

REVISTA MULTIDISCIPLINARIA
DE SALUD EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
MULTIDISCIPLINARY JOURNAL OF HEALTH IN INFANTS AND ADOLESCENTS

ISSN 2982-4265



REVISTA CIENTÍFICA CON REVISIÓN DE PARES
PUBLICACIÓN BILINGÜE DIGITAL DE ACCESO LIBRE
FRECUENCIA TRIMESTRAL

AÑO 1 NÚMERO 2

ENERO 2024

EDITORS IN CHIEF / EDITORES EN JEFE**ROBERTO R. HIRSCH**

Ex Prof. Titular Infectología, Universidad de Buenos Aires
 Jefe Departamento Infectología, Hospital Muñiz
 Director Carrera Esp. Infectología Universidad de Buenos Aires

HÉCTOR E. CARVALLO

Ex Prof. Adjunto De Medicina, Universidad de Bs. As.
 Ex Prof. Asociado de Medicina, Universidad Maimónides
 Prof. Asociado de Medicina, Universidad de Morón
 Prof. Asoc. de Medicina, Univ. Abierta Interamericana

EDITORIAL BOARD / BOARD EDITORIAL**PIERRE KORY (USA)**

Prof. Critical Care Service
 University of Wisconsin School of Medicine
 Pulmonary and Critical Care Specialist
 President and Chief Medical Officer
 Front Line COVID-19 Critical Care Alliance (FLCCC)

MARCELO CORTI (ARGENTINA)

Prof. Infectology
 Universidad de Buenos Aires

FRANCESCO MATOZZA (ITALY)

Neuroradiology and Oncology
 Universite de Paris

PAULA GONZÁLEZ MEDRANO (SPAIN)

Degree in Psychology, Pontifical University of Salamanca
 Specialist in Clinical Psychology
 Associate Professor UNED and University Clinic of Navarra
 Director of Estella Mental Health Center

PROF. DR. JAVIER SCIUTO (URUGUAY)

Especialista en Bioestadísticas
 Ex Prof. Facultades de Medicina (Uruguay y Brasil)

FLÁVIO A. CADEGANI (BRASIL)

Endocrinologist & Visiting Professor, Faculty of Florianópolis (FAESF), Brazil
 Founder, President & Medical Director – Corpometria Institute, Brazil
 Consultant Commission for Incorporation of New Technologies, Devices and Drugs, Brazilian Health System

OLUFEMI EMMANUEL BABALOLA (NIGERIA)

Professor of Ophthalmology
 Consultant ophthalmologist Rachel Eye Center, IP HOD Surgery, Bingham University, Jos / Karu.
 Vice President, MEACO. President, Guild of Medical Directors

RAMBLA LORENZO BATTLE 1066 APT. 2007 PUNTA DEL ESTE URUGUAY

JHIAUruguay@gmail.com

AÑO 1 NÚMERO 2

ENERO 2024

EDITORIAL

Los Artículos incluidos en este Número 2 de la Revista son producto del fecundo trabajo de Autores de distintas latitudes.

Todos ellos están enfocados en la salud psíquica, física y social de unos de los grupos más vulnerables de la sociedad: la infancia y la adolescencia.

Dichos aspectos pueden ser afectados negativamente, ya sea por acción u omisión.

Es –tal vez- este último, el más imperdonable de los mecanismos de perjuicio en el grupo etario que nos compete.

A ese respecto, hacemos nuestras las observaciones vertidas por los Dres. Alejandro Von Katona y Silvia Inés González, de la Facultad de Odontología de UNCuyo (Volumen 13. Nº 2, 2019):

La figura propia de ABANDONO DE PERSONA se detalla en el capítulo VI del Código Penal Argentino, en sus art 106, 107 y 108.

Dentro de este delito existen varias opciones, entre las cuales podrían incluirse situaciones con los profesionales del arte de curar (médicos, psicólogos, psiquiatras, odontólogos), o una maestra de una guardería, (docentes a cargo de menores o incapaces) o una relación familiar ascendente o descendente (los padres con lo hijos menores o los hijos con los padres ancianos).

Analizando la situación del delito, desde el sujeto activo (quien desarrolla el delito), desde el sujeto pasivo (considerada la víctima del delito), desde el daño o peligro para la salud y desde el dolo o la intención del sujeto activo en el desarrollo del delito.

Cabe concebir una distinción importante al hacer referencia a la comisión o ejecución de un delito.

Como es el caso del abandono de persona, aquí nos introducimos en un área del derecho penal que tiene sanciones preestablecidas en la pena, como una prisión o reclusión, inhibición o multa.

El capítulo VI del Código Penal Argentino describe figuras penales que son generadoras de PELIGRO para una persona física, destacando que el bien jurídicamente protegido es tanto para la integridad física como psíquica del sujeto pasivo o víctima.

Dicho peligro es causado por un incumplimiento de los deberes de asistencia que le son impuestos a una persona, sujeto activo, por ocupar una posición de garante.

Este tipo de delito puede ser por acción o por omisión, destacando que ésta última se la clasifica en propias e impropias.

Donde la doctrina denomina impropias a los delitos por omisión que tienen una estructura que se corresponde con otra activa con la que se equipara.

La nota diferencial se caracteriza porque los delitos impropios no pueden ser representados por cualquier persona, sino por quien se encuentra en una posición de garante (profesionales del arte de curar, maestras, familiares, etc.).

En tal sentido una omisión sería no evitar un resultado que se está obligado a evitar.

El art 106 del Código Penal dice: “El que pusiere en peligro la vida o la salud de otro, sea colocándole en posición de desamparo, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que deba mantener o la que el mismo autor haya incapacitado, será reprimido con prisión de 2 a 6 años.

La pena será de reclusión o de prisión de 3 a 10 años, si a consecuencia del abandono resultare grave daño en el cuerpo o en la salud de la víctima.

Si ocurriera la muerte, la pena será de 5 a 15 años de reclusión o prisión”.

Básicamente el delito de abandono de persona, no consiste simplemente en abandonar o desamparar a una persona, sino poner en peligro su vida o salud mediante el abandono o desamparo.

Asimismo, podemos mencionar tres situaciones, a considerar:

1- Poner en peligro la vida o la salud de otro, colocándolo en situación de desamparo.

2- Poner en peligro la vida o la salud de otro, abandonándolo a su suerte, a una persona incapaz de valerse y a la que debe mantener o cuidar.

3- Poner en peligro la vida o la salud de otro, abandonando a su suerte a una persona que el autor haya incapacitado.

Estos tres casos empeoran si se produce grave daño en el cuerpo o en la salud de la víctima, y más aún, si se produce la muerte.

Mencionamos las características del desamparo:

- El sujeto activo, tiene la característica de ser cualquier persona, que se encuentre o no jurídicamente relacionada con la víctima.

Básicamente se refiere a colocar a una persona, sujeto pasivo o víctima, donde se lo priva de la posibilidad de una ayuda o asistencia necesaria, o bien se generan circunstancias que impiden a la víctima o sujeto pasivo, obtener el auxilio que le es necesario.

- Se infringe una obligación de no hacer, lo que implica “no poner en desamparo a una persona”.

- El resultado es un peligro para la vida o la salud de quien es colocado en desamparo.

- El dolo es un requisito elemental que debe existir, en el cual el sujeto activo debe tener conocimiento tanto de la situación de la víctima como del peligro de su vida o salud.

EDITORIAL

The Articles included in this Number 2 of the Magazine are the product of the fruitful work of Authors from different latitudes.

All of them are focused on the mental, physical and social health of one of the most vulnerable groups in society: childhood and adolescence.

These aspects can be negatively affected, either by action or omission.

It is -perhaps- the latter, the most unforgivable of the mechanisms of harm in the age group that concerns us.

In this regard, we endorse the observations made by Drs. Alejandro Von Katona and Silvia Inés González, from the UNCuyo Faculty of Dentistry (Volume 13. No. 2, 2019):

The figure of PERSON ABANDONMENT is detailed in chapter VI of the Argentine Penal Code, in its articles 106, 107 and 108.

Within this crime there are several options, among which could include situations with professionals in the art of healing (doctors, psychologists, psychiatrists, dentists), or a daycare teacher, (teachers in charge of minors or incapacitated) or a relationship ascending or descending family (parents with minor children or children with elderly parents).

Analyzing the situation of the crime, from the active subject (who develops the crime), from the passive subject (considered the victim of the crime), from the damage or danger to health and from the fraud or intention of the active subject in the development of the crime.

An important distinction can be made when referring to the commission or execution of a crime.

As is the case of abandonment of a person, here we enter an area of criminal law that has pre-established sanctions in the penalty, such as prison or confinement, inhibition or fine.

Chapter VI of the Argentine Penal Code describes criminal figures that generate DANGER for a natural person, highlighting that the good

legally protected is both for the physical and mental integrity of the passive subject or victim.

Said danger is caused by a failure to comply with the duties of assistance that are imposed on a person, an active subject, for occupying a position of guarantor.

This type of crime can be by action or omission, highlighting that the latter is classified as proper and improper.

Where the doctrine calls crimes of omission that have a structure that corresponds to another active one with which it is equated, improper.

The differential note is characterized because improper crimes cannot be represented by just anyone, but rather by those who are in a position of guarantor (professionals in the art of healing, teachers, family members, etc.).

In this sense, an omission would be not avoiding a result that one is obliged to avoid.

Art 106 of the Penal Code says: "Whoever puts life or limb in danger health of another, either by placing him in a position of helplessness, or by abandoning to his fate a person incapable of self-help and who must maintain or take care of or which the author himself has incapacitated, will be punished with imprisonment from 2 to 6 years.

The penalty will be imprisonment or imprisonment from 3 to 10 years, if as a result of abandonment, serious damage to the body or health will result of the victim.

If death occurs, the penalty will be 5 to 15 years in prison.

Basically, the crime of abandonment of a person does not simply consist of abandon or forsake a person, but endanger his or her life or health through abandonment or helplessness.

Likewise, we can mention three situations to consider:

- 1- Putting the life or health of another in danger, placing them in a situation of abandonment.
- 2- Putting the life or health of another in danger, abandoning them to their fate, a person incapable of self-help and who must be maintained or cared for.
- 3- Putting the life or health of another in danger, abandoning a person to their fate.

These three cases worsen if serious damage occurs to the body or health of the victim, and even more so, if death occurs.

We mention the characteristics of helplessness:

- The active subject has the characteristic of being any person, who whether or not it is legally related to the victim.

Basically it refers to placing a person, passive subject or victim, where he or she is deprived of the possibility of necessary help or assistance, or circumstances are generated that prevent the victim or passive subject from obtaining the help that is necessary.

- An obligation not to do is violated, which implies "not putting a person in distress."
- The result is a danger to the life or health of the person who is placed in helplessness.
- Fraud is an elementary requirement that must exist, in which the active subject must be aware of both the victim's situation and the danger of your life or health.

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES **NORMAS Y REQUISITOS PARA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS**

1. Los trabajos deberán ser enviados a ***JHIAUruguay@gmail.com***
2. Si hubiere información sobre la identificación de un paciente y/o fotografías que revelaran la misma se requerirá el consentimiento escrito del mismo.
3. El trabajo debe ser inédito, escrito en formato WORD.
4. La extensión de los trabajos deberá ajustarse a:
 - Casos Clínicos.
 - Investigaciones.
 - Propuestas.
 - Artículos de Revisión.
5. El orden de cada trabajo será el siguiente (cada sección debe comenzar en una nueva página):
 - a) Página del título
 - Título del artículo, conciso pero informativo sobre el contenido de la publicación.
 - Nombre y apellido de los autores.
 - Nombre del Departamento, Servicio e Institución a la que el trabajo debe ser atribuido.
 - Nombre y dirección del autor con quien establecer correspondencia.
 - Origen del apoyo financiero (si lo hubo).
 - Las referencias a los cargos de los autores figurarán con el mayor título académico al pie de la página.
 - b) Resumen
 - Debe hacer referencia al propósito del estudio o investigación, material y método utilizado, resultados obtenidos y principales conclusiones.
 - En castellano e inglés, de no más de 150 palabras para los resúmenes no estructurados y de no más de 250 para los estructurados.
 - A continuación 3 a 10 palabras claves para la búsqueda del artículo.
 - c) Los trabajos de Investigación y las Experiencias Clínicas deben dividirse en secciones (Introducción -Material y Método – Resultados - Discusión).
 - Otros tipos de artículos, como los "Casos Clínicos" y "Artículos de Revisión" pueden adaptarse a otros formatos que sean aprobados por los Editores.

Introducción:

Exponga el propósito del artículo y resuma la racionalidad del estudio u observación.

Material y método:

Describa claramente la selección de los sujetos que ha observado o con quienes ha experimentado (pacientes, animales de laboratorio, incluyendo los controles).

Identifique los métodos, aparatos (con el nombre del fabricante y la dirección entre paréntesis) y los procedimientos usados con suficiente detalle para que permita a otros autores reproducir el trabajo.

Cuando utilice métodos bien establecidos de uso frecuente (incluso los estadísticos) nómbrelos con sus respectivas referencias; cuando éstos hayan sido publicados, pero no se conozcan bien, agregue una breve descripción de los mismos.

Si los métodos son nuevos o aplicó modificaciones a métodos establecidos, descríbalos con precisión, justifique su empleo y enuncie sus limitaciones.

Cuando comunique experiencias con personas indique si los procedimientos seguidos estaban de acuerdo con las reglas éticas del Comité de Experimentación Humana de la Institución donde se hizo el experimento, o de acuerdo con la declaración de Helsinki de 1975.

Identifique con precisión todas las drogas empleadas, incluyendo los nombres genéricos, dosis y vías de administración.

No use los nombres de pacientes, iniciales o número de registro del hospital.

Incluya el número de observaciones y el significado estadístico de los hallazgos cuando corresponda.

Describa los análisis estadísticos, las derivaciones matemáticas.

Resultados:

Presente los resultados en secuencia lógica en el texto nuevo, tablas e ilustraciones.

No repita en el texto todos los datos que están en las tablas y/o ilustraciones, ponga énfasis o resuma solamente las observaciones importantes.

Discusión:

Enfatice los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que surgen de él. No repita en detalle los datos que figuran en Resultados.

Incluya en Discusión la implicancia de los hallazgos y sus limitaciones y relate las observaciones de otros estudios relevantes.

Relacione las conclusiones con los objetivos del estudio, pero evite conclusiones que no estén completamente apoyadas por sus hallazgos.

Evite argumentar que el trabajo no ha sido completado.

Plantee nuevas hipótesis cuando corresponda, pero aclare que son sólo hipótesis.

Las recomendaciones, si son adecuadas, deben incluirse.

Agradecimientos:

Agradezca solamente a las personas e instituciones que han hecho contribuciones sustanciales al estudio.

d) Bibliografía

Las citas bibliográficas deben mencionarse en el orden en que se las menciona por primera vez en el texto, mediante numerales arábigos colocados entre paréntesis al final de la frase o párrafo en que se las alude.

Las referencias que sean citadas únicamente en las tablas o en las leyendas de las figuras deben numerarse en la secuencia que corresponda a la primera vez que se citen dichas tablas o figuras en el texto.

Los trabajos aceptados por una revista, pero aún en trámite de publicación, deben anotarse agregando a continuación del nombre de la revista "(en prensa)".

Los trabajos enviados a publicación, pero todavía no aceptados oficialmente, pueden ser citados en el texto (entre paréntesis) como "observaciones no publicadas", pero no deben ubicarse entre las referencias.

Se debe seguir el siguiente orden:

Artículos en revistas: apellido e inicial del nombre del o los autores, en mayúsculas. Mencione todos los autores cuando sean 6 ó menos; si son 7 ó más, coloque los 6 primeros y agregue "et al".

A continuación el título completo del artículo.

Nombre de la revista en que apareció (abreviado según el Index Medicus) año de publicación; volumen de la revista: página inicial y final del artículo.

En libros: apellido e inicial del nombre del o los autores en mayúsculas. Título del libro. Edición. Ciudad y país: casa editora; año de publicación.

Si es capítulo de un libro: Autores. Título del capítulo. "En..." (todas las referencias del libro). Página inicial y final del capítulo.

Material electrónico: como en artículos en revistas indicando la dirección del correo electrónico de procedencia del trabajo.

Los autores son responsables de la exactitud de sus referencias.

6. Material Ilustrativo

Tablas: presente cada tabla en hojas aparte, separando sus líneas con doble espacio. Numere las tablas en orden consecutivo y asígneles un título que explique su contenido (Título de la tabla).

Sobre cada columna coloque un encabezamiento corto o abreviado.

Cuando se requieran notas aclaratorias, agréguelas al pie de la Tabla.

Use notas aclaratorias para todas las abreviaturas no estándar.

Cite cada Tabla en su orden consecutivo de mención en el texto de trabajo.

Figuras: denomine "Figura" a cualquier ilustración que no sea Tabla (Ej.: Gráficos, Radiografías, Electrocardiogramas, Ecografías, etc.).

Los gráficos deben ser dibujados por un profesional o empleando un programa computacional adecuado.

Envíe las fotografías en blanco y negro, en tamaño 9 x 12 cm.

Las letras, números flechas o símbolos deben verse claros y nítidos en la fotografía y deben tener un tamaño suficiente como para seguir siendo legibles cuando la Figura se reduzca de tamaño en la publicación.

Sus títulos y leyendas no deben aparecer en la fotografía, sino que se incluirán en hoja aparte, para ser compuestos por la imprenta.

Al dorso de cada fotografía debe anotarse con lápiz de carbón o en una etiqueta pegada, el número de la Figura, el nombre del autor principal y una flecha indicando su orientación espacial.

Los símbolos, flechas o letras empleadas en las fotografías de preparaciones microscópicas deben tener tamaño y contraste suficiente para distinguirse de su entorno, indicando métodos de tinción empleados y ampliación realizada.

Cite cada Figura en el texto, en orden consecutivo.

Si una Figura reproduce material ya publicado, indique su fuente de origen y obtenga permiso escrito del autor y del editor original para reproducirla en su trabajo.

Envíe las Figuras protegidas en un sobre grueso de tamaño apropiado.

Las fotografías de pacientes deben cubrir parte(s) del rostro para proteger su anonimato.

7. La Dirección de la Revista se reserva el derecho de aceptar los trabajos, así como de realizar correcciones gramaticales que no impliquen un cambio conceptual del original, cuando lo considere necesario.

8. La Revista no se responsabiliza por las apreciaciones, comentarios y/o afirmaciones manifestadas por los autores de sus trabajos.

9. No se podrá reproducir ningún material publicado en la revista sin autorización, y deberá destacar el origen.

9. Costos. En caso de ser aprobada el artículo para su ulterior publicación, los costos a tal efecto serán de u\$s 400 (dólares cuatrocientos), pagaderos a través de la cuenta de la Revista, que se proporcionará a los Autores oportunamente.

AUTHORS' GUIDE

STANDARDS AND REQUIREMENTS FOR PUBLICATION OF ARTICLES

1. Papers must be sent to **JHIAUruguay@gmail.com**

2. If there is information about the identification of a patient and/or photographs that reveal it, the written consent of the patient will be required.

3. The work must be unpublished, written in WORD format.

4. The extension of the works must be adjusted to:

Clinical Case: maximum length: 8 pages, up to 2 tables and 2 figures.

Letters from readers: maximum length: 3 pages, 1 table or figure and up to 6 bibliographical citations.

5. The order of each work will be as follows (each section must begin on a new page):

a) Title Page

Title of the article, concise but informative about the content of the publication.

Name and surname of the authors.

Name of the Department, Service and Institution to which the work must be attributed.

Name and address of the author with whom to establish correspondence.

Origin of financial support (if any).

References to author positions will appear with the largest academic title at the bottom of the page.

b) Summary

It must refer to the purpose of the study or research, material and method used, results obtained and main conclusions.

In Spanish and English, no more than 150 words for unstructured abstracts and no more than 250 for structured ones. Below 3 to 10 keywords for the article search.

c) Research papers and Clinical Experiences should be divided into sections (Introduction -Material and Method - Results - Discussion).

Other types of articles, such as "Clinical Cases" and "Review Articles" may better accommodate other formats that are approved by the Editors.

Introduction:

State the purpose of the article and summarize the rationale for the study or observation.

Material and method:

Clearly describe the selection of subjects you have observed or experimented with (patients, laboratory animals, including controls).

Identify methods, apparatus (with manufacturer's name and address in parentheses), and procedures

Used in sufficient detail to allow other authors to reproduce the work. When using well-established and frequently used methods (including statistical ones) name them with their respective references; when these have been published, but are not well known, add a brief description of them. If the methods are new or you applied modifications to established methods, describe them precisely, justify their use and state their limitations.

When reporting experiences with people, indicate whether the procedures followed were in accordance with the ethical rules of the Human Experimentation Committee of the Institution where the experiment was carried out, or in accordance with the Declaration of Helsinki of 1975. Identify precisely all the drugs used, including generic names, doses and routes of administration. Do not use patient names, initials, or hospital registration number.

Include the number of observations and the statistical significance of the findings where applicable. Describe statistical analyses, mathematical derivations.

Results:

Present the results in logical sequence in the new text, tables, and illustrations. Do not repeat in the text all the data that is in the tables and/or illustrations, emphasize or summarize only the important observations.

Discussion:

Emphasize the new and important aspects of the study and the conclusions that emerge from it. Do not repeat in detail the data contained in Results. Include in Discussion the implications of the findings and their limitations and report observations from other relevant studies.

Relate the conclusions to the objectives of the study, but avoid conclusions that are not fully supported by your findings. Avoid arguing that the job has not been completed. Make new hypotheses where appropriate, but make it clear that they are just hypotheses.

Recommendations, if appropriate, should be included.

Thanks:

Thank only the individuals and institutions that have made substantial contributions to the study.

d) Bibliography

Bibliographic citations must be mentioned in the order in which they are mentioned for the first time in the text, using Arabic numerals placed between parentheses at the end of the sentence or paragraph in which they are referred to.

References that are cited only in tables or figure legends must be numbered in the sequence that corresponds to the first time said tables or figures are cited in the text. Papers accepted by a journal, but still in the process of being published, must be noted by adding "(in press)" after the name of the journal. Papers submitted for publication, but not yet officially accepted, may be cited in the text (in parentheses) as "unpublished observations", but should not be placed among the references.

The following order must be followed:

Articles in journals: surname and initial of the name of the author(s), in capital letters. Mention all the authors when there are 6 or less, if there are 7 or more, place the first 6 and add "et al".

Below is the full title of the article. Name of the magazine in which it appeared (abbreviated according to the Index Medicus) year of publication; volume of the magazine: initial and final page of the article.

In books: surname and initial of the name of the author(s) in capital letters. Title of the book. Edition. City and country: publishing house; year of publication. If it is a chapter of a book: Authors. Chapter title. "In..." (all book references). Initial and final page of the chapter.

Electronic material: as in articles in magazines indicating the email address from which the work originated.

The authors are responsible for the accuracy of their references.

6. Illustrative Material

Tables: Present each table on separate sheets, separating its lines with double space. Number the tables in consecutive order and give them a title that explains their content (Table Title). Above each column place a short or abbreviated heading.

Separate with horizontal lines only the column headings and general titles. Data columns must be separated by spaces and not by vertical lines. When clarifying notes are required, add them to the bottom of the Table. Use explanatory notes for all non-standard abbreviations. Cite each Table in its consecutive order of mention in the working text.

Figures: call "Figure" any illustration that is not a Table (Ex : Graphs, X-rays, Electrocardiograms, Ultrasounds, etc.). Graphics must be drawn by a professional or using a suitable computer program. Send the photographs in black and white, in size 9 x 12 cm. Letters,

numbers, arrows, or symbols must be clear and sharp in the photograph and must be large enough to remain legible when the Figure is reduced in size in publication. Their titles and captions should not appear on the photograph, but will be included on a separate sheet, to be composed by the printer.

The number of the Figure, the name of the main author and an arrow indicating its spatial orientation should be noted on the back of each photograph with charcoal pencil or on a glued label. The symbols, arrows or letters used in the photographs of microscopic preparations must have sufficient size and contrast to distinguish them from their surroundings, indicating the staining methods used and the magnification performed.

Cite each Figure in the text, in consecutive order. If a Figure reproduces already published material, indicate its source and obtain written permission from the original author and publisher to reproduce it in your work.

Ship Protected Figures in a thick envelope of appropriate size.

Patient photographs must cover part(s) of the face to protect their anonymity.

7. The Journal Management reserves the right to accept the papers, as well as to make grammatical corrections that do not imply a conceptual change from the original, when deemed necessary.

8. The Journal is not responsible for the appreciations, comments and/or affirmations expressed by the authors of their works.

These standards are in accordance with the Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals, established by the International Committee of Medical Journal Editors (5th Edition).

