis, define este suceso como traumático ya que considera, que al desorganizarse tanto el aparato mental como el somático, se reducen las posibilidades de adaptación en el sujeto (Marty,1990 citado en García Méndez, 2020).

Es importante destacar, que los trastornos somáticos son definidos por los autores abordados en este trabajo de investigación, como el resultado de situaciones conflictivas sin elaboración mental. A partir de esta definición, se destaca la importancia de diferenciar en el diagnóstico psicoanalítico, para no asimilar los trastornos psicosomáticos a la neurosis, y así no otorgarle un sentido simbólico (Freud,1898).

Algunos autores como Franz Alexander, psiquiatra húngaro y notable representante del psicoanálisis, relacionaron el efecto del estrés con la emergencia de muchas perturbaciones crónicas. Sus ideas y estudios, inspirados en los principios freudianos, dieron comienzo a la Medicina Psicosomática y es a partir de ellos que descubre la influencia del inconsciente en el cuerpo. Para la década del 50’, ya se consideraban siete enfermedades psicosomáticas: úlcera

péptica, colitis ulcerosa, hipertensión, artritis reumatoidea, hipotiroidismo, neuro dermitis y asma (Fernández y Olijavetzky, s.f.).

Actualmente, algunas de las enfermedades psicosomáticas más comunes descritas en la literatura, ocurren en los sistemas respiratorio, endocrino, digestivo, nervioso y locomotor. Para el presente trabajo se tomará el hipotiroidismo, definido como una afección del sistema endócrino que tiene en su base un proceso autoinmune. Es considerado un síndrome que expresa un menor efecto de las hormonas tiroideas en las células. Se ha observado que las hormonas tiroideas pueden alterarse por el estrés crónico (Brown, et al., 2005).

De este modo, el objetivo de este trabajo de investigación es explorar a través de las manifestaciones discursivas de sujetos diagnosticados con hipotiroidismo, los aspectos emocionales y relacionales de esta afección, y la posibilidad de encontrar distintas significaciones conscientes respecto del desencadenamiento y el diagnóstico de la misma, como modo de abordar los fenómenos psicosomáticos desde el marco teórico psicoanalítico. Asimismo, analizar las entrevistas realizadas en el nivel redes de palabras del Algoritmo David Liberman (ADL), método de análisis del discurso con base en la doctrina libidinal de Freud, lo que garantiza su validez metodológica. Este método brinda al investigador las herramientas para entender la dinámica psíquica inconsciente, se centra en los deseos y las defensas que los sujetos ponen en manifiesto a través del lenguaje verbal: relatos, frases y palabras (Maldavsky, 2001a).

El ADL se utiliza para el abordaje de problemáticas clínicas y psicoterapéuticas, ocupándose de la dinámica inconsciente de los pacientes. Es por eso que este trabajo buscará, a través del Algoritmo David Liberman, detectar los deseos/pulsiones que expresan los participantes en su discurso, en uno de sus tres niveles de análisis: redes de palabras (ADL-P), a los fines de generar nuevos conocimientos y aportes para la clínica, y que los mismos puedan implementarse mediante el desarrollo y la sistematización del método ADL, desarrollando

prácticas más específicas y especializadas para el tratamiento de personas que padecen afecciones psicosomáticas.

1.2 Preguntas de Investigación

- ¿Qué eventos, hechos o sucesos ocurrían en la vida del sujeto, al momento de ser diagnosticado el hipotiroidismo?
- ¿Cómo se relaciona el hipotiroidismo con algún suceso, hecho o experiencia de la vida de un adulto?
- ¿Cómo entiende, vivencia, significa de manera consciente y actúa el adulto la afección hipotiroidea que padece?
- ¿Cómo habla el adulto de la afección hipotiroidea que padece?
- ¿Qué emociones presenta el sujeto en relación al diagnóstico de hipotiroidismo?
- ¿Cuáles son los deseos/ pulsiones que el sujeto que padece hipotiroidismo manifiesta a través de las palabras?

1.3 Justificación y Relevancia

1.3.1 Teórica

Esta investigación pretende aportar conocimiento teórico acerca de la importancia y efectividad del enfoque psicoanalítico en el abordaje de los fenómenos psicosomáticos relacionados con la afección hipotiroidea, ya que son casi inexistentes los trabajos de estas características. Además, se pretende incrementar el conocimiento en el ámbito local del Algoritmo David Liberman.

1.3.2 Práctica

El objetivo de este estudio es desarrollar prácticas más específicas y especializadas para implementar en personas que padecen afecciones psicosomáticas, incorporando el desarrollo y la sistematización del método ADL, para mejorar los conocimientos y evaluaciones que se pueden efectuar con dicha técnica.

1.3.3 Social

Se aspira la posibilidad de utilizar esta investigación en otras futuras, que articulen estudios clínicos con la metodología psicoanalítica, aportando referencias bibliográficas.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

A partir de la entrevista cualitativa, explorar en el discurso de sujetos que padecen hipotiroidismo, los aspectos relacionales y emocionales de esta afección, desde las distintas significaciones conscientes respecto del desencadenamiento de la enfermedad y el diagnóstico de la misma, y el lenguaje pulsional en las redes de palabras.

1.4.2 Objetivos Específicos

A partir de la entrevista cualitativa:

- Explorar si los sujetos que padecen hipotiroidismo asocian subjetivamente el desencadenamiento de esta afección con algún suceso, hecho o experiencia particular.
- Explorar qué eventos, hechos o sucesos ocurrían en la vida del sujeto al momento de ser diagnosticada la enfermedad psicosomática hipotiroidea.

- Conocer cómo cada sujeto que padece hipotiroidismo entiende, significa de manera consciente, vivencia y actúa esta afección.
- Conocer cómo son las relaciones sociales de cada persona que padece hipotiroidismo antes y después del diagnóstico.
- Analizar el lenguaje pulsional en redes de palabras.

2.0 MARCO TEÓRICO

2.1 Hipotiroidismo

La glándula tiroides puede sufrir de diversas alteraciones que causan disfunción en la misma. Dichas alteraciones pueden estar dadas tanto a nivel morfológico, como a nivel fisiológico. El hipotiroidismo es una alteración fisiológica de la glándula tiroides, que se caracteriza por una disminución en lo que refiere a la actividad de la glándula, generando un déficit en la producción de hormonas tiroideas T3 (Triyodotirona) y T4 (tiroxina) respecto a la hormona hipofisaria TSH (Hormona estimulante del tiroides). Si bien se considera a dicha patología de base genética, para su desarrollo, su desencadenamiento podría estar relacionado con factores ambientales (biológicos, psicológicos, sociales y culturales). También puede estar asociada a los síntomas derivados de cuadros depresivos, de ansiedad, irritabilidad, o nerviosismo, lo que puede causar temblores, palpitaciones, sudoración, debilidad muscular, etc. (Brown, et al., 2005).

El hipotiroidismo, entonces, se define como una afección del sistema endócrino que tiene en su base un proceso autoinmune. Es un síndrome que expresa un menor efecto de las hormonas tiroideas en las células, que pueden alterarse por varias causas, entre ellas, el estrés crónico (Brown, et al., 2005). Las causas de estas alteraciones, pueden ser psicológicas, ya que los estímulos que la psiquis recibe influyen directamente en el sistema endocrino. Es así como, por ejemplo, las mujeres sufren alteraciones en sus ciclos menstruales por diversas situaciones emocionales que alteran la liberación de hormonas en el organismo (Mena Miranda et al., 2005).

En lo que refiere al diagnóstico, es llamativo que pese a presentar gran cantidad de síntomas, suele confundirse con otros procesos o tardar años en diagnosticarse. Por lo cual, si

no presenta gran cantidad de síntomas, es inadvertida y el diagnóstico podría ser difícil. Las formas asintomáticas del hipotiroidismo sólo se pueden descubrir mediante las pruebas de laboratorio, de TSH basal, que está invariablemente elevada en esta afección. En la actualidad, la solicitud de la T4 libre suele acompañar la de la TSH basal para establecer el diagnóstico de hipotiroidismo, ya que la TSH podría dar valores normales en el diagnóstico de hipotiroidismo subclínico. También, en menor medida puede diagnosticarse a través del estudio de la presencia en el suero de anticuerpos antitiroideos. En los recién nacidos se utiliza la gammagrafía tiroidea (Lozano, 2006).

En lo que refiere al tratamiento, en primera instancia se determinará el origen del hipotiroidismo, si es de origen hipotalámico o hipofisario. También debe determinarse si hay o no presencia de insuficiencia suprarrenal o si el paciente tiene aterosclerosis coronaria (Lozano, 2006). De esta manera, se determinará el tratamiento con hidrocortisona, el mismo debe preceder a la suplementación con levotiroxina o el tratamiento con hormona tiroidea. La Levotiroxina es en este caso, el preparado de elección para tratar el hipotiroidismo, el mismo permite una administración por vía oral diaria, la dosis estará supeditada a los valores de laboratorio y edad del paciente.

El hipotiroidismo puede generar un deterioro significativo de la salud y la calidad de vida de quien lo padece, dando síntomas asociados a la depresión, ansiedad, irritabilidad, nerviosismo , temblores, palpitaciones, sudoración, debilidad muscular, trastornos en el sueño, caída de cabello y uñas, fatiga. Las manifestaciones clínicas son diversas, condicionadas por diversos factores fundamentales, como pueden ser la edad del sujeto, los valores del déficit y el accionar de las hormonas tiroides, es decir, el consumo de oxígeno y los efectos termogénicos (Brenta et al., 2013). Esto determinará que los sujetos que padezcan de dicha afección, presenten diversos grados de disminución del consumo de oxígeno, intolerancia al frío, en

edades que refieren a la infancia y adolescencia; retraso en el crecimiento y desarrollo psicomotor.

El hipotiroidismo subclínico puede tener un impacto significativo en los resultados reproductivos, como ser una mayor incidencia de infertilidad, aborto espontáneo, resultados obstétricos y fetales adversos (Lugo Montoya et al., 2019).

Autores como Franz Alexander, psiquiatra húngaro y notable representante del psicoanálisis, relacionaron el efecto del estrés con la emergencia de muchas perturbaciones crónicas. Para la década del 50', ya se consideraban siete enfermedades psicosomáticas: úlcera péptica, colitis ulcerosa, hipertensión, artritis reumatoidea, hipotiroidismo, neuro dermitis y asma (Fernández y Olijavetzky, s.f.).

2.2 Fenómeno Psicosomático

Para hablar de fenómenos psicosomáticos en términos psicoanalíticos, se puede recurrir a las definiciones de Lacan, quien afirma que es válido hablar de fenómenos sólo si estamos dispuestos a decirlo en plural, porque los "fenómenos psicosomáticos" no son todos iguales. Ahora bien, esta es una aclaración a priori anticipada pero fundamentada en la diversidad de sus manifestaciones, ya que, si se piensa en este tipo de pacientes, los mismos pueden agruparse como un subconjunto de personas que tienen la tendencia a manifestar su malestar a partir de lo corporal (Ulnik, 2002 citado en Ledesma 2019).

Al hablar de malestar, se puede hacer referencia al concepto de "dolor crónico" como forma de padecer. Es por ello que Nasio (2007), a partir de las conceptualizaciones de Freud, define al mismo como el desbaratamiento grave del yo y la parálisis del principio del placer. El principio de placer a su vez, es considerado el guardián del equilibrio psíquico. Así, el dolor que expresa algo que está más allá del principio del placer, moviliza al yo pero no lo destruye (Nasio, 2007, p.108 citado en Ledesma 2019).

Lacan hace referencia al dolor como la expresión del goce, que es en sí mismo un exceso: es la satisfacción de la pulsión que penetra en el campo central incognoscible, en el más allá del deseo (Lacan, 1959-1960, p. 108 citado en Ledesma 2019). La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define al dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión real o potencial. El dolor, en definitiva, representa la alarma que se enciende a partir de una función alterada por lo que es siempre subjetivo (Rocha, 2007, p. 39 citado en Ledesma 2019).

Como antecedente de la concepción de los fenómenos psicosomáticos, en la conferencia 24, Freud (1898) ubica dentro de la dimensión orgánica a las neurosis actuales. Este autor sostiene que la causa es la no descarga de libido somática o la descarga inadecuada, es decir, que la libido actúa al modo de una sustancia tóxica, provocando síntomas que se exteriorizan en el cuerpo. Para Freud, esta libido no tiene mecanismo psíquico, es decir que no hay elaboración psíquica de la misma, entonces el síntoma se vuelve inanalizable (Freud, 1916-1917 citado en Ledesma 2019). Es así como Freud piensa a la pulsión como concepto límite entre lo psíquico y lo somático En este sentido, la enfermedad somática podría estar causada por el modo de tramitar la satisfacción de la pulsión (Freud, 1915a, p.39 citado en Ledesma 2019).

Como psicoanalista post freudiano, y para explicar los avatares del sujeto con relación al síntoma somático, es Lacan quien reconceptualiza a las neurosis actuales como fenómeno psicosomático, para resaltar su carácter trans-estructural y para diferenciarlo del síntoma neurótico en su modo de producción y características. Este autor introduce el concepto de “holofrase”, palabra con significado unívoco, que es la causa del fenómeno psicosomático (Lacan,1964).

Lacan (1992) señala que en los fenómenos psicosomáticos, a diferencia de lo que ocurre en las neurosis, un síntoma como una erupción en el rostro, se movilizará de manera directa, sin ninguna interpretación que la vincule con el pasado del sujeto.

En Argentina, diversos psicoanalistas investigaron y conceptualizaron a los fenómenos psicosomáticos. David Maldavsky (1997a), a lo largo de dos décadas, realizó una larga investigación de los procesos anímicos e intersubjetivos de pacientes con manifestaciones psicosomáticas. Las mismas fueron documentadas en un gran número de artículos y libros publicados por el autor.

Como resultado de estas investigaciones, Maldavsky (1997a) desarrolló su teoría sobre las enfermedades psicosomáticas, que incluye una forma de considerar el cuerpo desde una teoría freudiana; una concepción de la organización del yo primitivo; una descripción de las defensas patógenas y sus estados; una categorización de los trazos del carácter; una mayor precisión sobre los afectos, la percepción, la motricidad y los tipos de discursos, y, por último, un estudio sobre los nexos subjetivos en diferentes contextos: pareja, familia, grupos e instituciones (Costa, et al., 2019).

Con sus investigaciones, Maldavsky (1997b), además de estudiar las seis etapas del erotismo del psicoanálisis clásico de Freud (oral primaria, oral secundaria, anal primaria, anal secundaria, fálico uretral y fálico-genital) creó una séptima etapa libidinal, anterior a la oral primaria, la cual representaría el primer nivel de la sexualidad, apoyada en la autoconservación. Es a partir de las mismas que también observó que las investiduras libidinosas se hacen inicialmente sobre los órganos internos, en especial el corazón y los pulmones. A esta nueva etapa, la denominó intrasomático, lo cual se revela en el Algoritmo de David Liberman (ADL).

El ADL es un método de investigación psicoanalítica creado por Maldavsky. A través de este método se detectan las erogeneidades y defensas en el discurso, con base en la doctrina

libidinal de Freud. Las mismas se expresan en tres niveles de análisis del lenguaje: palabra, frase y relato.

De este modo, con una séptima etapa libidinal intrasomática, Maldavsky, configura las “patologías del desvalimiento psíquico” para designar la clínica de pacientes psicosomáticos. Dentro de ellas también comprende a los pacientes con trazos autistas, a las neurosis tóxicas, y traumáticas, las traumatofilias, las adicciones, los trastornos alimentarios, las perturbaciones del sueño, la violencia vincular, la promiscuidad y otras patologías que, desde el punto de vista teórico, técnico y clínico, difieren de las neurosis, psicosis y perversiones (Maldavsky, 1992; 2004a; 2005).

Uno de los puntos más trabajados en los estudios de Maldavsky (2004a), fue el Yo Real Primitivo, que encuentra una diferencia con lo que Freud denominaba una conciencia oficial, que llamó secundaria, implicada hacer consciente lo inconsciente. Estas se encuentran relacionadas, a su vez, con las patologías neuróticas y psicóticas. Por un lado, plantea la existencia de una conciencia originaria, anterior a las huellas mnémicas y a las representaciones, que llamó neuronal. La misma se encuentra implicada en la captación de la vitalidad pulsional como fundamento de la subjetividad. Según Freud, esta conciencia originaria es la que le concede al ser humano el sentimiento de estar vivo, y su ausencia o des constitución genera la falta del sentimiento de existencia. Maldavsky (2004b) aclara, que cuando esta etapa inicial (la del Yo Real Primitivo) no se halla suficientemente investida, el individuo presenta una limitada capacidad de tomar conciencia de los sentimientos, incluyendo la tristeza, configurando los cuadros que denominó depresión sin conciencia (Maldavsky 1995a, 1995b, 1998a).

Entonces, para Freud, el punto de partida del desarrollo del yo, está en la conciencia y uno de los principales contenidos de esta conciencia es el afecto (que aparece en primer lugar), y luego la percepción (de la cual resultan las huellas mnémicas) ya que inicialmente, la

percepción se encuentra des-investida y consecuentemente se halla indiferente; pero luego toma una significación afectiva, y el mundo sensible adquiere una organización diferencial y se establecen las dimensiones espaciales. Por lo tanto, sentir afecto es un requisito para que surja la conciencia vinculada a las percepciones y es por eso, que cuando falta el matiz afectivo, ocurre una inhibición, total o fragmentada del desarrollo psíquico (Freud, 1914).

En su diferenciación con Freud, Maldavsky (2005) destaca que la conciencia originaria se crea como consecuencia de una serie de factores, tales como 1) cierta economía pulsional; 2) determinado funcionamiento neuronal; 3) una preparación filogenética, instintiva; 4) un contexto facilitador, empático y 5) procesos de proyección en el espacio intra corporal. Según las palabras de este autor, el mundo visual es habilitado y adquiere significación específica a partir de una proyección no defensiva desde la sensorialidad táctil, por lo tanto, se crean nexos entre dos sensorialidades, una táctil y la otra visual (Costa et al., 2019).

En lo que hace a los afectos inherentes al Yo Real Primitivo, Maldavsky (2005) relaciona la angustia automática, propia de los procesos tóxicos, al dolor corporal, la cólera ciega y el goce orgánico. Entre las defensas el autor destaca lo opuesto de la proyección intra corporal, ya que aclara que en realidad se trata de una introyección intra corporal, a través de la cual una investidura cualquiera, en vez de dirigirse al mundo externo, recae sobre los órganos internos. En este caso, las zonas erógenas, toman un órgano como objeto (Costa et al., 2019).