Transmitter of author rights

A letter signed by all the authors will be included with the manuscript, containing the following paragraph. "The undersigned transfers all copyrights to the journal, which will own all material submitted for publication." This assignment would be valid in the event that the work was published by the journal. No material published in the journal may be reproduced without permission.

9. COSTS. If the article is approved, it will be published for free.

LA ELABORACIÓN DEL CASO CONTRA LA VACUNACIÓN COVID19 DE ESTUDIANTES EN CANADÁ

AUTORES:

Byram Bridle, MSc, PhD, profesor asociado, Departamento de Patobiología de la Universidad de Guelph

Philip Britz McKibbin, PhD, profesor, Departamento de Química y Biología Química, Universidad McMaster

Glenn Chan, BAA, Defensor del Paciente

Claudia Chaufan, MA, MD, PhD, Profesora asociada, Política de Salud, Universidad de York

John Hardie, BDS, MSc, PhD, FRCDC (retirado)

Ondrej Helgas, MSc, PhD

York Hsiang, MB, MHSc, FRCSC, Profesor Emérito, Departamento de Cirugía, Universidad de Columbia Británica

Niel Karrow, PhD, Profesor de Inmunología, Departamento de Biociencias Animales, Universidad de Guelph

Bonnie Mallard, MSc, PhD, profesora de inmunogenética, depto de patobiología, Universidad de Guelph

Kanji Nakatsu, PhD, Profesor Emérito de Farmacología, Queen's University

Susan Natsheh, MD, pediatra (jubilada)

Philip Oldfield, DPhil, CSci, CChem, FRSC (Reino Unido) (retirado)

Steven Pelech, PhD, Profesor, Departamento. de Medicina, Universidad de Columbia Británica

Patrick Provost, PhD, Profesor, Facultad de Medicina, Université Laval

Denis Rancourt, PhD, exprofesor, Universidad de Ottawa

Wendi Roscoe, PhD, profesora del Departamento de Ciencias de la Salud en Fanshawe College

Christopher A. Shaw, PhD, Profesor, Depto de Oftalmología, Universidad de Columbia Británica

David Speicher, MSc, PhD, exprofesor biología y ciencias de la salud Universidad Redentor

3 de mayo de 2023

Autor correspondiente: spelech@mail.ubc.ca

CITATION: Byram Bridle et al.: La elaboración del caso contra Vacunación COVID19 de Estudiantes en Canadá. JHIA N2 (2024)

RESUMEN

Cuando se consideran plenamente los riesgos/beneficios, la ética, la prevalencia jurídica más amplia de la inmunidad natural y las implicaciones del consentimiento informado de la vacuna contra la COVID19, no se puede respaldar la exigencia de vacunas de refuerzo para estudiantes sanos en 2023, independientemente de las recomendaciones o directivas de las autoridades sanitarias federales y provinciales o de las facultades profesionales de salud de Canadá y del extranjero. Engor ya exigen que los estudiantes matriculados en escuelas de formación de profesionales de la salud estén completamente actualizados con sus vacunas contra el COVID19. En vista de la disponibilidad de una gran cantidad de datos que cuestionan la eficacia y seguridad de las vacunas genéticas contra el COVID19, y la amenaza real que el COVID19 posee con respecto a la morbilidad y la mortalidad de los adultos en edad de trabajar manualmente, dichos requisitos son irresponsables y fronterizos. negligencia criminal. Esto es especialmente preocupante dado el alarmante aumento de la mortalidad excesiva en Canadá desde principios de 2021, con paradójicamente más muertes y hospitalizaciones relacionadas con la COVID19 en 2022 en comparación con 2021, a pesar de la alta cobertura de las series primarias y de la vacuna de refuerzo. Existe en la gran mayoría de los canadienses, y las últimas variantes de este virus son mucho menos virulentas y tienen menos probabilidades de causar COVID19 grave en niños y adultos. El Comité Asesor Científico y Médico de la Canadian Covid Care Alliance recomienda enfáticamente cualquier mandato futuro de vacunación contra el COVID19 para estudiantes de escuelas e instituciones primarias, secundarias y postsecundarias.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, los estudiantes de las universidades canadienses en las escuelas profesionales de la salud o los residentes en los campus deben recibir ciertas vacunas que pueden incluir vacunas contra el COVID19. Ahora se ha reconocido plenamente que las vacunas contra el COVID19 previenen la infección o la transmisión, y también es dudoso que incluso reduzcan la gravedad del COVID19 para la gran mayoría de

los que están vacunados. Esto fue evidente incluso en 2021, en los ensayos clínicos aleatorizados controlados con placebo truncados para los prototipos de la vacuna contra el COVID19 de ARNm modificado que afirmaban una reducción relativa del riesgo en enfermedades sintomáticas leves , especialmente. preocupaciones relacionadas con la integridad de los datos, la falta de transparencia y el posible fraude científico, incluido el descigamiento de los estudios y la subregistro de eventos adversos.

Es importante destacar que estos estudios fundamentales no midieron la

reducción de la hospitalización o la mortalidad (por todas las causas) relacionadas con la COVID19 como tratamiento clínico primario.

¹ Thacker, PT (2021) Covid19: Un investigador denuncia problemas de integridad de datos en el ensayo de la vacuna de Pfizer. BMJ 375:n2635.doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n2635> Tanveer,

² S., RowhaniFarid, A., Hong, K., Jefferson, T., Doshi, P. (2022) Transparencia de COVID 19ensayosdevacunas:decisions withoutdata.BMJ EvidBasedMed.27(4):199205.doi:10.1136/bmjebm2021111735.<https://ebm.bmj.com/content/27/4/199.long>

puntos finales en contradicción con los mensajes engañosos de salud pública de que la vacunación masiva era un medio principal para poner fin a la pandemia, protegerse a uno mismo y a los demás y sostener el sistema de atención médica. Sin embargo, los riesgos de una enfermedad grave por COVID19 para los adultos que trabajan son extremadamente bajos en comparación con otras causas de muerte, y la amenaza continúa disminuyendo a medida que el virus SARSCoV2 ha evolucionado hacia variantes de Omicrones menos virulentas que siguen siendo 97% idénticas al ancestral Wuhan cepa con respecto a la estructura primaria de la proteína de pico del virus.

Por ejemplo, Statistics Canada en su análisis de la mortalidad por todas las causas informó solo 2 y 90 muertes con/por COVID19 para personas de 19 años o menos y de 20 a 44 años, respectivamente.

que representan el 0,18 % y el 0,69 % de todas las causas de su mortalidad en 2020.³ En ambos grupos de edad, hubo más muertes atribuidas a la influenza/neumonía, y los accidentes/sobredosis no intencionales de drogas, los suicidios, el cáncer, las enfermedades cardíacas, las agresiones y la diabetes fueron mucho más importantes para la mayoría de los adultos jóvenes y los niños (~ 65 % de todas las muertes). Las enfermedades representan sólo alrededor del 2,3% de todas las muertes entre los menores de 44 años, lo que refleja la primacía de la mala salud metabólica y mental en la población.

Las contramedidas médicas aplicadas contra el COVID19, incluidos los confinamientos, el aislamiento social y las narrativas basadas en el miedo, han exacerbado como era de esperar las muertes por desesperación y han contribuido a retrasar el tratamiento o la detección de enfermedades crónicas, perjudicando así a otro grupo demográfico que de otro modo sería más joven y contribuyendo a una pérdida sin precedentes de años de vida ajustados por calidad. Las enfermedades cardiovasculares, la obesidad, la salud mental y la adicción a las drogas han empeorado desde la nueva declaración de la pandemia de COVID19 en marzo de 2020, y tanto los titulares como los canadienses más jóvenes están muriendo en tasas más altas a pesar de un lanzamiento agresivo de las vacunas contra el COVID19.

Las vacunas genéticas COVID19 conducen específicamente a la producción de proteínas de pico viral por parte de las propias células del cuerpo en su superficie para provocar una respuesta inmune. Estos ARNm modificados encapsulados en Las nanopartículas lipídicas actúan como "profármacos" y se propagan mucho más allá del sitio de inyección con una biodistribución, dosis y farmacocinética muy variables, y conducen a una expresión prolongada de una versión funcionalmente tóxica y extinta de la proteína de pico del virus SARSCoV2 en todo el cuerpo.

Más del 84,5% de los canadienses mayores de 5 años ya han sido vacunados al menos dos veces, aunque menos del 20% han sido vacunados contra la COVID19 en los últimos 6 meses.

⁴ Esto refleja

Aumento del 'escepticismo sobre las vacunas' por parte de la mayoría de los canadienses, dadas las definiciones siempre cambiantes de lo que constituye estar completamente vacunado, ya que se requiere un número indefinido y un momento variable de inyecciones en serie de formulaciones libres de confiabilidad que se burlan de los principios basados en la evidencia. medicina y ética biomédica. Los funcionarios de salud pública y otros entusiastas y adivinos de la pandemia continúan planteando dudas sobre la durabilidad de la inmunidad relacionada con las infecciones, previendo la

³ Estadísticas de Canadá. Tabla 1310039201 Defunciones y tasas de mortalidad específicas por edad, por causas agrupadas seleccionadas. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310039201> (consultado el 20 de abril)

⁴ de 2023) <https://healthinfobase.canada.ca/covid19/vaccinationcoverage/> (obtenido el 20 de abril de 2023)

aparición de cepas más virulentas, o especular que los refuerzos pueden ayudar a reducir el COVID19 prolongado síntomas.

⁵ Como se describe más adelante, más del 90% de la población canadiense aparentemente ha tenido o dos infecciones con SARSCoV2 y han adquirido inmunidad natural independientemente de la vacuna contra el COVID19. De hecho, su inmunidad nunca fue alcanzable a través de inyectables de ARN modificados y no esterilizantes. Se sabe que las primeras etapas de (re)infección contra virus respiratorios y la protección también están mediadas por células T residentes en la memoria pulmonar.

6

El uso de vacunas genéticas contra el COVID19 ha dado lugar a informes de muerte a los pocos días de la inyección, así como a discapacidades permanentes y lesiones graves en una proporción significativa de receptores que de otro modo estarían sanos. Dichos efectos secundarios importantes incluyen un aumento inicial del riesgo de COVID19, reacciones alérgicas graves, miopericarditis, trombosis, trombocitopenia, ataques cardíacos, GuillainBarré. síndrome, parálisis de Bell, culebrilla, irregularidades menstruales, exceso de personas y otros trastornos. Dichos eventos adversos han sido documentados por las bases de datos de vigilancia de farmacovigilancia y literatura de Pfizer en los EE. UU. (VAERS), Australia (AusVaxSafety) y el Reino Unido. (Tarjeta Amarilla), la Unión Europea (EudraVigilance) y la Organización Mundial de la Salud (VigiAccess).

Los posibles daños de estas vacunas ahora superan claramente sus beneficios para los estudiantes. Esto ha sido reconocido por las agencias reguladoras de salud de muchos otros países, varios de los cuales ya no recomiendan la vacuna contra el COVID19 (especialmente para niños y adultos jóvenes).

Afortunadamente, en este momento, pocas universidades en Canadá exigen la vacunación COVID19 obligatoria para sus estudiantes y personal, incluso si se capacitan o trabajan en hospitales y clínicas. Sin embargo, algunas universidades, como la Universidad de Columbia Británica y la Universidad de Dalhousie, tienen tales requisitos incluso con evidencias serológicas más claras de una infección pasada por COVID19. Para otras enfermedades infecciosas, como la hepatitis, la vacunación no es obligatoria. Se requiere si una persona ha demostrado inmunidad, que se indica por la presencia de anticuerpos contra el virus responsable. Tal situación debe aplicarse a las políticas de vacunación de los estudiantes matriculados en medicina, enfermería, partería, odontología y cualquier otra escuela que implique la formación de futuros profesionales de la salud, si aún existe una necesidad justificada de inmunidad demostrada contra el COVID19.

La justificación de estos requisitos para ciertos estudiantes universitarios ha sido que las autoridades sanitarias provinciales podrían exigir dichas políticas de vacunación, y que las facultades de estas escuelas tienen la intención de cumplir plenamente con el fin de que los estudiantes puedan completar su capacitación en un hospital u otro entorno clínico. Sin embargo, una institución basada en evidencia que a menudo

⁵ <https://www.cbc.ca/news/politics/omicronresurgenceboosterdose1.6507089>

⁶ Tang, J., Sun, J. (2022) LungtissueresidentmemoryTcells:thegatekeepertospiratoryviral(re)infection. *Curr Opin Immunol.* 80:102278.doi:10.1016/j.coi.2022.102278. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36565508/>

Al informar a las autoridades de salud provinciales sobre tales políticas de elaboración, surge la cuestión de si es ético obligar a los estudiantes actuales y potenciales a renunciar a su autonomía corporal por una práctica que es innecesaria, carente de eficacia y potencialmente dañina para estos estudiantes. Después de que se hayan inyectado 13.400 millones de dosis de la vacuna COVID19 en aproximadamente el 70% de la población mundial,

7 inclusoDr.

Anthony Fauci, originalmente director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas del USNIH, ha reconocido la urgente necesidad de repensar el diseño de vacunas de próxima generación para los coronavirus, los virus de la influenza y otros virus respiratorios, ya que “las vacunas protectoras duraderas contra los virus respiratorios de las mucosas no sistémicos con altas tasas de mortalidad han entorpecido los esfuerzos de desarrollo de vacunas”.

⁸ Esta admisión de fracaso resalta que las vacunas genéticas COVID19 actuales eran y siguen siendo prototipos de investigación en lugar de productos farmacéuticos auténticos sujetos a una supervisión regulatoria completa, estándares de fabricación normales, un control de calidad estricto y una responsabilidad del fabricante aceptada en el pasado.

Puntos clave:

Los estudiantes de educación postsecundaria siempre han tenido un riesgo muy bajo de padecer COVID19 grave.

Las vacunas contra la COVID19 no previenen la transmisión y, por lo tanto, no protegen a nadie más de infección secundaria, es decir, no detienen la propagación de COVID19.

La mayoría de los gobiernos provinciales de Canadá (por ejemplo, Alberta, Ontario y Quebec), hospitales, centros de atención a largo plazo, colegios y universidades ya no exigen la vacunación contra la COVID19.

Las vacunas genéticas contra la COVID19 pueden provocar efectos adversos graves y duraderos, incluida la muerte tasas que son inaceptables según los estándares anteriores para vacunas.

La inmunidad natural está generalizada, es más eficaz y duradera que la inducida por vacunas inmunidad.

Las personas con vacunas de refuerzo parecen tener un mayor riesgo de infecciones graves por SARSCoV2 con eficacia negativa en el tiempo.

Ha habido un aumento alarmante de muertes súbitas/inexplicadas y un exceso de muertes en Canadá y en todo el mundo que han empeorado con el despliegue continuo de COVID19.

vacunas.

Estudios de casos, biopsias de tejidos e informes de autopsias que documenten la biodistribución sistémica y la expresión de proteínas de pico en varios órganos y tejidos como causas probables de muerte y/o lesiones posteriores a la vacunación en adultos jóvenes y niños.

⁷ <https://ourworldindata.org/covidvaccinations> (consultado el 20 de abril de 2023)

⁸ Morens,DM,Taubenberger,JK,Fauci,AS(2023)Repensar las vacunas de próxima generación para los coronavirus, los virus de la influenza y otros virus respiratorios. CellHostMicrobio. 31(1):146157.doi:10.1016/j.chom.2022.11.016.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36634620/>

Riesgo de COVID19 en jóvenes y adultos en edad laboral

Los niños y los adultos en edad laboral han tenido y siguen teniendo un riesgo bajo de mortalidad por COVID19, como se muestra en la Tabla 1.⁹ Tenga en cuenta que en los primeros años de la pandemia las muertes incluyeron casos con COVID19, que no fue la causa de la muerte, sino una comorbilidad (estos números reflejan los que murieron con COVID19 así como los que murieron a causa de COVID19). Los datos de Public Health Ontario indican que menos de la mitad de las muertes registradas por COVID19 no se debieron a COVID19, sino a comorbilidades preexistentes. ¹⁰ Tenga en cuenta que los porcentajes de hospitalización, ingresos en UCI y muertes son en realidad mucho más bajos que los mostrados, al menos cuatro veces más, ya que se cree que más del 75% de los casos de COVID19 no se notifican.¹¹ Además, Public Health Ontario informó recientemente que hubo tasas de hospitalizaciones y muertes relacionadas con COVID19 entre un 31% y un 39% más altas en 2022 en comparación con 2021, respectivamente, que impactaron desproporcionadamente a las personas mayores de 60 años, incluido un aumento alarmante de hospitalizaciones para bebés menores de 1 año.

12

Tabla 1. Riesgos acumulativos de casos de COVID19, hospitalizaciones, ingresos a UCI y muertes por edad en Canadá desde el inicio de la pandemia de COVID19 hasta el 4 de abril de 2023.¹³ Tenga en cuenta que estas estimaciones de muerte por COVID19 son mucho más altas en cada grupo de edad que las proporcionadas por el sitio web de Statistics Canada para la morbilidad por todas las causas.³

Edad Grupo (Años)	Casos	UCI			UCI % de admisiones	Fallecidos	Fallecidos %
		Hospitalizaciones	Hospitalizaciones %	Admisiones			
0-11	420,445	7.030	1,67	730	0,17	53	0.013
12-19	330.872	2.686	0,81	304	0,09	26	0.008
20-29	751.906	9.780	1.30	1.061	0,14	148	0.020
30-39	724,380	14.522	2.00	2.000	0,28	342	0,047
40-49	636.294	15.455	2.43	3.204	0,50	710	0.112
50-59	550.742	24.891	4.52	6.009	1.09	1.902	0.345
60-69	364.570	37.850	10.38	8.743	2.40	4,403	1.208
70-79	248.814	51.186	20.57	8.372	3.36	8.111	3.260
80+	330.938	76.112	23.00	4.667	1.41	21.113	6.380
Todos los grupos	4.358.961	239,512	5.49	35.090	0,81	36.808	0,84

⁹ <https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/piis23524642%2821%29000663/fulltext>

¹⁰ [publichealthontario.confirmedcasesofcovid19followingvaccinationinontario: diciembre 14, 2020 a enero 16, 2022. 22.22. pass. Uary 29, 2022, en https://](https://publichealthontario.ca/media/documents/ncov/epi/covid19epiconfirmedcasespostvaccination.pdf?sc_lang=en)

[www.publichealthontario.ca/media/documents/ncov/epi/covid19epiconfirmedcasespostvaccination.pdf? sc_lang=en](https://www.publichealthontario.ca/media/documents/ncov/epi/covid19epiconfirmedcasespostvaccination.pdf?sc_lang=en) https://

¹¹ www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/casesupdates/burden.html (para el período de febrero de 2020 a septiembre de

¹² 2021) https://www.publichealthontario.ca/media/Documents/nCoV/epi/2023/03/comparisoncovid19_hospitalizacionesmuertesepisummary.pdf

¹³ <https://healthinfobase.canada.ca/covid19/currentsituation.html#a5> (consultado el 8 de abril de 2023)

Alcance y eficacia de la inmunidad natural al COVID19

La inmunidad natural está ampliamente presente en la población canadiense ¹⁴ e internacional. Para los estudiantes de educación postsecundaria, se cree que la prevalencia de la inmunidad natural es incluso mayor que la de la población en general. Los estudiantes son muy sociables y por lo tanto han estado en contacto con muchas personas que han sido portadoras del SARSCoV2. En consecuencia, la gran mayoría son naturalmente inmunes, con mejor inmunidad que la que habrían recibido con la vacuna COVID19.

Un estudio clínico realizado con 276 adultos sanos por el Hospital Infantil de British Columbia (BC) determinó que el 90% de ellos tenía anticuerpos preexistentes que reconocían las proteínas de pico y nucleocápside del virus SARSCoV2 en mayo de 2020, menos de medio año después de la pandemia.

15

Un estudio clínico de seguimiento con más de 4500 personas en el estudio clínico realizado por Kinexus Bioinformatics Corporation en Vancouver con una prueba de 41 marcadores que monitorea los anticuerpos contra 10 de las proteínas SARS CoV2 ha mostrado más del 90% de resultados positivos en los resultados del estudio.

Los participantes, que eran principalmente de B.C. y Ontario.¹⁴

IchorBlood Services registró alrededor de un 89% de anticuerpos contra la proteína de pico de SARSCoV2 positivos en personas no vacunadas a finales de 2021, antes de la onda Omicron, incluso en áreas rurales del norte de Alberta con menor densidad de población.¹⁶ Con tasas tan altas de inmunidad natural en entornos remotos, es razonable esperar tasas comparables o incluso más altas en entornos urbanos y de mayor densidad.

En B.C., utilizando una prueba serológica para anticuerpos contra solo la proteína de la nucleocápside del SARSCoV2, el B.C. El Centro para el Control de Enfermedades (BCCDC) informó que, en agosto de 2022, al menos entre el 70 y el 80 % de los niños \leq 19 años, entre el 60 y el 70 % de los adultos entre 20 y 59 años, pero solo \sim el 40 % de los adultos \geq 60 años habían sido infectado.

¹⁷ Tenga en cuenta que la mitad de las personas infectadas con SARSCoV2 no

producen anticuerpos apreciables contra la proteína de la nucleocápside, por lo que estas son subestimaciones.

14

La actualización más reciente de Statistics Canada informó que el 98% de los canadienses tenían anticuerpos contra el SARS CoV2 en agosto de 2022, de los cuales el 55% tenía evidencia serológica más clara de enfermedad natural.

¹⁴ <https://fcpp.org/2022/09/09/testimoniotestimoniodrstevenpelechprofessordepartmentofmedicineattheuniversityofbritish-columbiaonnaturalimmunity/>

¹⁵ Majdoubi, A., Michalski, C., O'Connell, SE, Dada, S., Narpala, S. et al. (2021) La mayoría de los adultos infectados muestran reactividad de anticuerpos preexistente contra el SARSCoV2. JCIInsight 6(8):e14631. <https://doi.org/10.1172/jci.insight.146316>

¹⁶ <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/privatecovid19antibodytestsla>

¹⁷ cretaalberta1.6307357 Skowronski,D.,Kaweski,SE,Irvine,MA,Kim,S.,Chuang,ESY, et al. (2022) Estimación transversal en serie de la seroprevalencia del SARSCoV2 inducida por vacunas e infecciones en niños y adultos,

Columbia
Británica,
Canadá: marzo
de 2020 a agosto
de
2022.medRxivpre
printdoi:
[https://doi.org/10.
1101/2022.09.09.
22279751](https://doi.org/10.1101/2022.09.09.22279751)

infección por la detección de anticuerpos reactivos a la nucleocápside.¹⁸ Casi el 42% de estos canadienses presentaban síntomas fáciles y nunca se dieron cuenta de que ya habían sido infectados.

La inmunidad natural contra una infección por SARSCoV2 es tan protectora como la vacuna contra

19 enfermedades graves y muerte. Reduce el riesgo de resultados graves en un 76% en comparación con la vacuna.

inmunidad adquirida al año.

20

La inmunidad natural da como resultado la producción de anticuerpos de clase IgA e IgM secretados en las vías respiratorias superiores y los pulmones, que protegen eficazmente contra la infección por virus respiratorios. Estos anticuerpos pueden atacar la mayoría de las 28 proteínas que se encuentran en el virus SARSCoV2.¹⁴ La protección

inmune natural puede durar de años a décadas, como se evidencia con la infección por SARSCoV1 y la detección de anticuerpos 20 años después con un COVID19 dosis de refuerzo²¹ de la vacuna.

Eficacia de las vacunas COVID19

Las vacunas contra la COVID19 más utilizadas utilizan nanopartículas lipídicas para administrarse genéticamente Carga útil de ARNm diseñada y modificada que a su vez provocaría la producción de proteína de pico de SARSCoV2. Estas modificaciones (como el reemplazo de uridina por N1metilpseudouridina) permiten una estabilidad adicional del gen de ARNm de pico. Después de ingresar a las propias células del cuerpo, este ARNm modificado permite la fabricación de la proteína de pico y su presentación en la superficie externa de la célula. La estimulación de la linfa B o citocélulas para producir

Los anticuerpos y las células de linfocitos T para proporcionar inmunidad adaptativa requieren un ataque inflamatorio contra las propias células del receptor de la vacuna, lo que puede provocar daños en los tejidos. Este requisito de daño celular rara vez se reconoce en las publicaciones que describen los mecanismos de acción de las vacunas genéticas COVID19. Solo las piezas fragmentadas de la proteína de pico presentadas por las células inmunitarias presentadoras de antígenos junto con los principales antígenos de compatibilidad en estas células inmunitarias intervinientes pueden evocar la simulación completa de las células B y T receptoras después de su interacción, típicamente en los ganglios linfáticos.

Se pueden inyectar decenas de billones de nanopartículas de lípidos con cada inoculación de vacunación, y en cada nanopartícula de lípidos pueden estar presentes de 5 a 10 copias del gen de ARNm de pico. Potencialmente, se pueden producir cientos de copias de la proteína de pico a partir de cada gen de ARNm.

<https://www150.statcan.gc.ca/n1/dailyquotidien/230327/dq230327beng.htm>

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736\(22\)024655/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736(22)024655/fulltext)

[https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS26665247\(22\)002877/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS26665247(22)002877/fulltext)

Mallapaty, S. (2021) La infección por el virus SARS con décadas de antigüedad desencadena una respuesta potente a las vacunas COVID. *Naturaleza* 596:471472. doi: <https://doi.org/10.1038/d41586021022609>

principalmente de la clase IgG. Sin embargo, estos anticuerpos IgG están presentes en niveles mucho más bajos. En consecuencia, la protección proporcionada por la vacunación con ARNm es considerablemente menor que la protección contra una infección respiratoria natural, que produce más anticuerpos IgM e IgA en los lugares más apropiados.

Desde mediados de 2021, se ha apreciado que las vacunas de ARNm no evitan que uno contraiga COVID-19. Por ejemplo, en julio de 2021, el condado de Barnstable en Massachusetts experimentó un brote de COVID-19 en el que se consideró que el 74 % de las personas que dieron positivo para el virus SARS-CoV-2 estaban completamente vacunadas con dos dosis de la vacuna contra el COVID-19.²² Esta experiencia se ha replicado en todo el mundo y ha sido reconocida públicamente por Anthony Fauci del USNIH,²³ el USCDC, Rochelle Walensky²⁴ y la ejecutiva de Pfizer, Janine Hall²⁵, en 2022, afirman que la vacuna contra el COVID-19 no “detiene la propagación”. Esta información sobre estas vacunas “con fugas” significa que la vacunación no protege a otros de contraer COVID-19. Por lo tanto, no es lógico ni ético imponer la vacunación obligatoria a los estudiantes universitarios, porque tales mandatos claramente todavía no protegen a terceros.

No hay diferencia en la tasa de transmisión de COVID-19 entre vacunados y no vacunados
comunidades, es decir, la vacunación no previene la transmisión del SARS-CoV-2.

²⁶ De hecho, hay

No ha habido ensayos clínicos formales con controles de placebo que demuestren que las vacunas COVID-19 previenen la infección o la transmisión donde estas condiciones se han medido como

critérios de valoración clínicos.

Debido al predominio de variantes menos virulentas del SARS-CoV-2, como las variantes Omicron, y a la creciente adquisición de inmunidad natural en la población, es dudoso que las vacunas contra la COVID-19 incluso reduzcan la gravedad de la enfermedad. No existe evidencia de ensayos clínicos que respalde esta afirmación. Incluso en el estudio clínico original de 6 meses con la vacuna Pfizer/BioNTech COVID-19, hubo más muertes y efectos adversos graves en la cohorte vacunada que en la cohorte no vacunada.^{27,28}

²² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34351882/>

²³ Morens, D., Taubenberger, J., and Fauci, A. (2021) Vacunas universales contra el coronavirus: una necesidad urgente. *NEngl J Med.* 386:297-299. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/>

²⁴ NEJMp2118468 Becker, K., Becker News, (2021) El director de CDC cambia su historia, ahora admite que las vacunas COVID no previenen la transmisión de virus. [https://beckernews.com/cdc-director-changes-her-story-ahora-admite-vacunas-covid-dont-](https://beckernews.com/cdc-director-changes-her-story-ahora-admite-vacunas-covid-dont-prevent-virus-transmission-40754/)

²⁵ [prevent-virus-transmission-40754/ https://tnc.news/](https://tnc.news/)

²⁶ [2022/10/18/reuters-fact-check-pfizer/ https://www.thelancet.com/ Journals/laninf/article/](https://www.thelancet.com/Journals/laninf/article/2022/10/18/reuters-fact-check-pfizer/)

²⁷ PIIS1473-3099(21)00768-4/fulltext Thomas, SJ, Moreira, ED, Kitchin, N. et al. (2021) Seguridad y eficacia de la vacuna BNT162b2 mRNA COVID-19 durante 6 meses.

NEngl J Med. 385:1761-1773. <https://www.nejm.org/doi/full/>

²⁸ [10.1056/nejmoa2110345](https://doi.org/10.1056/nejmoa2110345) Bridle, BW, Martins, I., Mallard, BA, Karrow, NA, Speicher, DJ, Chaufan, C., Northey, JGB, Pelech, S.,

Shaw, CA, Halgas, O. (2022) Preocupaciones sobre la eficacia y seguridad de la vacuna contra

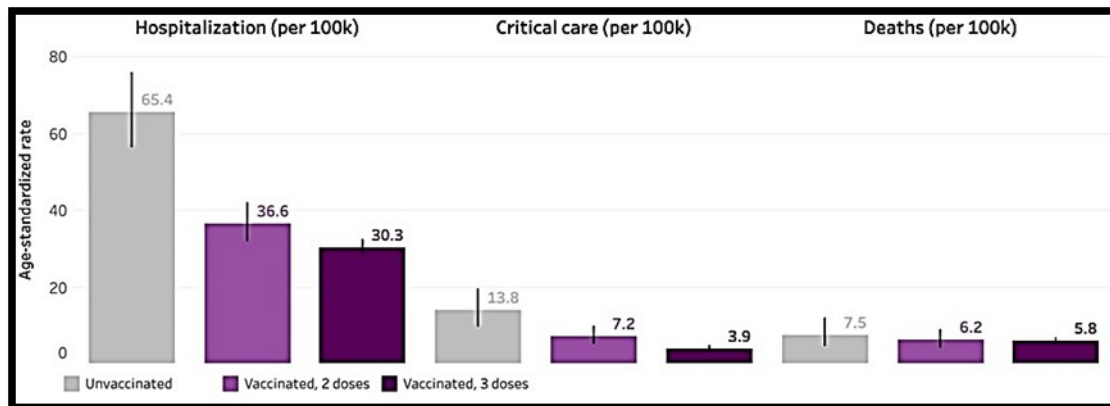
la enfermedad del coronavirus de ARNm BNT162b2 (COVID-19) durante seis meses. www.CanadianCovidCareAlliance.org (10 de ene

En el sitio web del BCCDC, del 17 de abril al 14 de mayo de 2022, las hospitalizaciones y los casos de cuidados críticos por cada 100 000 fueron 2 veces mayores para los no vacunados en comparación con los individuos vacunados doble o triplemente, como se muestra en la Figura 1 cuando se ajustan en base per cápita.

²⁹ Sin embargo, el 87% de la BC

La población había sido vacunada al menos dos veces contra COVID-19 en este momento, por lo que claramente las vacunas no evitaron reducir la gran mayoría de las hospitalizaciones, ingresos a UCI y muertes por COVID-19 en BC. En BC en 2022, aproximadamente el 85% de los casos graves de COVID-19 ocurrieron en aquellos con al menos dos vacunas.

Figura 1. Tasas de hospitalización, cuidados intensivos y mortalidad estandarizadas por edad en Columbia Británica del 17 de abril al 14 de mayo de 2022.²⁹



Los refuerzos bivalentes de Omicron no lograron mostrar ningún beneficio con respecto al monovalente original de Wuhan. Es de

La vacuna contra el COVID-19 causa más daño.

³⁰

destacar que los refuerzos bivalentes de Pfizer contra el COVID-19

La vacuna fue aprobada basándose en estudios con solo 8 ratones por su eficacia para producir sustancias “neutralizantes”. anticuerpos que

bloquearon la unión de las proteínas de pico Omicron BA.4 y BA.5 a ACE2, el receptor principal

al que el virus SARS-CoV-2 se une a las células.

³¹

Las personas con más inyecciones de COVID-19 parecen ser propensas a más infecciones por SARS-CoV-2.³² Esto probablemente se deba en parte a la supresión del sistema inmunológico innato por el refuerzo de SARS-CoV-2.

<https://www.canadiancovidcarealliance.org/wp-content/uploads/2022/01/Final-CCCA-Critique-Thomas- COVID-19-Vaccines-6-months-NEJM-Jan-10-22.pdf>

²⁹ <http://www.bccdc.ca/health-professionals/data-reports/covid-19-surveillance-dashboard> (consultado el 22 de mayo de 2022)

³⁰ <https://rubble.com/v1tpjsw-deanna-mcleod-why-we-must-stop-the-shots-pt.-1-ineffective-untested-and-uns.html> Vogel,

³¹ G. (2022) Omicronboostershotsarecoming – con muchas preguntas. Ciencia. 377(6610):1029-1030.<https://www.science.org/content/article/Omicron-booster-shots-are-coming-lots-questions> Tin,A.(2022)Por

³² qué los estadounidenses impulsados parecen estar recibiendo más infecciones por COVID-19

<https://www.cbsnews.com/news/covid-19-vaccine-booster-shot-infection-rate/>

vacunas.³³ El efecto a largo plazo de las estimulaciones inmunitarias repetidas con vacunas de ARNm del SARS-CoV-2 se ha asociado con un cambio de los anticuerpos de isotipo IgG1 e IgG3 de Th1.

células auxiliares en los isotipos IgG2 no inflamatorios y especialmente IgG4, que se impulsaron aún más. Se con una tercera vacuna de ARNm y/o infección(es) innovadora(s) por la variante del SARS-CoV-2.³⁴ sabe que dicho cambio de clase de IgG está asociado con el desarrollo de la tolerancia inmunitaria a infecciones futuras.

SARS-CoV-2.

La vacunación previa parece reducir la inmunidad natural después de una infección por SARS-CoV-2.

El estudio de Moderna con 30.000 participantes de personas de 18 años o más para su vacuna de ARNm mostró que la producción posterior de anticuerpos contra la proteína de la nucleocápside del SARS-CoV-2 fue evidente en solo el 40% de los participantes previamente vacunados que luego desarrollaron COVID-19 en comparación con el 93% de los participantes no vacunados que contrajeron COVID-19.³⁵ Incluso los no vacunados Una persona con un caso leve de COVID-19 tenía un 71 % de posibilidades de mostrar anticuerpos contra la nucleocápside en la sangre, en comparación con un 15 % de posibilidades de una persona vacunada que se recuperaba de un caso leve de COVID-19.³⁵

Seguridad de las vacunas contra el COVID-19

A pesar de la naturaleza altamente novedosa de las vacunas contra el COVID-19, estos nuevos productos solo recibieron alrededor del 10% de las pruebas clínicas y preclínicas típicas de las vacunas tradicionales antes de su lanzamiento general. Se otorgaron aprobaciones para la liberación general de las vacunas contra el COVID-19 en virtud de la Orden Provisional en Canadá, porque se argumentó que el COVID-19 era particularmente mortal y que Health Canada no reconocía oficialmente ningún otro tratamiento para la enfermedad. Es notable que con la Orden Provisional, Health Canada no requirió ninguna evidencia de que estas vacunas fueran necesariamente eficaces o seguras.³⁶

Sin embargo, las agencias reguladoras de otros países han identificado problemas importantes con las pruebas y la producción de vacunas de ARNm contra el COVID-19.

³³ Seneff, S., Nigh, G., Kyriakopoulos, AM, McCullough, PA (2022) Inmunosupresión innata mediante vacunas de ARNm de SARS-CoV-2: papel de los cuádruplex G, exosomas y microARN. *FoodChemToxicol.* 164:113008.doi:10.1016/j.fct.2022.113008. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35436552/>

³⁴ Irrgang,P.,Gerling,J.,Kocher,K.,Lapuente,D.,Steininger,P. et al. (2022) Cambio de clase hacia isotipos de IgG no inflamatorios después de una vacunación repetida con ARNm de SARS-CoV-2. *medRxiv.* doi: <https://doi.org/10.1101/2022.07.05.22277189>

³⁵ Follmann, D. Janes, HE, Buhule, OD et al. (2022) Anticuerpos anti-nucleocápside después de la infección por SARS-CoV-2 en la fase ciega del ensayo cíclico de eficacia de la vacuna ARN-1273 Covid-19. *medRxiv* 2022.04.18.22271936;doi:<https://doi.org/10.1101/2022.04.18.22271936>.Nowpublishedin *Annals of Internal Medicine* doi: 10.7326/m22-1300

³⁶ Buckley,S.(2023)Cambios en la prueba de aprobación de medicamentos para las vacunas COVID-19.<https://nhppa.org/wp-content/uploads/2023/03/NHPPA-Discussion-Paper-COVID-19-Vaccine-Prueba-marzo-17-2023.pdf>

Revisión de la Agencia de Medicamentos de la vacuna de ARNm de Pfizer/BioNTech contra el COVID-19.³⁷ Los documentos publicados en virtud de las Leyes de Libertad de Información han revelado que los fabricantes de vacunas sabían claramente que sus inoculaciones de ARNm mostraron muchos efectos adversos importantes, que en gran medida se descontaron. Además, hubo muchos factores que no se consideraron graves y que también se ignoraron. Por ejemplo, no se exploró el riesgo de autoinmunidad. Tampoco se evaluaron adecuadamente la distribución y la farmacocinética del ARNm y las nanopartículas lipídicas.

Hay muchos daños potenciales graves reconocidos que surgen de las vacunas de ARNm contra el COVID-19, como eventos cardiovasculares (incluidos ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares y mio/pericarditis), problemas neurológicos como parálisis, problemas dermatológicos, problemas reproductivos como menstruación prolongada y abundante y fertilidad masculina reducida, trastornos hematológicos como coágulos de sangre, autoinmunidad, problemas hepáticos, problemas renales, problemas respiratorios y más. más de 1200 trastornos enumerados en las seis páginas presentadas por Pfizer,³⁹ así como los de la Tabla 7 del análisis acumulativo

5.3.6 de informes de eventos adversos posteriores a la inmunización .⁴⁰ Estos Eventos Adversos de Interés Especial (AESI) incluyeron:

- Reacciones Anafilácticas

AESI cardiovasculares

COVID-19AESI

- AESI dermatológicos

AESI hematológicos

- AESI hepáticas

Parálisis facial

AESIS inmunomediados/autoinmunes

AESI musculoesqueléticos

AESI neurológicos (incluida la desmielinización)

- AESI relacionados con el embarazo

- AESI renales

³⁷ Gutsch, LM, Speicher, DJ, Natsheh, S., Oldfield, P., Britt-McKibbin, P. et al. (2022) Un análisis independiente de los problemas de fabricación y calidad de la cuasivacuna BNT162b BioNTech/Pfizer basado en el Informe de evaluación pública (EPAR) de la Agencia Europea de Medicamentos. www.canadiancovidcarealliance.org

[https://www.canadiancovidcarealliance.org/wp-content/uploads/2022/11/22OC29_EMA-Analysis-of-BNT162b- Manufacture.pdf](https://www.canadiancovidcarealliance.org/wp-content/uploads/2022/11/22OC29_EMA-Analysis-of-BNT162b-Manufacture.pdf) [https://](https://campaigns.dailyclout.io/campaign/brand/cc3b3e5a-6536-4738-8ed6-5ee368c67240)

³⁸ [campaigns.dailyclout.io/campaign/brand/cc3b3e5a-6536-4738 -8ed6-5ee368c67240](https://campaigns.dailyclout.io/campaign/brand/cc3b3e5a-6536-4738-8ed6-5ee368c67240) Documento

³⁹ informativo del Comité Asesor sobre vacunas y productos biológicos relacionados (BNT162,PF-07302048) de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 (10 de diciembre de 2020). <https://www.fda.gov/media/144246/download#page=87>

⁴⁰ World-wideSafetyPfizer.5.3.6Cumulativeanalysisofpost -autorizacióninformesdeeventosadversosdePF- 07302048(BNT162N2)recibido hasta el 28 de febrero de 2021.<https://phmpt.org/wp-content/uploads/2021/11/5.3.6- experiencia-postmarketing.pdf>

- AESI respiratorias
- Eventos tromboembólicos
- Ataque

Eventos vasculíticos

así como otros AESI

De hecho, el informe de farmacovigilancia poscomercialización de Pfizer a la FDA dentro de los 3 meses posteriores a la el lanzamiento de la vacuna solo se hizo público después de una solicitud de la FOIA.⁴¹

Reveló que 42.086 vacunas

los destinatarios informaron eventos adversos, incluidas 1,223 muertes relacionadas, 11,000 cuyos resultados de lesiones no se recuperaron y 9,400 con resultados desconocidos. La incidencia de eventos adversos por dosis recibida no estaba clara ya que esta información fue redactada por la FDA, pero es inaceptable para una profiláctica "segura" administrada a las masas sin más discreción.

Contrariamente a las afirmaciones iniciales de los funcionarios de salud pública, se sabe que las vacunas contra el COVID-19 se distribuyen por todo el cuerpo, lo que provoca que la proteína de pico se exprese en muchos tejidos, incluidos el hígado, el bazo, las glándulas suprarrenales, el corazón, el cerebro, los ovarios, los testículos y los vasos sanguíneos.

y propagarse por todo el cuerpo, incluso atravesando la barrera hematoencefálica. Post mortem

Los estudios de inmunohistoquímica en el cerebro y otros órganos de personas que han muerto hasta 9 meses después de recibir la vacuna contra el COVID-19 han demostrado la presencia persistente de proteína de pico.

44

Dado que las vacunas de ARN hacen que las células del cuerpo dejen de producir potencialmente billones de proteínas de pico que pueden activar el sistema inmunológico, existe una gran probabilidad de que el sistema inmunológico inicie ataques contra las células normales que expresan esta proteína no natural, lo que provoca daños inflamatorios en los tejidos y potencialmente la inducción de enfermedades autoinmunes.^{45,46}

Además, los constituyentes lipídicos catiónicos de la nanopartícula lipídica son fundamentales para la estabilización y la entrega a las células de las vacunas de ARN y, al mismo tiempo, sirven como adyuvantes para estimular las respuestas inmunitarias. Sin embargo, estos lípidos sintetizables no se han probado previamente en humanos, con

⁴¹ <https://phmppt.org/wp-content/uploads/2021/11/5.3.6-postmarketing-experience.pdf>

⁴² https://pandemictimeline.com/wp-content/uploads/2021/07/Pfizer-report_Japanese-government_.pdf

⁴³ Gobierno de Australia, Departamento de Salud, Administración de Productos Terapéuticos. Evaluación no clínica de la vacuna BNT162b2 [ARNm] COVID-19 (Comirnaty™)/Nº de presentación: PM-2020-05461-1-2. Patrocinador: PfizerAustraliaPtyLtd. [https://www.tga.gov.au/sites/default/files/auspar-bnt162b2-](https://www.tga.gov.au/sites/default/files/auspar-bnt162b2-mrna-210125.pdf)

⁴⁴ [https://rumble.com/vxps3a-dr.-arne-burkhardt-pathology-of-covid-19-muertes-y-lesiones-por-](https://rumble.com/vxps3a-dr.-arne-burkhardt-pathology-of-covid-19-muertes-y-lesiones-por-vacunas.html)

⁴⁵ [vacunas.html](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34957554/) Chen, Y., Xu, Z., Wang, P., Li, X.-M., Shuai, Z.-W., Ye, D.-Q., Pan, H.-F. (2022) Vacunación autoinmune posterior a la COVID-19 de nueva aparición. *Inmunología*. 165(4):386-401. doi:10.1111/imm.13443.

⁴⁶ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34957554/> Jara, L.J., Vera-Lastra, O., Mahroum, N., Pineda, C., Shoenfeld, Y.

(2022) Autoimmunepost-COVIDvaccinesyndromes:doesthespectrumofautoimmune/ síndrome inflamatorioexpandir? *ClinRheumatol* 1609. doi:10.1007/s10067-022-06149-4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35378658/>

estudios recientes sobre monocitos mononucleares de sangre periférica humana y de ratones que demuestran una inflamación generalizada en una forma de respuesta a la dosis, incluso cuando no están cargados con ellos RNA carga.

⁴⁷ La naturaleza proinflamatoria y la toxicidad inherente de los lípidos catiónicos en

Desde la década de 1990 se viene informando del desarrollo de la tecnología de transferencia genética.⁴⁸

Hay más informes de lesiones graves y muertes por las tres vacunas contra el COVID-19 aprobadas en los EE. UU. en el Sistema de notificación de efectos adversos de las vacunas (VAERS) de la FDA que en el anterior 32 años combinados para más de 80 vacunas diferentes desde que se estableció el VAERS en 1990.⁴⁹ Debe tenerse en cuenta que la mayoría de los informes del VAERS son realizados por médicos y otros profesionales de la salud; el sistema se supervisa de cerca la calidad de los informes. Más del 55% de todos los efectos adversos graves y muertes jamás notificadas en el VAERS se asociaron con las vacunas contra el COVID-19. atención de urgencia y

35.219 terminaron en muerte).⁵⁰ Además, se estima que estas cifras subestiman el verdadero alcance de los eventos adversos después de la inyección de las vacunas contra el COVID-19 por un factor entre 10 veces ⁵¹ a 41-veces.⁵²

El riesgo de miocarditis y miopericarditis es particularmente alto en hombres de 12 a 29 años de edad después de una segunda inyección de una vacuna de ARN COVID-19. El estudio ABCCDC reveló que el riesgo de

El desarrollo de miocarditis o miopericarditis sintomática fue de 1 en 1910 con la vacuna Moderna y de 1 en 7776 con el producto de Pfizer/BioNTech.⁵³ Además, es probable que la tasa de miocarditis y miopericarditis asintomáticas, diagnosticadas mediante la detección de troponina en la sangre y/o la resonancia magnética, sea al menos 3 veces mayor.⁵⁴ En un estudio publicado y revisado por pares dy, se examinaron las tasas de miocarditis y miopericarditis en todos los 301 niños de 13 a 18 años que recibieron el segundo

⁴⁷ Moghimi, SM, Simberg, D. (2022) Preocupaciones proinflamatorias con nanopartículas lipídicas. *Molther*. 30(6):2109- 2110.doi:10.1016/j.ymthe.2022.04.011. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35487214/>

⁴⁸ Scheule,RK,StGeorge,JA,Bagley,RG,Marshall,J.,Kaplan,JM et al. (1997) Bases de la toxicidad pulmonar asociada con la transferencia de genes mediada por lípidos catiónicos al pulmón de mamíferos. *HumGeneTher*. 8(6):689-707.doi:10.1089/hum.1997.8.6-689.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9113509/>

⁴⁹ <https://9113509/>

⁵⁰ vaers.hhs.gov/ <https://www.openvaers.com/covid-data/> (consultado el 1 de mayo de 2023)

⁵¹ Lazarus, R., Klompas, M. (2011) *HarvardPilgrimStudy- LazarusFinalReport2011* [PDF] *ElectronicHealthRecord| AdverseEffect.GrantFinalReportIDR18HS017045*. Acceso el 24 de septiembre de 2021. <https://www.scribd.com/document/434088983/Lazarus-Final-Report-2011> Kirsch , S.,

⁵² Rose, J., Crawford, M. (26 de octubre de 2021) Estimación del número de muertes por vacuna COVID en Estados Unidos. *TrialsiteNews* 57.<https://www.skirsch.com/covid/Deaths.pdf>

⁵³ Naveed,Z., Li,J.,Spencer,M.,Wilton,J.,Naus,M., García,HAV,Otterstatter,M ., Janjua, NZ (2022) Tasas de miocarditis observadas versus esperadas después de la vacunación contra el SARS-CoV-2: un estudio de cohorte poblacional. *CMAJ* 194:E1529-36.doi:10.1503/cmaj.220676.<https://www.cmaj.ca/content/194/45/E1529>

⁵⁴ Daniels, CJ, Rajpal, S., Greenshields, JT et al. (2021) Prevalencia de miocarditis clínica y subclínica en atletas competitivos con infección reciente por SARS-CoV-2: resultados del registro cardíaco Big Ten COVID-19. *JAMACardiol*. 6(9):1078-1087.doi:10.1001/jamacardio.2021.2065.<https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2780548>

dosis de la vacuna Pfizer/BioNTech mRNA COVID-19.

⁵⁵ Se encontraron efectos cardiovasculares en el 29%

de los participantes, que van desde taquicardia, palpitaciones y miopericarditis. Siete de los 201 hombres tenían evidencia de sospecha de miocarditis asintomática (cuatro casos), miopericarditis (un caso) o pericarditis (dos casos) para una tasa general de 1 en 29. El daño cardíaco por miocarditis subclínica o clínica y miopericarditis no es reversible debido a la cicatrización de los tejidos y puede tener una tasa de letalidad de hasta el 20% después de 6 años desde el diagnóstico.⁵⁶

Se ha multiplicado al menos por 8 los informes noticiosos sobre colapsos y muertes inesperadas en

por lo demás jóvenes sanos, pilotos, músicos y deportistas.