Otra defensa que el autor refiere, es la proyección patógena, mediante la cual el yo busca expulsar el órgano en el cual despertó una tensión de necesidad inmediata mediante alteración interna. Sin embargo, para Maldavsky (1995), la defensa más importante del Yo Real Primitivo, es la desestimación del afecto, que puede ser normal o volverse patógena, lo que sucede cuando toma la expresión del dejarse morir, correspondiendo a una des-investidura que recae sobre el yo, que se entrega a la pulsión de muerte. En este caso, el dejarse morir

combina por proyección patogénica, una tendencia a la eliminación de la energía de reserva con la desestimación del afecto, haciendo que la primera cualidad no se constituya en el yo y, por consiguiente, el mundo sensorial carezca de significación (Costa, et al., 2019).

Por otra parte, Maldavsky (2004a) sostiene que hay factores que inhiben el funcionamiento del Yo Real Primitivo, tales como una afección somática precoz; un estado de duelo acompañado de retracción narcisista de la madre; problemas con la maduración neuronal, resultando en un retraso en la tramitación de las exigencias pulsionales y la combinación de causas anteriores, dificultando al Yo inicial cumplir con sus metas. Para este autor, las metas del yo tienen que ver con diferenciar estímulos endógenos de exógenos, promover el desarrollo de la conciencia originaria y posibilitar la sensorialidad conectada al mundo exterior como significativo. En estas situaciones de golpes y vértigo, sobresalen sobre la captación de frecuencias, predominando una alteración interna basada en proyecciones que buscan expulsar los órganos que registran tensiones de necesidad, juntamente a las introyecciones orgánicas que invisten órganos internos en el lugar de los estímulos del mundo externo.

Finalmente, Maldavsky (2004b) afirma que la defensa que obtiene éxito parcialmente, neutraliza el afecto que mantiene al sujeto en un estado de somnolencia o apatía, sin que se observe el retorno al propio cuerpo de la vida pulsional desde el mundo exterior, predominando la tendencia a dejarse morir; pero también puede ocurrir que vuelvan los estados corporales des investidos y demanden investidura, configurando los estados en los que predominan malestares somáticos en el marco de los procesos relacionados a la alteración interna. (Costa et al., 2019).

Por otra parte, y siguiendo la línea de Lacan, otra psicoanalista Argentina, Silvia Bleichmar (2001) caracterizó “lo traumático” como aquello que, en el momento de su ingreso en el psiquismo, no encuentra modos de simbolización. La misma sostiene, que el aparato

psíquico se encuentra abierto a lo real, que se constituye a partir de inscripciones provenientes del exterior al sujeto, a partir de la decodificación de la lengua, y de inscripciones no lingüísticas. Estas inscripciones no son todas del mismo orden, ni ingresan al psiquismo de la misma manera, ya que pueden hacerlo en momentos de diversas potencialidades simbólicas.

Para explicar esto, la autora diferencia lo arcaico de originario: lo arcaico se hallaría inscripto, pero no articulado a ninguno de los dos sistemas de la tópica inaugurada por la represión originaria. Se trataría de inscripciones que no están fijadas a ningún sistema psíquico, que conservan su carga energética puesto que la represión no ha operado sobre ellas. Diferencia entonces, el síntoma neurótico en sentido estricto del trastorno. Este último, correspondería a manifestaciones sintomáticas en sentido amplio relacionadas con una falla en la instalación de la represión originaria, serían manifestaciones psíquicas que no derivan de un conflicto intersistémico (Romero, 2011).

De este modo, lo psicosomático se emplazaría en este orden de fenómenos, diferentes del síntoma neurótico. Los trastornos psicosomáticos carecerían de un sentido inconsciente; responderían a una dificultad de mentalización del afecto, de darle curso a la angustia y a la trasmutación en descarga corporal. Bleichmar lo conceptualiza como un exceso no significable, ya que considera que son el resultado de una incapacidad de simbolización limitada a ciertas problemáticas angustiosas y no una incapacidad general en la simbolización del sujeto (Romero, 2011).

2.3 El Lenguaje como Expresión de Erogeneidades y Defensas

A lo largo del tiempo, el psicoanálisis freudiano realizó muchos aportes, pero uno de los más centrales, fue el considerar a las manifestaciones (clínicas y otros tipos) como expresión de una erogeneidad. A veces tamizada, otras desfigurada (Maldavsky, 2001a). Además de estos trabajos, Freud y sus colaboradores realizaron diversos estudios que hacen

referencia al modo en que las defensas consideradas “destinos de pulsión”, dejan su huella en dichas manifestaciones, algunas que se configuran como síntoma.

Freud, al respecto de las manifestaciones clínicas, sostuvo que existe lo que denomina ordenador general del conflicto entre los complejos de Edipo, positivo y/o negativo, y el de castración, y es en torno a este eje conflictivo donde se distribuyen soluciones (más o menos costosas) para la vida anímica del sujeto. Las mismas, derivan de las fijaciones yoicas, pero sobre todo pulsionales, y de las defensas. De este modo, para Freud hay dos interrogantes para abordar dichas manifestaciones: determinar cuál es la erogeneidad dominante, cual es la defensa como destino de la pulsión en el Yo; ambas (erogeneidades y defensas) aportan transformaciones transaccionales en tanto desenlaces del conflicto nuclear (Maldavsky, 2001a). Este autor, si bien destacó el valor de ciertas palabras como testimonio de una erogeneidad (como por ejemplo, “morder”, “pegar”, “fuego” y muchas otras más), o mismo de una defensa (“no”, “pero”, entre otras), sin embargo, dejo este estudio inconcluso, pese a su lucha para que el psicoanálisis fuese considerado como ciencia.

Posteriormente, otros autores intentaron establecer las características del discurso de un sujeto paciente con estructura psicopatológica, algunos de un modo exhaustivo, mediante el estudio al detalle de algún caso clínico. “En las manifestaciones discursivas de los pacientes, diferentes autores pusieron en evidencia con sutileza cómo palabras, frases y relatos son indicios de una trama erógena y defensiva compleja, así́ como de sus modificaciones, sea por las intervenciones del analista, sea por otras razones” (Malvdasky, 2001b, p. 700). Se configuran así, al menos tres niveles de análisis:

- Nivel de lo universal, en el cual, las manifestaciones son expresiones de la erogeneidad y la defensa,
- Nivel de lo general, en donde determinada manifestación es expresión de alguna erogeneidad, y/o de una defensa especifica,

- Nivel de lo particular, en tanto el discurso del sujeto expresa una trama de erogeneidades y defensas.

Malvdasky (1997) realiza diversas investigaciones con base en la doctrina libidinal de Freud, mediante la cual describe los tres niveles de análisis. Un primer nivel de lo universal, que refiere a las reflexiones teóricas, es decir, cuál es el tipo de goce que distingue a una erogeneidad de otra, cómo se entraman en su torno las pulsiones de autoconservación y de muerte, y cómo estas erogeneidades se traspone en términos de una motricidad y de una formolización diferencial de la materia sensible; cómo se liga con el mundo mnémico, cómo se destila en una lógica especifica que rige los desplazamientos de energía en el pensar inconsciente, y finalmente como todo ello se expresa en el plano de las manifestaciones discursivas, como incide en el conjunto el sistema de las defensas, entendidas como destinos de pulsión. El segundo nivel, de lo general, corresponde a las reflexiones psicopatológicas, dado que en cada estructura clínica (neurosis obsesivas, paranoia, esquizofrenia, histeria de conversión, entre otras) prevalece una fijación erógena particular y un conjunto especifico de defensas (con el predominio de alguna de ellas), es posible detectar en el discurso ciertos rasgos que sean testimonio de ambos (erogeneidad y conjunto de defensas). El tercer nivel de análisis, de lo particular, corresponde al estudio de un caso clínico específico, en el cual eventualmente es posible advertir la presencia de varias erogeneidades y diferentes sistemas defensivos, con alternancias de todo tipo, que permiten desarrollar hipótesis acerca de una evolución clínica (positiva o negativa) (Maldavsky, 2001b).

Además, este autor agrega a este un cuarto nivel de análisis, que no concierne a ninguno de los otros tres niveles, sino al de lo singular. Este cuarto nivel, tiene que ver con el análisis de un lapsus, de una forma llamativa de nominación, de un juego de palabras, y además, sostiene en el nivel de lo singular, las hipótesis referidas a las erogeneidades y las defensas resultan centrales, y hasta con un mayor énfasis en las consideraciones en que unas

y otras se expresan retóricamente, del mismo modo que lo expuso Freud (1905) en su libro sobre el chiste.

Es a partir de estas consideraciones que Maldavsky (1997) desarrolla un método de investigación específicamente psicoanalítico, buscando categorizar en el discurso de los pacientes los tres niveles en los cuales las distintas erogeneidades y las defensas se manifiestan: redes de palabras, estructuras frase y secuencias narrativa. A este método lo llamó Algoritmo David Liberman, y es el que se utilizará en el presente trabajo a los fines de indagar sobre las pulsiones y las defensas que se manifiestan en el discurso de los participantes.

2.4 Algoritmo David Liberman (ADL)

El Algoritmo David Liberman es un método de estudio del lenguaje psicoanalítico creado por David Maldavsky (1997). Este método analiza el lenguaje en cuanto a las palabras, las frases y los relatos, considerándolos formas de expresión de los procesos subjetivos. Así como la biología opera en relación a lo viviente, y la física es la base para que las ciencias estudien la materia inerte, y el psicoanálisis es para las demás ciencias que consideran como sustento a los procesos subjetivos (Kazez, 2003).

Para explicar la conformación de la subjetividad, la misma puede ser tomada desde la visión freudiana (Maldavsky, 1997), según la oposición actividad-pasividad (Freud, 1915a), la identificación primaria (Freud, 1921), y la de la conciencia inicial (Freud, 1950); Freud (1915a) plantea la oposición actividad-pasividad, teniendo en cuenta la relación entre pulsión yo y objeto, y considera que la pulsión es activa para lo anímico, mientras que esta es pasiva frente a la pulsión. El yo puede salir de la pasividad frente a la pulsión al tomar una posición activa, siendo la esencia de lo subjetivo. Esto se observa en el juego del carretel (Freud, 1920), donde el yo toma un lugar frente a la posición-sujeto, activo en relación a un objeto, en nombre de la

pulsión. Si el yo no fuese activo, la posición de sujeto sería cedida a otro, colocándose como objeto pasivo frente a la pulsión.

Según Kazez (2003), los procesos subjetivos aparecen por el empuje pulsional que lleva al desarrollo de una característica de conciencia, de donde aparecen los afectos y las representaciones. Los procesos subjetivos aparecen en la ligadura entre la libido y las percepciones, uniéndose a la conciencia, la cual puede aparecer al encontrarse con semejantes. Los afectos constituyen la ligadura del de la persona con sus procesos pulsionales. Para analizar los procesos subjetivos, se debe tomar como punto de inicio la pulsión y sus procesamientos individuales, los cuales llevan a la aparición de distintas cualidades, mediante representantes psíquicas, y procesos de pensamiento. El lenguaje es además, una forma de expresión de los procesos subjetivos, como la percepción, la motricidad y el espacio. El análisis del lenguaje permite el estudio de los recursos empleados para el procesamiento pulsional y la posibilidad de adaptarse a los imperativos de la realidad y de la instancia crítico-valorativa que representa a los ideales (Kazez, 2003).

Sneiderman (2012a), plantea que el ADL es una herramienta dentro del método hipotético deductivo, para analizar el discurso desde el psicoanálisis freudiano. Las redes de palabras involucran el análisis de una trama, de los verbos, sustantivos, adverbios, adjetivos y preposiciones, lo que permitió la generación de un diccionario en un programa computacional. Las palabras se engloban considerando su valor semántico, es decir, su significación desde la visión erógena, constituyendo una red articulada para reducir su significado. De esta forma, se puede efectuar una interpretación siguiendo un criterio estadístico.

En alusión a las estructuras-frase, las cuales cuentan con un menor nivel de sistematización, se considera como un inventario empírico en el que se arman dos grillas para analizar frases, para los elementos verbales y para-verbales. De este modo, se puede efectuar una interpretación siguiendo un criterio estadístico o lógico. En referencia a las secuencias

narrativas, se relacionan a la estructura del relato y poseen escenas prototípicas como grillas (Sneiderman, 2012a).

El algoritmo David Liberman, analiza el cambio clínico en el paciente, terapeuta o vínculo. Para esto, se deben considerar las defensas y su estado. El cambio positivo se debe al reemplazo de las defensas patológicas por benignas y es el terapeuta quien debe efectuar un cambio en la táctica y en la estrategia de sus intervenciones, las cuales pueden ser analizadas en base a la función y al estilo. Además, debe haber una mejora en la alianza terapéutica y en la función y el estilo de las intervenciones terapéuticas, lo que reduce las resistencias del paciente. El ADL, permite el análisis de deseos y valores en expresiones psicosociales distintas (Maldavsky, 2013).

Liberman y Maldavsky investigaron el discurso de los sujetos desde la perspectiva psicoanalítica, sosteniendo que cada paciente era un conjunto de erogeneidades y defensas en los que había prevalencias reiteradas, y que frente al temor de fallar, la defensa desarrollada tenga lugar para reprimir o desestimar. Además sostienen que existe un estilo de verbalización y lenguaje, de manifestaciones y comportamiento verbales. Una de las expresiones del proceso psicoanalítico es la comunicación mediante el lenguaje verbal y no verbal; el mismo es testimonio de la labor del Preconsciente y expresa una erogeneidad y una defensa (Sneiderman, 2012b).

El lenguaje del erotismo sigue las concepciones freudianas, consideradas por los autores Liberman y Maldavsky, siendo el lenguaje de la libido intrasomática, oral primaria, sádico, oral secundaria, sádico anal primaria, anal secundaria, fálico-uretral y fálico genital. David Liberman consideró seis clases de estilos comunicacionales: estilo reflexivo, lírico, épico, narrativo, de suspenso y poético o dramático. A ello, Maldavsky (2014) añadió un estilo discursivo o comunicacional que define las patologías del desvalimiento, a las que les imputó una fijación de la libido intrasomática. Al respecto, Liberman consideraba el predominio de la

descarga libidinal mostrando sobreadaptación, en donde la persona se amolda a una realidad demandante, donde hay una falta de matiz afectivo como elemento patognomónico (Sneiderman, 2012a).

Para Sneiderman (2012a), Maldavsky describe tres clases de discurso que responden a las siguientes organizaciones:

- *Catártico:* hay una predisposición a emplear la palabra como un elemento para descargar tensiones. El pensamiento carece de trabajo y valor simbólico.

- *Inconsistente:* hay una adecuación a lo que considera que son las necesidades del oyente, generando adulaciones, lo que le da inconsistencia y poca representatividad al discurso.

- *Especulador:* se calculan cifras y ritmos ajenos. Se hace hincapié en calcular los intereses por sobre un intercambio identificatorio. Se vivencia la realidad como las frecuencias que aparecen de forma rítmica o como algo disruptivo en forma de golpe, o como vértigo y mareos.

Asimismo, Maldavsky (2014) plantea tres niveles de análisis para estudiar el lenguaje:

- redes de palabras,

- estructuras frase,

- secuencias narrativas.

En relación a esto, Sneiderman (2012b) plantea que los indicadores de Interpretación deben continuar el siguiente orden:

- Análisis del símbolo.

- Análisis de la argumentación.

- Análisis de la secuencia.

- Análisis de la defensa.

- Análisis de la erogeneidad.

- Análisis de las convergencias y divergencias.

Para Maldavsky (2016), las ideas centrales son pulsión y defensa, los cuales Freud expuso en diferentes trabajos. Varios psicoanalistas de distintas orientaciones, hicieron hincapié en la importancia de la pulsión como empuje o elemento motivacional. Las pulsiones sexuales cuentan con peso en las manifestaciones, por ende, se planteó el repertorio de las pulsiones:

1) libido intrasomática (LI),

2) oral primaria (O1),

3) sádico-oral secundaria (O2),

4) sádico-anal primaria (A1),

5) sádico-anal secundaria (A2),

6) fálico-uretral (FU),

7) fálico-genital (FG).

Según Maldavsky (2013), el diccionario computarizado del ADL lleva a la detección de los deseos en las palabras del interlocutor. En primer lugar, se especificó la relación entre deseos y palabras. El deseo de la Libido Intrasomática (LI) hace hincapié en escenas relacionadas a la exigencia económica o la intrusión orgánica. Como resultado, las referencias contables o de estados corporales conforman criterios que ayudan a agrupar las palabras. Algunos ejemplos son palabras como "dividendos", "renta", "ganancia", "tripas", "toser". La libido intrasomática fue conceptualizada por Freud (1926), cuando indicó que, en el inicio de la vida luego del parto, la investidura se efectúa sobre ciertos órganos internos. Las pulsiones se asocian a representaciones con huellas mnémicas, convirtiéndose en deseos. En el ámbito de las palabras ligadas a los órganos del cuerpo y las enfermedades, y el dinero, es decir, lo que se expresa con números, testimonian esta pulsión. En el habla, las referencias contables y los porcentajes expresan esta pulsión (Maldavsky, 2017).

Por otro lado, el deseo Oral Primario (O1), describe escenas relacionadas con el pensamiento abstracto, lo que involucra el surgimiento de aparatos para extraer información y conclusiones: telescopios y computadoras; en relación con la motricidad, son vitales la lengua o los dedos. Este archivo contiene términos como "filmar", "televisar", "abstraer", "esencializar" y "sed". En referencia al Deseo Sádico-Oral Secundario (O2), el sacrificio contempla referencias al sufrimiento, la tolerancia, los sentimientos, al amor, la vida familiar, por lo que se consideran términos como "soportar", "doler", "entristecer", "egoísmo", entre otros (Maldavsky, 2013).

En referencia a las “luchas justicieras” del Deseo Sádico-Anal Primario (A1), el gozar con la degradación del otro, y el abuso de su debilidad conforma una diversión que contraria al aburrimiento. El encierro o la parálisis motriz en la derrota constituyen estos relatos, así como las palabras empleadas como actos. Dentro del archivo se encuentran términos como "denunciar", "delatar", "aburrir", "insultar", "divertir", "traicionar" y "encarcelar”. En relación al Deseo Sádico-Anal Secundario (A2), un juramento solemne en un ambiente institucionalizado hace que se incluyan palabras como "deber", "tradición", "moral" y "estudiar", términos referidos a la tentativa de dominar y controlar a través de un saber vinculado a los eventos concretos (Maldavsky, 2013).

Para el Deseo Fálico-Uretral (FU), la rutina y el no poder salir de ella suele dejar desorientada a la persona. De este modo, es relevante hechos como "dónde" o "cuándo", asociados a la ubicación témporo-espacial. Palabras como "orientar", "ubicar" y "localizar" componen el archivo de este deseo. Así, se pueden justificar otras decisiones relacionadas al valor que, en la expresión de los verbos, se refieren a la regulación de las distancias y el contacto. En lo referido al Deseo Fálico-Genital (FG), interesa la búsqueda del embellecimiento al adornar los propios encantos, se pretende impactar estéticamente modelando la imagen según lo que el hablante cree que el otro desea. Sobresale la búsqueda de ser modelado persiguiendo una forma, lo que lleva a que se jerarquice la pregunta "cómo" y a los adverbios

de modo como integrantes del archivo correspondiente. Asociado a este deseo, se tomaron decisiones al vincular los análisis de textos y la sistematización de relatos y actos de habla. Es asi como se consideran términos como "alhaja", "regalar", "asco", "adornar" y "moño" (Maldavsky, 2013).

Las palabras relacionadas con estas escenas y afectos se fueron incrementando al recurrir a los diccionarios de sinónimos. La generación de los archivos terminó en el almacenamiento de una gran diversidad de sustantivos, adjetivos, adverbios y verbos conjugados, infinitivos y gerundios, y preposiciones y palabras con nuevas funciones (Maldavsky, 2013).

Freud (1915a) señaló las defensas y los destinos de las pulsiones, en cuanto al procesamiento psíquico de los conflictos entre estas, y la realidad y el superyó. La defensa opera en relación a las orientaciones en conflicto, mientras que Las defensas patológicas, provocan el empobrecimiento de la vida psíquica, mientras que las funcionales provocan diferenciación y complejización (Maldavsky, 2013). Estas defensas, funcionales y patológicas, pueden ordenarse según la conciliación entre los ámbitos en pugna (Maldavsky, 2013). Entre las funcionales se encuentran:

- acorde a fines,
- inhibición,
- creatividad,
- sublimación.

Mientras que, entre las patológicas se encuentran:

1) represión,

2) represión con rasgos caracterológicos,

3) desmentida,

4) desestimación de la realidad y la instancia paterna,

5) desestimación del afecto.

En muchos ámbitos, una defensa patológica puede utilizarse de manera funcional. Los deseos se mezclan con las defensas funcionales, y cada deseo se une a un grupo de defensas patológicas.

En relación a esto, Freud (1915a) planteó que las expresiones clínicas provienen del fracaso de la defensa, ya que las mismas cuentan con dos aspiraciones complementarias: conservar el equilibrio narcisista, el sentimiento de sí, y rechazar lo desequilibrante manteniéndolo alejado del yo. La defensa exitosa pone en manifiesto que se rechazó algo y que se aumenta el sentimiento de sí, por otro lado, la fracasada quiere decir el regreso de lo rechazado y el surgimiento de la angustia. Finalmente, lo mixto involucra el retorno o no de lo rechazado, no se conserva el sentimiento de sí, sino algo neutro. Entonces, como resultado, la defensa es exitosa, fracasada o mixta.

2.5 Análisis Cualitativo del Discurso

La investigación cualitativa se caracteriza por formular sus objetivos: el planteamiento del problema forma parte de la selección de los recursos que se utilizaran, ya que toma en cuenta las subjetividades de las personas que participan del estudio. Las mismas son una parte muy importante del proceso y es desde el planteamiento del problema que el objeto de investigación es considerado un objeto motivado, intencional e interactivo, que tiene un lugar y una tarea dentro de una sociedad (Hernández Sampieri et al., 2006).

En el proceso investigación cualitativa la recolección de los datos y el análisis de los mismos, ocurren prácticamente en paralelo. Además el análisis no es uniforme, ya que cada investigación requiere un esquema particular. Sin embargo, diversos autores proponen un análisis genérico o común a distintas investigaciones cualitativas, porque su experiencia les ha mostrado que la mayoría de los alumnos que se inician en la dicha metodología, les cuesta trabajo comenzar y se preguntan cómo hacerlo y/o por dónde empezar.

De este modo, Hernández Sampieri et al. (2014) proponen una secuencia para el proceso de análisis básico de datos, incorporando las diversas concepciones de varios teóricos del campo cualitativo:

1) explorar los datos

2) imponerles una estructura (organizándolos en unidades y categorías),

3) describir las experiencias de los participantes según su óptica, lenguaje y expresiones,

4) descubrir los conceptos, categorías, temas y patrones presentes en los datos, así como sus vínculos, a fin de otorgarles sentido, interpretarlos y explicarlos en función del planteamiento del problema;

5) comprender en profundidad el contexto que rodea a los datos,

6) reconstruir hechos e historias,

7) vincular los resultados con el conocimiento disponible y 8) generar una teoría fundamentada en los datos (Hernández Sampieri et al., 2014).

Asimismo, la acción esencial en el análisis de los datos consiste en recibir estructurados, a los cuales nosotros hay que proporcionarle una estructura. Los mismos pueden ser muy variados, pero esencialmente consisten en las observaciones del investigador y el discurso o narrativa de los participantes.

Por su parte, el análisis del discurso es, un campo de estudio y una técnica de análisis a la vez. Un campo de estudio, ya que se destaca por su multidisciplinariedad y por la heterogeneidad de corrientes y tradiciones que en él confluyen. El mismo está constituido por la convergencia de diferentes ciencias (lingüística, sociología, antropología, psicología pedagogía, entre otras), y además, en el interior de cada una de ellas, pueden converger corrientes muy distintas entre sí.

Sayago (2014) sostiene que el análisis del discurso es considerado como tal por dos razones: porque lo pide el objeto de estudio (porque es el modo más adecuado para su análisis) o porque al decidir realizar un trabajo de análisis del discurso, se escoge un tema que se ajusta a las posibilidades que la misma técnica permite. La primera, estrictamente metodológica, se desprende de los objetivos propios del proceso de investigación en curso, y la segunda razón, relacionada con la práctica de investigación en términos generales, como modo de desarrollar y ejercitar experticia teórica y metodológica particular (Sayago, 2014).

De esta forma, la elección del análisis del discurso como técnica para el presente trabajo, tiene que ver con primera razón, siendo la más conveniente de acuerdo con los objetivos planteados.

3.0 ANTECEDENTES

Se ha investigado en torno a la exploración de los aspectos emocionales y relacionales del fenómeno psicosomático en pacientes adultos con hipotiroidismo y a la utilización del método de investigación ADL. A continuación, se presentan algunos estudios considerados relevantes para el presente trabajo de investigación.

Álvarez (2017) realiza una investigación, cuyo objetivo consistió en analizar el discurso de pacientes que padecían asma y psoriasis, que desarrollaban respuestas distintas en relación a su tratamiento médico. Utilizó para el análisis de las verbalizaciones el algoritmo David Liberman (ADL) en sus tres niveles: relato, acto del habla y palabra. La muestra se constituyó por doce pacientes, seis con psoriasis y seis con asma, que respondieron a la lámina blanca del TRO (Test de Relaciones Objetales de Phillipson). Se concluyó que seis de los pacientes que tenían controlados sus síntomas con el tratamiento médico, habían logrado armar un relato, como requiere la consigna del test administrado, mientras que los seis pacientes restantes, no lograron construir una historia, revelando así un déficit en la capacidad de simbolización, resultando el ADL el método más indicado para diferenciar a los pacientes, según la respuesta ante el tratamiento médico.

Por otro lado, Azucena (2015) aborda el fenómeno psicosomático a la luz de las técnicas proyectivas gráficas, tomando como base de relaciones, constructos epistemológicos en los cuales se apoyan las técnicas proyectivas. En su investigación, propone analizar las pautas gráficas y verbales en el test “Dos Personas” (Bernstein, 1964). Para ello toma una población muestral intencional y de participación voluntaria, constituida por 100 casos, equiparados en indicadores sociodemográficos, recolectados por estudiantes de las cátedras de Técnicas de Exploración y Evaluación Psicológica II de USAL, sujetos adultos de 25 a 35 años con afecciones somáticas a los que se les aplicará el test “Dos Personas”, con el objetivo

de analizar las pautas gráficas y verbales de dicho test. Para ello, el autor se apoya en objetivos específicos, como ser relevar en la literatura técnica investigaciones relativas a las afecciones somáticas desde la perspectiva de las técnicas proyectivas gráficas, analizar los aspectos descriptivos y dinámicos de la pareja gráfica, analizar los aspectos formales y de contenido de la pareja verbal, verificar el grado de integración logrado entre la pareja gráfica y verbal, detectar las capacidades de mentalización, expresadas en la pareja verbal. Concluye en que se podría contribuir al diagnóstico del funcionamiento psíquico a predominio somático desde las técnicas de evaluación psicológica, a partir de la detección de pautas gráficas y verbales específicas en los sujetos que padecen trastornos somáticos en Argentina.

Baeza Velazco et al. (2011) en otra investigación que buscaba evaluar la prevalencia de algunos trastornos psicosomáticos en un grupo de adultos jóvenes y examinar su relación con la alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica o psiquiátrica en una muestra de 365 estudiantes de una universidad francesa, a través de un cuestionario de afecciones neuro psicosomáticas, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y el cuestionario de Alexitimia de Toronto. Obtuvo como resultado que los trastornos más frecuentes fueron los dolores articulares y lumbalgia, alergias nasales y jaqueca que los participantes, con al menos cuatro trastornos psicosomáticos, puntuando más alto en la alexitimia y en el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, presentando más depresión y requerido más asistencia psicológica o psiquiatra. Se concluyo que la pertenencia al grupo con más trastornos psicosomáticas no guarda relación con la alexitimia (Baeza Velazco et al., 2011).

Por otra parte, Maldavsky (2015) realizó una investigación a los fines de esbozar un método para estudiar la perturbación contra transferencial, concepto que fue operacionalizado a través de la falla clínica, los deseos y las defensas perturbadoras en el terapeuta. Para esto, tomando 10 casos, se empleó el ADL para detectar fallas clínicas en las intervenciones terapéuticas y sus deseos y defensas. Se concluyó que existían diferentes enactment contra

transferenciales. Esto significa que el terapeuta se colocaba en el lugar del paciente o en el lugar de alguien de la vida psíquica, defendiéndose de esa posición. De este modo, se pudieron investigar los deseos y defensas del terapeuta, sumado a las identificaciones con el paciente o con una persona de su entorno psíquico y de introyecciones de estados somáticos. Se concluyó además, que las fallas clínicas provenían de perturbaciones contra transferenciales del terapeuta, o de la combinación con la limitación en la formación. Es así como el aporte metodológico radicó en el desarrollo y la aplicación de los procedimientos para implementar el ADL, y estos procedimientos podían aplicarse al estudio de la contratransferencia (Maldavsky, 2015).

Febres Cordero Marín y Suárez Alvarado, en el año 2013, indagaron en torno a los fenómenos del cuerpo y psicoanálisis, para lograr entender al respecto de estos, realizaron un recorrido por el discurso médico y por el discurso psicológico, con el objeto de definir qué son las enfermedades psicosomáticas o fenómenos del cuerpo, a los fines de encontrar un modo de abordar dichos fenómenos desde la perspectiva psicoanalítica, y analizar las concepciones de cuerpo-organismo y cuerpo-sujeto para poder ubicar su origen en la historia de los pacientes. Para ello, han tomado casos de diferentes autores, así como también casos propios. Les realizaron diversas entrevistas a los padres de los niños internados en el Hospital de Niños R. Gilbert Elizalde, en la ciudad de Guayaquil, Ecuador, ya que observaron que los mismos eran sujetos que llegaban a enfermar físicamente como resultado de las situaciones vividas en esta unidad hospitalaria, donde debían permanecer hasta que su hijo hospitalizado se recuperara de su dolencia. Lo que las autoras encontraron fue una correlación entre el discurso y los padecimientos aparentemente fisiológicos que estos adultos sufrían durante todo el proceso de hospitalización de sus hijos. A medida que iban trabajando estos adultos respecto de sus miedos, vivencias y creencias, fueron logrando desentrañar la historicidad de estos

diversos malestares físicos, que aparecían cuando sus hijos se encontraban hospitalizados (Febres Cordero Marín y Suárez Alvarado, 2013).

García Méndez (2018) publica un artículo en el cual se intenta explicar las enfermedades psicosomáticas, partiendo de un constructo, que las mismas refieren a un conjunto de dolencias que no logran ser explicadas por una entidad patógena exclusiva; son esos cuadros recurrentes, limitantes, que generan continuos gastos en el sistema de salud, disminuyen la calidad de vida de aquellos que se encuentran aquejados por estas afecciones y generan múltiples preguntas y sólo escasas respuestas. Para ello hace un recorrido en las diversas conceptualizaciones, clasificaciones y abordajes desde múltiples marcos teóricos referenciales.

Asimismo, Gómez Dolzer (2021), realizó un estudio exploratorio psicoanalítico en 7 pacientes con afecciones psicosomáticas dermatológicas que se encontraban realizando un tratamiento psicológico individual ambulatorio en el Servicio de Dermatología del Hospital Bernardino Rivadavia, de la Ciudad de Buenos Aires; abordando dichas afecciones mediante el análisis de los deseos, las defensas y sus estados, que se ponían en manifiesto en las respuestas verbales brindadas durante la administración del Cuestionario Desiderativo, así como en los sueños y recuerdos que posteriormente fueron analizados con el método ADL, en el nivel de los actos del habla (ADL-AH). Concluye resaltando el gran valor del ADL como herramienta para la investigación psicoanalítica del lenguaje, así también, la sensibilidad diagnóstica que tiene el Cuestionario Desiderativo para detectar libido intrasomática. Su trabajo quedó enmarcado dentro del marco psicoanalítico de las patologías del desvalimiento, las cuales han sido desarrolladas ampliamente por Maldavsky (1994), quien formuló que las mencionadas patologías incluyen tanto las discapacidades físicas, las afecciones psicosomáticas y crónicas, las adicciones y las patologías traumáticas, como la tendencia al accidente y los desamparos sociales.

Maldavsky, junto con las investigadoras Manson y Álvarez (2008) realizaron una investigación basada en el análisis de una sesión del segundo año del tratamiento psicoterapéutico de un paciente que padecía psoriasis, aplicando el ADL. Concluyeron que durante las sesiones el paciente desarrollaba una estrategia resistencial, y que su estructura psíquica se encontraba en equilibrio gracias a una combinación entre la desestimación del afecto exitoso/fracasada, la desmentida exitosa y la represión, más rasgos evitativos igualmente exitosos. De este modo, la afección psicosomática se encontraba relativamente controlada, mientras que en otros momentos de la vida del paciente las defensas anteriormente mencionadas fracasaban, agravando su afección psicosomática, hallando así fuertes coincidencias entre los resultados del análisis de este caso y los resultados de otros diez casos estudiados en una investigación previa.

También Maldavsky (2014), redactó un artículo en el que describe dicho algoritmo (ADL) como un método para analizar los deseos y las defensas presentes en el discurso, que explica las ideas de deseo y defensa, en tres niveles de análisis: relatos, actos del habla y palabras. En lo que respecta al relato, el ADL contaba con una grilla para evaluar las escenas, considerando cinco momentos: estado de equilibrio, despertar de un deseo, tentativa de consumación, consecuencias, y estado final, así como los rasgos que diferenciaban cada deseo. En relación a otro de los niveles, los actos de habla, el ADL plantea una grilla para analizar los deseos en las escenas desarrolladas. Finalmente, en cuanto al análisis de las palabras, emplea un diccionario computarizado con más de 600.000 palabras. Para los tres niveles de análisis, el ADL lleva instrucciones para analizar las defensas.

Por otro lado, Messina Schwartz (2018) presenta una investigación de enfoque cualitativo desde una orientación psicoanalítica, en la cual aborda cómo los mecanismos intrapsíquicos pueden implicarse en las diversas formas de somatización, como fenómenos psicosomáticos, de desajuste o síntomas conversivos, articulando las teorías de la

simbolización y representación psicoanalíticas con los casos clínicos analizados. Concluye que los fenómenos psicosomáticos estarían encuadrados por un defecto de traducción de las primeras experiencias perceptivas, aquellas que no se han constituido psíquicamente, permaneciendo inconscientes y trasladándose al soma. Puede observarse cómo mente y cuerpo están fuertemente correlacionados, en tanto los factores psíquicos repercuten en el cuerpo fisiológico, de la misma forma que los efectos somáticos afectan a la mente, las emociones y los estados afectivos.

Por último, Pérez Zambón (2014) escribió un artículo con una propuesta sobre la interpretación y el análisis de las respuestas al Test de Persona Bajo la Lluvia. Para ello, se siguieron tres caminos: considerar el análisis de la respuesta verbal y analizarla según los deseos, con el diccionario computarizado del ADL. Luego, se generó una distribución de las frecuencias de los deseos en las palabras de lo sujetos. Se tomó como unidad de análisis los relatos y el habla de la respuesta verbal, y se la analizó en relación a los deseos, defensas y estados, con el ADL. Finalmente, como unidad de análisis se tomó la respuesta visual y se la analizó en relación a los deseos y a los rasgos a través del ADL.

4.0 METODOLOGÍA

4.1 Diseño

Se trata de una investigación de diseño y abordaje mixto, con aportes relevantes desde los enfoques cualitativo y cuantitativo. El mismo busca describir el significado que se le atribuye al hipotiroidismo en varias personas, comprendiendo sus experiencias personales. Según Sampieri, las investigaciones mixtas, que integran sistemáticamente los métodos cuantitativo y cualitativo, logran una fotografía más completa de lo estudiado (Hernández Sampieri et al., 2014).

Acorde a la intervención efectuada respecto a las variables se trata de una investigación de tipo no experimental, ya que no se manipulan de manera intencional las variables, sino que se observan los fenómenos en su ambiente natural. Además, dado que la recolección de la información y el análisis de los datos se efectúan en un momento temporal, el diseño de la presente investigación es de corte transversal.

Finalmente, de acuerdo con los objetivos, se trata de un estudio de tipo exploratorio, debido a que se busca analizar un fenómeno poco indagado, del cual existen pocos antecedentes.

4.2 Participantes

La unidad de análisis está compuesta por 7 sujetos adultos, entre 30 y 70 años, de ambos sexos, con diagnóstico de disfunción de la glándula tiroidea o hipotiroidismo.