57,58 Muerte Súbita Adulto

El síndrome de causa “desconocida” se encuentra ahora entre las principales causas de muerte en Alberta, coincidente con el lanzamiento de las vacunas contra la COVID-19.⁵⁹

Aunque prácticamente no hubo un aumento en el exceso de mortalidad general por todas las causas en 2020, el primer año de la pandemia de COVID-19, en Canadá y en otros lugares, ha aumentado significativamente aquí y en muchos otros países en 2021 y 2022, desde la introducción de las vacunas contra el COVID-19.^{60,61,62}

En un estudio reciente sobre la mortalidad por todas las causas en 31 países europeos, esto se correlacionó positivamente con el aumento de la vacunación contra el COVID-19.⁶³ La Figura 2 muestra las mediciones del aumento de la mortalidad por todas las causas en Columbia Británica. 19.

Mansanguan, S., Charunwatthana, P., Piyaphanee, W., Dechkhajorn, W., Poolcharoen, A., Mansanguan, C.

(2022) Manifestación cardiovascular de la vacuna BNT162b2 mRNA COVID-19 en adolescentes. *Trop. Med. Infectar. Dis.*

7,196. doi: 10.3390/tropicalmed7080196. <https://www.mdpi.com/2414-6366/7/8/196>

Kang, M. (2022) Viral myocarditis. *An. J. Viral Myocarditis*. [Actualizado el 5 de enero de 2022]. En: StatPearls [Internet].

Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459259/>

[https://makismd.substack.com/p/18-videos-of-collapses-on-stage-and?](https://makismd.substack.com/p/18-videos-of-collapses-on-stage-and?utm_source=substack&utm_medium=email#play)

[utm_source=substack&utm_medium=email#play](https://goodsciencencng.com/covid/athletes-suffer-cardiac-arrest-die-after-covid-shot/)

<https://goodsciencencng.com/covid/athletes-suffer-cardiac-arrest-die-after-covid-shot/>

<https://calgary.ctvnews.ca/muertes-con-causas-desconocidas-ahora-alberta-s-top-killer-province-1.5975536>

Rancourt, DG (2022) Asociación causal probable entre el extraordinario evento de exceso de mortalidad ocurrido en la India entre abril y

julio de 2021 y el lanzamiento de la vacuna. Investigación de correlación en el interés público. [https://](https://correlation-canada.org/report-probable-causal-association-between-indias-extraordinary-april-july-2021-excess-mortality-event-and-the-vaccine-rollout/)

[correlation-canada.org/report-probable-causal-association-between-indias-extraordinary-april-july-2021-excess-mortality-event-and-](https://correlation-canada.org/report-probable-causal-association-between-indias-extraordinary-april-july-2021-excess-mortality-event-and-the-vaccine-rollout/) the-vaccine-rollout/

Rancourt, DG, Baudin, M. y Mercier, J. (2022) Asociación de causas probables entre el nuevo régimen de alta mortalidad por

todas las causas de Australia y su lanzamiento de la vacuna COVID-19. Investigación de correlación en el interés público. [https://correlation-](https://correlation-canada.org/report-probable-causal-association-between-australias-newregime-of-alta-mortalidad-por-todas-las-causas-y-su-lanzamiento-de-vacuna-covid-19/)

[canada.org/report-probable-causal-association-between-australias-newregime-of-](https://correlation-canada.org/report-probable-causal-association-between-australias-newregime-of-alta-mortalidad-por-todas-las-causas-y-su-lanzamiento-de-vacuna-covid-19/) alta-mortalidad-por-todas-las- causas-y-su-lanzamiento-de-vacuna-covid-19/

Rancourt, DG, Baudin, M., Hickey, J. y Mercier, J. (2023) Tasa de mortalidad por dosis de vacuna COVID-19 estratificada por

edad para Israel y Australia. Investigación de correlación en el interés público. [https://correlation-canada.org/report-age-stratified-](https://correlation-canada.org/report-age-stratified-covid-19-vaccine-dose-fatality-rate-for-israel-and-australia/) covid-19-vaccine-dose-

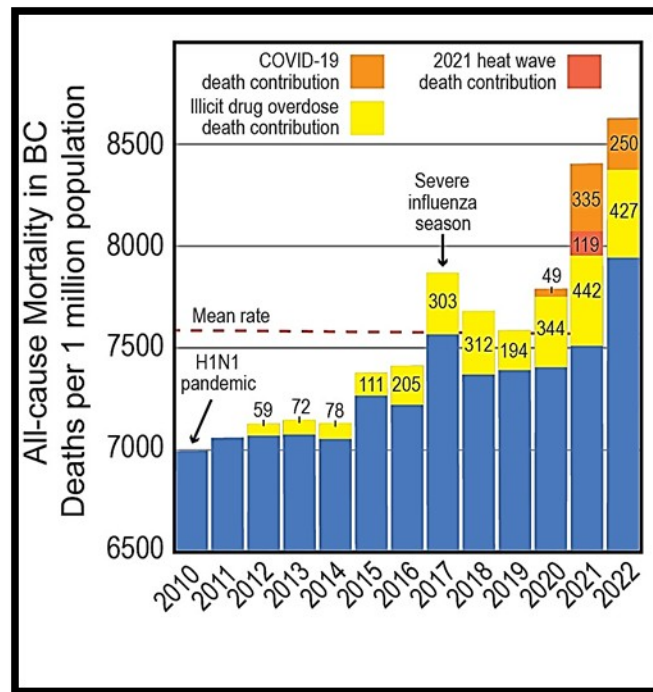
[fatality-rate-for-israel-and-australia/](https://correlation-canada.org/report-age-stratified-covid-19-vaccine-dose-fatality-rate-for-israel-and-australia/)

Aarstad, J., Kvitastein, OA (2023) ¿Existe un vínculo entre la adopción de la vacuna COVID-19 en Europa en 2021 y el exceso

de mortalidad por todas las causas en 2022? doi:10.20944/preprints202302.0350.v1

<https://www.preprints.org/manuscript/202302.0350/v1>

Figura 2. Tasas anuales de mortalidad por todas las causas y por COVID-19 en Columbia Británica del 1 de octubre al 31 de septiembre y tasas de muerte por drogas ilícitas del 1 de enero al 31 de diciembre.⁶⁴



El Reino Unido es una de las pocas jurisdicciones donde la mortalidad por todas las causas y la mortalidad relacionada con la COVID-19 se ha correlacionado con el estado de vacunación contra la COVID-19, la edad y el sexo, y estos datos están disponibles para el escrutinio público.⁶⁵ La representación gráfica de los hallazgos se muestra en la Figura 3. Los datos indican que con la aparición de variantes Omicron, no ha habido ningún beneficio real de la vacuna COVID-19 simple o doble para prevenir la COVID-19. 9 muertes en comparación con no estar vacunados contra el SARS-CoV-2. Existe evidencia de que la triple vacunación podría haber reducido las muertes por COVID-19 antes de septiembre de 2022, pero no de manera significativa después. Sin embargo, con la mortalidad por todas las causas (especialmente con la primera dosis de la vacuna COVID-19 al comienzo del programa de vacunación y la segunda dosis posteriormente después de septiembre de 2021), Las culaciones están asociadas con mayores tasas de muerte. Después de mayo de 2022, hay poco apoyo para afirmar que incluso una tercera dosis de la vacuna contra el COVID-19 proporcionara algún beneficio significativo para reducir la mortalidad por todas las causas. La interpretación de los datos de la Figura 3 es complicada, ya que la virulencia del SARS-CoV-2 se redujo constantemente con la evolución de nuevas variantes y el aumento de la inmunidad natural. En la Figura 4, los efectos de COVID-19

la vacunación contra las muertes relacionadas con la COVID-19 se muestra específicamente para el grupo de edad de 18 a 39 años, que sería más relevante para los estudiantes de educación postsecundaria.

Figura 3. Tasas mensuales de mortalidad por todas las causas y por COVID-19 en el Reino Unido desde el 1 de abril de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2022 en función del estado de la vacuna contra la COVID-19.65

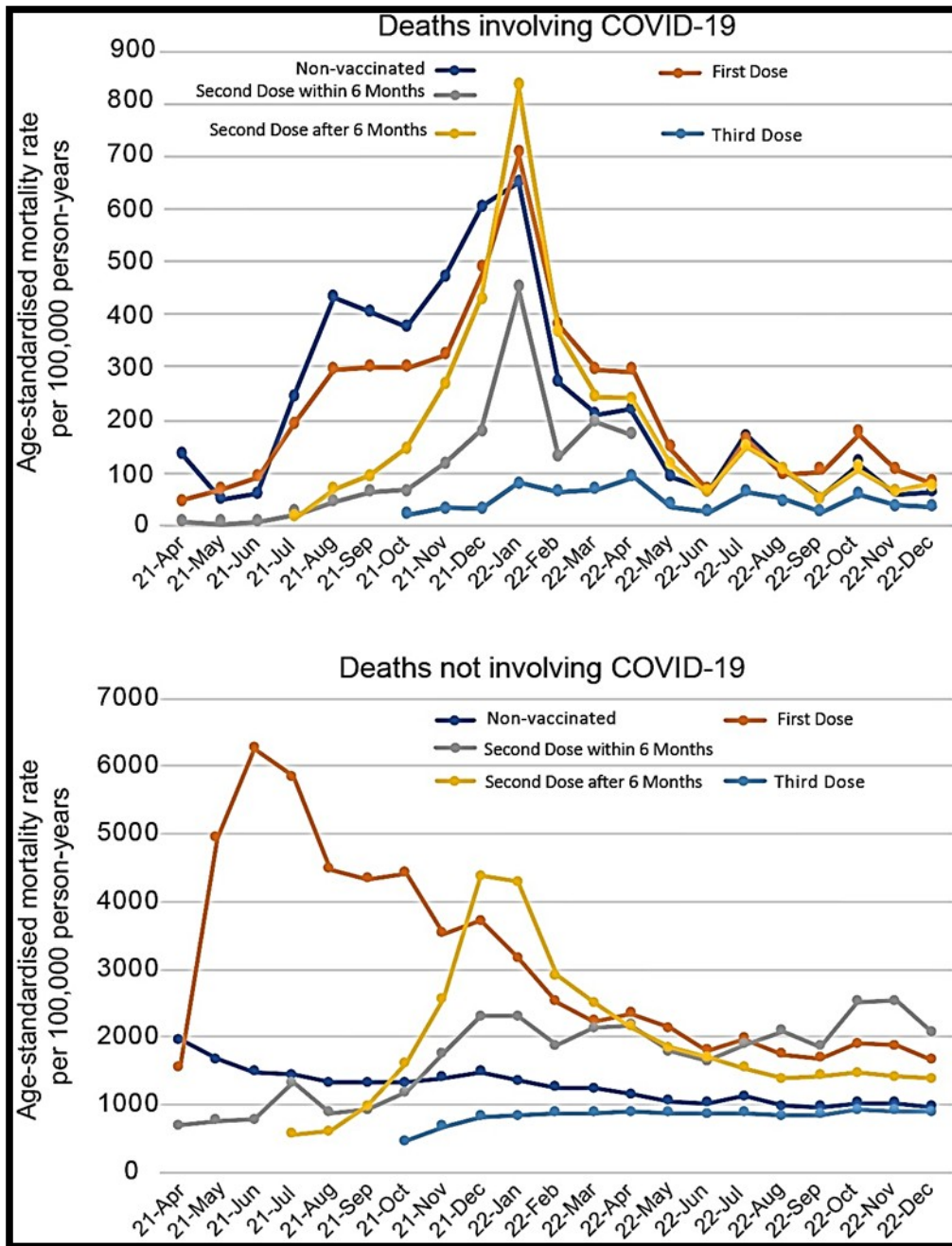
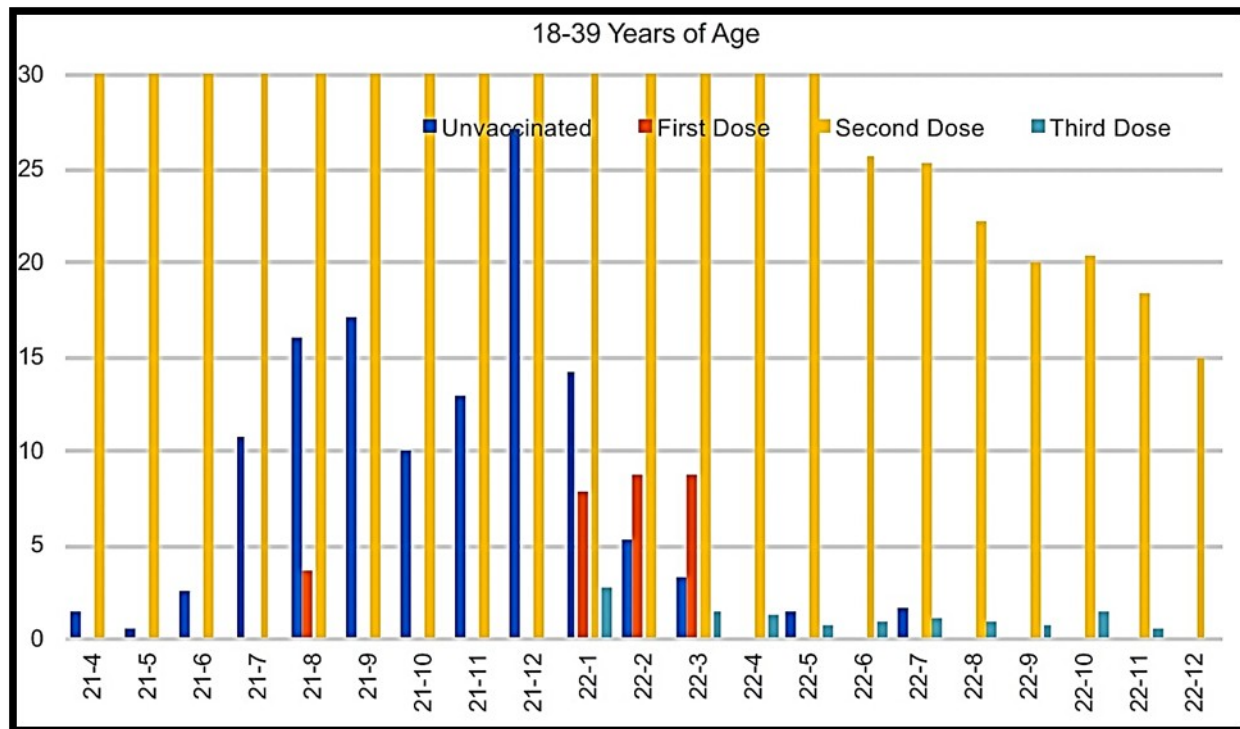


Figura 4. Tasas de mortalidad mensuales estandarizadas por edad por estado de vacunación por grupo de edad para muertes por todas las causas, muertes relacionadas con COVID-19 y muertes no relacionadas con COVID-19, por 100 000 personas-año, Inglaterra, muertes ocurridas entre el 1 de abril de 2021 y el 31 de diciembre de 2022.⁶⁵ Para aquellos que recibieron una segunda, pero no una tercera dosis, de la vacuna COVID-19, Las tasas de mortalidad antes de junio de 2022 estaban entre 33 y 71 por 100.000 personas-año.



La relación riesgo-beneficio ya no es aceptable para las vacunas contra el COVID-19

Bardosh et al. En un documento titulado “Refuerzos de la vacuna COVID-19 para adultos jóvenes: evaluación de riesgos y beneficios y análisis ético de las políticas de mandato en las universidades” se abordó la cuestión de los mandatos para los estudiantes universitarios en América del Norte.⁶⁶ Este estudio estimó que entre 31.207 y 42.836 adultos jóvenes de 18 a 19 años necesitarían vacunarse para prevenir solo una hospitalización por COVID-19. Además, se estimó que en los vacunados para prevenir esa hospitalización por COVID-19, se producirían al menos 18,5 eventos adversos graves, incluidos 1,5 a 4,6 casos de miopericarditis asociada a la dosis de refuerzo en hombres (que normalmente requieren hospitalización). Los autores declararon: “Los plazos de refuerzo universitarios no son éticos porque: (1) no se basan en una evaluación de riesgos-beneficios estratificada actualizada (era Omicron) para este grupo de edad;)

⁶⁶ Bardosh, K., Krug, A., Jamrozik, E., Lemmens, T., Keshavjee, S. et al. (2022) Impulsores de la vacuna COVID-19 para adultos jóvenes: evaluación de riesgos y beneficios y análisis ético de las políticas de mandato en las universidades. Revista Ética Médica. doi: 10.1136/jme-2022-108449. <https://jme.bmj.com/content/early/2022/12/05/jme-2022-108449>

violan el principio de reciprocidad porque los daños graves relacionados con las vacunas no se compensan de manera confiable debido a las lagunas en los esquemas de lesiones por vacunas; y (5) pueden resultar en daños sociales más amplios. Consideramos contraargumentos que incluyen esfuerzos para aumentar la seguridad en los campus, pero encontramos que están plagados de limitaciones y poco apoyo científico⁶⁶.

Muchas autoridades de salud pública ya no recomiendan la vacuna contra el COVID-19

Los países de todo el mundo han comenzado uno tras otro a desalentar o prohibir el uso de las vacunas contra la COVID-19, especialmente entre los más jóvenes. Dinamarca fue la primera nación de Europa en invocar esta medida al suspender las invitaciones de vacunación el 14 de mayo de 2022.

⁶⁷ Para el otoño de 2022, Dinamarca

recomendará la vacunación solo a las personas mayores de 50 años y a algunas poblaciones vulnerables.

Muchos países europeos, así como Australia y algunos estados de EE. UU., como Florida, han dejado de recomendar la vacuna contra el COVID-19 a cualquier persona menor de 40, 50 o 60 años, y especialmente a los niños. Incluso en

2021, Francia y los países escandinavos no recomendaron la vacuna Moderna para personas menores de 30 años.^{68,69} El Comité Conjunto de Vacunación e Inmunización del Reino Unido (JCVI) ya no recomienda la vacunación de personas sanas menores de 50 años en el Reino Unido, excepto aquellos grupos de riesgo clínico o aquellos que atienden a dichas personas.

⁷⁰ La Oficina Federal de Salud Pública de Suiza tampoco recomienda ya

la vacuna contra el COVID-19 para personas sanas en todos los grupos de edad, y no pagará la vacuna contra el COVID-19 para nadie, a menos que lo indique médicamente un médico para un paciente individual con un

Un análisis claro de riesgo-beneficio y el médico asume la responsabilidad por las lesiones causadas por la vacuna.⁷¹ El australiano El gobierno ha informado que la dosis de refuerzo no se recomienda para niños a partir de febrero.

2023 para niños y adolescentes de hasta 18 años que no tienen ningún factor de riesgo de COVID-19 grave, y solo para aquellos entre 18 y 64 años que se han sometido a un análisis de riesgo-beneficio con La Federación Alemana de su proveedor de atención médica.⁷² Hospitales (DKG) ha solicitado la

⁶⁷ <https://www.msn.com/en-in/money/topstories/covid-19-denmark-currently-not-offering-booster-shots-to-those-under-50/AA11TTwi>

⁶⁸ <https://www.france24.com/es/live-news/20211109-france-advises-against-moderna-for-under-30s-over-rare-heart-risk>

⁶⁹ Lehto, E. (2021) Finlandia se une a Suecia y Dinamarca para limitar la vacuna moderna COVID-19. <https://www.reuters.com/world/europe/finland-pauses-use-moderna-covid-19-vaccine-young-men2021-10-07/>

⁷⁰ <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-vaccination-programme-for-2023-jcvi-interim-advice-8-november-2022/jcvi-statement-on-the-covid-19-programa-de-vacunacion-para-2023-8-de-noviembre-2022>

⁷¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/es/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/impfen.html#21889874>

⁷² <https://www.health.gov.au/our-work/covid-19-vaccines/advice-for-providers/clinical-guidance/clinical->

recomendaciones

La obligación de vacunación obligatoria del personal sanitario será revocada después de que el Ministerio de Salud alemán admitiera que 1 de cada 5.000 vacunas contra la COVID-19 provocaba efectos secundarios graves.⁷³

La vacuna obligatoria contra la COVID-19 ya no es obligatoria para los empleados del gobierno federal en Canadá.⁷⁴ Del mismo modo, ya no es obligatoria para la mayoría de las fuerzas de combate canadienses, muchas de las cuales son de edad similar a los estudiantes universitarios.⁷⁵

En Ontario, actualmente no hay mandatos gubernamentales de vacunación vigentes para ningún sector, por lo que los empleadores no tienen la capacidad de imponer una política a sus trabajadores de la salud que los penalice por negarse a vacunarse, incluidas las licencias de ausencia no remuneradas y el despido con causa justificada.

Cualquier política que intente hacerlo se considera ilegal.⁷⁶ La Universidad de Toronto, por ejemplo, actualmente solo tiene una política obligatoria de vacuna contra el COVID-19 para los estudiantes que residen en su campus;

En Columbia Británica, recientemente también se suspendió la vacunación obligatoria contra la COVID-19 para los empleados del gobierno provincial.⁷⁸

En este momento, los únicos ministerios de salud provinciales de Canadá que exigen la vacunación COVID-19 obligatoria para todos los trabajadores de la salud se encuentran en Columbia Británica ⁷⁹ y Nueva Escocia. ⁸⁰ En este momento, aparte de la Universidad de Columbia Británica y la Universidad de Dalhousie, ninguna de las otras universidades de Canadá parece exigir vacunas COVID-19 obligatorias para sus estudiantes aceptados e inscritos en programas de capacitación en atención médica. Sin embargo, dependiendo de las futuras oleadas de COVID-19 en el futuro, esto podría cambiar.

Las lecciones aprendidas del segundo y tercer año de la pandemia de COVID-19 con las vacunas genéticas contra la COVID-19 muestran que tales mandatos para los estudiantes y la población en general no deben permitirse. Nos seguía preocupando que el uso de nanopartículas lipídicas/ARNm y

⁷³ <https://rairfoundation.com/german-hospital-federation-demands-withdrawal-of-vaccination-mandate-after-massive-side-effects-revealed/>

⁷⁴ <https://www.canada.ca/en/treasury-board-secretariat/news/2022/06/suspension-of-the-vaccine-mandates-for-domestic-travellers-transportation-workers-and-federal-employees.html>

⁷⁵ <https://www.ctvnews.ca/politics/military-eases-el-mandato-de-vacunas-sigue-adelante-con-disciplina-para-las-tropas-no-vacunadas-1.6108910>

⁷⁶ <https://stlawyers.ca/coronavirus-knowledge-centre/employer-mandatory-vaccinations/ontario/> <https://www.viceprovoststudents.utoronto.ca/covid-19/>

⁷⁸ <https://news.gov.bc.ca/releases/2023FIN0018-000305>

⁷⁹ https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/hospital_and_community_preventive_measures_order_apr_623_final_4.pdf

⁸⁰ https://policy.nshealth.ca/Site_Published/nsha/document_render.aspx?documentRender.IdType=6&documentRender.GenericField=&documentRender.Id=99848

Las tecnologías de vacunas de adenovirus/ADN se están adoptando demasiado rápido para reemplazar las vacunas tradicionales contra patógenos infecciosos comunes, a pesar de que hay evidencia que demuestra que simplemente no son aptas para el propósito. En vista de las experiencias recientes con las vacunas genéticas contra el COVID-19, advertimos contra cualquier imposición inmediata de mandatos de vacunas futuras en ausencia de datos convincentes sobre su eficacia y seguridad a largo plazo que respeten autonomía corporal, dignidad humana y consentimiento informado. Esto incluye el derecho a rechazar tratamientos profilácticos experimentales sin coerción, extorsión y otras acciones punitivas o permisos solicitados a tecnócratas irresponsables que ignoran las preocupaciones y valores de salud individuales.

Las universidades y otras instituciones postsecundarias que hacen cumplir las vacunas obligatorias contra el COVID-19 son cómplices de poner en peligro la salud a largo plazo de sus estudiantes y, en cambio, deberían actuar como firmes defensores de la investigación basada en evidencia y de políticas públicas sensatas.