4.3 Tipo de Muestreo

De acuerdo con la presente investigación, la muestra es de tipo no probabilístico e intencional, dado que la elección no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación y por conveniencia, ya que la muestra está formada por casos disponibles a los cuales se tiene acceso.

El estudio de casos está compuesto por siete sujetos mayores de edad, con el objetivo de obtener información rica y profunda respecto de sus valores, experiencias y significados conscientes acerca de su padecimiento. Se eligen las unidades de análisis porque cuentan con uno o más atributos que contribuyen a formular la teoría de interés en la presente investigación.

4.4 Criterios de Inclusión

- Personas entre 30 y 70 años de edad
- Género indistinto
- Estar diagnosticados con hipotiroidismo
- Aceptar formar parte de la investigación, a través de la firma consentimiento informado
- Tener internet, computadora o celular con acceso a la red
- Responder de forma total las preguntas que conforman la entrevista.

4.5 Criterios de Exclusión

- Estar bajo tratamiento psiquiátrico
- Estar bajo tratamiento psicofarmacológico
- Padecer otro tipo de afecciones

- No tener internet, computadora o celular con acceso a la red. Se incluyeron sujetos mayores de edad, de género femenino y masculino que se encontraban realizando el Aislamiento Social Obligatorio en la República Argentina durante el 2020.

4.6 Instrumentos

Para dicha investigación se utilizó como instrumento de recolección de datos, el cuestionario de variables sociodemográficas, el cual fue enviado junto con el consentimiento informado a través del whatsapp. Luego, se realizó mediante una videollamada de la plataforma Zoom, la entrevista, constituida por preguntas abiertas y semiestructuradas, de producción propia también, relacionadas con los objetivos propuestos en la presente investigación. Las entrevistas fueron grabadas, realizando a posteriori la transcripción de la desgrabación de las mismas para realizar el análisis de categorías de la teoría fundamentada y el análisis computarizado de las palabras mediante el ADL.

4.6.1 Cuestionario de Datos Sociodemográficos

En un primer momento, se les administró a los participantes, un cuestionario de variables sociodemográficas de producción propia, en el cual se incluyó preguntas acerca de la edad, sexo, nivel educativo y ocupación actual, y preguntas relacionadas con el diagnóstico de la disfunción de la glándula tiroidea de tipo hipotiroidismo: hace cuanto que padece hipotiroidismo, si padece alguna otra afección (criterio de exclusión), si realiza actividad física, si se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico y si toma alguna medicación.

4.6.2 Entrevista Cualitativa

Se utilizó como método de recolección de datos, la entrevista cualitativa a los fines de entablar comunicación con los entrevistados y lograr la construcción conjunta de significados conscientes respecto al tema de investigación. Dicha entrevista, se compone de preguntas semiestructuradas y abiertas, redactadas de acuerdo con los objetivos de la presente. Las entrevistas abiertas se fundamentan en una guía general de contenido y el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla (Hernández Sampieri et al., 2014). Las preguntas se dividieron en tres partes:

Una primer parte que exploró que eventos, hechos o sucesos ocurrían en la vida del sujeto al momento de ser diagnosticada la enfermedad psicosomática hipotiroidea.

- Contame los motivos que te llevaron a conocer el diagnóstico
- Recordame como fue el momento en que diagnosticaron hipotiroidismo.
- Que recordas del modo en que te lo comunicaron
- De qué manera y quién te hizo el diagnóstico
- Cómo describirías el vínculo con la persona que te dio el diagnóstico
- Que conocimientos tienes en torno a dicho diagnóstico
- Recordame como fue la situación emocional vivenciada en dicho momento
- Contame cómo era tu rutina y hábitos en ese momento
- En qué momento personal llega el diagnóstico.

·. La segunda, buscó conocer cómo cada sujeto que padece hipotiroidismo entiende, habla, significa de manera consciente, vivencia y actúa está afección.

- Contame cómo es tu rutina y hábitos a partir del diagnóstico
- Como los eran antes
- De que consta el tratamiento
- Contame acerca de los cambios que observas a partir del tratamiento

- Cómo entendes la afección en la actualidad
- Qué conoces de la enfermedad ahora.

La tercera y última parte, se propuso conocer cómo eran las relaciones sociales de cada persona que padece hipotiroidismo, antes y después del diagnóstico.

- Contame cómo es tu vida social a partir del diagnóstico y tratamiento
- Cómo consideras que tomó el diagnóstico tu familia y entorno social
- Cómo comunicaste el diagnóstico a tu familia y entorno social
- Cómo crees que lo recibieron
- Cómo percibís a familiares y amigos a partir del tratamiento
- Qué aspectos que consideres relevantes nos podes comentar

4.6.3 Categorización de los Datos a través de la Teoría Fundamentada

En primer lugar, se planteó el problema de investigación y con él los objetivos de este trabajo. Con los objetivos establecidos, se construyó la entrevista cualitativa, como modo de recopilar información de las personas que padecen el fenómeno a estudiar. Las significaciones conscientes sobre el hipotiroidismo que fueron manifestando los participantes a partir de las distintas entrevistas, se sistematizaron mediante el análisis de datos de la teoría fundamentada, para desarrollar una descripción compartida entre todos los participantes. Esta descripción se dividió en categorías y subcategorías.

La teoría fundamentada se caracteriza por categorizar los datos mediante una codificación abierta. Las categorías son temas de información básica identificados en los datos, para entender el proceso o fenómeno que se estudia. La teoría fundamentada, identifica los conceptos implicados y la secuencia de acciones e interacciones de los participantes (Hernández Sampieri et al., 2014).

A partir de la misma, se generaron categorías de primer nivel (codificación abierta) cuyos indicadores son códigos in vivo obtenidos de las entrevistas, como modo de describir, abordar y entender el fenómeno estudiado. Posteriormente, se generaron las categorías de segundo nivel (codificación axial), las cuales incluyen y agrupan a las categorías de primer nivel. Las mismas se sustentan con la teoría psicoanalítica, desde la cual se aborda el presente trabajo de investigación.

De esta comparación, que Hernández Sampieri et al. (2014) denomina “codificación selectiva”, se desarrollaron las conclusiones que vinculan a las categorías y describen el fenómeno estudiado de acuerdo a los objetivos propuestos.

4.6.4 Redes de Palabras del Algoritmo David Liberman

Por último, se analizó el lenguaje pulsional/ deseos de las palabras esbozadas en las distintas entrevistas, utilizando el Algoritmo David Liberman en el nivel de las redes de palabras (ADL-P) (Maldavsky, 2001b). El ADL es un método de estudio del lenguaje desde el psicoanálisis, el cual pretende detectar las erogeneidades y las defensas, y las diferenciaciones en el paciente.

El ADL genera nexos entre dichas erogeneidades y defensas, en distintos niveles de análisis: palabra, frase y relato (Maldavsky, 2001b). Cada uno de los niveles de análisis, posee sus propias herramientas (una grilla para los relatos, dos grillas para el nivel de las frases y el diccionario computarizado para el análisis de las redes de palabras). Todas ellas parten de la teoría freudiana de la erogeneidad como sistema categorial de significación del discurso. Los erotismos considerados son siete: libido intrasomática (LI), oral primaria (O1), oral secundaria (O2), anal primaria (A1), anal secundaria (A2), fálico uretral (FU) y fálico genital (FG) (Plut, 2010.14, p.176).

El diccionario del ADL posee siete archivos compuestos por palabras. Cada una corresponde a la expresión de un concepto específico, y cada concepto refiere a las erogeneidades que forman parte del repertorio categorial. Este diccionario permite que cada palabra exprese más de un concepto (admite hasta tres opciones). Esta posibilidad que brinda el diccionario, conduce a los dos modos en que puede ser utilizado: en su forma automática y/o en su forma interactiva. En este caso, el investigador puede seleccionar una, dos o las tres opciones que propone el programa (Plut, 2010).

Son siete los archivos, correspondientes a cada una de las erogeneidades. Cada uno contiene:

a) fragmentos de palabras,

b) palabras,

c) grupos de palabras.

Asimismo, la proporción de palabras de cada archivo es distinta. Esto condujo a un sistema de calibración que permite equilibrar tales diferencias, con un criterio estadístico (Plut, 2010).

4.7 Validez y Confiabilidad

Hay tres niveles de análisis (palabra, frase, relato) que consideran la erogeneidad y la defensa, lo que podría representar un problema con la validez del método, ya que esto genera que haya seis áreas para considerar la validez. Como la validez examina la relación con la teoría y con los eventos que el método indaga, los problemas de validez aumentan. Cabe destacar que hay investigaciones en las cuales se analizaron estos posibles problemas (Maldavsky, 1997a; 1998; 1999; Maldavsky et al., 2000), así como la validez en la relación entre las erogeneidades y los tres niveles de análisis (Maldavsky, 1986; 1997a; 1998; 1999).

Por otra parte, entre los problemas de validez teórica, se encuentra la justificación de que las palabras son expresión de cierto lenguaje del erotismo, a partir de la teoría de lo determinado de cada goce erógeno, motricidad y formalización de la materia sensible que es de donde provienen muchas palabras. En diversos trabajos, se contrastaron los hallazgos con este método y con el método clínico, encontrando más sutilezas y variaciones con el primero. Además, otra manera de validar el método fue contrastar los resultados de los niveles de análisis, encontrando dos problemas, si el método brinda los mismos resultados frente a materiales parecidos, o si los diferentes sujetos concluyen de la misma forma con el mismo material (Maldavsky, 2001b).

En lo que refiere a las pruebas de confiabilidad con los contrastes entre los estudios que utilizan el ADL sobre el mismo material, están en sus inicios, y al momento, son satisfactorios. Actualmente, las pruebas de confiabilidad abarcan la erogeneidad en las palabras y las secuencias narrativas, aunque es menor en las estructuras-frase. Asimismo, otras pruebas de confiabilidad que tienen en cuenta los conflictos entre los niveles de análisis y se relacionan con las decisiones en las prevalencias lógicas del lenguaje del erotismo sobre otros, son aún escasas. Finalmente, como existen nexos entre erogeneidad y defensa, otro punto es la confiabilidad del método en el estudio de la defensa. Aunque no se despejen alternativas, el restringir el problema a un grupo menor de defensas es algo (Maldavsky, 2001b).

4.8 Procedimiento

El ambiente elegido para realizar los encuentros, fue dentro del territorio de la Provincia de Buenos Aires y debido al contexto actual de COVID-19 Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (2020), las entrevistas se administraron, como se mencionó anteriormente, de forma virtual, estando cada participante (tanto investigador como entrevistado/a) en sus respectivas casas. Cumpliendo el decreto 605/2020, la estrategia

utilizada para encontrar adultos que reúnan los criterios del estudio, fue a través del contacto de personas conocidas o allegados a los investigadores o de conocidos de estos (explicitado en tipo de muestra). Una vez contactada a esas personas, 7 en total, se los invitó a participar de una video llamada o zoom y así llevar a cabo las entrevistas presente investigación.

Luego, las entrevistas fueron desgrabadas para realizar el análisis sistematizado de los datos, estableciendo diversas categorías en base a la teoría fundamentada. Asimismo, se volcaron las respuestas de las diversas entrevistas de los siete participantes en el software encargado de realizar el análisis computarizado de ADL de las mismas. El mismo arrojó los resultados de las palabras analizadas.

5.0 RESULTADOS

5.1 Análisis de los Datos de la Entrevista Cualitativa

Para el análisis de los datos obtenidos cualitativamente a través de las entrevistas, se utilizó la escucha activa de la observadora por parte de la autora de esta investigación, quien luego de oír repetidas veces las grabaciones de las entrevistas y desgrabar las mismas, teniendo en cuenta discursos similares de los participantes mediante el uso de muestras homogéneas, realizó un análisis de categorías y subcategorías, correspondiente a la sistematización de datos de la teoría fundamentada.

Luego de un análisis de las narrativas aportadas por l**o**s participantes, se ha llegado a 6 categorías de segundo nivel, con 10 categorías de primer nivel, sus indicadores son códigos in vivo obtenidos de las entrevistas y sus respectivos descriptores, los que poseían aval teórico. El resto se sustenta con la teoría que se relevó de la muestra.

Entre las categorías se encuentran:

Tabla 1

Análisis de las categorías de primer y segundo nivel

SEGUNDO NIVEL	PRIMER NIVEL
Calidad de vida	- Hábitos y costumbres pre diagnóstico - Hábitos y costumbres post diagnóstico
Vínculos y vida social	- Con familiares y amigos pre diagnóstico

	- Con familiares y amigos post diagnóstico
Sentimientos y emociones	- Situación emocional vivenciada al momento del diagnóstico - Sentimientos y emociones tras la comunicación del diagnóstico
Motivo de consulta para el diagnostico	Manifestaciones somáticas
Conocimiento de la afección	- Conocimiento de la afección pre diagnóstico - Conocimiento de la afección post diagnostico
Discurso del sujeto	Como significa la afección de manera consciente.

De acuerdo a los objetivos planteados en la presente investigación, los principales resultados muestran que, con respecto a la calidad de vida, en relación a los hábitos y costumbres pre diagnóstico, 7 de los participantes comunican que en ese momento de sus vidas, estaban pasando por situaciones que les provocaban mucho estrés, relacionadas con exceso o perdida de trabajo, y o preocupaciones por problemas de salud propios o de familiares cercanos. Además hay coincidencia al referirse a los hábitos y costumbres pos diagnóstico, ya que todos los participantes expusieron que el tratamiento consta en ingerir la misma medicación a la mañana, antes del desayuno, la cual les mejoró la sintomatología.

En relación con los vínculos con familiares y amigos pre diagnóstico, se encontró que 2 los participantes estaban teniendo problemas a nivel familiar, específicamente con sus

respectivas madres; otros 2 participantes se lamentaban por ver poco a sus seres queridos, y 3 manifestaron tener una vida social y familiar normal. En cuanto a los vínculos con familiares y amigos post diagnóstico, 6 de los sujetos manifestaron que descubrir esta afección no les generó alteraciones en los vínculos, pero 1 menciona que la familia estaba pendiente de ella, sin embargo, remarca que esta relación venía desde antes, ya que ella tenía un cuadro patológico previo.

Con respecto a la situación emocional vivenciada al momento del diagnóstico, se observa que todos los participantes se encontraban pasando por situaciones difíciles, mencionadas en el primer párrafo. La comunicación del diagnóstico no fue de suma importancia para 4 participantes, mientras que para 3 de ellos resultó abrumadora, provocándoles emociones como miedo, enojo y angustia.

En relación al motivo de consulta para el diagnóstico, se observa que todos los sujetos hicieron la consulta médica por manifestaciones somáticas, signos y síntomas similares. Los que más se repitieron fueron: mucho cansancio, fatiga, dificultades para dormir, sobrepeso y en algunos casos, taquicardia.

Sobre los conocimientos de la afección pre diagnóstico, se observa que ninguno de los 7 participantes tenía información certera de la enfermedad al momento de ser diagnosticados. En cambio, post diagnóstico, a la mayoría no les pasa desapercibida la situación, se sienten angustiados y abrumados, buscan entender lo que les sucede, le preguntaron a los profesionales médicos todo lo que necesitaban saber al respecto. Solo 3 participantes manifestaron que lo único que les modificó descubrir el hipotiroidismo, fue tomar una pastilla diaria antes de desayunar.

En el discurso del sujeto, en cuanto a cómo significa la afección de manera consciente, se encontró que en 3 de los sujetos participantes (entre ellas dos mujeres que se encuentran transitando la tercera edad) resultó un hecho insignificante, algo que se resuelve con

medicación, mientras que 4 significan la afección como una manifestación corporal de la angustia, ansiedad y al estrés que le generaban algunas vivencias al momento del diagnóstico; mencionan que, descubrir esta afección fue un despertar en sus vidas, lo que les llevó a hacer cambios positivos, resultando una oportunidad para mejorar su calidad de vida.

5.2 Viabilidad

Luego de seleccionar a los sujetos que participaron de la muestra con la cual, se constató que los mismos reunieran los criterios (descritos en criterios de inclusión y exclusión) para el estudio, y se brindó la información correspondiente referida a la investigación, cómo se llevaría a cabo el proceso de la entrevista. Cabe destacar que en una primera instancia, se puso a disposición el consentimiento informado y se solicitó la firma del mismo. Debido al contexto que se atravesaba, el cual presentó dificultades para realizar entrevistas de manera presencial, se contactó a cada uno de los participantes para coordinar la realización de la misma vía zoom o video llamada, con lo cual, parte de las consideraciones al momento de la selección de nuestra muestra, fue que los mismos posean acceso a los medios que permitieran así desarrollar la entrevista en las condiciones anteriormente mencionadas. Se consideró la posibilidad de grabarlas con dispositivos accesorios para un mejor y fluido desarrollo de las mismas.

5.3 Interpretación Resultados del ADL

5.3.1 Grilla de Deseos en las Palabras

Los resultados se expresan en porcentajes. El procedimiento seguido fue el siguiente:

1) Análisis de cada entrevista con el Diccionario ADL (ADL-P);

2) Aplicación del índice de calibración;

3) Cálculo de los porcentajes correspondientes.

Tabla 2

Porcentajes de las Dimensiones de la Pulsión Sexual

Protocolo	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
1	176.96	349.68	367.5	64.5	341	189.1	381.99
2	109.02	219.96	189	48	182	133.3	219.35
3	99.54	180.48	151.2	36	164	74.4	146.59
4	39.5	76.14	107.1	18	76	31	70.62
5	74.26	126.9	79.8	30	162	49.6	132.68
6	97.96	174.84	140.7	30	162	66.65	139.1
7	79	172.2	138.6	18	154.08	77.5	157

Gráfico 1

Gráfico de deseos por protocolo

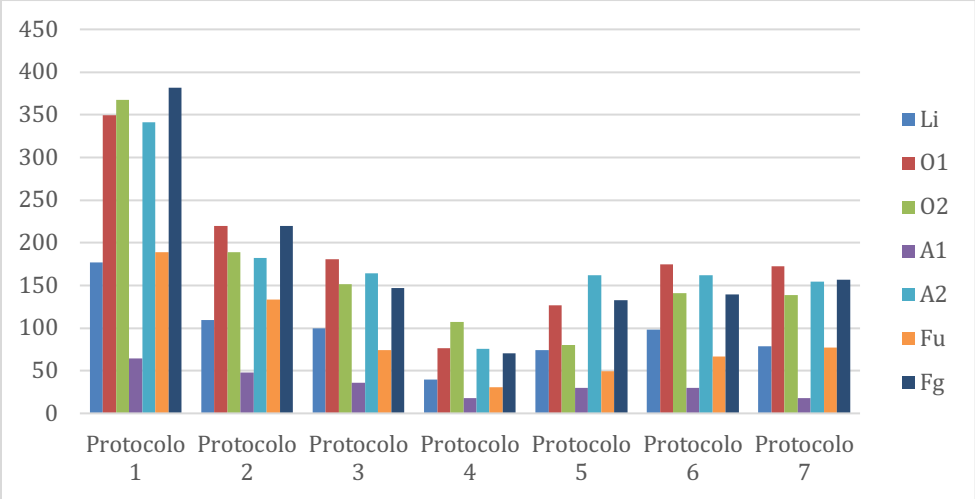
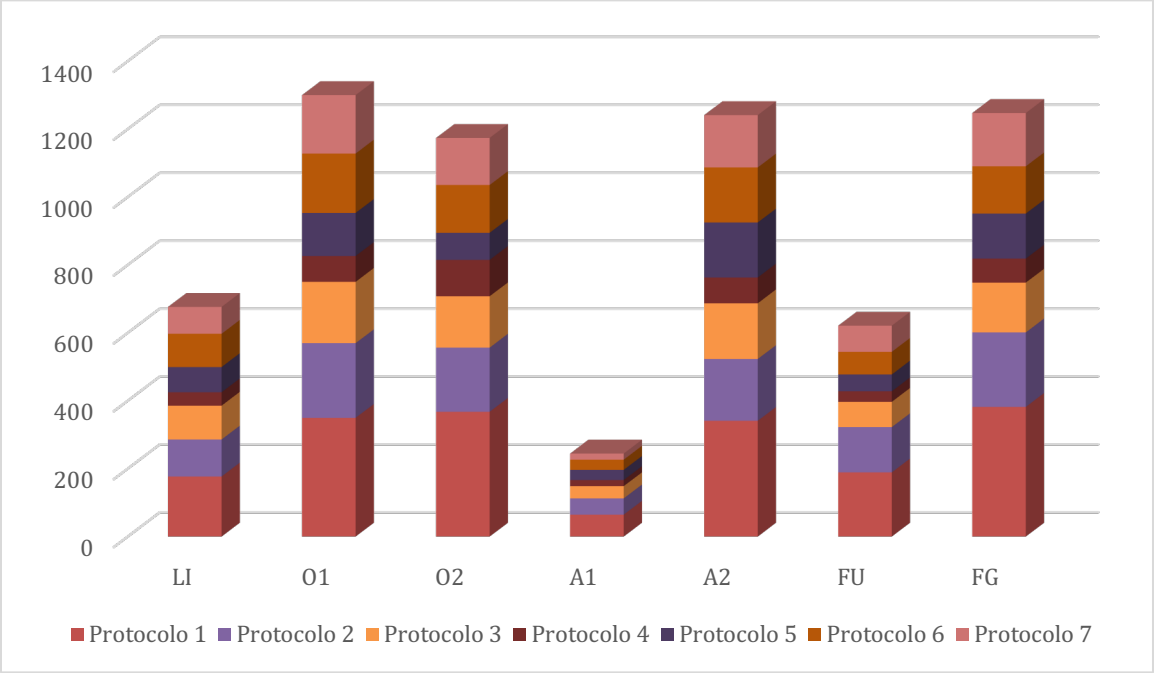


Gráfico 2

Gráfico Global de deseos



5.3.2 Análisis de los resultados

El ADL permite observar la realidad psíquica de una manera sistematizada; su metodología se sustenta en estándares científicos, a través de tablas de frecuencias. Se desarrolló el análisis de las Palabras (ADL-P), mediante la utilización del software, en el que fue introducida la información a los fines de filtrar los deseos dominantes en el discurso de los participantes. Los resultados fueron obtenidos a través de la detección de la carga erógena en cada una de las palabras.

En el transcurso del análisis de las redes de palabras de las 7 entrevistas realizadas y posteriormente desgrabadas, fue posible indagar 4.419 palabras, según lo contabilizado por el

diccionario computarizado. Las frecuencias destacan la prevalencia de los deseos FG, O1 y O2, con valores altamente significativos; en tanto Li y A1 no parecen serlo.

De esta manera, los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación relevan la importancia de varios deseos. Principalmente, parece ser importante analizar tres de ellos: O1, FG y O2. Además, dado que la muestra seleccionada para este estudio fueron distintos sujetos con hipotiroidismo, cobra importancia destacar la baja presencia de los deseos Li y A1.

1) El deseo O1 tiene que ver con las manifestaciones relacionadas con la deducción abstracta, la ambigüedad y falta de definición, así como al metalenguaje. Palabras como “diagnostico”, “enfermedad”, “análisis” y/o “estudio” estarían ligadas al pensamiento abstracto y a la utilización de tecnologías para extraer datos, sacar conclusiones y encontrar explicaciones. Posiblemente, su presencia significativa tendría que ver con la búsqueda del diagnóstico final de la afección.
2) El deseo FG posiblemente se relacione con la aparición de muchas de las palabras que aluden a la exageración; a la preocupación por lo estético, la exacerbación de lo estéticamente bello de sí mismo (como tener lindas las uñas o el pelo, verse bien o hacer énfasis en la figura corporal), como así también, a lo no tan bello. Además, este deseo probablemente quede evidenciado en las expresiones que refieren a un “embarazo”, “estar embarazada”, “desear estarlo”.
3) El deseo O2 posiblemente quede evidenciado por las características de las preguntas que conforman la propia entrevista, a partir de la cuales, se buscó explorar las distintas vivencias personales y las diversas formas de abordar y significar la propia afección hipotiroidea. A través de sus respuestas, los participantes en su mayoría fueron revelando cuestiones en un lenguaje de afectos, que tendría que con ver con este deseo. Por un lado, la prevalencia de sentimientos positivos hacía los hermanos, la familia y sobre todo

hacia la madre (figura que además era motivo de preocupación); por otro lado, alude a momentos de sufrimiento, estrés, sacrificio y tolerancia a situaciones poco propicias, que, a su vez, fueron asociando con el momento de diagnóstico de la enfermedad, en tanto que el erotismo O2 viene a dar cuenta de estados anímicos asociados a la afectividad.

4) Respecto del deseo Li, resulta importante su ausencia, ya que su bajo valor general podría indicar que no habría fallas en los mecanismos de autoconservación en los sujetos que padecen hipotiroidismo. Por los rasgos comunes que presentan los 7 protocolos, y siendo predominantes otros deseos, se podría pensar que esta afección podría ser considerada una exigencia de trabajo para lo anímico, no así un fenómeno psicosomático, en tanto que la tramitación de los estados anímicos y de la propia pulsión, no denotaría una alteración interna, donde el organismo se ve implicado literalmente (Freud 1924; Maldavsky, 2000).
5) Finalmente, con una baja frecuencia de palabras en lo que refiere al deseo A1, se concluye que las manifestaciones discursivas de los entrevistados quedarían despojadas de una carga erógena asociada a la violencia (A1), así como lo referido a la justicia e injusticia; por lo que la aparición la afección hipotiroidea, podría no estar relacionada con un desbordade de angustia debido a la sofocación de mociones violentas (Freud, 1931). Asimismo, la ausencia del deseo A1, podría asociarse al fracaso de la autocontención.

De este modo, el deseo O1 podría deberse a la búsqueda de una explicación o diagnostico como modo de dar una respuesta lógica a la aparición repentina de los síntomas del hipotiroidismo, mientras que, el deseo FG pondría en evidencia una exacerbación y un impacto estético de frente a las consecuencias del diagnóstico. En cuanto al deseo O2, haría referencia a situaciones cargadas de afectos y problemas familiares, emocionales o laborales, al momento de la aparición de la afección hipotiroidea.

6.0 CONCLUSIONES Y DISCUSION

En el apartado final de este trabajo de investigación, se analizarán los resultados obtenidos de las distintas entrevistas mediante el análisis cualitativo de las significaciones conscientes y del ADL en sujetos con hipotiroidismo. Además, se brindará una explicación práctica del trabajo realizado. Finalmente, se describirán las fortalezas y limitaciones del mismo, planteando líneas de estudio futuras.

A través de este estudio de tipo exploratorio, se pudo lograr un acercamiento al objetivo general del trabajo, pudiendo recolectar, analizar y organizar en categorías las vivencias y las significaciones conscientes de los participantes, en relación a la afección hipotiroidea que padecen, explorando los aspectos emocionales y relacionales que acontecieron a partir de su diagnóstico y tratamiento.

De los datos obtenidos a través del análisis cualitativo de las categorías del discurso a partir de las entrevistas realizadas, se podría observar que hubo diversos acontecimientos negativos en la vida de los sujetos que estarían relacionados con el momento del desencadenamiento de la enfermedad, como podría ser duelos afectivos, enfermedades de familiares cercanos, o algún suceso o hecho vinculado con la figura materna o con el proyecto de maternidad personal.

Desde el marco teórico con el cual se abordó el trabajo de investigación sobre los fenómenos psicosomáticos, Freud sostiene que las llamadas neurosis actuales, se manifiestan en la dimensión orgánica y su causa es la no descarga de libido somática o su descarga inadecuada. La misma, al actuar como una sustancia tóxica, provoca síntomas que se exteriorizan en el cuerpo (Freud, 1895). En relación a esto, se podría pensar que las vivencias que impactaron negativamente en la vida de los sujetos participantes, pudieron haberse expresado como dolencias física que devinieron en enfermedad. En este caso, como disfunción

de la glándula tiroidea o hipotiroidismo. Es así como entonces, la afección expresaría en los sujetos, algo que está más allá del principio del placer. El padecimiento, en definitiva, representaría la alarma que se enciende en el soma, a partir de una vivencia que altera la vida de los individuos (Freud, 1927).

Asimismo, los trastornos somáticos son definidos por los autores abordados en este trabajo de investigación, como el resultado de situaciones conflictivas sin elaboración mental. A partir de esta definición, se destaca la importancia de diferenciar en el diagnóstico psicoanalítico, para no asimilar los trastornos psicosomáticos a la neurosis, y así no otorgarle un sentido simbólico (Freud,1898).

Por otra parte, los resultados obtenidos a través del análisis de redes de palabras mediante el Algoritmo David Liberman, relevan la importancia de varios deseos. Principalmente, parece ser importante analizar tres de ellos: O1, FG y O2. Además, dado que la muestra seleccionada para este estudio fueron distintos sujetos con hipotiroidismo, cobra importancia destacar la baja presencia del deseo Li.

El deseo O1 posiblemente pueda asociarse a la búsqueda de una explicación o diagnóstico, ya que este deseo tiene que ver con las manifestaciones relacionadas con la deducción abstracta, la ambigüedad y falta de definición, así como al metalenguaje. El deseo FG probablemente se relacione con la aparición de muchas de las palabras que aluden a la exageración; a la preocupación por lo estético, la exacerbación de lo estéticamente bello de sí mismo y también, a lo no tan bello. En cuanto al deseo O2, posiblemente quede evidenciado por las características de las preguntas que conforman la propia entrevista, a partir de la cuales, se buscó explorar las distintas vivencias personales y las diversas formas de abordar y significar la propia afección hipotiroidea.

De este modo, el deseo O1 podría deberse a la búsqueda de una explicación o diagnostico como modo de dar una respuesta lógica a la aparición repentina de los síntomas

del hipotiroidismo, mientras que, el deseo FG pondría en evidencia una exacerbación y un impacto estético de frente a las consecuencias del diagnóstico. En cuanto al deseo O2, haría referencia a situaciones cargadas de afectos y problemas familiares, emocionales o laborales, al momento de la aparición de la afección hipotiroidea.

Lo que cobra real importancia para este trabajo de investigación, es la ausencia deseo Li (libido intrasomatica). Su bajo valor general podría indicar que no habría fallas en los mecanismos de autoconservación en los sujetos que padecen hipotiroidismo. Por los rasgos comunes que presentan los 7 protocolos, y siendo predominantes otros deseos, se podría pensar que esta afección podría ser considerada una exigencia de trabajo para lo anímico, no así un fenómeno psicosomático, en tanto que la tramitación de los estados anímicos y de la propia pulsión, no denotaría una alteración interna, donde el organismo se ve implicado literalmente (Freud 1924; Maldavsky, 2000).

De este modo, no habría elementos para afirmar que el hipotiroidismo pudiera considerarse un fenómeno psicosomático, de acuerdo con las teorías psicoanalíticas en vigencia. Por la presencia significativa de los deseos FG y A2, podría pensarse que los resultados aluden más bien, al terreno de la neurosis. Por lo tanto, sería interesante continuar ampliando este trabajo, investigando otros niveles de análisis del lenguaje, los actos de habla y relatos, para analizar también las defensas que aparecen en los discursos y así determinar que otras cuestiones surgen a partir de la investigación.

En relación a las limitaciones del presente trabajo, si bien los datos obtenidos son suficientes para el trabajo que se planteó en el marco del desarrollo de la tesis de grado, se cree que para futuras investigaciones que compartan los objetivos propuestos, sería conveniente la incorporación de más sujetos que integren la muestra. Hernández Sampieri et al. (2014), sugieren una muestra mayor de participantes para así obtener una mayor representatividad de las voces y una mejor aproximación a los significados. A su vez, la clase

de muestreo empleado (no probabilístico) lleva a que no se puedan generalizar los resultados de este estudio.

Por otra parte, a pesar de que existen algunos antecedentes sobre los fenómenos psicosomáticos y el ADL, los mismos se encuentra relativamente poco investigados, por lo que no hay mucha información ni difusión de su utilización en trabajos que empleen muestras mayores a la indagada en el presente.

Como fortaleza, se incorporaron a los datos obtenidos a un modelo mixto, a los fines de obtener una perspectiva más amplia y profunda, con datos más ricos y variados e Indagaciones más dinámicas con mayor rigor científico.

Finalmente, el ADL parece ser una herramienta interesante para el abordaje de investigaciones de carácter psicoanalítico. Por esta razón, se recomienda analizar la relación entre el ADL y otras escalas psicométricas diversas, que además puedan evaluar constructos de las distintas corrientes psicológicas. Esto brindaría una mirada integral de la psicología en general, fomentando la relación entre distintas corrientes psicológicas. Además, se podría utilizar este instrumento para el estudio de los relatos (ADL-R) y los actos de habla (ADL-AH), analizando los deseos y defensas como categorías de investigación empírica, para continuar ampliando el presente y futuros trabajos que tengan como objetivo indagar sobre el hipotiroidismo y los fenómenos psicosomáticos, y así desarrollar prácticas clínicas más específicas y especializadas.

.

7.0 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acontecer Digital (s.f.). *Roberto Hernández Sampieri visitó la UNED.* https://www.uned.ac.cr/acontecer/a-diario/sociedad/1144-roberto-her nandez-sampieri-visito-la-uned

Álvarez, L. H. (2017). Investigación psicoanalítica de los deseos y las defensas en pacientes psicosomáticos crónicos con diferente evolución clínica. *Revista del Desvalimiento Psicosocial*, *4*(2), 1-9. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES).

Álvarez, L. H. (2002). *Investigación psicoanalítica del lenguaje en pacientes psoriásicos. Estudio sistemático de las erogeneidades expresadas a través del discurso* [Tesis de maestría, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales]. Repositorio Institucional UCES. https://www.uces.edu.ar/iaepcis-instituto-de-altos-estudios-en-psicologia-y-ciencias-sociales/es/1188/iaepcis-instituto-altos-estudios-psicologia-ciencias-sociales

Amador Muñoz, L. (2001). El adulto; etapas y consideraciones para el [np1] aprendizaje. *Euphoros.* (3), 97-112.

Arancibia, M. M., & Behar, A. R. (2015). Alexitimia y depresión: evidencia, controversias e implicancias. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *53*(1), 24-34. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000100004

Baeza Velasco, C., Bulbena Vilarrasa, A., Fénétrier, C., & Gély Nargeot, M.C. (2011). Trastornos psicosomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. *Psicología y Salud*, 21 (2), 227-237.

Borelle, A. (2015). El fenómeno psicosomático a la luz de las técnicas proyectivas gráficas. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, *19*(1), 41-62. *http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102015000100004&lng=es&tlng=es.*

Brenta, G., Vaisman, M., Sgarbi, J. A., Bergoglio, L. M., Carvalho de Andrada, N., Pineda Bravo, P., & Orlandi, A. M., Graf, H. (2013). Clinical practice guidelines for the management of hypothyroidism. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, *57*(4), 265-291. https://doi.org/10.1590/S0004-27302013000400003

Brown, B. T., Bonello, R., & Pollard, H. (2005). The biopsychosocial model and hypothyroidism. *Chiropractic & Osteopathy, 13*(1), 1-9.

Costa, G., Katz, G., & Oliveira, J. F. (2019). David Maldavsky y la psicosomática. *Revista Desvalimiento Psicosocial, 6*(1), 1-12.

Febres Cordero Marín, M. G., & Suárez Alvarado, A. V. (2013). *Fenómenos del cuerpo y psicoanálisis.* Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Fenichel, O. (1945), *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Paidós.

Fernández, A. y Olijavetzky, S. (s.f.). *Psicooncología*. https://www.psi.uba.ar/ https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/081_psicosomaticas/material/archivos/psico_oncologia.pdf

Flórez Moreno, J., & Burgos Hernández, E. (2004). Psicoterapia, energía vital y síntomas psicosomáticos en el hipotiroidismo. *Cultura, educación y sociedad*, *5*(2).

Freud, S. (1895a). *Proyecto de una psicología para neurólogos.* Editorial del Cardo.

Freud, S. (1895b). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia, En S. Freud (1996). *Obras Completas*, Tomo III. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1898). Sobre el mecanismo psíquico de la desmemoria, En S. Freud. *Obras Completas*, Tomo III. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1905) Tres ensayos de teoría sexual, En S. Freud. *Obras Completas*, Tomo VII. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1913). Dos mentiras infantiles, En S. Freud. *Obras Completas*, Tomo XII. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1915a). Pulsiones y destinos de pulsión. En S. Freud. *Obras Completas*, Tomo XIV. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1915b). Lo inconciente, En S. Freud. *Obras Completas*, Tomo XIV. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer, En S. Freud. *Obras Completas*, Tomo XVIII. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo*,* En S. Freud. *Obras Completas*, Tomo XVIII. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia, En S. Freud. *Obras Completas*, Tomo XX. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1940). *Esboço de psicanálise*. Imago Editora Ltda.