THE BUILDING CASE AGAINST COVID-19 VACCINATION OF STUDENTS IN CANADA

AUTHORS:

Byram Bridle, MSc, PhD, Associate Professor, Dept. of Pathobiology at the University of Guelph
Philip Britz-McKibbin, PhD, Professor, Dept. of Chemistry and Chemical Biology, McMaster University

Glenn Chan, BAA, Patient Advocate

Claudia Chauhan, MA, MD, PhD, Associate Professor, Health Policy, York University

John Hardie, BDS, MSc, PhD, FRCDC (retired)

Ondrej Helgas, MSc, PhD

York Hsiang, MB, MHSc, FRCSC, Professor Emeritus, Dept. of Surgery, University of British Columbia

Niel Karrow, PhD, Professor of Immunology, Dept. of Animal Biosciences, University of Guelph

Bonnie Mallard, Msc, PhD, Professor of Immunogenetics, Dept. of Pathobiology, University of Guelph

Kanji Nakatsu, PhD, Professor Emeritus Pharmacology, Queen's University

Susan Natsheh, MD, Pediatrician (retired)

Philip Oldfield, DPhil, CSci, CChem, FRSC (UK) (retired)

Steven Pelech, PhD, Professor, Dept. of Medicine, University of British Columbia

Patrick Provost, PhD, Professor, Faculty of Medicine, Université Laval

Denis Rancourt, PhD, Former Professor, University of Ottawa

Wendi Roscoe, PhD, Professor, Dept. of Health Science at Fanshawe College

Christopher A. Shaw, PhD, Professor, Dept. of Ophthalmology, University of British Columbia

David Speicher, MSc, PhD, Former Associate Professor, Biology and Health Sciences – Redeemer University

May 3, 2023

Corresponding author: spelech@mail.ubc.ca

CITATION: Byram Bridle et al.: The Building Case Against COVID-19 Vaccination of Students in Canada. JHIA N2 (2024)

Summary

When the risk-benefit, ethics, broader legal, natural immunity prevalence and informed consent implications of COVID-19 vaccinations are fully considered, mandating booster shots for healthy students in 2023 cannot be endorsed, regardless of recommendations or directives from federal and provincial health authorities or professional health colleges in Canada and abroad. Some universities in Canada are contemplating requiring or already mandate that students who are enrolled in health profession training schools are fully up to date with their COVID-19 vaccinations. In view of the availability of a wealth of data questioning the efficacy and safety of COVID-19 genetic vaccines, and the actual threat that COVID-19 possesses with respect to the morbidity and mortality of youth and working age adults, such requirements are irresponsible and border on criminal negligence. This is particularly concerning given the alarming increase in excess mortality in Canada since the beginning of 2021, with paradoxically more COVID-19 related deaths and hospitalization in 2022 relative to 2021, despite the high primary series and booster vaccine coverage. Furthermore, it is evident from numerous serological studies that natural immunity from past infection with SARS-CoV-2 already exists in the vast majority of Canadians, and the latest variants of this virus are much less virulent and less likely to cause severe COVID-19 in children and adults. The Scientific and Medical Advisory Committee of the Canadian Covid Care Alliance strongly recommends against any future mandates of COVID-19 vaccination of students in primary, secondary and post-secondary schools and institutions.

Introduction

Presently, students in Canadian universities in health professional schools or residents on campuses are required to receive certain vaccinations that might include COVID-19 vaccines. COVID-19 vaccines have now been fully recognized to neither prevent infection, nor prevent transmission, and it is also dubious that they even reduce the severity of COVID-19 for the vast majority of those that are vaccinated. This was evident even in 2021, in the truncated placebo- controlled randomized clinical trials for the modified mRNA COVID-19 vaccine prototypes that claimed a relative risk reduction in *mild* symptomatic disease despite concerns related to data integrity, lack of transparency, and potential scientific fraud, including study unblinding and underreporting of adverse events.^{1,2} Importantly, these pivotal studies did not measure a reduction in COVID-19 related hospitalization or (all-cause) mortality as primary clinical

¹ Thacker, P.T. (2021) Covid-19: Researcher blows the whistle on data integrity issues in Pfizer's vaccine trial. *BMJ* 375:n2635. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n2635>

² Tanveer, S., Rowhani-Farid, A., Hong, K., Jefferson, T., Doshi, P. (2022) Transparency of COVID-19 vaccine trials: decisions without data. *BMJ Evid Based Med.* 27(4):199-205. doi: 10.1136/bmjebm-2021-111735. <https://ebm.bmj.com/content/27/4/199.long>

endpoints in contradiction to misleading public health messaging that mass vaccination was a primary means to end the pandemic, protect oneself and others, and sustain the healthcare system. Yet the risks of severe disease from COVID-19 for working adults is exceedingly low compared to other causes of death, and the threat continues to decline as the SARS-CoV-2 virus has evolved into less virulent Omicron variants that are still 97% identical to the ancestral Wuhan strain with respect to the primary structure of the spike protein of the virus.

For instance, Statistics Canada in their analysis of all-cause mortality reported only 2 and 90 deaths with/from COVID-19 for those 19 and under and those 20-44 years old, respectively, representing 0.18% and 0.69% of all-causes of their mortality in 2020.³ In both age groups, there were more deaths attributed to influenza/pneumonia, with accidents/unintentional drug overdoses, suicides, cancer, heart disease, assault and diabetes being far more consequential for most young adults and children (~ 65% of all deaths). In fact, infectious diseases amount to only about 2.3% of all fatalities for those under 44 years of age, reflecting the primacy of poor metabolic and mental health in the population. Draconian state-enforced COVID-19 medical countermeasures, including lockdowns, social isolation and fear-based narratives have predictably exacerbated deaths of despair and contributed to delays to chronic disease treatment/screening, thus harming an otherwise younger demographic and contributing to an unprecedented loss in quality-adjusted life years. In fact, all real-world indicators of health and well-being, including the incidence of chronic diseases, obesity, mental health and drug addiction, have worsened since declaration of the COVID-19 pandemic in March 2020 with both older and younger Canadians dying at higher rates in spite of an aggressive roll-out of COVID-19 vaccines.

COVID-19 genetic vaccines specifically lead to the production of a viral spike protein by the body's own cells on their surface to elicit an immune response. These modified mRNA encapsulated in lipid nanoparticles act as 'pro-drugs' and spread well beyond the site of injection with highly variable biodistribution, dosage, and pharmacokinetics, and lead to prolonged expression of a functionally toxic and extinct version of the SARS-CoV-2 virus spike protein throughout the body. Over 84.5% of Canadians over 5 years of age have already been vaccinated at least twice, although less than 20% have been vaccinated for COVID-19 in the last 6 months.⁴ This reflects increased 'vaccine skepticism' by most Canadians given ever changing definitions of what constitutes being fully vaccinated as it requires an indefinite number and variable timing of serial injections of liability-free formulations that make a mockery of the principles of evidence-based medicine and biomedical ethics. Public health officials, and other pandemic enthusiasts and soothsayers, continue to raise doubt of the durability of infection-related immunity, foresee the

³ Statistics Canada. Table 13-10-0392-01 Deaths and age-specific mortality rates, by selected grouped causes. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310039201> (retrieved April 20, 2023)

⁴ <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/vaccination-coverage/> (retrieved April 20, 2023)



emergence of more virulent strains, or speculate that boosters may help reduce long COVID-19 symptoms.⁵ As described later, over 90% of the Canadian population has apparently had one or two infections with SARS-CoV-2 and have acquired natural immunity independently of COVID-19 vaccination. In fact, herd immunity was never attainable via the non-sterilizing, modified RNA injectables. Clinical studies of vaccine-induced immunity relied solely on primarily circulating antibody titers, which are poor surrogate indicators of mucosal immunity. Early stages of (re)infection against respiratory viruses and protection are well known to also be mediated by resident memory pulmonary T-cells.⁶

The use of COVID-19 genetic vaccines has led to reports of death within days following injection, as well as permanent disabilities and severe injury in a significant portion of otherwise healthy recipients. Such significant side-effects include initially increased risk of COVID-19, severe allergic reactions, myopericarditis, thrombosis, thrombocytopenia, heart attacks, Guillain-Barré syndrome, Bell's palsy, shingles, menstrual irregularities, over a thousand other disorders. Such adverse events have been documented by Pfizer's own literature and pharmacovigilance surveillance databases in the USA (VAERS), Australia (AusVaxSafety), the United Kingdom (YellowCard), the European Union (EudraVigilance) and the World Health Organization (VigiAccess).

The potential harms of these vaccines now clearly outweigh their benefits for students. This has become recognized by the regulatory health agencies of many other countries, several of which no longer recommend COVID-19 vaccination (especially for children and young adults). Fortunately, at this time, few universities in Canada require mandatory COVID-19 vaccination for their students and staff, even if they train or work in hospitals and clinics. However, some universities, such as the University of British Columbia and Dalhousie University, do have such requirements even with clear serological evidence of a past COVID-19 infection. For other infectious diseases, such as hepatitis, vaccination is not required if a person has demonstrated immunity, which is indicated by the presence of antibodies against the responsible virus. Such a situation should apply to the vaccination policies of students enrolled in medicine, nursing, mid-wifery, dentistry and any other schools that involve training of future health professionals if there is still a justified need for demonstrated immunity from COVID-19.

The justification of these requirements for certain university students has been that the provincial health authorities do or might require such vaccination policies, and that the faculties of these schools intend to be fully compliant in order that students will be able to complete their training in a hospital or other clinical setting. However, as evidence-based institutions that often

⁵ <https://www.cbc.ca/news/politics/omicron-resurgence-booster-dose-1.6507089>

⁶ Tang, J., Sun, J. (2022) Lung tissue-resident memory T cells: the gatekeeper to respiratory viral (re)-infection. *Curr Opin Immunol.* 80:102278. doi: 10.1016/j.coi.2022.102278. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36565508/>



inform provincial health authorities on such crafting policies, the issue arises whether it is ethical to force prospective and current students to relinquish their body autonomy for a practice that is unnecessary, lacking in efficacy and potentially damaging to these students. After 13.4 billion COVID-19 vaccine doses have now been injected in about 70% of the world population,⁷ even Dr. Anthony Fauci, originally Director of the US NIH National Institute of Allergy and Infectious Diseases, has acknowledged the urgent need to rethink the design of next-generation vaccines for coronaviruses, influenza viruses and other respiratory viruses since “*durably protective vaccines against non-systemic mucosal respiratory viruses with high mortality rates have thus far eluded vaccine development efforts.*”⁸ This admission of failure highlights that current COVID-19 genetic vaccines were and still are investigational prototypes rather than authentic pharmaceutical products subject to full regulatory oversight, normal manufacturing standards, stringent quality control, and past accepted manufacturer liability.

Key Points:

Post-secondary students have always been at very low risk of severe COVID-19.

COVID-19 vaccines do not prevent transmission and therefore do not protect anyone else from secondary infection, *i.e.*, they do not stop the spread of COVID-19.

Most provincial governments in Canada (*e.g.*, Alberta, Ontario and Quebec), hospitals, long term care facilities, colleges and universities are no longer mandating COVID-19 vaccines.

COVID-19 genetic vaccines can cause serious and long-lasting adverse events, including death at rates that are unacceptable by previous standards for vaccines.

Natural immunity is widespread, more effective and longer-lasting than vaccine-induced immunity.

People with booster vaccinations appear to have a higher risk of serious SARS-CoV-2 infections with negative efficacy over time.

There has been an alarming increase in unexplained/sudden deaths and increasing excess deaths in Canada and world-wide that have worsened with continued roll-out of COVID-19 vaccines.

Case studies, tissue biopsies and autopsy reports documenting systemic biodistribution and expression of spike protein expression in various organs and tissues as probable causes of death and/or injury post-vaccination in young adults and children.

⁷ <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> (retrieved April 20, 2023)

⁸ Morens, D.M., Taubenberger, J.K., Fauci, A.S. (2023) Rethinking next-generation vaccines for coronaviruses, influenza viruses, and other respiratory viruses. *Cell Host Microbe*. 31(1):146-157. doi: 10.1016/j.chom.2022.11.016. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36634620/>

Risk of COVID-19 in Youth and Working Age Adults

Children and working age adults have been and remain at low risk of COVID-19 mortality as shown in Table 1.⁹ Note that in the early years of the pandemic the deaths included cases with COVID-19, which was not the cause of death but was a comorbidity (these numbers reflected those that died with COVID-19 as well as those that died from COVID-19). Public Health Ontario data indicates that less than half of COVID-19 recorded deaths were not due to COVID-19, but were from pre-existing comorbidities.¹⁰ Note that percentages of hospitalization, ICU admissions and deaths are actually much lower than shown by at least 4-fold, since over 75% of COVID-19 cases are believed to be unreported.¹¹ Moreover, Public Health Ontario recently reported that there were 31% and 39% higher rates of COVID-19 related hospitalizations and deaths in 2022 as compared to 2021, respectively, that disproportionately impacted older persons greater than 60 years, including an alarming increase in hospitalizations for infants under 1 year old.¹²

Table 1. Cumulative risks of COVID-19 cases, hospitalizations, ICU admissions and deaths by age in Canada since the start of the COVID-19 pandemic to April 4, 2023.¹³ Note that these estimates of death with COVID-19 are much higher in each age group than what is provided by the Statistics Canada website for all-cause morbidity.³

Age Group (Years)	Cases	Hospitalizations	Hospitalizations %	ICU Admissions	ICU Admissions %	Deaths	Deaths %
0-11	420,445	7,030	1.67	730	0.17	53	0.013
12-19	330,872	2,686	0.81	304	0.09	26	0.008
20-29	751,906	9,780	1.30	1,061	0.14	148	0.020
30-39	724,380	14,522	2.00	2,000	0.28	342	0.047
40-49	636,294	15,455	2.43	3,204	0.50	710	0.112
50-59	550,742	24,891	4.52	6,009	1.09	1,902	0.345
60-69	364,570	37,850	10.38	8,743	2.40	4,403	1.208
70-79	248,814	51,186	20.57	8,372	3.36	8,111	3.260
80+	330,938	76,112	23.00	4,667	1.41	21,113	6.380
All groups	4,358,961	239,512	5.49	35,090	0.81	36,808	0.84

⁹ <https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642%2821%2900066-3/fulltext>

¹⁰ Public Health Ontario. Confirmed cases of COVID-19 following vaccination in Ontario: December 14, 2020 to January 16, 2022. [publichealthontario.ca](https://www.publichealthontario.ca), 2022. (retrieved January 29, 2022, at https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/covid-19-epiconfirmed-cases-post-vaccination.pdf?sc_lang=en)

¹¹ <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/burden.html> (for period February 2020 to September 2021)

¹² <https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/nCoV/epi/2023/03/comparison-covid-19-hospitalizations-deaths-epi-summary.pdf>

¹³ <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/current-situation.html#a5> (retrieved April 8, 2023)



Extent and Effectiveness of Natural Immunity to COVID-19

Natural immunity is widely present in the Canadian¹⁴ and international population. For post-secondary students, the prevalence of natural immunity is believed to be even higher than the population at large. Students are highly social and therefore they have been in contact with many people who have carried SARS-CoV-2. Consequently, the vast majority are naturally immune, with better immunity than they would have received from COVID-19 vaccination.

A clinical study undertaken with 276 healthy adults by the British Columbia (B.C.) Children's Hospital determined that 90% of them had pre-existing antibodies that recognized the spike and nucleocapsid proteins of the SARS-CoV-2 virus by May of 2020, less than half a year into the pandemic.¹⁵

A follow-up clinical study with over 4500 people in the clinical study undertaken by Kinexus Bioinformatics Corporation in Vancouver with a 41-marker test that monitors for antibodies against 10 of the SARS-CoV-2 proteins has shown over 90% positive results in the study's participants, who were primarily from B.C. and Ontario.¹⁴

Ichor Blood Services recorded around 89% positive SARS-CoV-2 spike protein antibody results in unvaccinated people in late 2021 prior to the Omicron wave, even in rural areas in northern Alberta with lower population densities.¹⁶ With such high rates of natural immunity in remote rural settings, it is reasonable to expect comparable or even higher rates in urban, higher density settings.

In B.C., using a serological test for antibodies against only the nucleocapsid protein of SARS-CoV-2, the B.C. Centre for Disease Control (BCCDC) reported that by August 2022, at least 70-80% of children ≤ 19 years, 60-70% of adults 20-59 years, but only $\sim 40\%$ of adults ≥ 60 years had been infected.¹⁷ Note that as many as half of the people that are infected with SARS-CoV-2 do not produce appreciable antibodies against the nucleocapsid protein, so these are underestimates.¹⁴

The most recent update from Statistics Canada reported that 98% of Canadians had antibodies against SARS-CoV-2 as of August, 2022, of which 55% had clear serological evidence of natural

¹⁴ <https://fcpp.org/2022/09/09/witness-testimony-dr-steven-pelech-professor-department-of-medicine-at-the-university-of-british-columbia-on-natural-immunity/>

¹⁵ Majdoubi, A., Michalski, C., O'Connell, S.E., Dada, S., Narpala, S. *et al.* (2021) A majority of uninfected adults show pre-existing antibody reactivity against SARS-CoV-2. *JCI Insight* 6(8): e14631. <https://doi.org/10.1172/jci.insight.146316>

¹⁶ <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/private-covid-19-antibody-tests-la-crete-alberta-1.6307357>

¹⁷ Skowronski, D., Kaweski, S. E., Irvine, M.A., Kim, S., Chuang, E.S.Y., *et al.* (2022) Serial cross-sectional estimate of vaccine and infection-induced SARS-CoV-2 seroprevalence in children and adults, British Columbia, Canada: March 2020 to August 2022. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2022.09.09.22279751>



infection from the detection of nucleocapsid-reactive antibodies.¹⁸ Nearly 42% of these Canadians were asymptomatic and never realized that they had already been infected.

Natural immunity from a SARS-CoV-2 infection is at least as protective as vaccination against severe illness and death.¹⁹ It lowers risk of severe outcomes by 76% compared to vaccine-acquired immunity at 1 year.²⁰

Natural immunity results in the production of secreted IgA and IgM class antibodies in the upper airways and lungs, which effectively protects against a respiratory virus infection. These antibodies can target most of the 28 proteins found in the SARS-CoV-2 virus.¹⁴ Natural immune protection can last from years to decades, as evidenced with SARS-CoV-1 infection and antibody detection 20 years later with a COVID-19 vaccine booster shot.²¹

Efficacy of COVID-19 Vaccines

The most commonly used COVID-19 vaccines use lipid nanoparticles to deliver a genetically engineered and modified mRNA payload that would in turn elicit the production of SARS-CoV-2 spike protein. These modifications (such as replacement of uridine with N1-methyl-pseudouridine) permit extra stability of the spike mRNA gene. Following entry into the body's own cells, this modified mRNA allows for the manufacture of the spike protein and its presentation on the cell's external surface. The stimulation of B-lymphocyte cells to produce antibodies and T-lymphocyte cells to provide adaptive immunity **requires an inflammatory attack** against the vaccine recipient's own cells, which can lead to tissue damage. This requirement for cellular damage is rarely acknowledged in publications that describe the mechanisms of action of COVID-19 genetic vaccines. Only fragmented pieces of the spike protein presented by antigen-presenting immune cells along with major histocompatibility antigens on these intervening immune cells are able to evoke the full stimulation of receptive B- and T-cells following their interaction typically in lymph nodes.

Tens of trillions of lipid nanoparticles may be injected with each vaccination inoculation, and 5 to 10 copies of the spike mRNA gene might be present in each lipid nanoparticle. Potentially hundreds of copies of the spike protein can be produced from each mRNA gene. This results in high titer production of spike protein antibodies in the blood of vaccine recipients, which are

<https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230327/dq230327b-eng.htm>

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)02465-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)02465-5/fulltext)

[https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247\(22\)00287-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247(22)00287-7/fulltext)

Mallapaty, S. (2021) Decades-old SARS virus infection triggers potent response to COVID vaccines. *Nature* 596:471-472. doi: <https://doi.org/10.1038/d41586-021-02260-9>



primarily of the IgG class. However, these IgG antibodies are present at much lower concentrations in the upper airways and lungs. Consequently, the protection provided from mRNA vaccination is considerably less than the protection from a natural respiratory infection, which produces more IgM and IgA antibodies in the most appropriate locations.

Since mid-2021, it has been appreciated that the **mRNA vaccinations do not prevent one from contracting COVID-19**. For example, in July, 2021, Barnstable County in Massachusetts experienced an outbreak of COVID-19 in which 74% of those testing positive for the SARS-CoV-2 virus were considered fully vaccinated with two doses of COVID-19 vaccine.²² This experience has been replicated around the world and it has been acknowledged publicly by the US NIH's Anthony Fauci,²³ the US CDC's Rochelle Walensky²⁴ and Pfizer executive Janine Hall²⁵ in 2022, that COVID-19 vaccination does not “stop the spread.” This information about these “leaky” vaccines means that vaccination does not protect others from contracting COVID-19. Therefore, it is not logical nor ethical to force mandatory vaccination upon university students, because such mandates still clearly fail to protect third parties.

There is no difference in the rate of COVID-19 transmission in vaccinated and unvaccinated communities, *i.e.*, **vaccination does not prevent transmission of SARS-CoV-2**.²⁶ In fact, there have been no formal clinical trials with placebo controls that demonstrate that the COVID-19 vaccines prevent infection or transmission where these conditions have been measured as clinical end-points.

Due to the predominance of less virulent variants of SARS-CoV-2 such as the Omicron variants, and increasing acquisition of natural immunity in the population, it is **dubious that the COVID-19 vaccines even reduce the severity of COVID-19**. There is no clinical trial evidence to support this assertion. Even in the original 6-month clinical study with the Pfizer/BioNTech COVID-19 vaccine, there were more deaths and serious adverse effects in the vaccinated cohort than the placebo non-vaccinated cohort.^{27,28}

²² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34351882/>

²³ Morens, D., Taubenberger, J., and Fauci, A. (2021) Universal coronavirus vaccines – An urgent need. *N Engl J Med*. 386:297-299. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2118468>

²⁴ Becker, K., Becker News, (2021) CDC Director changes her story, now admits COVID vaccines don't prevent virus transmission. <https://beckernews.com/cdc-director-changes-her-story-now-admits-covid-vaccines-dont-prevent-virus-transmission-40754/>

²⁵ <https://tnc.news/2022/10/18/reuters-fact-check-pfizer/>

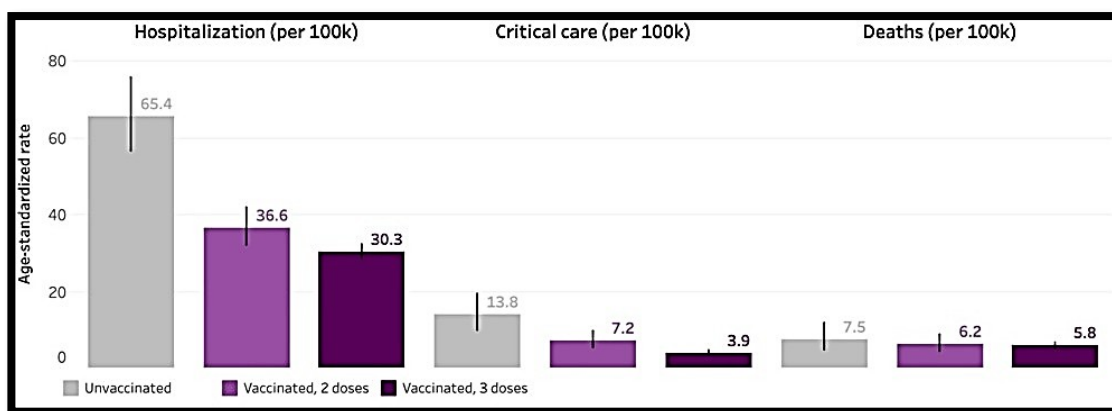
²⁶ [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00768-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00768-4/fulltext)

²⁷ Thomas, S.J., Moreira, E.D., Kitchin, N. *et al.* (2021) Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine through 6 months. *N Engl J Med*. 385:1761-1773. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2110345>

²⁸ Bridle, B.W., Martins, I., Mallard, B.A., Karrow, N.A., Speicher, D.J., Chaufan, C., Northey, J.G.B., Pelech, S., Shaw, C.A., Halgas, O. (2022) Concerns regarding the efficacy and safety for BNT162b2 mRNA coronavirus disease (COVID-19) vaccine through six months. www.CanadianCovidCareAlliance.org (January 10, 2022) 1-10

On the BCCDC website, from April 17 to May 14, 2022, hospitalizations and critical care cases per 100,000 were 2-fold higher for the unvaccinated compared with double or triple vaccinated individuals as shown in Figure 1 when adjusted on a per capita basis.²⁹ However, 87% of the BC population had been at least double vaccinated against COVID-19 at this point, so clearly the vaccinations did not prevent or reduce the vast majority of COVID-19 hospitalizations, ICU admissions and deaths in BC. In B.C. in 2022, about 85% of serious COVID-19 cases occurred in those with at least two vaccinations.