Freud, S. (1950). *Projeto para uma psicologia científica*. Imago Editora Ltda.

García Méndez, C. (2018). 33- *Afecciones Psicosomáticas*, pp. 387-392. Libro mental.

Gómez Dolzer, J. (2021). Estudio exploratorio psicoanalítico de los deseos, las defensas y sus estados en pacientes con afecciones psicosomáticas dermatológicas. *Revista Desvalimiento Psicosocial, 8*(1), 1-11.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación (6a. ed)*. McGraw-Hill.

Kazez, R. (2003). El algoritmo David Liberman como método aplicable a la investigación en psicoanálisis. *Subjetividad y Procesos Cognitivos, 3*, 130-152.

Lacan, J. (1992). El falo y el meteoro, En J. Lacan, *Seminario III*. Paidós.

Lacan, J. (1964). Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, En J. Lacan, *Seminario XI*. Paidós.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1986). *Vocabulário da psicanálise*. Martins Fontes.

Ledesma, M. (2019). *La psicosomática en la clínica ¿podrá requerir alguna modificación terapéutica?.* https://cep-argentina.com.ar/cep/wp-content/uploads/2019/06/LIC.-LEDESMA-MIRIAM.

Liberman, D. (1982). *Del cuerpo al símbolo. Sobre adaptación y enfermedad psicosomática*. Ediciones Kargieman.

Lugo Montoya, S. F., García Pérez, L. U., Domínguez Morales, E., & Martínez Hernández, C. M. (2019). Prevalencia de hipotiroidismo subclínico en mujeres con infertilidad en un hospital de tercer nivel. *Horizonte sanitario*, *18*(3) 319-324. https://doi.org/10.19136/hs.a18n3.2961

Maldavsky, D. (1976). *Teoría de las representaciones.* Paidós.

Maldavsky, D. (1979). Análisis del preconsciente como sistema de transformaciones. *Actualidad Psicológica*, *5*(50).

Maldavsky, D. (1986). *Estructuras narcisistas: constitución y transformaciones*. Amorrortu.

Maldavsky, D. (1997a), *Sobre las ciencias de la subjetividad.* Buena Visión.

Maldavsky, D. (1997b). *Problemas y patologías del desvalimiento*. Universidad Hebrea Argentina Bar-Ilán.

Maldavsky, D. (1998), *Lenguajes del erotismo. Investigaciones teórico-clínicas en neurosis y psicosis*. Nueva Visión.

Maldavsky, D. (1999), *Lenguaje, pulsiones, defensas.* Nueva Visión.

Maldavsky, D. (2001a). *Investigaciones em procesos psicoanalíticos. Teoría y método: Secuencias narrativas.* Editora Nueva Visión.

Maldavsky, D. (2001b). *Análisis computacional del discurso desde la perspectiva psicoanalítica* (Editado en CD-Rom).

Maldavsky, D. (2004a) *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Ed. Lugar.

Maldavsky, D. (2004b). *La investigación psicoanalítica del lenguaje.* Lugar Editorial.

Maldavsky, D. (2005). *Systematic research on psychoanalytical concepts and clinical practice: The David Liberman algorithm (DLA)*. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

Maldavsky, D. (2013). *ADL Algoritmo David Liberman. Un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso*. Paidós.

Maldavsky, D. (2014). Un método para la investigación del deseo y la defensa en el discurso: algoritmo David Liberman (ADL). *Linguagem & Ensino, 17*(1), 151-169.

Maldavsky, D. (2015). Investigación empírica con el algoritmo David Liberman de la contratransferencia no declarada: método y aplicaciones. *Investigaciones en Psicología, 20*(3), 61-75.

Maldavsky, D. (2016). Síntesis y actualización de los instrumentos del algoritmo David Liberman y ejemplificación de aplicaciones combinadas. *Summa Psicológica UST, 13*(2), 69-80. doi:10.18774/summa-vol13.num2-296.

Maldavsky, D. (2017). Libido intrasomática: conceptos, instrumentos para evaluarla, aportes del equipo de investigación David Maldavsky. *Revista Desvalimiento Psicosocial, 4*.

Maldavsky, D., Bodni, O., Cusien, I., Lambersky de Widder, F., Roitman, C., Tamburi, E., Tarrab de Sucari, E., Tate de Stanley, C. & Truscello de Manson, M. (2000). *Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y método: secuencias narrativas*. Nueva Visión.

Manson, M; Álvarez, L., & Maldavsky, D. (2008). Sobre las fijaciones pulsionales, las defensas y su estado en un paciente con psoriasis, estudiado con el algoritmo David Liberman (ADL). *Subjetividad y Procesos Cognitivos, 11*. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

Marty, P., & Michel de M. (1963). El pensamiento operatorio. *Revista Francesa de Psicoanálisis*, 27.

Marty, P. (1992). *La psicosomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Lozano, J. (2006). Hipotiroidismo, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. *Ámbito farmacéutico, farmacoterapia, 25*(1). McGraw-Hill.

Messina Schwartz, L. (2018). *Fenómenos de desajuste. Proposición para la clínica psicosomática* [Tesis de Doctorado, Universidad de Chile]. Repositorio Institucional UC. https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/175837

Mena Miranda, V. R., Hidalgo Acosta, I. V., Fernández de la Paz, B., Navarro Sombert, A. B., & Roque Piñón, A. (2005). Alteraciones metabólicas asociadas a la sepsis: Proteínas, lípidos y carbohidratos. *Revista Cubana de Pediatría, 77*(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312005000200007&lng=es&tlng=pt.

Monreal-Gimeco, C., Marco-Macarro, M & Amador-Muñoz, L. (2001). El adulto; etapas y consideraciones para el aprendizaje. *Esporos* (3), 97-112.

Nasio, J. D. (2007). *El dolor físico*. Editorial Gedisa.

Peréz Zambón, S. (2014). Aplicación del Algoritmo David Liberman (ADL) al estudio de las manifestaciones obtenidas del test de Persona Bajo la Lluvia. *Desvalimiento Psicosocial, 1*(1).

Plut, S. (2010). Si me dices que vas a Cracovia. *Psicoanálise, Revista da Sociedade Brasileira de Psicoanálise de Porto Alegre, 12*(1), 1-9.

Romero, M. (2011). *Trastornos Psicosomaticos, una lectura psicoanalítica.* 3º congreso internacional de investigación. Universidad Nacional de La Plata.

Sayago, S. (2014). El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales. *Cinta de moebio*, (49), 1-10. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2014000100001.

Sneiderman, S. (2008). *Una contribución a la interpretación del Cuestionario Desiderativo a partir de su correlación con el "Algoritmo David Liberman" de David Maldavsky.* XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Universidad de Buenos Aires.

Sneiderman, S. (2010). Análisis de las respuestas al "Cuestionario desiderativo" con un diccionario computarizado de palabras. *Subjetividad y Procesos Cognitivos, 14*(2), 293-303.

Sneiderman, S. (2011). *El Cuestionario Desiderativo de Jaime Bernstein: aportes y actualización para una interpretación psicoanalítica.* III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII, Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires.

Sneiderman, S. (2012). *El cuestionario desiderativo: Aportes para una actualización de la interpretación*. Paidós.

Sneiderman, S. (2012). *Nuevas lecturas en el Cuestionario Desiderativo de Jaime Bernstein: El Algoritmo David Liberman y las Patologías del Desvalimiento.* Congreso AIDEP.

Sneiderman, S. (2013). ¿Es el "cuestionario desiderativo" una técnica propicia para detectar pulsiones y defensas en patologías del desvalimiento?. *Subjetividad y Procesos Cognitivos, 17*(1), 274-290.

8.0 ANEXOS

8.1 Consentimiento informado

Mi nombre es María Agostina Zabaleta y me encuentro realizando la presente investigación, con el fin de obtener el título de Licenciada en Psicología en la Universidad de Abierta Interamericana. El objetivo del mismo es explorar en el discurso de los sujetos que padecen hipotiroidismo, los aspectos relacionales y emocionales de esta afección, así como los distintas significaciones conscientes respecto del desencadenamiento de la enfermedad y el diagnóstico de la misma. Está dirigido a personas adultas, entre 30 y 70 años de edad, que vivan en la Provincia de Buenos Aires, y padezcan hipotiroidismo. Por eso se le solicita su colaboración respondiendo unas preguntas. Muchas gracias por participar.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria y la información que se brinde será tratada de manera confidencial y utilizada sólo en el marco de esta investigación y con fines estrictamente académicos, pudiendo interrumpir su participación en cualquier momento sin sufrir sanción alguna. Para consultas o inquietudes puede comunicarse a agoszabaletatesis@gmail.com.

Firma del participante

8.2 Protocolos

8.2.1 Protocolo 1

Datos Sociodemográficos

Nombre: Mónica

Sexo: Femenino X Masculino……

Edad: 45 años

Estado Civil: Soltero/a….

Casado/a….

En pareja X

Divorciado/a …….

Viudo/a …….

Profesión y/o ocupación: Gestora

Trabaja actualmente: Si X No….

Cuánto hace que padece hipotiroidismo: 13 años

Padece alguna otra afección: Si…… No X

Se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico: Si…. No X

Se encuentra bajo tratamiento psicofarmacológico: Si… No X

Entrevista

· *Contame los motivos que te llevaron a conocer el diagnóstico*

Me hago un chequeo ginecológico y clínico anualmente. Yo me notaba bastante cansada, se me caía el pelo mucho, pero pensé que era estrés. En mis chequeos ginecológicos, le comenté a la doctora, sobre los dolores menstruales, tengo endometriosis, eso ya lo sabía. Dentro de los estudios que me hicieron, salieron los valores de laboratorios

alterados, anemia, colesterol y TSH, que es la de las tiroides. Me derivó a una endocrinóloga, me hicieron una ecografía de la tiroides y ahí la doctora me explicó lo que era y que tenía hipotiroidismo. Me dio una pastilla T4, levotiroxina que la dosis fue variando en estos años y la tomó por la mañana, una hora aproximadamente antes del desayuno.

- *Recordame como fue el momento en que diagnosticaron hipotiroidismo.*

Fue raro, no hay nadie en mi familia que tenga eso y me asuste. Cuando la doctora me dijo que tenía que ir a ver a otro profesional. La endocrinóloga me explicó todo, una divina, pero tomar medicación para siempre, no me gusta, un poco me angustia depender de una pastilla. Pensaba que a mi sola me pasaba eso. Me dijo un montón de cosas, de lo que la podía originar, las consecuencias, pero en ese momento no registré nada, mucha información y yo me quería ir del consultorio.

- *¿Qué recordás del modo en que te lo comunicaron?*

Como te contaba, la doctora divina, no recuerdo mucho, me quería ir del consultorio, era mucha información y al ser algo que no se ve, es como que no entendía. O sea, no es como otras enfermedades que se ven. Yo tengo endometriosis y en los estudios la doctora me muestra el ovario, los folículos. En cambio, acá, me hablaba de la secreción, creo que es, de la glándula y la información de eso para que libere la hormona, todas cosas que me tengo que imaginar. En la primera consulta ella me explicó todo, pero después mi doctora, que es mi ginecóloga desde que tengo 17, me hizo dibujos y me explico todo otra vez, cuando yo ya estaba más tranqui.

- *¿De qué manera y quién te hizo el diagnóstico?*

Yo creo que fue mi ginecóloga, pero ella me derivó a la endocrinóloga. Entre las dos jajajaj.

- *¿Cómo describirías el vínculo con la persona que te dio el diagnóstico?*

Bien, ambas médicas me atienden hasta el día de hoy, me llevo genial. Tenemos buena relación, tengo el celular de las dos. No las molesto, pero ginecológicamente tengo varios problemas, así que la relación con mi ginecóloga es muy fluida, y la endocrinóloga también me trata por esas otras cuestiones. La conocí por el tema de las tiroides y hoy entre las dos son mis médicas de cabecera.

- *¿Qué conocimientos tenes en al diagnóstico?*

Mira, hoy un poco más, en el momento que me diagnosticaron, no sabía mucho. Hoy me informe más porque trajo aparejadas muchas cosas, mucha terapia y ya después de la menopausia. Estoy más tranquila. Al menos estos últimos dos años. Después de ese control, yo apostaba a la maternidad y no paso. Así que la pase tremendo, hasta no hace tanto la pasaba mal. Ahora ya lo acepté. Pero en todo ese tiempo, me explicaron muchas veces el tema del mal funcionamiento de la producción de hormonas, no solo de la tiroides, sino que también se me junto con la endometritis y la producción de prolactina. Aparentemente todo tiene que ver con todo, jajajaja por decirlo de alguna manera.

- *Recordame como fue la situación emocional vivenciada en dicho momento*

Bueno como te contaba, al principio muy abrumador todo, mucha información nueva, miedos. Después a medida que pasó el tiempo y todo se complicó, se me juntó todo, muy triste estuve, bronca, frustración, lloré mucho. Pero bueno, ya ahora acepté todo, y lo vivo de otra manera. Pero me pregunté muchas veces por qué a mí. Somos un montón de hermanos y a mí me tocaron todas jajaja.

- *Contame cómo era tu rutina y hábitos en ese momento*

Yo trabajaba mucho, la estaba pasando re mal en el trabajo, tenía un jefe muy maltratador. Mi familia es muy humilde y yo los ayudaba económicamente. Mi novio, me decía que renuncie, que él me ayudaba pero que no podía seguir así. Estaba cansada, con muchos cambios en el estado de ánimo y se me caía mucho el pelo, las uñas eran un papelito. Hay cosas que me di cuenta después, que pasó todo. Dormía mucho, va, tenía siempre mucho sueño y como que el cuerpo nunca se recuperaba; pero como estaba trabajando mucho pensaba que era por eso. Yo trabajaba de lunes a sábados, 14hs por día. Creo que ese estrés detonó todo el cuerpo, que pasara todo esto, el cuerpo reaccionó a tanta exigencia física y mental. Mucha presión tenía en ese momento, lloraba todos los días y no podía renunciar. Cancelé un montón de turnos en la doctora por mi falta de tiempo. Después renuncia, empecé terapia por sugerencia de mi ginecóloga, y me llevo un tiempo para entender todo. Hacia 12 años que trabaja ahí, empecé muy chica y fue difícil. Vivía para trabajar, no hacía nada por fuera de eso, veía un poco a mi familia y novio, los domingos, en la semana trabajo full time, no hacía otra cosa, siempre estaba cansada y sin ganas de hacer nada.

- *¿En qué momento personal llega el diagnóstico?*

Como te contaba, estaba de novia, tengo 8 hermanos y 15 sobrinos, amo a los chicos. Mi novio tiene dos hijos y yo siempre quise ser mamá. Trabaja mucho, demasiado pero ese deseo estaba. Así que fue duro. No sé si el momento en que me dieron el diagnóstico, sino todo lo que pasó después, dos cirugías por endometriosis, saber que no iba a poder ser mamá, pensar en adopción, pero mi pareja no se la jugaba. Y así pasó el tiempo. Una vez que maso menos me acomode con la idea, menopausia, terapia y todo eso. Bueno ahí ya cambié de trabajo, ahora trabajo por mi cuenta, me va muy bien. hago pilates dos veces por semana,

terapia una vez por semana, ahora por video llamada, los fines de semana no trabajo, duermo mejor, no estoy tan cansada, hay días que sí, pero no todos.

- *Contame cómo es tu rutina y hábitos a partir del diagnóstico*

Maso lo que te dije antes, todo cambio, hago más cosas, estoy de mejor humor, la medicación al principio era un tema, porque yo me levantaba a las 7, desayunaba y me iba a trabajar y con la medicación me tenía que levantar antes, y esperar para desayunar e irme. Así que eso me cambio, con el tiempo le encontré la vuelta, tomaba la medicación y ahí me iba a bañar y prepararme y maso menos se hacía la hora para desayunar. Ahora pongo el despertador tomo la pastilla y sigo durmiendo jajajaj arrancó más tarde a trabajar, salvo excepciones. Duermo mucho mejor, el pelo se me cae menos desde que me medicaron y las uñas también las tengo mejor, ahí note mucho el cambio, estoy menos cansada, de mejor humor. Fue un combo lo mío me parece.

- *¿Como los eran antes?*

Mi vida antes era trabajar, dormir, estar cansada y de mal humor. Mucho dolor muscular. Se que hay gente que le afecta en el peso, a mi no. No subí ni bajé de peso, con la menopausia me hinché un poco, porque empecé a retener líquido, pero eso fue al principio, ahora estoy bien. uso los mismos pantalones que antes jajajaj.

- *¿De qué consta el tratamiento?*

Tomo levotiroxina a la mañana, la dosis fue variando, va variando según los resultados de laboratorio. Eso solo por ahora.

- *Contame acerca de los cambios que observas a partir del tratamiento*

Como te decía, me siento mejor, el pelo esta genial y mis uñas, me las pude volver a pintar de color, porque lo único que podía hacer era ponerme fortalecedores, se me escamaban de una manera que me daban ganas de llorar, porque llegaba un momento que estaban tan finitas que me dolían. Me cambio para bien.

- *¿Cómo entendés la afección en la actualidad?*

y… fue difícil, pero entiendo que mi cuerpo colapsó y lo hizo ahí, se descompagino todo. Ahora le presto más atención, me presto más atención.

- *¿Qué conocés de la enfermedad ahora?*

Mucho más, los primeros años era enojo, después de informarme, entendí cómo funcionan las glándulas, que el estrés puede afectar a las enfermedades autoinmunes, yo tengo tiroiditis y eso está asociada. Así que como dicen por ahí; el cuerpo habla. Y el mío no fue la excepción. Hay gente que le afecta en otros ámbitos o tienen colon irritable, cuando se estresan o les pasan cosas que no hablan o no hacen terapia o no las expresan; a mí me paso esto.

- *Contame cómo es tu vida social a partir del diagnóstico y tratamiento*

Mucha no tenia, jajajaj el poco tiempo que tenía fuera del trabajo, dormía, estaba cansada, sin ganas de hacer nada, así que andaba todo el día con cara de traste. A mi familia los veía una vez a la semana, a mis sobrinos, juego mucho con ellos, son un montón y de todas las edades, pero no tenía fuerza, me llevaba todo mucho esfuerzo, todo me constaba, pensaba que quería estar en la cama todo el día.

- *¿Cómo consideras que tomó el diagnóstico tu familia y entorno social?*

Y, a mi familia mucho no les cuento, porque se mezcló con el tema de la maternidad y eso era difícil de abordar. Todos mis hermanos tienen hijos, somos una familia muy numerosa y todos sabían del deseo que tenía de ser mamá, así que siempre fue un tema muy difícil de abordar, nadie me pregunta nada. Una vez hable con mi hermana y ella se puede mal. Entonces lo hable con alguna amiga y con Ale, mi novio. Ellos me comprendieron, tampoco es un tema del que se hable mucho. Saben que tengo esto, que tomo una medicación y me hago controles. Si, empecé a prestar más atención y veo que hay un montón de gente que tiene esto y toma levotiroxina, de todas las edades.

- *¿Cómo comunicaste el diagnóstico a tu familia y entorno social?*

Respondió en la pregunta anterior

- *¿Cómo crees que lo recibieron?*

No se habla mucho de eso, yo soy bastante para adentro.

- *¿Cómo percibís a familiares y amigos a partir del tratamiento?*

Y, creo que mejor, porque yo estoy distinta, tengo más pilas y disfruto más. Cuando nos juntamos estoy más activa, de mejor humor. Sino estaba con mala cara, casada y con sueño. Eso no me pasa ahora. Estoy mucho mejor. Terapia me ayudó también, pero creo que la medicación hace lo suyo.

- *¿Qué aspectos que consideres relevantes me podés comentar?*

Fue un camino difícil y fue difícil salir a pedir ayuda, empezar terapia. Por suerte yo me atendía con mi medica de confianza, ella me ayudo un montón para entender que sola no podía con todo eso.

8.2.2 Protocolo 2

Datos Sociodemográficos

Nombre: María

Sexo: Femenino X Masculino……

Edad: 30 años

Estado Civil: Soltero/a……..

Casado/a….

En pareja X

Divorciado/a

Viudo/a ……..

Profesión y/o ocupación: Empleada administrativa

Trabaja actualmente: Si X No…..

Realiza actividad física: Si X No ….

Cuánto hace que padece hipotiroidismo: 18 meses

Padece alguna otra afección: Si…… No X

En la actualidad está bajo tratamiento psiquiátrico: Si…. No X

Toma algún otro fármaco: Si…. No X

Entrevista

· *Contame los motivos que te llevaron a conocer el diagnóstico*

Fui a hacerme los análisis de rutina del último trimestre de mi embarazo, y al llevárselos al obstetra, detectó que la glándula hipotiroidea estaba “muy bajita”.

· *Recordame como fue el momento en que diagnosticaron hipotiroidismo.*

Recuerdo que el obstetra me dijo que es “re común” que durante un embarazo las hormonas cambien y se descontrolen un poco, pero que se soluciona. Me recetó medicación (levotiroxina), me explicó como tomarla (dos horas antes de desayunar, lejos de algunas comidas) y me fui bastante sorprendida, no lo esperaba.

- *¿Qué recordás del modo en que te lo comunicaron?*

¡Estaba en el consultorio sentada frente al médico, y quedé sorprendida la verdad cuando me dio el diagnóstico! Igual me explicó todo con mucha paciencia, le hice varias preguntas, entre ellas la posibilidad que la enfermedad quedara luego del parto, y me dijo que era una posibilidad pero que certezas no había. Luego me fui directo a la farmacia a comprar.

- *¿De qué manera y quién te hizo el diagnóstico?*

El obstetra fue quien me diagnosticó al leer los análisis.

- *¿Cómo describirías el vínculo con la persona que te dio el diagnóstico?*

Súper. Siempre me encantó la calidez que nos brindaba el médico, a mí y a mi bebé, por eso lo elegí.

- *¿Qué conocimientos tenés en torno a dicho diagnóstico?*

Tenía bastante información, ya que muchas personas de mi familia padecen esta afección. Aunque me sorprendió bastante que me haya tocado a mí.

- *Recordame como fue la situación emocional vivenciada en dicho momento*

Me encontraba cursando el 7mo mes de mi embarazo primerizo, en una situación de pandemia, bastante asustada por todo lo que veía en la televisión respecto a esa nueva

enfermedad que tantas vidas se estaba llevando (covid 19), de la cual había poco conocimiento, y hasta ese momento, ni vacuna ni cura. Además de todo lo que un embarazo conlleva, miedos propios del mismo, incertidumbres, ansiedades. Fue un contexto hermoso aunque bastante agotador a nivel psicológico jaja.

- *Contame cómo era tu rutina y hábitos en ese momento*

Mis hábitos eran bastante sanos, me despertaba y trataba de comer saludable, caminaba un poco y hacia yoga para transitar los dolores de espalda que me generaba la super panza de embarazada que no paraba de crecer. Lo que si recuerdo es que estaba aburrida de hacer siempre la misma rutina, pero ya te digo... embarazo en pandemia.

- *¿En qué momento personal llega el diagnóstico?*

Llega a razón de mi primer embarazo, en pandemia.

- *Contame cómo es tu rutina y hábitos a partir del diagnóstico*

A partir del diagnóstico empecé a tomar la medicación, la levotiroxina de 0,50. Recuerdo que investigue mucho cual era el mejor momento para tomarla, para que no me coincidiera con el horario del desayuno, en el cual a lo mejor me tomaba un jugo de naranja natural y me comía una tostada integral, por ejemplo, y esos eran alimentos que podían intervenir en la absorción. Entonces investigué y pregunté, hasta a mi psicóloga, cuando le conté este tema que me generaba un poco de miedo. Ella me recomendó que me pusiera el reloj a las 3am para tomarlo tranquila y seguir durmiendo, y eso hice, para que nada perjudicara la absorción.

- *¿Cómo los eran antes?*

Eran los mismos, mucho no cambió. Salvo ya te digo, eso de ponerme el despertador a las 3 am para tomar el remedio y después seguir.

- *¿De que consta el tratamiento?*

Consta en tomar una pastilla de levotiroxina de 0,50 todos los días, lejos de las comidas.

- *Contame acerca de los cambios que observas a partir del tratamiento*

No noté muchos cambios en verdad. A lo mejor se mezclaron con los del embarazo y se volvieron imperceptibles jaja.

- *¿Cómo entendes la afección en la actualidad?*

Como una afección que puede agarrarle a todos, hasta a las embarazadas.

- *¿Qué conoces de la enfermedad ahora?*

Conozco un poco más que antes, investigué y pregunté mucho. Que podía aparecer a raíz de un embarazo no sabía, ahora lo sé.

Contame cómo es tu vida social a partir del diagnóstico y tratamiento

Mucha vida social la verdad que no tuve, por la pandemia. Lo que si vi que cambió un poco es a lo mejor la preocupación por parte de las personas más cercanas a mí, que me preguntaban a cada rato como estábamos el bebé y yo.

- *¿Cómo consideras que tomó el diagnóstico tu familia y entorno social?*

Se asustaron poco, como yo, que al principio cuando me enteré me asusté por el bebe, hasta que entendí que tomar la medicación era ocuparse y que si yo hacía eso los dos íbamos a estar bien y así fue.

- *¿Cómo comunicaste el diagnóstico a tu familia y entorno social?*

Por whatsapp, zoom, teléfono. Todas comunicaciones virtuales ya que no nos veíamos por la pandemia.

- *¿Cómo creés que lo recibieron?*

Se asustaron poco al principio, me preguntaron seguido y después pasó la novedad.

- *¿Cómo percibís a familiares y amigos a partir del tratamiento?*

Preocupados al principio. Estuvieron super encima, pero eso creo que fue más por el embarazo en sí, porque la preocupación vino antes, durante y después del tratamiento, duró más de nueve meses.

- *¿Qué aspectos que consideres relevantes me podés comentar?*

Lo que me pareció más relevante fue el momento en el que me detectaron la afección, el embarazo, que ya traía sus miedos, calculo que comunes y esto que mucho no ayudó. Cuando te dicen que te salió mal algún estudio, aunque sea el valor de un análisis, te asustas mucho, pensas que todo lo que sabías de la enfermedad ahora no lo sabés porque te está apareciendo en otro contexto, uno que ahora involucra a dos personas, a vos y al bebé que tenés en la panza. Que no sabes si esto va a afectarlo de algún modo, si va a crecer sano y fuerte, si vas a llegar a término y tantas cosas más. Por suerte me apoye mucho en el medico, quien siempre fue un amor, que me explicó que mientras tomara la medicación iba a

estar todo bien, y quien me tranquilizó diciéndome que esto no era para nada riesgoso, que solo había que ocuparse. Y entre la tranquilidad que el me daba al contestar todas mis preguntas, y el gran apoyo que fue mi terapeuta durante los 9 meses de embarazo, en medio de una pandemia, el miedo se fue yendo. Y acá estamos, meses después, aún con el hipotiroidismo que no se fue, pero que tampoco me complicó ningún proceso.

8.2.3 Protocolo 3

Datos Sociodemográficos

Nombre: Mariana

Sexo: Femenino X Masculino……

Edad: 53 años

Estado Civil: Soltero/a……..

Casado/a….

En pareja X

Divorciado/a X

Viudo/a ……..

Profesión y/o ocupación: Empleada administrativa

Trabaja actualmente: Si X No…..

Realiza actividad física: Si ….. No X

Cuánto hace que padece hipotiroidismo: 2 años

Padece alguna otra afección: Si…… No X

En la actualidad está bajo tratamiento psiquiátrico: Si…. No X

Toma algún otro fármaco: Si…. No X

Entrevista

· *Contame los motivos que te llevaron a conocer el diagnóstico*

No poder bajar de peso haciendo dieta o comiendo sano, mal dormir me llevo a sospechar.

· *Recordame como fue el momento en que diagnosticaron hipotiroidismo*

Si si, igual lo había leído yo en el informe y me di cuenta qué era y me puse contenta de por lo menos saber el motivo, encontrar el motivo. Fue mi médico de cabecera el que me lo diagnóstico, que no es clínico.

- *¿Qué recordás del modo en que te lo comunicaron?*

Si, estaba en el consultorio, me acuerdo hasta en que consultorio estaba, en el grande del edificio nuevo. Estaba con mi pareja, los dos parados y me dijo “gorda, tenés la tiroides altísima así que vamos a medicar, T4”. Me medicó él directamente porque además de ginecólogo, obstetra y todo eso es endocrinólogo dentro de la obstetricia y de la ginecología.

- *¿De qué manera y quién te hizo el diagnóstico?*

Respondió en la pregunta anterior.

- *¿Cómo describirías el vínculo con la persona que te dio el diagnóstico?*

El medico es de confianza, de mi círculo de confianza.

- *¿Qué conocimientos tenés en torno a dicho diagnóstico?*

Tenía pocos, pocos. Sabía que era una de las causas del cansancio y de algunos síntomas que tenía.

- *Recordame como fue la situación emocional vivenciada en dicho momento*

Si. La enfermedad de mi mamá. Todos los síntomas de ella me causaban mucho estrés y se me disparo la tiroides como mecanismo de defensa, porque no descubrían que tenía y que

no quería hacer los tratamientos que le indicaban. Le buscábamos la causa y nos ocultaba info y eso me daba enojo, me daba mucho enojo.

- *Contame cómo era tu rutina y hábitos en ese momento*

Mi rutina y mis hábitos… andaba a mil y otra cosa que me había descubierto el medico era unos tumores en la mama derecha, se juntó todo y eso también colaboro con el estrés de este momento. No era estrés, es cuatro.

- *¿En qué momento personal llega el diagnóstico?*

Respondido anteriormente.

- *Contame cómo es tu rutina y hábitos a partir del diagnóstico*

Hasta que hace efecto la medicación no cambia nada. Pero mi rutina no la cambié. No, no no. Salvo la medicación que tengo que tomar, una pastilla a la mañana, 40 minutos 1 hora antes de desayunar y cada tanto se hacen evaluaciones de sangre, análisis, para ver como esta y ahora me toca la próxima que es para ajustar o no la medicación. Se que la tengo que tomar, que no la tengo que dejar.

- *¿Cómo los eran antes?*

Respondió en la pregunta anterior.

- *¿De qué consta el tratamiento?*

Respondió en la pregunta anterior.

- *Contame acerca de los cambios que observas a partir del tratamiento*

Menos mal humor, empecé a dormir un poco mejor. ¿Qué más? No nada más, porque tampoco fue la solución eso para lo que yo quería que era bajar de peso. Es como que estoy estancada. Debe haber algún otro factor que no hace que ayude. Si estoy tranquila que está nivelada. Igual tomo religiosamente la medicación.

- *¿Cómo entendes la afección en la actualidad?*

Como una enfermedad disparada por el estrés y la menopausia también porque estoy en ese estado, una premenopausia, un montón de factores influyen. Eso lo sabía desde antes. Hay info que uno al sospechar va buscando y se va informando.

- *¿Qué conoces de la enfermedad ahora?*

Respondió en la pregunta anterior

- *Contame cómo es tu vida social a partir del diagnóstico y tratamiento*

No cambio en nada, no me limito para nada. Si trate de no hacerme cargo de problemas ajenos. De mí, de mi solamente. Y de enfrentar los problemas de otra forma. Este año dije, me corro. Cada uno con su rollito.

- *¿Cómo consideras que tomó el diagnóstico tu familia y entorno social?*

Les conté... a algunos les chupo un huevo. Y otros como que no lo registraron porque estaban en la suya. Mi familia no me quiere jaja. Y bien también porque mi pareja también tiene hipotiroidismo.

- *¿Cómo comunicaste el diagnóstico a tu familia y entorno social?*

Respondió en la pregunta anterior.

· *¿Cómo creés que lo recibieron?*

Respondió en la pregunta anterior.

¿Cómo percibís a familiares y amigos a partir del tratamiento?

La verdad como no les intereso mucho, me abrí.

¿Qué aspectos que consideres relevantes me podés comentar?

No lo tomo como una enfermedad, lo tomo como una oportunidad para cambiar hábitos también. A veces se puede, a veces no, no es imposible. Yo le insistí al médico que me haga los análisis de tiroides. ¿Por qué? Porque yo sentía que me ahogaba a la noche y sentía como dolor en la zona de las tiroides y como no me salía en sangre en principio descubro los nódulos por una ecografía, como 3 o 4 años antes. Y después se manifiesta en sangre al fin, y fue como un "viste que era esto". Como 4 años antes mi terapeuta me dijo, "mira que esas son las cosas que uno no dice que se van quedando acá". También alguien que me hizo reflexología, cuando me lo dice Paula, mi terapeuta al mismo tiempo iba yo a hacerme reflexología y la chica que me hizo reflexología me dice, "acá las tiroides me parece que…" y me empezó a doler la zona del pie donde me masajeaba. Después fui a buscar el diagnostico yo. Me ahogaba a la noche, no podía dormir boca arriba viste, y eso también me llamaba la atención, y me empezaron a doler acá como las cuerdas vocales. Y ahí vi los nódulos, no aparecía en sangre, pero había nódulos y quistes y después como a los 3 años apareció en sangre. Y ahí una vez que tuvo los análisis, el medico ya directamente me dijo, empezamos con una dosis bajita, que no ajustaron porque fue el año pasado, y los análisis son una vez por año.

8.2.4 Protocolo 4

Datos Sociodemográficos

Nombre: Esteban

Sexo: Femenino…. Masculino X

Edad: 40 años

Estado Civil: Soltero/a….

Casado/a….

En pareja X

Divorciado/a ….

Viudo/a …

Profesión y/o ocupación: Empleado administrativo

Trabaja actualmente: Si X No….

Cuánto hace que padece hipotiroidismo: 8 años

Padece alguna otra afección: Si…… No X

Se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico: Si…. No X

Se encuentra bajo tratamiento psicofarmacológico: Si… No X

Entrevista

· *Contame los motivos que te llevaron a conocer el diagnóstico*

Los motivos fueron varios, cansancio, sobre peso, irritabilidad, momentos de tristeza profunda.

· *Recordame como fue el momento en que diagnosticaron hipotiroidismo*

La verdad que el momento no fue malo ya que me imaginaba el resultado, lo esperaba.

· *¿Qué recordás del modo en que te lo comunicaron?*

Una sensación rara, ya que el hecho de depender de una medicación de por vida lo hace incierto.

· *¿De qué manera y quién te hizo el diagnóstico?*

Mi médico de cabecera mediante varios estudios periódicos, los cuales me los realizo una vez al año.

· *¿Cómo describirías el vínculo con la persona que te dio el diagnosticó?*

Normal, relación médico paciente.

· *¿Que conocimientos tienes en torno a dicho diagnóstico?*

Conozco lo que me informo el médico sobre el diagnóstico, sobrepeso, cansancio, irritabilidad, etc.

· *Recordame como fue la situación emocional vivenciada en dicho momento*

Fue un momento triste, ya que no me agrada el hecho de saber que voy a depender de un medicamento de por vida para mejorar mi salud.

· *Contame cómo era tu rutina y hábitos en ese momento*

Eran normales, sin ninguna atadura rutinaria, solo hacía las cosas que tenía ganas cuando tenía ganas.

· *¿En qué momento personal llega el diagnóstico?*

En un momento bastante estresante de mi vida. Había perdido mi trabajo recientemente y no conseguía otro.

· *Contame cómo es tu rutina y hábitos a partir del diagnóstico*

Mi rutina cambió, todas las mañanas debo acordarme de tomar mi medicamento y es una obligación por mi salud.

· *¿Cómo los eran antes?*

Eran relajados, sin obligaciones ni hábitos diarios.

· *¿De qué consta el tratamiento?*

El tratamiento consta de una pastilla diaria todas las mañanas para controlar la tiroides.

· *Contame acerca de los cambios que observas a partir del tratamiento*

Cambios de humor de forma positiva, ya no tengo momentos de ansiedad tan seguidos.

· *¿Cómo entendés la afección en la actualidad?*

Como una afección que es muy común en la mayoría de las personas.

· *¿Qué conoces de la enfermedad ahora?*

Los síntomas y sus consecuencias.

· *Contame cómo es tu vida social a partir del diagnóstico y tratamiento*

Por suerte me ayudo a comprender muchas reacciones mías a causa de esta enfermedad. Y entender que muchas eran causa de esta enfermedad, como la ansiedad.

· *¿Cómo consideras que tomó el diagnóstico tu familia y entorno social?*

Considero que bien.

· *¿Cómo comunicaste el diagnóstico a tu familia y entorno social?*

De una manera natural, ya que considero que por suerte no es nada de mucha gravedad y de esa manera se lo tomaron también.

· *¿Cómo crees que lo recibieron?*

De buena forma.

· *¿Cómo percibís a familiares y amigos a partir del tratamiento?*

Por suerte de la misma forma que antes, a ellos no les cambio la forma de tratarme.