Figure 1. Age-standardized hospitalization, critical care and death rates in BC from April 17 to May 14, 2022.²⁹



The Omicron bivalent boosters failed to show any benefit above the original Wuhan monovalent COVID-19 vaccine and causes more harm.³⁰ It is noteworthy that the Pfizer bivalent COVID-19 vaccine was approved based on studies with only 8 mice for its efficacy in producing “neutralizing” antibodies that blocked Omicron BA.4 and BA.5 spike protein binding to ACE2, the main receptor to which the SARS-CoV-2 virus binds to cells.³¹

People with more COVID-19 injections appear to be prone to more SARS-CoV-2 infections.³² This is likely partly due to the innate immune system suppression by SARS-CoV-2 booster

<https://www.canadiancovidcarealliance.org/wp-content/uploads/2022/01/Final-CCCA-Critique-Thomas- COVID-19-Vaccines-6-months-NEJM-Jan-10-22.pdf>

²⁹ <http://www.bccdc.ca/health-professionals/data-reports/covid-19-surveillance-dash-board> (retrieved May 22, 2022)

³⁰ <https://rumble.com/v1tpjsw-deanna-mcleod-why-we-must-stop-the-shots-pt.-1-ineffective-untested-and-uns.html>

³¹ Vogel, G. (2022) Omicron booster shots are coming – with lots of questions. *Science*. 377(6610):1029-1030.

<https://www.science.org/content/article/Omicron-booster-shots-are-coming-lots-questions>

³² Tin, A. (2022) Why boosted Americans seem to be getting more COVID-19 infections

<https://www.cbsnews.com/news/covid-19-vaccine-booster-shot-infection-rate/>

vaccinations.³³ The long-term effect of repeated immune stimulations with SARS-CoV-2 mRNA vaccines has been associated with a switching from IgG1 and IgG3 isotype antibodies from Th1 helper cells to non-inflammatory IgG2 and especially IgG4 isotypes, which was further boosted with a third mRNA vaccination and/or SARS-CoV-2 variant breakthrough infection(s).³⁴ Such IgG class switching is well known to be associated with the development of immune tolerance from future infections. This translates to negative efficacy against re-infection with future variants of SARS-CoV-2.

Prior vaccination appears to reduce natural immunity following a SARS-CoV-2 infection. Moderna's 30,000-participant study of persons 18 years or older for its mRNA vaccine showed that subsequent production of antibodies against the nucleocapsid protein of SARS-CoV-2 was evident in only 40% of previously vaccinated participants that later developed COVID-19 compared to 93% of non-vaccinated participants that acquired COVID-19.³⁵ Even a non-vaccinated person with a mild case of COVID-19 had a 71% chance of showing nucleocapsid antibodies in their blood compared to a 15% chance with a vaccinated person that recovered from mild COVID-19.³⁵

Safety of COVID-19 Vaccines

Despite the highly novel nature of the COVID-19 vaccines, these novel products only received about 10% of the typical preclinical and clinical testing of traditional vaccines prior to their general release. Approvals for general release of the COVID-19 vaccines under Interim Order in Canada were given, because it was argued that COVID-19 was particularly deadly and that no other treatments for the disease were officially recognized by Health Canada. It is remarkable that with the Interim Order, Health Canada did not require any evidence that these vaccines were necessarily efficacious or safe.³⁶

However, there have been major issues identified by regulatory agencies in other countries with the testing and production of COVID-19 mRNA vaccines. This is exemplified with the European

³³ Seneff, S., Nigh, G., Kyriakopoulos, A.M., McCullough, P.A. (2022) Innate immune suppression by SARS-CoV-2 mRNA vaccinations: The role of G-quadruplexes, exosomes, and MicroRNAs. *Food Chem Toxicol.* 164:113008. doi: 10.1016/j.fct.2022.113008. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35436552/>

³⁴ Irrgang, P., Gerling, J., Kocher, K., Lapuente, D., Steininger, P. *et al.* (2022) Class switch towards non-inflammatory IgG isotypes after repeated SARS-CoV-2 mRNA vaccination. *medRxiv*. doi: <https://doi.org/10.1101/2022.07.05.22277189>

³⁵ Follmann, D. Janes, H.E., Buhule, O.D. *et al.* (2022) Anti-nucleocapsid antibodies following SARS-CoV-2 infection in the blinded phase of the mRNA-1273 Covid-19 vaccine efficacy clinical trial. *medRxiv* 2022.04.18.22271936; doi: <https://doi.org/10.1101/2022.04.18.22271936>. Now published in *Annals of Internal Medicine* doi: 10.7326/m22-1300

³⁶ Buckley, S. (2023) Changes to the drug approval test for COVID-19 vaccines. <https://nhppa.org/wp-content/uploads/2023/03/NHPPA-Discussion-Paper-COVID-19-Vaccine-Test-March-17-2023.pdf>

Medicines Agency review of the Pfizer/BioNTech COVID-19 mRNA vaccine.³⁷ Documents released under Freedom of Information Acts have revealed that the vaccine manufacturers knew early on that their mRNA inoculations showed many significant adverse effects, which were largely discounted. Moreover, there were many factors that were not considered as serious and were also brushed off. For example, the risk of autoimmunity was not explored. Neither were the distribution and pharmacokinetics of mRNA and lipid nanoparticles properly evaluated. Much more important information will be released as interested parties have been analysing the data and text in documents that heretofore have been shielded from public view.³⁸

There are many serious recognized potential harms that arise from COVID-19 mRNA vaccines, such as cardiovascular events (including heart attacks, strokes, and myo/pericarditis), neurological problems such as paralysis, dermatological problems, reproductive issues such as prolonged and heavy menstruation and reduced male fertility, hematological disorders such as blood clots, autoimmunity, hepatic issues, renal issues, respiratory issues, and more than 1200 disorders listed in the six pages submitted by Pfizer,³⁹ as well as those in Table 7 of the 5.3.6 Cumulative Analysis of Post-immunization Adverse Event Reports.⁴⁰ These Adverse Events of Special Interest (AESIs) included:

Anaphylactic Reactions

Cardiovascular AESIs

COVID-19 AESIs

Dermatological AESIs

Haematological AESIs

Hepatic AESIs

Facial Paralysis

Immune-Mediated/Autoimmune AESIs

Musculoskeletal AESIs

Neurological AESIs (including demyelination)

Pregnancy Related AESIs

Renal AESIs

³⁷ Gutschli, L.M., Speicher, D.J., Natsheh, S., Oldfield, P., Britz-McKibbon, P. *et al.* (2022) An independent analysis of the manufacturing and quality issues of the BNT162b BioNTech/Pfizer quasi-vaccine based on the European Medicines Agency's Public Assessment Report (EPAR). www.canadiancovidcarealliance.org
https://www.canadiancovidcarealliance.org/wp-content/uploads/2022/11/22OC29_EMA-Analysis-of-BNT162b-Manufacture.pdf

³⁸ <https://campaigns.dailyclout.io/campaign/brand/cc3b3e5a-6536-4738-8ed6-5ee368c67240>

³⁹ Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine (BNT162, PF-07302048) Vaccine and Related Biological Products Advisory Committee briefing document (10 December 2020). <https://www.fda.gov/media/144246/download#page=87>

⁴⁰ World-wide Safety Pfizer. 5.3.6 Cumulative analysis of post-authorization adverse event reports of PF- 07302048 (BNT162N2) received through 28-Feb-2021. <https://phmpt.org/wp-content/uploads/2021/11/5.3.6-postmarketing-experience.pdf>



Respiratory AESIs
Thromboembolic Events
Stroke
Vasculitic Events
as well as other AESIs

In fact, Pfizer's post-marketing pharmacovigilance report to the FDA within 3 months of the vaccine roll-out was only released publicly after a FOIA request.⁴¹ It revealed that 42,086 vaccine recipients reported adverse events, including 1,223 related deaths, 11,000 whose injury outcomes were unrecovered and 9,400 with unknown outcomes. The incidence of adverse events per dose received was unclear since this information was redacted by the FDA, but is unacceptable for a 'safe' prophylactic administered to the masses without more discretion.

Contrary to initial claims from public health officials, the COVID-19 vaccines are known to be distributed throughout the body causing spike protein to be expressed in many tissues including the liver, spleen, adrenal glands, heart, brain, ovaries, testes, and blood vessels.^{42,43} Within 48 hours, over 76% of the vaccine lipid nanoparticles leave the site of injection in the deltoid muscle and spread throughout the body, including traversing the blood-brain barrier. Post-mortem immunohistochemistry studies in the brains and other organs of people that have died up to 9 months after receipt of the COVID-19 vaccination have shown the persistent presence of spike protein.⁴⁴

Since the RNA vaccines cause the body's cells to produce potentially quadrillions of spike proteins that can trigger the immune system, there is a strong likelihood that the immune system will initiate attacks against normal cells that are expressing this unnatural protein leading to inflammatory damage to tissues and potentially the induction of autoimmune diseases.^{45,46}

Furthermore, the cationic lipid constituents of the lipid nanoparticle are critical to mRNA vaccine stabilization and delivery to cells while also serving as adjuvants to stimulate immune responses. However, these synthetic ionizable lipids have not been previously safety tested on humans, with

⁴¹ <https://phmp.org/wp-content/uploads/2021/11/5.3.6-postmarketing-experience.pdf>

⁴² https://pandemictimeline.com/wp-content/uploads/2021/07/Pfizer-report_Japanese-government.pdf

⁴³ Australian Government, Department of Health, Therapeutic Goods Administration. Nonclinical evaluation of BNT162b2 [mRNA] COVID-19 vaccine (Comirnaty™)/ Submission No: PM-2020-05461-1-2. Sponsor: Pfizer Australia Pty Ltd. <https://www.tga.gov.au/sites/default/files/auspar-bnt162b2-mrna-210125.pdf>

⁴⁴ <https://rumble.com/vxps3a-dr.-arne-burkhardt-pathology-of-covid-19-vaccine-deaths-and-vaccine-injurie.html>

⁴⁵ Chen, Y., Xu, Z., Wang, P., Li, X.-M., Shuai, Z.-W., Ye, D.-Q., Pan, H.-F. (2022) New-onset autoimmune post- COVID-19 vaccination. *Immunology*. 165(4):386-401. doi: 10.1111/imm.13443.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34957554/>

⁴⁶ Jara, L.J., Vera-Lastra, O., Mahroum, N., Pineda, C., Shoenfeld, Y. (2022) Autoimmune post-COVID vaccine syndromes: does the spectrum of autoimmune/inflammatory syndrome expand? *Clin Rheumatol*. 41(5):1603- 1609. doi:

10.1007/s10067-022-06149-4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35378658/>

recent studies on both mice and human peripheral blood mononuclear monocytes demonstrating widespread inflammation in a dose-responsive manner even when not loaded with the mRNA cargo.⁴⁷ The pro-inflammatory nature and inherent toxicity of cationic lipids in gene transfer technology development has long been reported since the 1990s.⁴⁸

There are more reports of severe injury and deaths from the three COVID-19 vaccines approved in the US in the FDA's Vaccine Adverse Effects Reporting System (VAERS) than in the previous 32 years combined for over 80 other vaccines since VAERS was first established in 1990.⁴⁹ It should be appreciated that most VAERS reports are made by doctors and other health professionals; the system is closely monitored for the quality of the reports. More than 55% of all serious adverse effects and deaths ever reported in VAERS were associated with the COVID-19 vaccines. As of April 21, 2023, in the VAERS database, there were over 1,550,098 adverse events linked with the COVID-19 vaccines and 198,277 hospitalizations (of which 149,834 required urgent care and 35,219 ended in death).⁵⁰ Moreover, it is estimated that these numbers underreport the true extent of adverse events after injection of the COVID-19 vaccines by a factor between 10-times⁵¹ to 41-times.⁵²

The risk of myocarditis and myopericarditis is particularly high in males from 12 to 29 years of age after a second shot of a COVID-19 RNA vaccine. A BCCDC study revealed that the risk of development of symptomatic myocarditis or myopericarditis was **1 in 1910** with the Moderna vaccine, and **1 in 7776** with the Pfizer/BioNTech product.⁵³ Moreover, the rate of asymptomatic myocarditis and myopericarditis, diagnosed by detection of troponin in blood and/or MRI, is likely to be at least 3-times higher.⁵⁴ In one peer-reviewed, published study, the rates of myocarditis and myopericarditis were examined in all of 301 of 13 to 18 year-olds who received the second

⁴⁷ Moghimi, S.M., Simberg, D. (2022) Pro-inflammatory concerns with lipid nanoparticles. *Mol Ther.* 30(6):2109- 2110. doi: 10.1016/j.ymthe.2022.04.011. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35487214/>

⁴⁸ Scheule, R.K., St George, J.A., Bagley, R.G., Marshall, J., Kaplan, J.M. *et al.* (1997) Basis of pulmonary toxicity associated with cationic lipid-mediated gene transfer to the mammalian lung. *Hum Gene Ther.* 8(6):689-707. doi: 10.1089/hum.1997.8.6-689. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9113509/>

⁴⁹ <https://vaers.hhs.gov/>

⁵⁰ <https://www.openvaers.com/covid-data> (retrieved May 1, 2023)

⁵¹ Lazarus, R., Klompas, M. (2011) Harvard Pilgrim Study - Lazarus Final Report 2011 | PDF | Electronic Health Record | Adverse Effect. Grant Final Report ID R18 HS 017045. Accessed September 24, 2021. <https://www.scribd.com/document/434088983/Lazarus-Final-Report-2011>

⁵² Kirsch, S., Rose, J., Crawford, M. (2021 October 26) Estimating the number of COVID vaccine deaths in America. *Trialsite News* 57. <https://www.skirsch.com/covid/Deaths.pdf>

⁵³ Naveed, Z., Li, J., Spencer, M., Wilton, J., Naus, M., García, H.A.V., Otterstatter, M., Janjua, N.Z. (2022) Observed versus expected rates of myocarditis after SARS-CoV-2 vaccination: a population-based cohort study. *CMAJ* 194:E1529-36. doi: 10.1503/cmaj.220676. <https://www.cmaj.ca/content/194/45/E1529>

⁵⁴ Daniels, C.J., Rajpal, S., Greenshields, J.T. *et al.* (2021) Prevalence of clinical and subclinical myocarditis in competitive athletes with recent SARS-CoV-2 infection: Results from the Big Ten COVID-19 Cardiac Registry. *JAMA Cardiol.* 6(9):1078-1087. doi:10.1001/jamacardio.2021.2065. <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2780548>

dose of the Pfizer/BioNTech mRNA COVID-19 vaccine.⁵⁵ Cardiovascular effects were found in 29% of participants, ranging from tachycardia, palpitation, and myopericarditis. Seven of the 201 males had evidence of suspected asymptomatic myocarditis (four cases), myopericarditis (one case) or pericarditis (two cases) for an overall rate of **1 in 29**. Heart damage from sub-clinical or clinical myocarditis and myopericarditis is not reversible due to tissue scarring and might have a lethality rate as high as 20% after 6 years from diagnosis.⁵⁶

There has been at least an 8-fold surge in news reports of collapses and unexpected deaths in otherwise young healthy people, pilots, musicians and athletes.^{57,58} Sudden Adult Death Syndrome of “unknown” cause is now amongst the top causes of death in Alberta, coincident with the rollout of the COVID-19 vaccines.⁵⁹

Although there was virtually no increase in overall excess all-cause mortality in the 2020, the first year of the COVID-19 pandemic, in Canada and elsewhere, it has increased significantly here and in many other countries in 2021 and 2022, since the introduction of the COVID-19 vaccines.^{60,61,62} In a recent study of all-cause mortality in 31 European countries, this was positively correlated with increased COVID-19 vaccination.⁶³ Figure 2, shows measurements of all-cause mortality increases in B.C. Most of the increased all-cause mortality in 2022 cannot be attributed to COVID- 19.

Mansanguan, S., Charunwatthana, P., Piyaphanee, W., Dechkhajorn, W., Poolcharoen, A., Mansanguan, C. (2022) Cardiovascular manifestation of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in adolescents. *Trop. Med. Infect. Dis.* 7, 196. doi: 10.3390/tropicalmed7080196. <https://www.mdpi.com/2414-6366/7/8/196>

Kang, M. (2022) Viral myocarditis. An J. Viral Myocarditis. [Updated 2022 January 5]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459259/>

https://makismd.substack.com/p/18-videos-of-collapses-on-stage-and?utm_source=substack&utm_medium=email#play

<https://goodsciencing.com/covid/athletes-suffer-cardiac-arrest-die-after-covid-shot/>

<https://calgary.ctvnews.ca/deaths-with-unknown-causes-now-alberta-s-top-killer-province-1.5975536>

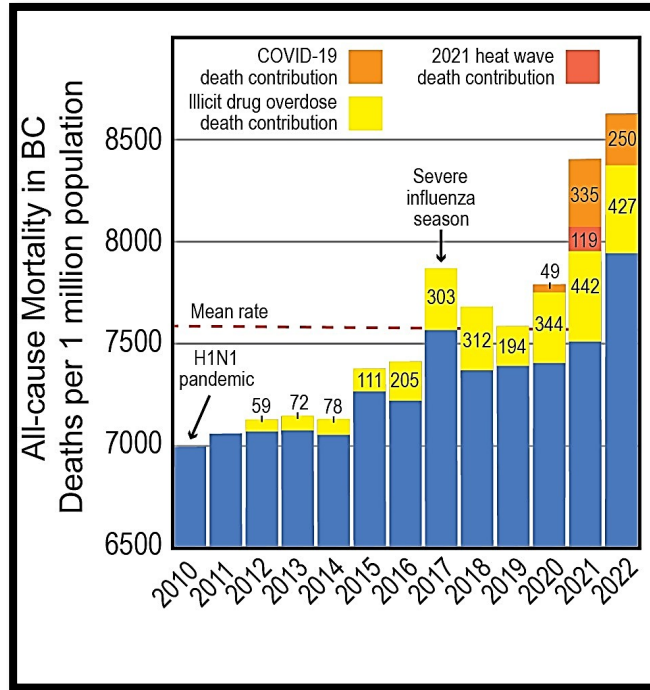
Rancourt, D.G. (2022) Probable causal association between India’s extraordinary April-July 2021 excess-mortality event and the vaccine rollout. *Correlation Research in the Public Interest*. <https://correlation-canada.org/report-probable-causal-association-between-indias-extraordinary-april-july-2021-excess-mortality-event-and-the-vaccine-rollout/>

Rancourt, D.G., Baudin, M. and Mercier, J. (2022) Probable causal association between Australia’s new regime of high all-cause mortality and its COVID-19 vaccine rollout. *Correlation Research in the Public Interest*. <https://correlation-canada.org/report-probable-causal-association-between-australias-newregime-of-high-all-cause-mortality-and-its-covid-19-vaccine-rollout/>

Rancourt, D.G., Baudin, M., Hickey, J. and Mercier, J. (2023) Age-stratified COVID-19 vaccine-dose fatality rate for Israel and Australia. *Correlation Research in the Public Interest*. <https://correlation-canada.org/report-age-stratified-covid-19-vaccine-dose-fatality-rate-for-israel-and-australia/>

Aarstad, J., Kvitastein, O.A. (2023) Is there a link between the 2021 COVID-19 vaccine uptake in Europe and 2022 excess all-cause mortality? doi:10.20944/preprints202302.0350.v1 <https://www.preprints.org/manuscript/202302.0350/v1>

Figure 2. British Columbia annual all-cause and COVID-19 mortality rates from October 1 to September 31 and illicit drug deaths rates from January 1 to December 31.⁶⁴



The United Kingdom is one of the few jurisdictions where all-cause and COVID-19 linked mortality has been correlated with COVID-19 vaccination status, age and sex, and this data is available for public scrutiny.⁶⁵ Graphic representation of the findings are shown in Figure 3. The data indicate that with the emergence of Omicron variants, there has been no real benefit of single or double COVID-19 vaccination for preventing COVID-19 deaths compared to not being vaccinated at all against SARS-CoV-2. There is evidence that triple vaccination might have reduced COVID-19 deaths prior to September 2022, but not significantly afterwards. However, with all-cause mortality (especially with the first dose of the COVID-19 vaccines early in the vaccination program and the second dose subsequently after September 2021), the inoculations are associated with higher rates of death. After May 2022, there is little support that even a third shot of COVID-19 vaccination provided any significant benefit in reducing all-cause mortality. Interpretation of the data in Figure 3 is complicated, since the virulence of the SARS-CoV-2 steadily reduced with the evolution of new variants and increasing natural immunity. In Figure 4, the effects of COVID-19

⁶⁴ Data sourced from https://bccdc.shinyapps.io/Mortality_Context_ShinyApp/ and <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/lifeevents/death/coroners-service/statistical-reports> (retrieved February 24, 2023)

⁶⁵ Data source from Deaths occurring between 1 April 2021 and 31 December 2022 edition. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/datasets/deaths>

vaccination on COVID-19-related deaths is specifically shown for the 18-39 years-old age bracket, which would be most relevant to post-secondary students.

Figure 3. UK monthly all-cause and COVID-19 mortality rates from April 1, 2021 to December 31, 2022 as a function of COVID-19 vaccine status.⁶⁵

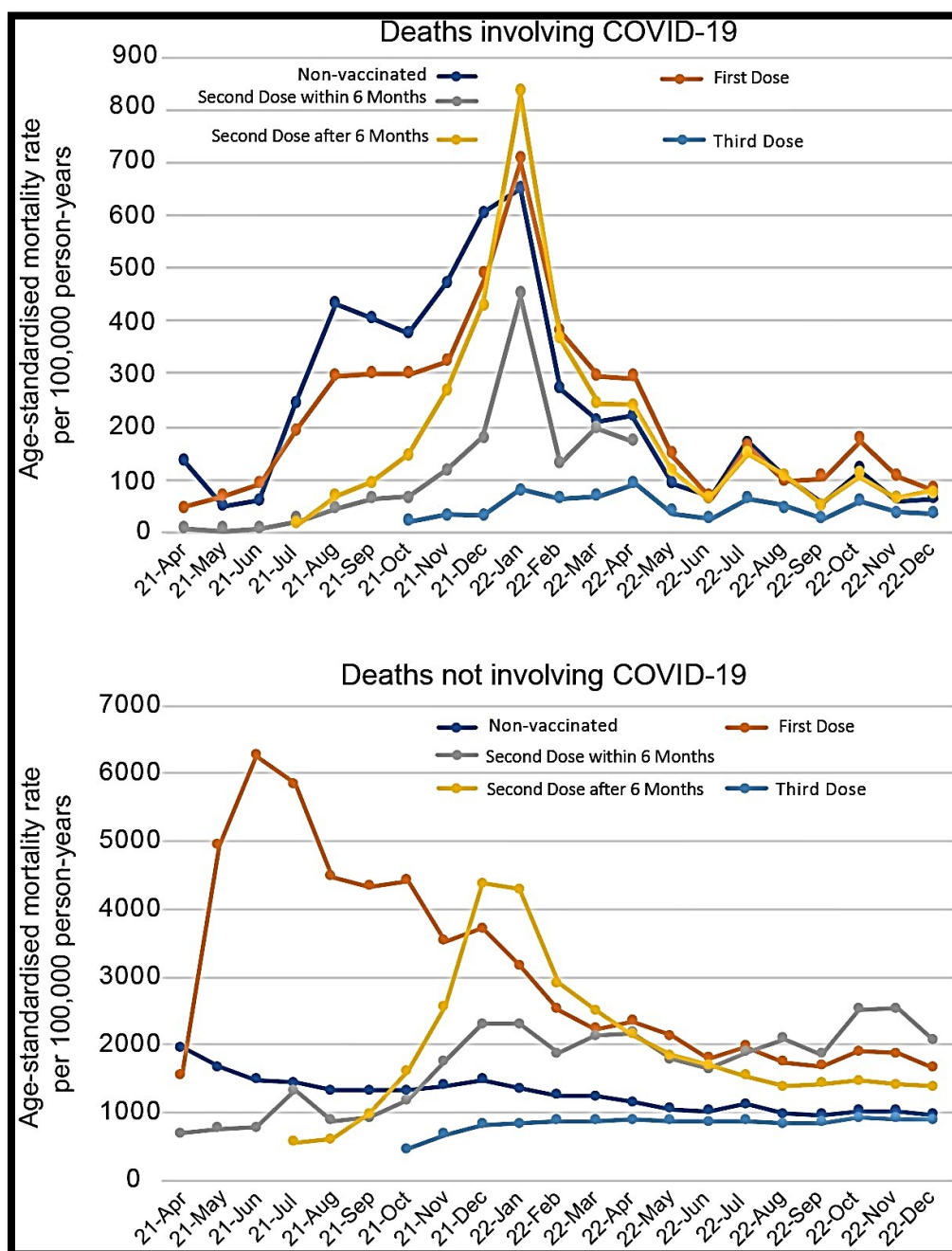
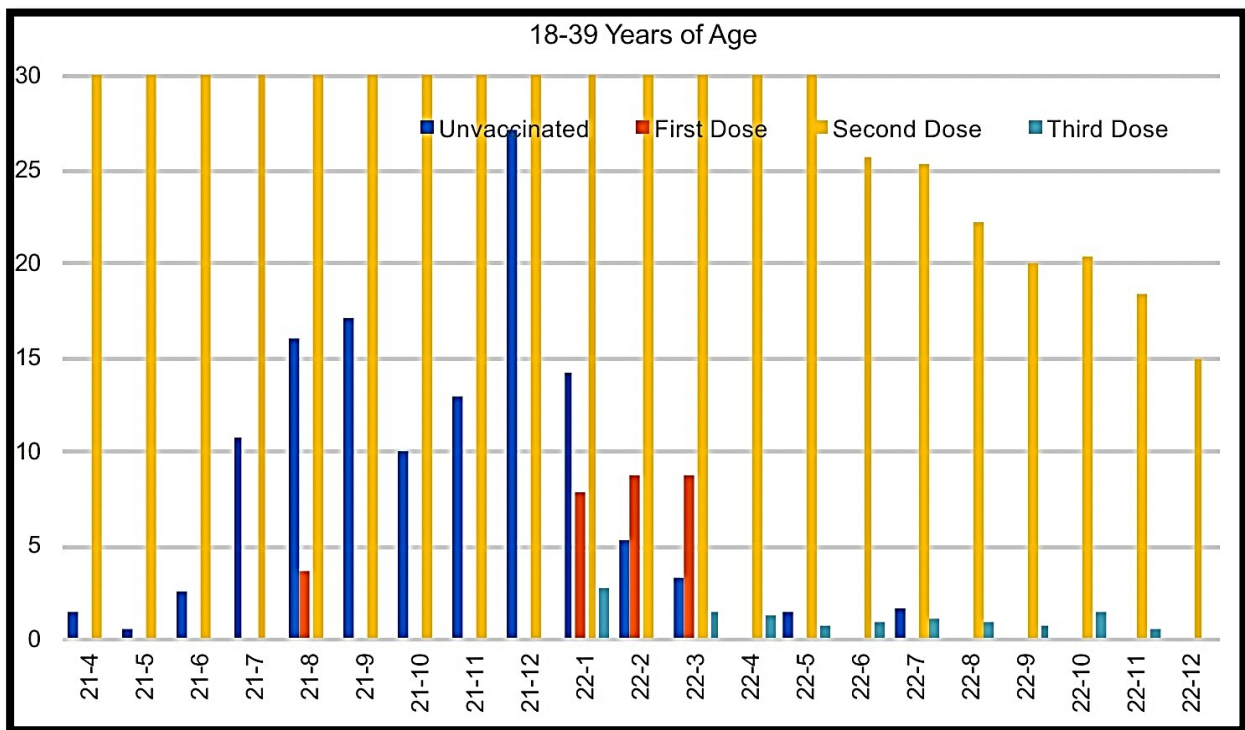


Figure 4. Monthly age-standardized mortality rates by vaccination status by age group for all- cause deaths, deaths involving COVID-19 and deaths not involving COVID-19, per 100,000 person-years, England, deaths occurring between 1 April 2021 and 31 December 2022.⁶⁵ For those that received a second, but not third dose of a COVID-19 vaccine, the death rates prior to June 2022 were between 33 and 71 per 100,000 person-years.