· *¿Qué aspectos que consideres relevantes nos podés comentar?*

Realizar estudios, chequeos de forma periódica, puede ayudar a detectar muchas causas de enfermedades, que quizás tratándolas a tiempo, se pueden resolver de forma favorable.

8.2.5 Protocolo 5

Datos Sociodemográficos

Nombre: Josefina

Sexo: Femenino X Masculino……

Edad: 70 años

Estado Civil: Soltero/a……..

Casado/a….

En pareja……..

Divorciado/a …….

Viudo/a X

Profesión y/o ocupación: Ama de casa

Trabaja actualmente: Si…… No X

Realiza actividad física: Si X No…….. (hasta antes de la pandemia)

Hacía natación y yoga

Cuánto hace que padece hipotiroidismo: 18 años

Padece alguna otra afección: Si…… No X

En la actualidad está bajo tratamiento psiquiátrico: Si No X

Toma algún otro fármaco: Si…. No X

Entrevista

· *Contame los motivos que te llevaron a conocer el diagnóstico*

En realidad yo consulté a una doctora, porque todos me decían que tenía un bulto en el cuello y que vaya al médico. Cuando fui a ver a la médica clínica me mandó a consultar a una endocrinóloga. Cuando consulte a la endocrinóloga, me mandó a hacer una radiografía y descubrieron que tenía unos nódulos, al tiempo me manda a hacer otra radiografía y se dio

cuenta que estos nódulos estaban creciendo, así que me mandó a ver a un cirujano. El cirujano lo primero que me dijo cuando vio las radiografías es que había que operar. Yo no sabía hasta ese entonces que me iban a operar de las tiroides, yo fui solo a operarme de los nódulos. Cuando me dieron el resultado de lo que me habían sacado, me dijeron que también me sacaron las tiroides, que me sacaron todo, pero que está todo bien. ¿Queres que te muestre los resultados que me dieron ese día, porque los tengo todos guardados? le aclaro que no es necesario y continuamos con la entrevista.

- *Recordame como fue el momento en que diagnosticaron hipotiroidismo*

Respondió en la pregunta anterior.

- *¿Qué recordás del modo en que te lo comunicaron?*

No me afectó mucho, cuando me dijo el cirujano que me habían sacado todo, no me asuste, ni nada. Había muchas señoras que también la habían operado de lo mismo, pero a mí no me afectó mucho.

- *¿De qué manera y quién te hizo el diagnóstico?*

Como dije antes fue el cirujano quien me dijo que me habían sacado también las tiroides. Después él me dijo que vuelva a ver a la endocrinóloga para empezar un tratamiento.

- *¿Cómo describirías el vínculo con la persona que te dio el diagnóstico?*

No, a la doctora no la conocía de antes, fui dos o tres veces hasta que me mandó a ver al cirujano, pero no es que yo tenía un vínculo desde antes, ni con ella, ni con el cirujano.

- *¿Qué conocimientos tenés en torno a dicho diagnóstico?*

En ese momento no sabía mucho de la enfermedad, ahora hablando con mis amigas, que algunas también le diagnosticaron los mismo, pero a ellas no las operaron, sé un poco más, pero no mucho, solo que tengo que tomar las pastillas todos los días. Pero en ese momento yo solo sabía que me iban a operar de los nódulos, yo ni sabía el tema de las tiroides, no sabía que era el hipotiroidismo.

· *Recordame como fue la situación emocional vivenciada en dicho momento*

No, nada, no me acuerdo de eso.

· *Contame cómo era tu rutina y hábitos en ese momento*

Normal, yo cuidaba a mis nietos en ese entonces, ya había dejado de trabajar en la zapatería, pero normal.

· *¿En qué momento personal llega el diagnóstico?*

No, yo estaba bien, porque en realidad yo ni sabía que tenía hipotiroidismo, yo solo me fui a operar y ahí me enteré.

· *Contame cómo es tu rutina y hábitos a partir del diagnóstico*

Normal, no cambie nada de mi rutina, solo que tomo las pastillas todas las mañanas.

· ¿Cómo los eran antes?

También normal.

· ¿De qué consta el tratamiento?

De pastillas, tomo Levo-tiroxina 75 mg. Desde que me operaron la empecé a tomar y las tomo todos los días y las tengo que tomar de por vida eso sí.

· *Contame acerca de los cambios que observas a partir del tratamiento*

Noté que me fatigaba un poco más cuando caminaba, al principio no me daba cuenta que era por esto, pero después, empecé a notar, que me cansaba un poco más que antes y no tenía la misma fuerza o resistencia que tenía antes.

· *¿Cómo entendés la afección en la actualidad?*

No sé, si conozco mucha gente que tiene esta enfermedad, no están operadas, pero sí que están tomando pastillas, pero también hacen vida normal.

· *¿Qué conocés de la enfermedad ahora?*

Se que no todos los que tiene tiroides se operan, que con pastillas ya están bien.

· *Contame cómo es tu vida social a partir del diagnóstico y tratamiento*

Una vida normal.

· *¿Cómo consideras que tomó el diagnóstico tu familia y entorno social?*

Lo tomaron tranquilos.

· *¿Cómo comunicaste el diagnóstico a tu familia y entorno social?*

No, nos enteramos todos juntos cuando vino el cirujano y me dijo que además de los nódulos me habían sacado también las tiroides.

- *¿Cómo creés que lo recibieron?*

Normal.

- *¿Cómo percibís a familiares y amigos a partir del tratamiento?*

Nada, todo igual que antes.

- *¿Qué aspectos que consideres relevantes me podés comentar?*

Hace años que hago una vida normal, tomo las pastillas todas las mañanas y nada más. Ya hace tanto tiempo además de esto que para mi es algo normal. Pase tantas cosas en mi vida, me quede viuda, tuve cáncer, tuve un accidente y tantas cosas más, que esto para mi termina siendo una pavada.

8.2.6 Protocolo 6

Datos Sociodemográficos

Nombre: Carolina

Sexo: Femenino X Masculino……

Edad: 32 años

Estado Civil: Soltero/a X

Casado/a….

En pareja….

Divorciado/a

Viudo/a ……..

Profesión y/o ocupación: Desempleada

Trabaja actualmente: Si….. No X

Realiza actividad física: Si X No ….

Cuánto hace que padece hipotiroidismo: 16 años

Padece alguna otra afección: Si…… No X

En la actualidad está bajo tratamiento psiquiátrico: Si…. No X

Toma algún otro fármaco: Si…. No X

Entrevista

· *Contame los motivos que te llevaron a conocer el diagnóstico*

Tenía taquicardia, cansancio, dormía más de lo normal, muchísimo cansancio, era tremendo y mientras estaba sentada tenía taquicardia, se me caía mucho el pelo. Tenía estos síntomas y por eso fui al médico.

· *Recordame cómo fue el momento en que te diagnosticaron hipotiroidismo*

No, mucho no me acuerdo, ese año había convulsionado en una fiesta de quince y andaba mucho con eso. Andaba con los problemas de tiroides y por otros problemas me hacía muchos estudios.

- *¿Qué recordás del modo en que te lo comunicaron?*

No, la verdad no me acuerdo. Cada vez que me decían algo yo lo aceptaba, era una pastilla más, era un tratamiento más. Pero no me acuerdo, tenía otro tema más para controlar. Ah pará, había fallecido mi abuelo, otro de los síntomas era que se me hacía un nudo en la garganta como que quería llorar. Pero no me salían las lágrimas, estaba mirando tele y sentía nudos raros. Antes del diagnóstico había fallecido mi abuelo y tuve dos crisis convulsivas en una fiesta de 15 y también presentaba síntomas de tiroides y ahí me diagnosticaron tiroides.

- *¿De qué manera y quién te hizo el diagnóstico?*

Yo me atendía en el Garrahan, me hacían ecografías y me decían que tenía algo inflamado que era tiroides, siempre me estaban haciendo ecografías en el cuello.

- *¿Cómo describirías el vínculo con la persona que te dio el diagnóstico?*

Ya la conocía. Muy buena doctora, cada vez que iba me revisaba toda y el cuello siempre.

- *¿Qué conocimientos tenés en torno a dicho diagnóstico?*

Esteeee, estuve buscando, se supone que te trae problemas hormonales, síntomas no tuve más y otros problemas de tiroides. Los síntomas que decían que podía presentar no los tuve. Tengo endometriosis no tienen nada que ver una cosa con la otra.

- *Recordame cómo fue la situación emocional vivenciada en dicho momento*

En el momento digo, uh bueno una cosa más, en ese momento mi mama no estaba nunca, estábamos solas con mi hermana y mi papá, yo estaba en otra. Mis síntomas eran que el cuerpo se me movía solo, el hombro se me movía solo, me quería poner una media y se me movía el pie, pero no me acuerdo de haber estado mal en el momento. Capaz de que cada tanto yo lloriqueaba a la noche sola. Y al otro día estaba bien. Me pasa que no expresó nada. Ahora lo sigo haciendo. Un poco también lo hacía porque mi mamá se ponía mal por mí. Ir al médico era ir a pasear. Después salía tomaba algo con mi mama siempre se rebuscaba algo. Mi mama estaba con mi abuelo, estuvo internado tres meses y ella lo cuidaba. Mi abuelo tenía cáncer en el estómago.

- *¿Cómo era tu rutina y hábitos en ese momento?*

Yo iba al colegio a la mañana, mi hermana también, mi papá nos iba a buscar, mi mamá estaba a veces, yo tenía que ir al médico y una vez me llevó mi tía y me encontré con mi mama en capital, y me acuerdo que pase a ver a mi abuelo y después nunca más lo vi. Estábamos todo el día acá con mi hermana. Depende del horario de mi papá también, a veces trabaja de noche y nosotros nos quedamos acá todo el día.

- *¿En qué momento personal llega el diagnóstico?*

Estaba ahí, no me acuerdo bien pero la verdad no sé, me acuerdo de los síntomas. Iba a la escuela en ese momento. En la escuela estaba hecha bolsa. Me acuerdo que volvía, comía y dormía. Con mi mama yo pelaba mucho, hasta hace poco. Muy sobre protectora.

- *Contame cómo es tu rutina y hábitos a partir del diagnóstico*

Tomo las pastillas en ayunas, esperar un rato, desayunar.

- *¿Cómo eran antes?*

Igual nada más que no tomaba nada en ayunas.

· *¿De qué consta el tratamiento?*

La tiroides me subió colesterol, tuve que empezar a hacer más dieta, tomar mejor la pastilla, más tiempo de ayuna. Y cuidarme con el tema de las comidas.

· *Contame acerca de los cambios que observas a partir del tratamiento*

No tengo ese cansancio que tenía en un principio, no tengo taquicardia, duermo porque me gusta, se me cae mucho el pelo, pero como tengo un conjunto de cosas todo me pega parecido son varios diagnósticos.

· *¿Cómo entendés la afección en la actualidad?*

Nada, estoy acostumbrada, vino porque tenía que venir.

· *¿Qué conoces de la enfermedad ahora?*

No, que me dio colesterol y me enteré hace poco. Por estar mal medicada, me faltaba medicación.

· *Contame cómo es tu vida social a partir del diagnóstico y tratamiento*

Estoy como más a dieta, como distinto, hago actividad física, como sin sal.

· *¿Cómo consideras que tomó el diagnóstico tu familia y entorno social?*

Mi mama lo tomaba todo medio mal, hacía un poco lo de yo, trataba de no mostrarlo. Viene de familia tapar cosas.

· *¿Cómo comunicaste el diagnóstico a tu familia y entorno social?*

Mi mama lo dijo yo no.

· *¿Cómo creés que lo recibieron?*

Mi papa mal. Otra cosa más. Mi hermana era chica.

· *¿Cómo percibís a familiares y amigos a partir del tratamiento?*

Mi familia está muy pendiente de mí. No solo mi mamá o mi papá y hermana sino todos.

· *¿Qué aspectos que consideres relevantes me podés comentar?*

Tengo los recuerdos mezclados. Eran muchas cosas iba muy seguido al médico. Para mi ir al médico es re normal. Siempre estuve muy controlada. Los médicos conmigo siempre buenísimos y atentos a todo.

8.2.7 Protocolo 7

Datos Sociodemográficos

Nombre: Alcira

Sexo: Femenino X Masculino……

Edad: 70 años

Estado Civil: Soltero/a……..

Casado/a….

En pareja……..

Divorciado/a …….

Viudo/a X

Profesión y/o ocupación: Ama de casa

Trabaja actualmente: Si…. No X

Realiza actividad física: Si …...No X

Cuánto hace que padece hipotiroidismo: 33 años

Padece alguna otra afección: Si X No… …

En la actualidad está bajo tratamiento psiquiátrico: Si…. No X

Toma algún otro fármaco: Si… No X

Nota:

· Hace 1 año tuvo ACV isquémico (sin secuelas)

· Hace 2 meses fue operada por un cáncer de endometrio (útero), sin secuelas ni necesidad de tratamiento oncológico ni de ningún tipo.

Entrevista

· *Contame los motivos que te llevaron a conocer el diagnóstico*

Yo soy una persona que se cuida mucho, todos los años me hago chequeos médicos, siempre fui así. Cuando tenía 50 años fui como siempre a mi médico clínico por control, pero, además, sentía la piel muy seca y era raro porque me pongo cremas desde chica. También notaba que había engordado un poco y comía lo mismo de siempre. Yo como sano, cocino al horno, como muchas frutas y verduras, lácteos y casi nunca como afuera de casa. Me hizo el control de siempre y me dijo que tenía taquicardia, entonces me derivó al cardiólogo.

Fui a ver al cardiólogo, me hizo varios estudios, me acuerdo electrocardiograma, laboratorio y el holter de presión. Al final me dijo que tenía que ir a ver a un endocrinólogo porque suponía que tenía hipotiroidismo.

De ahí me fui al endocrinólogo, todos en el Hospital Británico donde me atiendo desde hace muchos años. Me hizo otros estudios y una ecografía de las tiroides. Entonces me confirmó que tenía hipotiroidismo.

· *Recordame cómo fue el momento en que diagnosticaron hipotiroidismo*

Fui al turno con los resultados de los estudios y me lo confirmó. Bah, ya me lo imaginaba porque me lo había dicho mi cardiólogo.

· *¿Qué recordás acerca del modo en que te lo comunicaron?*

Nada especial, me dijo que era hipotiroidismo, me explicó de que se trataba y cómo tenía que seguir el tratamiento, que tenía que tomar la pastilla de por vida y hacerme controles más seguidos hasta que encontraran la dosis justa.

· *¿De qué manera y quién te realizó el diagnóstico?*

Respondió anteriormente.

· *¿Cómo describirías el vínculo con la persona que te dio el diagnóstico?*

No lo conocía de antes, pero las veces que fui a verlo fue muy agradable. Con los años cambié varias veces de endocrinólogo, tuve 3 hasta hoy porque los anteriores se fueron del Británico.

· *¿Qué conocimientos tenés en torno a dicho diagnóstico?*

La verdad que no sé muy bien, sé que es un problema de mi glándula tiroidea que no fabrica hormonas, pero que el remedio que tomo las reemplaza.

· *Recordame como fue la situación emocional vivenciada por vos en dicho momento*

No, no me pasó nada en particular.

· *Contame cómo era tu rutina y hábitos en ese momento*

Hacía mi vida normalmente, las cosas de la casa, salíamos con mi marido y nuestros amigos, visitaba a mis familiares.

· *¿ En qué momento personal llega el diagnóstico?*

Yo tenía 50 años y me sentía muy bien, mejor que nunca, jamás había tenido nada de estas cosas, siempre me sentí bien. Lo único que te puedo decir es que hacía un par de años había fallecido mi mamá, que para mí fue un golpe duro, me costó superarlo mucho tiempo.

· *Contame cómo es tu rutina y hábitos a partir del diagnóstico*

Siempre fueron los mismos, nunca los cambié. Bueno, ahora de grande los tuve que cambiar porque mi cuerpo no es el mismo, pero no por el hipotiroidismo.

· *¿Cómo los eran antes?*

Respondida anteriormente.

· *¿De qué consta el tratamiento?*

Tengo que tomar la pastilla Levotiroxina en ayunas todos los días. Empecé tomando 100 mg, después me la fueron cambiando por épocas, 125, 75 y ahora estoy otra vez con 100 mg. Al principio empecé yendo cada 3 meses a los controles, después cada 6 meses y ahora voy una vez por año.

· *Contame acerca de los cambios que observas a partir del tratamiento*

No, no tengo ningún cambio. Lo único que al principio no podía bajar de peso, me costaba mucho. Con el tiempo, eso se mejoró.

· *¿Cómo entendes la afección en la actualidad?*

Casi que ni lo tengo en cuenta, lo único que sé es que no me puedo olvidar de tomar la pastilla o llevarla si me voy a algún lado de viaje. También tengo muchas amigas y personas de la familia que lo tienen y todos tomamos lo mismo.

· *¿Qué conoces de la enfermedad ahora?*

Lo mismo de siempre. Hace unos años me hicieron una punción de las tiroides, no sé muy bien por qué, pero querían descartar un tumor. El estudio fue muy incómodo, me pusieron acostada con la cabeza para atrás, con el cuello muy estirado y me punzaron, pero por suerte

el resultado fue negativo. Ahí sí estaba nerviosa, pero también me habían dicho que no me preocupe, que si había algo de eso, me sacaban la glándula y seguía el mismo tratamiento.

· *Contame cómo es tu vida social a partir del diagnóstico y tratamiento*

No, todo es igual, nada cambió por eso. Ahora mi vida cambió porque tengo problemas de la columna y me cuesta caminar. El año pasado tuve un ACV y este año un cáncer de útero, las dos cosas ya las superé, por suerte. Pero el hipotiroidismo no me cambió mi vida.

· *¿Cómo consideras que tomó el diagnóstico tu familia y entorno social?*

Ni se los conté, no me pareció importante. Sí les conté de la hipertensión y la taquicardia, porque eso me asustó. Tuve una arritmia muy grande una vez y me hicieron una ablación por radiofrecuencia y me pusieron un stent. Eso sí me asustó.

· *¿Cómo comunicaste el diagnóstico a tu familia y entorno social?*

No, no se lo comenté ni a mi familia ni a nadie, solo a una amiga que me había acompañado a ver al médico.

· *¿Cómo crees que lo recibieron?*

No lo comenté.

· *¿Cómo percibís a familiares y amigos a partir del tratamiento?*

No, nada especial… solo mi hija está al tanto porque me ayuda con los médicos y sabe lo que tomo.

· *¿Qué aspectos que consideres relevantes me podés comentar?*

Nada en particular.