Risk-Benefit Ratio is No Longer Acceptable for COVID-19 Vaccines

Bardosh *et al.* in a paper entitled, “COVID-19 vaccine boosters for young adults: a risk benefit assessment and ethical analysis of mandate policies at universities” addressed the issue of mandates for university students in North America.⁶⁶ This study estimated that 31,207 to 42,836 young adults



aged 18-19 would need to be vaccinated to prevent just one COVID-19 hospitalization. Also, it was estimated that in those vaccinated to prevent that one COVID-19 hospitalization, at least 18.5 serious adverse events would occur *including 1.5–4.6 booster- associated myopericarditis cases in males (typically requiring hospitalisation)*. The authors stated, “**University booster mandates are unethical** because they: (1) are not based on an updated (Omicron era) stratified risk-benefit assessment for this age group; (2) may result in a net harm to healthy young adults; (3) are not proportionate: expected harms are not outweighed by public health benefits given modest and transient effectiveness of vaccines against transmission; (4)

⁶⁶ Bardosh, K., Krug, A., Jamrozik, E., Lemmens, T., Keshavjee, S. *et al.* (2022) COVID-19 vaccine boosters for young adults: a risk benefit assessment and ethical analysis of mandate policies at universities. *Journal Medical Ethics*. doi: 10.1136/jme-2022-108449. <https://jme.bmj.com/content/early/2022/12/05/jme-2022-108449>

violate the reciprocity principle because serious vaccine-related harms are not reliably compensated due to gaps in vaccine injury schemes; and (5) may result in wider social harms. We consider counterarguments including efforts to increase safety on campus but find these are fraught with limitations and little scientific support.”⁶⁶

Many Public Health Authorities are No Longer Recommending COVID-19 Vaccination

Countries around the world have begun one after another to discourage or ban the use of COVID-19 vaccines, especially in younger people. Denmark was the first nation in Europe to invoke this step by stopping vaccination invitations on May 14, 2022.⁶⁷ By autumn 2022, Denmark recommended vaccination only to those over 50 years old and some vulnerable populations.

Many European countries as well as Australia and some US states such as Florida have stopped recommending vaccinations for COVID-19 to anyone under 40, 50 or 60 years of age and especially children. Even in 2021, France and Scandinavian countries did not recommend the Moderna vaccine for people under 30 years of age.^{68,69} The United Kingdom Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI) no longer recommends vaccination of healthy individuals under 50 years of age in the UK except for those in clinical risk groups or those attending to such individuals.⁷⁰ The Federal Office of Public Health in Switzerland also no longer recommends COVID-19 vaccination for healthy people in all age groups, and will not pay for COVID-19 vaccination for anyone, unless medically indicated by a physician for an individual patient with a clear risk-benefit analysis and the doctor assumes liability for vaccine injury.⁷¹ The Australian government has advised that a booster dose is not recommended for children as of February 2023 for children and adolescents up to 18 years who do not have any risk factors for severe COVID-19, and only for those 18-64 years of age who have undergone a risk-benefit analysis with their health care provider.⁷² The German Federation of Hospitals (DKG) has called for the

<https://www.msn.com/en-in/money/topstories/covid-19-denmark-currently-not-offering-booster-shots-to-those-under-50/ar-AA11TTwi>

<https://www.france24.com/en/live-news/20211109-france-advises-against-moderna-for-under-30s-over-rare-heart-risk>

Lehto, E. (2021) Finland joins Sweden and Denmark in limiting Moderna COVID-19 vaccine.

<https://www.reuters.com/world/europe/finland-pauses-use-moderna-covid-19-vaccine-young-men2021-10-07/>

<https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-vaccination-programme-for-2023-jcvi-interim-advice-8-november-2022/jcvi-statement-on-the-covid-19-vaccination-programme-for-2023-8-november-2022>

<https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/impfen.html#21889874>

<https://www.health.gov.au/our-work/covid-19-vaccines/advice-for-providers/clinical-guidance/clinical-recommendations>



mandatory vaccination obligation of healthcare personnel to be revoked after the German Ministry of Health admitted that 1 in 5,000 COVID-19 vaccination shots led to serious side-effects.⁷³

Mandatory COVID-19 vaccination is no longer required for Federal government employees in Canada.⁷⁴ Likewise, it is no longer mandatory for most of the Canadian fighting forces, many of which are similar in age to university students.⁷⁵

In Ontario, there are currently no government vaccine mandates in effect for any sector, so employers do not have the ability to impose a policy on their health care workers that penalizes them for refusing to be vaccinated, including unpaid leaves of absence and termination for cause. Any policies that attempt to do so are deemed illegal.⁷⁶ The University of Toronto, for example, only presently has a mandatory COVID-19 vaccine policy for students that are residents on its campus; this mandate should also be terminated.⁷⁷

In B.C., mandatory COVID-19 vaccination for provincial government employees has also been recently discontinued.⁷⁸

At this time, the only provincial health ministries in Canada that require mandatory COVID-19 vaccinations of all health care workers are in B.C.⁷⁹ and Nova Scotia.⁸⁰ At this time, apart from the University of British Columbia and Dalhousie University, none of the other universities in Canada seem to require mandatory COVID-19 vaccines for their students that are accepted into and enrolled in health care training programs. However, depending on future waves of COVID-19 in the future, this could change.

The lessons learned from the second and third years of the COVID-19 pandemic with the COVID-19 genetic vaccines show that such mandates for students and the general population should not be permitted. We remain concerned that the use of the lipid nanoparticle/mRNA and

⁷³ <https://rairfoundation.com/german-hospital-federation-demands-withdrawal-of-vaccination-mandate-after-massive-side-effects-revealed/>

⁷⁴ <https://www.canada.ca/en/treasury-board-secretariat/news/2022/06/suspension-of-the-vaccine-mandates-for-domestic-travellers-transportation-workers-and-federal-employees.html>

⁷⁵ <https://www.ctvnews.ca/politics/military-eases-vaccine-mandate-presses-ahead-with-discipline-for-unvaccinated-troops-1.6108910>

⁷⁶ <https://stlawyers.ca/coronavirus-knowledge-centre/employer-mandatory-vaccinations/ontario/>

⁷⁷ <https://www.viceprovoststudents.utoronto.ca/covid-19/>

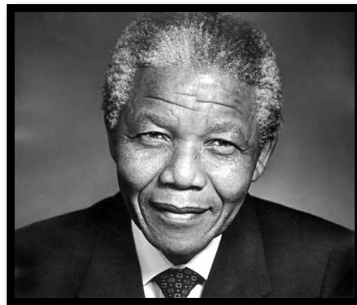
⁷⁸ <https://news.gov.bc.ca/releases/2023FIN0018-000305>

⁷⁹ https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/hospital_and_community_preventive_measures_order_apr_623_final_4.pdf

⁸⁰ https://policy.nshealth.ca/Site_Published/nsha/document_render.aspx?documentRender.IdType=6&documentRender.GenericField=&documentRender.Id=99848

adenovirus/DNA vaccine technologies are being adopted too rapidly for the replacement of traditional vaccines against common infectious pathogens despite ample evidence demonstrating that they are simply not fit for the purpose. In view of the recent experiences with the COVID-19 genetic vaccines, we warn against any imposition of future vaccine mandates in the absence of compelling data for their long-term efficacy and safety that respects bodily autonomy, human dignity, and informed consent. This includes the right to refuse experimental prophylactic treatments without coercion, extortion and other punitive actions, or permissions requested from unaccountable technocrats ignorant to individual health concerns and values. Universities and other post-secondary institutions that enforce mandatory COVID-19 vaccines are complicit in endangering the long-term health of their students and should instead serve as stalwart defenders of evidence-based research and sensible public policy.

Privar a las personas de sus derechos humanos es poner en tela de juicio su propia humanidad.



Nelson Mandela

To deprive people of their human rights is to call into question their own humanity.

GUERRA CONTRA LAS MADRES Y LOS BEBÉS

AUTOR: Federico Nazar
Coordinador Fundación Libertad de Educación
Director Asociación ProSalud
CEO Moralnet.org

RESUMEN

Una revisión de la literatura científica hasta agosto de 2022 demostró que “la ciencia” sobre la seguridad de las vacunas COVID para mujeres embarazadas y bebés estaba fuertemente manipulada para dar una falsa sensación de seguridad y eficacia, al tiempo que ocultaba muertes masivas en la historia de la vacunación. especialmente con las vacunas de ARNm, lo que demuestra una intención criminal.

INTRODUCCIÓN

Los estudios, los médicos y los científicos todavía suponen que se trata de viales uniformes, pero los análisis de laboratorio han demostrado que existen elementos tóxicos y genotóxicos no declarados (ADN bicatenario, VIH y secuencias cancerígenas del SV40). ¹Por ejemplo, Japón retiró del mercado todos los lotes de Moderna debido a un elemento magnético, presumiblemente tubos de grafeno/carbono.²

Muchos periódicos y sociedades médicas recomendaban la vacunación a las mujeres embarazadas, sin discriminación trimestral, con la falsa excusa de que “la infección por COVID-19: tiene mayor riesgo de causar enfermedad grave, requiriendo más ingresos en unidades de cuidados intensivos; aumenta la necesidad de ventilación mecánica; provoca más prematuridad de los recién nacidos; y aumenta la mortalidad materna y fetal a causa del embarazo” ³, y para empeorar las cosas, “el tratamiento recomendado para la población no embarazada no debe negarse a las personas embarazadas. Esto incluye tratamiento con remdesivir , dexametasona y anticuerpos monoclonales”. ⁴

¹ <http://howbad.info>
<https://www.lifesitenews.com/opinion/contaminate-dna-found-in-covid-jabs-raises-concerns-of-cell-damage-cancer/>
<https://www.lifesitenews.com/opinion/dr-chris-shoemaker-explains-dangers-of-dna-strands-found-in-pfizer-moderna-covid-vaccines/>

² <https://newsrescue.com/japan-magnetism-withdraws-1-6m-doses-moderna-for-possible-contamination-with-substance-that-reacts-to-magnets/>
https://diario16.com/wp-content/uploads/2021/07/MICROSCOPIA_DE_VIAL_CORMINATY_DR_CAMPRA_FIRMA_E_1_HORIZONTAL.pdf
<https://www.naturalnews.com/2021-07-14-estudio-espanol-vacuna-pfizer-toxic-graphene-oxide.html>
<https://beforeitsnews.com/opinion-conservative/2021/07/breaking-discovery-the-actual-contents-inside-pfizer-vials-exposed-3587380.html>

³ Donders , G., Grinceviciene y Covid-Isidog Guideline Group. **Directrices de consenso de ISIDOG sobre la vacunación COVID-19 para mujeres antes, durante y después del embarazo** . 29 de junio de 2021 *Revista de medicina clínica* , 10 (13), 2902. <https://doi.org/10.3390/jcm10132902>

⁴ Rasmussen, SA y Jamieson, DJ **COVID-19 y embarazo** . 31 de enero de 2022 *Clínicas de enfermedades infecciosas de América del Norte*, publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2022.01.002>

Esto demostró una ignorancia culpable del tema y fue letal para muchas mujeres y niños:

Bases de datos como Yellow Card (Reino Unido) y VAERS (EE. UU.) mostraron que miles de bebés no nacidos murieron después de la vacuna COVID.

También mostraron un aumento antinatural de muertes de bebés ya nacidos cuando la madre recibió inyecciones de COVID durante la lactancia, lo que demuestra que las vacunas no son seguras para los bebés.

Pfizer y Moderna interrumpieron sus estudios en bebés debido a las reacciones adversas graves (y, estadísticamente, beneficio nulo)


Pfizer añadió un fármaco cardiovascular a los ingredientes de la vacuna para niños para ocultar el daño grave que ya estaba detectando, reconocido por la tabla de miocarditis de los CDC.

**Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS):
Reporting rates (per 1 million doses administered) of myocarditis after mRNA COVID-19 vaccines, 7-day risk period**

▪ Reporting rates exceed background incidence*

Ages	Pfizer (Males)		Pfizer (Females)	
	Dose 1	Dose 2	Dose 1	Dose 2
12-15	4.2	39.9	0.4	3.9
16-17	5.7	69.1	0.0	7.9
18-24	2.3	36.8	0.2	2.5
25-29	1.3	10.8	0.2	1.2
30-39	0.5	5.2	0.6	0.7
40-49	0.3	2.0	0.1	1.1
50-64	0.2	0.3	0.3	0.5
65+	0.2	0.1	0.1	0.3

* An estimated 1-10 cases of myocarditis per 100,000 person years occurs among people in the United States, regardless of vaccination status; adjusted for the 7-day risk period, this estimated background is 0.2 to 1.9 per 1 million person 7-day risk period

 3

<http://cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2021-11-2-3/04-COVID-Oster-508.pdf>

Todos los estudios demuestran que la vacunación no previene el contagio.

Con el protocolo i -Mask, o una gota de ivermectina cada 4 horas cuando estás fuera de casa, no hay riesgo de enfermarte de COVID.

Después del contagio, no hay mayor riesgo para la madre, con más de 30 fármacos eficaces y tratamientos tempranos, muchos de ellos inofensivos para el feto (vapor, melatonina, vitamina D, etc.), que conviene tomar incluso estando vacunada. No existe ninguna contraindicación en el puerperio, que es el de mayor riesgo (n.b. edad mayor de 35 años y diabetes) ⁵, sin embargo se les negó tratamientos efectivos.

transplacentaria directa de Sars-Cov-2 no parece constituir un argumento importante a favor de la vacunación contra Sars-Cov-2". ⁶La COVID no les afecta a los bebés, que

⁵ Knobel , R., Takemoto, M., et al. **Muertes relacionadas con COVID-19 entre mujeres en edad reproductiva en Brasil: la carga del posparto.** 18 de julio de 2021 Revista internacional de ginecología y obstetricia: órgano oficial de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, octubre de 2021 155(1), 101–109. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13811>

⁶ Donders , G., Grinceviciene y Covid-Isidog Guideline Group. **Directrices de consenso de ISIDOG sobre la vacunación contra la COVID-19 para mujeres antes, durante y después del embarazo,** 29 de junio de 2021. *Revista de medicina clínica* , 10 (13), 2902. <https://doi.org/10.3390/jcm10132902>

carecen de receptores ACE2, además la transmisión intrauterina es rara y la transmisión durante la lactancia no es significativa.

Se necesitan 2 inyecciones separadas por al menos un mes y luego un período de 2 semanas para que las vacunas sean supuestamente efectivas. Durante ese período, todavía es posible que se produzcan enfermedades graves.

No existe ningún estudio estadísticamente significativo que demuestre que la vacunación reduzca la mortalidad materna.

Todos los estudios que recomendaban la vacunación a las embarazadas eran erróneos: Se basó en pruebas PCR sin reconocer su enorme tasa de falsos positivos.

En comparación con mujeres no embarazadas, cuando es obvio que el embarazo aumentaría el riesgo y la hospitalización.⁷

En este estudio, el estado de embarazo faltaba en más de la mitad de los casos reportados.⁸

Como beneficio de la vacuna en la reducción teórica de la COVID, se compararon con las mujeres embarazadas no hospitalizadas, a pesar de que la hospitalización podría ser el resultado de un embarazo de riesgo y no de la COVID.⁹

El supuesto mayor riesgo de prematuro no tuvo en cuenta que el parto prematuro fue inducido por la obstetricia y no por el COVID: las mujeres fueron presionadas a realizar una cesárea prematura por miedo subjetivo al riesgo y no por riesgo real.

No se ajustó por factores de confusión como edad¹⁰, semanas de embarazo, número de embarazos/abortos anteriores¹¹, preeclampsia, "edad materna más alta, índice de masa corporal alto, origen étnico no blanco y condiciones comórbidas previas al embarazo, como diabetes e hipertensión".¹²

1 de septiembre de 2020 "las probabilidades de mortalidad por todas las causas no aumentaron". (n=601.122)¹³

⁷ Rozo N, Valencia D, et al. **Gravedad de la enfermedad según el estado del embarazo entre las infecciones por SARS-CoV-2 confirmadas por laboratorio que ocurren en mujeres en edad reproductiva en Colombia**. 1 Set 2021 Epidemiología pediátrica y perinatal. <https://doi.org/10.1111/ppe.12808>

⁸ Zambrano LD, Ellington S, Strid P, et al. Actualización: **Características de mujeres sintomáticas en edad reproductiva con infección por SARS-CoV-2 confirmada por laboratorio según el estado del embarazo - Estados Unidos, del 22 de enero al 3 de octubre de 2020**. 6 de noviembre de 2020 MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(44):1641-1647. Publicado el 6 de noviembre de 2020. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6944e3>

⁹ Elsaddig, M. y Khalil, A. **Efectos de la pandemia de COVID en los resultados del embarazo. Mejores prácticas e investigación**. 18 de marzo de 2021 Obstetricia y ginecología clínica, 73, 125–136. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2021.03.004>

¹⁰ Nana, M. y Nelson-Piercy, C. **COVID-19 en el embarazo**. Septiembre de 2021. Medicina clínica (Londres, Inglaterra), 21(5), e446–e450. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2021-0503>

¹¹ Papageorghiou AT, Deruelle P, et al. **Preeclampsia y COVID-19: resultados del estudio longitudinal prospectivo INTERCOVID**. 26 de junio de 2021 *Revista estadounidense de obstetricia y ginecología*, 225 (3), 289.e1–289.e17. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.05.014>

¹² Jamieson, DJ y Rasmussen, SA **Una actualización sobre COVID-19 y el embarazo**. 14 de septiembre de 2021 *Revista estadounidense de obstetricia y ginecología*, 2022 226(2), 177–186. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.08.054>

¹³ Allotey J, Stallings E, et al. **Manifestaciones clínicas, factores de riesgo y resultados maternos y perinatales de la enfermedad por coronavirus 2019 en el embarazo: revisión sistemática viva y metanálisis**. 1 de septiembre de 2020 BMJ. 2020;370:m3320. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3320>

19 de agosto de 2021 La mayoría tenía síntomas leves.¹⁴

16 de septiembre de 2021 “Más allá de la opción de suscripción a la opción de exclusión voluntaria”.¹⁵

20 Set 2021, un estudio canadiense cuidadosamente seleccionado, que omitió deliberadamente el primer trimestre para ocultar eventos adversos graves, no mostró asociación con resultados periparto adversos como hemorragia posparto o puntuaciones bajas de Apgar entre 22 660 mujeres vacunadas.¹⁶

20 de abril de 2022 Los CDC reconocieron que los “**riesgos generales de COVID son bajos**”.¹⁷

El 7 de agosto de 2022, otro estudio canadiense realizado por el mismo autor principal cuestionado¹⁸, que incluyó 85.162 nacidos vivos y mortinatos, del 1 de mayo al 31 de diciembre de 2021, **recomendó la vacunación durante el embarazo**, a pesar de:

Excluidos la mayoría de los embarazos: dejando fuera cerca del 60% (110.000/196.000), al incluir sólo el 43,6% (85.162/195.540)

Se excluyeron “cualquier registro con edad gestacional <20 semanas y peso al nacer <500 g”, generalmente vinculado a la vacunación en el primer trimestre, el período más vulnerable a los daños por vacuna.

"Durante el período del estudio, **la proporción de vacunas administradas en el primer trimestre fue relativamente baja (12,1%)**".

“El tiempo de exposición a la vacunación completa con ARNm (dos dosis) durante el embarazo se limitó a solo 29.650 mujeres con una edad gestacional promedio de 29,1 semanas en la dosis 1 y solo 301 mujeres (1%) recibieron la dosis 1 durante el primer trimestre. Las 13.416 mujeres restantes no estuvieron completamente expuestas durante el embarazo, pero recibieron su primera dosis a una edad gestacional promedio de 34 semanas, y dosis adicionales después del parto. En otras palabras, la contribución de cada mujer vacunada al tiempo de exposición a dos dosis de vacuna no es idéntica y generalmente de corta duración, en particular para el resultado de parto muy prematuro (<32 semanas), así como parto prematuro (<37 semanas).), mientras que 42,063 mujeres en el grupo de comparación no vacunadas contribuyen continuamente con días de embarazo en riesgo de resultados adversos del embarazo debido a otros factores importantes como la edad materna, la comorbilidad, el

¹⁴ Dawood, FS, Varner, M., et al. **Incidenia, características clínicas y factores de riesgo de la infección por SARS-CoV-2 entre personas embarazadas en los Estados Unidos**. 19 de agosto de 2021. Enfermedades infecciosas clínicas: publicación oficial de la Sociedad Estadounidense de Enfermedades Infecciosas, ciab713. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab713>

¹⁵ Sarwal Y, Sarwal T, **Vacunación de mujeres embarazadas contra COVID-19 en India e Indonesia: más allá de la opción de inclusión a la opción de no participación**. 16 de septiembre de 2021 Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia <https://doi.org/10.1002/ijgo.13930>

¹⁶ Fell DB, Dhinsa T, et al. **Asociación de la vacunación COVID-19 durante el embarazo con resultados periparto adversos**. 20 de septiembre de 2021 JAMA;327:1478 -87. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.4255>

¹⁷ 20 de abril de 2022 <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/pregnancy.html>

¹⁸ Fell DB, Dimanlig -Cruz S, et al. **Riesgo de parto prematuro, pequeño para la edad gestacional al nacer y muerte fetal después de la vacunación contra el covid-19 durante el embarazo: estudio de cohorte retrospectivo basado en la población**. 17 de agosto de 2022 BMJ 378 <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071416>

tabaquismo, el abuso de sustancias, el bajo nivel socioeconómico y la edad gestacional”.

19

"Al observar el subgrupo de 422 mujeres que recibieron solo 1 dosis en total, se observa un **aumento estadísticamente significativo del 9 % en el riesgo de resultados adversos del embarazo (IC del 95 %: 1,01 a 1,16)**".²⁰

Se excluyeron **31 muertes** en el primer trimestre sin estudiar la relación con la vacunación, aunque se trata de **una proporción enorme si se tiene en cuenta que sólo un centenar recibió 2 inyecciones en el primer trimestre** .

Se excluyeron 121 abortos provocados, sin estudiar la relación con los efectos secundarios de la vacuna que podrían haber convencido a las madres de asesinar a sus bebés debido a anomalías, falta de viabilidad o mayor riesgo para la vida de la madre. Nuevamente, podría ser una proporción enorme considerando las pocas inyecciones dobles en el primer trimestre .

Colocando una *cereza* La regla *elegida* de “última fecha del período menstrual después del 10 de marzo de 2021” excluyó los **“nacimientos prematuros cerca del final del período de estudio”, justo cuando la doble vacunación tendría un mayor impacto** .

Un 3% de la población fue descartada por falta de números de tarjetas sanitarias que coincidieran con la base de datos COVaxON de vacunación COVID: no se hizo ningún estudio para evaluar si tenían resultados mucho peores precisamente por ser pobres u otras variables de confusión.

Basado en los siguientes gráficos:

Al seleccionar cuidadosamente el período de tiempo del estudio y rechazar los seguimientos después de ese período, excluyeron a **las embarazadas que recibieron 2 inyecciones en el primer trimestre** (más del 99% recibieron 1 dosis). La intención es obvia si consideramos que el corte del período de estudio fue el 31 de diciembre de 2021 pero el estudio se presentó 6 meses después (27 de junio de 2022). **¡Agregar 4 meses al período de estudio podría haber llevado a la conclusión opuesta!**

Casi 2 de cada 3 recibieron solo 1 inyección, lo que tiene una reacción adversa mucho menor

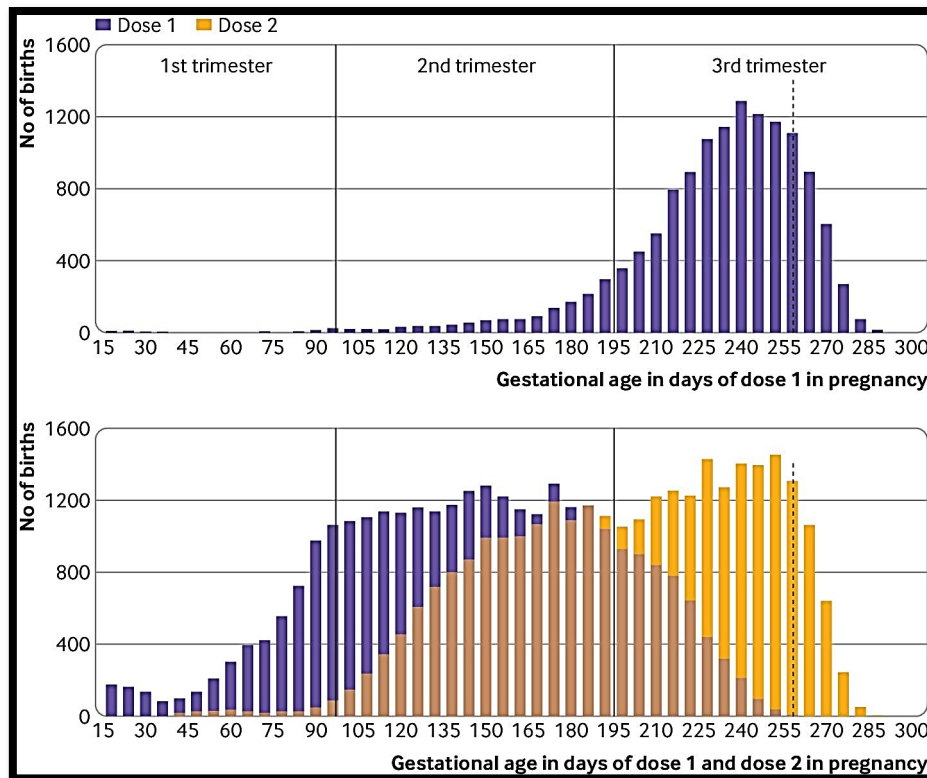
Sólo 1/3 recibió 2 inyecciones y la mayoría fue en el tercer trimestre, donde las lesiones infantiles son menores.

19

<https://www.bmj.com/content/378/bmj-2022-071416/rapid-responses>

20

<https://www.bmj.com/content/378/bmj-2022-071416/rapid-responses>



“El 15 de diciembre de 2021, todas las personas mayores de 18 años, incluidas las embarazadas, pasaron a ser elegibles para recibir una dosis de refuerzo de covid-19”. Sin embargo, el período de estudio se redujo dos semanas después: ¿para reducir el impacto de la doble vacunación? "No pudimos evaluar las dosis de refuerzo porque las residentes embarazadas de Ontario no eran elegibles hasta diciembre de 2021".

Las ventanas de riesgo de hasta 14 días dejaron muchos malos resultados sin tener en cuenta, especialmente en el caso de los “pequeños para la edad gestacional al nacer”.

Se excluyó un resultado importante: “El subtipo de parto prematuro se consideró espontáneo si ocurría después del inicio espontáneo del trabajo de parto o de la rotura prematura de membranas”.

"Pequeño para la edad gestacional al nacer se definió como un recién nacido único nacido vivo por debajo del percentil 10 del peso al nacer específico del sexo para la distribución de la edad gestacional, según un estándar de referencia canadiense". Esto significa que excluyeron los nacimientos múltiples y **un número considerable de bebés muy pequeños por encima del percentil 10**.

"La muerte fetal se definió como una muerte fetal antes o intraparto en ≥ 20 semanas". De este modo, se excluye a los menores de 20 semanas, especialmente en relación con la vacunación del primer trimestre y la mitad del segundo trimestre: “Los embarazos que terminan antes de las 20 semanas de gestación no se registran sistemáticamente en el registro de nacimientos y no pueden evaluarse”.

"Excluyeron a las personas con antecedentes de covid-19 durante el embarazo" y "las personas que no solicitaron la prueba podrían ser clasificadas erróneamente como no haber tenido covid-19 durante el embarazo". Al excluir la inmunización natural y no tratarla como una categoría separada, estaban predispuestos hacia los menos vacunados.

¿Se ajustaron los modelos de confusión para obtener los resultados deseados?

"Ajustamos muchos posibles factores de confusión utilizando un enfoque basado en la

puntuación de propensión, no podemos descartar la posibilidad de confusión residual, especialmente teniendo en cuenta el potencial de sesgo de vacunados sanos en los estudios observacionales de vacunación". "No podemos descartar confusión temporal residual, particularmente dada la compleja dinámica temporal de la pandemia y el programa de vacunación".

Esta podría ser la afirmación más reveladora: "**limitó el grupo no vacunado a aquellos que recibieron su primera dosis de vacuna después del embarazo , porque en un estudio anterior de esta población se demostró que sus características iniciales eran más similares a las de las personas vacunadas durante el embarazo". que a los que nunca se vacunaron en ningún momento ". De hecho, los "no vacunados" fueron vacunados, mientras que los no vacunados quedaron fuera del estudio .**

El modelo no tuvo en cuenta que el 5 % (2.000/42.000) de **las supuestas no vacunadas tuvieron partos fuera del entorno hospitalario y sin obstetra/cirujano, lo que tiene peores resultados .**

Para la primera dosis, el 80% fue vacunado con Pfizer y el 20% con Moderna , que tiene peores resultados. Para el segundo, 67% y 18% respectivamente , siendo el 15% una combinación.

¿Exceso de selección y ajustes? Si excluyeron a los pacientes con COVID, ¿cómo pueden explicar que los supuestos no vacunados tuvieron resultados ligeramente peores que los vacunados ? ²¹ **El sesgo del modelado es tan patente que las vacunas no muestran ningún evento adverso dañino y solo efectos secundarios beneficiosos relacionados con los resultados del embarazo, lo cual es completamente irreal.**

Los conflictos de intereses eran evidentes : financiación "de la Agencia de Salud Pública de Canadá a través del Grupo de Referencia de Vigilancia de Vacunas y el Grupo de Trabajo de Inmunidad COVID-19; SEH y LO fueron financiados en parte por el Consejo Noruego de Investigación. KW es director ejecutivo de CANImmune , que alberga un registro nacional de vacunación digital , y es miembro de la junta independiente de seguridad de datos para el ensayo de la vacuna Medicago covid-19".

La aprobación ética no figuraba entre los conflictos de intereses: "Este estudio fue aprobado por la junta de ética de investigación del Children's Hospital of Eastern Ontario". ¿Quién paga la junta de ética? ¿El hospital responsable de vacunar a miles de embarazadas , que nunca reconocería la lesión?

¿Alguien podría esperar que los responsables de vacunar a mujeres embarazadas con un gen experimental reconocieran que asesinaron a cientos de bebés?

La fresa del pastel: "**el conjunto de datos no puede ponerse a disposición del público**", lo que bloquea la reproducibilidad/ falsabilidad .

Después de hacer todo lo posible para clasificar la población problemática, los datos del primer trimestre y la doble vacunación , la conclusión incluso mintió: "No encontramos evidencia de un mayor riesgo de parto prematuro, pequeño para la edad gestacional al nacer o muerte fetal después del covid. -19 vacunación durante **cualquier trimestre del embarazo** en este gran estudio poblacional que incluye más de 43.000 nacimientos de personas vacunadas durante el embarazo".

²¹ Tabla 4 Asociación entre la vacunación contra covid-19 durante el embarazo y los resultados del estudio.

Incluso continuó con un elogio a favor de Vax, a pesar de no respaldarlo en el periódico: “la vacunación durante el embarazo es efectiva contra el covid-19 para las personas embarazadas y sus recién nacidos” y afirmar que siguió “una toma de decisiones basada en evidencia sobre el covid-19”. vacunación durante el embarazo”.

Por supuesto, el artículo recibió cobertura de la prensa masónica de todo el mundo en todos los medios de desinformación. Se había callado la buena ciencia que alertaba sobre el peligro extremo y los daños comprobados en la vacunación durante el embarazo y la lactancia. En el período de comentarios de la publicación, el BMJ bloqueó la publicación de un enlace a este análisis del estudio fraudulento: Hasta aquí la ciencia abierta.

“Un reanálisis independiente de los ensayos de fase III de Pfizer y Moderna **encontró que los eventos adversos graves de especial interés se elevaron a 1 evento por cada 800 adultos vacunados** .²² Esto plantea la pregunta sobre el daño causado en mujeres adultas embarazadas.

A partir de febrero de 2021, el ensayo de Pfizer²³ tenía previsto inicialmente inscribir a 4.000 mujeres entre las semanas 24 y 34 de embarazo (por supuesto, excluyendo el primer y segundo trimestre). Sin embargo, el 16 de noviembre de 2021, el fabricante detuvo la inscripción de solo 348 mujeres porque supuestamente las mujeres embarazadas en los países del estudio, EE. UU., España, Brasil y Sudáfrica, ya habían sido vacunadas y ya no eran elegibles para la inscripción.²⁴ Cayó y col. proporcionar pruebas de que esto difícilmente puede ser el caso²⁵. En nuestra opinión, con **un tamaño de estudio de solo el 10 % de los participantes originalmente planificados, los objetivos del estudio NCT04754594/C4591015 tal como se especifican en el plan de gestión de riesgos no se pueden lograr** . Los reguladores son responsables de la supervisión y deben **informar al público sobre lo que salió mal en el estudio NCT04754594/C4591015** . Sin acceso a los datos de los participantes individuales para un escrutinio independiente de ensayos controlados aleatorios, no tenemos evidencia confiable para recomendar las vacunas Covid-19 para mujeres embarazadas ”.²⁶

CONCLUSIÓN

No se trata sólo de cómo las grandes farmacéuticas corrompieron las revistas médicas, la profesión médica y los gobiernos. Si tal fuera el caso, habría sido suficiente con vender el

²² Fraiman J, Erviti J, et al. "Eventos adversos graves de especial interés tras la vacunación con ARNm en ensayos aleatorios ". <https://ssrn.com/abstract=4125239>

²³ <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04754594>

²⁴ PLAN DE GESTIÓN DE RIESGOS COMIRNATY (VACUNA DE ARNm COVID-19). Número de versión del RMP: 5 https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/comirnaty-epar-risk-management-plan_en.pdf

²⁵ Razzaghi H, Meghani M et al. Cobertura de vacunación Covid-19 entre mujeres embarazadas durante el embarazo. – Ocho organizaciones integradas de atención médica, Estados Unidos, 14 de diciembre de 2020 - 8 de mayo de 2021 . MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021;70:895 -9. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7024e2>

²⁶ Spelsberg A, Keil U, Re: Riesgo de parto prematuro, pequeño para la edad gestacional al nacer y muerte fetal después de la vacunación contra el covid-19 durante el embarazo: estudio de cohorte retrospectivo basado en la población <https://www.bmj.com/content/378/bmj-2022-071416/rapid-responses>

veneno de serpiente a los gobiernos como en las PANdemias anteriores : no había necesidad de meterlo en las venas de la gente, menos aún de las mujeres embarazadas y los bebés.

CONFLICTO DE INTERESES: ninguno

WAR ON MOTHERS AND BABIES

AUTHOR: Federico Nazar

Coordinator Fundación Libertad de Educación

Director Asociación ProSalud

CEO Moralnet.org

ABSTRACT

A review of the scientific literature until August 2022, proved that “the science” about the safety of COVID vaccines for pregnant women and babies was heavily rigged to give a false sense of safety and effectiveness, while hiding massive deaths in the history of vaccination, especially with the mRNA vaccines, proving criminal intent.

INTRODUCTION

Studies, doctors and scientists still assume that they are dealing with uniform vials, yet lab analysis have proven that there are undeclared toxic and genotoxic elements (double-stranded DNA, HIV and SV40 carcinogenic sequences).²⁷ For example, Japan recalled all Moderna batches due to a magnetic element, presumably graphene/carbon tubes.²⁸

Many papers and medical societies were recommending vaccination to pregnant women, without trimester discrimination, with the false excuse that “COVID-19 infection: has a higher risk of causing severe disease, requiring more admissions to intensive care units; increases the need for mechanical ventilation; provokes more prematurity of neonates; and increases maternal and fetal mortality because of pregnancy”²⁹, and to make things worse, “treatment recommended for the non-pregnant

²⁷ <http://howbad.info>

<https://www.lifesitenews.com/opinion/contaminated-dna-found-in-covid-jabs-raises-concerns-of-cell-damage-cancer/>

<https://www.lifesitenews.com/opinion/dr-chris-shoemaker-explains-dangers-of-dna-strands-found-in-pfizer-moderna-covid-vaccines/>

²⁸ <https://newsrescue.com/japan-magnetism-withdraws-1-6m-doses-moderna-for-possible-contamination-with-substance-that-reacts-to-magnets/>

<https://diario16.com/wp-content/uploads/2021/07/>

MICROSCOPIA_DE_VIAL_CORMINATY_DR_CAMPRA_FIRMA_E_1_HORIZONTAL.pdf

<https://www.naturalnews.com/2021-07-14-spanish-study-pfizer-vaccine-toxic-graphene-oxide.html>

<https://beforeitsnews.com/opinion-conservative/2021/07/breaking-discovery-the-actual-contents-inside-pfizer-vials-exposed-3587380.html>

²⁹ Donders, G., Grinceviciene, & Covid-Isidog Guideline Group. **ISIDOG Consensus Guidelines on COVID-19 Vaccination for Women before, during and after Pregnancy.** 29 Jun 2021 *Journal of clinical*

population should not be withheld from pregnant persons. This includes treatment with remdesivir, dexamethasone, and monoclonal antibodies.”³⁰

This showed guilty ignorance of the topic and was be lethal for many women and children:

Databases like Yellow Card (UK) and VAERS (USA) showed thousands of unborn babies dying after COVID vaccination.

They also showed an unnatural spike of deaths of already born babies when the mother took COVID shots during breastfeeding, which proves that the vaccines are not safe for babies.

Pfizer and Moderna discontinued their studies on infants due to the severe adverse reactions (and, statistically, zero benefit)


Pfizer added a cardiovascular drug to the vaccine ingredients for children to cloak the severe damage it was detecting already, recognized by the CDC myocarditis table.

**Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS):
Reporting rates (per 1 million doses administered) of myocarditis after mRNA COVID-19 vaccines, 7-day risk period**

- Reporting rates exceed background incidence*

Ages	Pfizer (Males)		Pfizer (Females)	
	Dose 1	Dose 2	Dose 1	Dose 2
	12-15	4.2	39.9	0.4
16-17	5.7	69.1	0.0	7.9
18-24	2.3	36.8	0.2	2.5
25-29	1.3	10.8	0.2	1.2
30-39	0.5	5.2	0.6	0.7
40-49	0.3	2.0	0.1	1.1
50-64	0.2	0.3	0.3	0.5
65+	0.2	0.1	0.1	0.3

* An estimated 1–10 cases of myocarditis per 100,000 person years occurs among people in the United States, regardless of vaccination status; adjusted for the 7-day risk period, this estimated background is 0.2 to 1.9 per 1 million person 7-day risk period



3

<http://cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2021-11-2-3/04-COVID-Oster-508.pdf>

All studies prove that vaccination doesn't prevent contagion.

With i-Mask protocol, or one drop of ivermectin every 4 hours when outside home, there's zero risk of getting sick with COVID.

After contagion, there's no increased risk to the mother, with over 30 effective drugs and early treatments, many harmless to the unborn baby (steam, melatonin, vitamin D, etc.), which should be indicted even if vaccinated. There's no contraindication in the postpartum period, which is the most risky (n.b. age over 35 years and diabetes)³¹, yet they were denied effective treatments.

medicine, 10(13), 2902. <https://doi.org/10.3390/jcm10132902>

³⁰ Rasmussen, S. A., & Jamieson, D. J. **COVID-19 and Pregnancy**. 31 Jan 2022 *Infectious Disease Clinics of North America*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2022.01.002>

³¹ Knobel, R., Takemoto, M., et al. **COVID-19-related deaths among women of reproductive age in Brazil: The burden of postpartum**. 18 Jul 2021 *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, Oct 2021 155(1), 101–109. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13811>

“Direct transplacental transmission of Sars-Cov-2 does not seem to constitute a major argument in favor of Sars-Cov-2 vaccination.”³² COVID does nothing to babies, who lack ACE2 receptors, plus intrauterine transmission is rare and breastfeeding transmission is not significant.

It takes 2 shots separated by at least a month and then a 2 week period for the vaccines to be supposedly effective. During that period, severe sickness is still possible.

There’s no statistically significant study proving that vaccination reduced maternal mortality.

All the studies which recommended vaccination to pregnant women were flawed:

Relied on PCR tests without acknowledging its enormous rate of false positives.

Compared with un-pregnant women, when it is obvious that pregnancy would increase risk and hospitalization.³³

In this study, pregnancy status was missing on more than half of reported cases.³⁴

As vaccine benefit in theoretical COVID reduction, they compared to unhospitalized pregnant women, in spite that hospitalization could be a result of a risky pregnancy and not COVID.³⁵

The alleged increased preterm risk, didn’t take into account that the preterm delivery was induced by the obstetrics and not COVID: women were pressured into C-section preterm for subjective fear of risk and not real risk.

Didn’t adjust for confounding factors like age³⁶, weeks of pregnancy, number of prior pregnancies/abortions³⁷, pre-eclampsia, “higher maternal age, high body mass index, non-white ethnicity, and pre-pregnancy comorbid conditions, such as diabetes and hypertension.”³⁸

1 Sep 2020 “the odds for all-cause mortality were not increased.” (n=601,122)³⁹

19 Aug 2021 Most had mild symptoms.⁴⁰

³² Donders, G., Grinceviciene, & Covid-Isidog Guideline Group. **ISIDOG Consensus Guidelines on COVID-19 Vaccination for Women before, during and after Pregnancy.** 29 Jun 2021. *Journal of clinical medicine*, 10(13), 2902. <https://doi.org/10.3390/jcm10132902>

³³ Rozo N, Valencia D, et al. **Severity of illness by pregnancy status among laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infections occurring in reproductive-aged women in Colombia.** 1 Sep 2021 *Paediatric and perinatal epidemiology*. <https://doi.org/10.1111/ppe.12808>

³⁴ Zambrano LD, Ellington S, Strid P, et al. Update: **Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status - United States, January 22-October 3, 2020.** 6 Nov 2020 *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(44):1641-1647. Published 2020 Nov 6. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6944e3>

³⁵ Elsaddig, M., & Khalil, A. **Effects of the COVID pandemic on pregnancy outcomes. Best practice & research.** 18 Mar 2021 *Clinical obstetrics & gynaecology*, 73, 125–136. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2021.03.004>

³⁶ Nana, M., & Nelson-Piercy, C. **COVID-19 in pregnancy.** Sep 2021. *Clinical medicine (London, England)*, 21(5), e446–e450. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2021-0503>

³⁷ Papageorghiou AT, Deruelle P, et al. **Preeclampsia and COVID-19: results from the INTERCOVID prospective longitudinal study.** 26 Jun 2021 *American journal of obstetrics and gynecology*, 225(3), 289.e1–289.e17. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.05.014>

³⁸ Jamieson, D. J., & Rasmussen, S. A. **An update on COVID-19 and pregnancy.** 14 Sep 2021 *American journal of obstetrics and gynecology*, 2022 226(2), 177–186. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.08.054>

³⁹ Allotey J, Stallings E, et al. **Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis.** 1 Sep 2020 *BMJ.* 2020;370:m3320. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3320>

16 Sep 2021 “Moving beyond the opt-in to the opt-out option.”⁴¹

20 Set 2021, a Canadian cherry-picked study, which deliberately left out the first trimester to hide severe adverse events, showed no association with adverse peripartum outcomes such as postpartum haemorrhage or low Apgar scores among 22 660 vaccinated women.⁴²

20 Apr 2022 CDC recognized that COVID “**overall risks are low**”.⁴³

7 Aug 2022, another Canadian study by the same questioned leading author⁴⁴, involving 85 162 live births and stillbirths, from 1 May to 31 Dec 2021, **recommended pregnancy vaccination**, despite:

Excluded the majority of pregnancies: leaving out near 60% (110 000 / 196 000), by including only 43.6% (85162/195540)

Excluded “any records with gestational age <20 weeks and birth weight <500 g”, usually linked to 1st trimester vaccination, the period most vulnerable to vaccine injury.

“During the study period, **the proportion of vaccines administered in the first trimester was relatively low (12.1%).**”

“**Exposure-time to full mRNA vaccination (two doses) during pregnancy was limited to only 29,650 women with median gestational age of 29.1 weeks at dose 1 with only 301 women (1%) receiving dose 1 during their first trimester.** The remaining 13,416 women were not fully exposed during pregnancy but received their first dose at a median gestational age of already 34 weeks, and further doses after delivery. In other words, the contribution of each vaccinated woman to the exposure time with two vaccine doses is not identical and generally of short duration, in particular for the outcome very preterm birth (<32 weeks), as well as preterm birth (<37 weeks), while 42,063 women in the unvaccinated comparison group are continuously contributing pregnancy days at risk of adverse pregnancy outcomes due to important other factors such as maternal age, comorbidity, smoking, substance abuse, low socio-economic status, and gestational age.”⁴⁵

“When looking at the subgroup of 422 women who received only 1 dose in total, a statistically significant **9% increase in risk of adverse pregnancy outcomes** (95% CI 1.01 to 1.16) is observed.”⁴⁶

⁴⁰ Dawood, F. S., Varner, M., et al. **Incidence, Clinical Characteristics, and Risk Factors of SARS-CoV-2 Infection among Pregnant Individuals in the United States.** 19 Aug 2021. Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America, ciab713. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab713>

⁴¹ Sarwal Y, Sarwal T, **Vaccination of pregnant women against COVID-19 in India and Indonesia: Moving beyond the opt-in to the opt-out option.** 16 Sep 2021 International Journal of Gynecology and Obstetrics <https://doi.org/10.1002/ijgo.13930>

⁴² Fell DB, Dhinsa T, et al. **Association of COVID-19 vaccination in pregnancy with adverse peripartum outcomes.** 20 Set 2021 JAMA;327:1478-87. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.4255>

⁴³ 20 Apr 2022 <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/pregnancy.html>

⁴⁴ Fell DB, Dimanlig-Cruz S, et al. **Risk of preterm birth, small for gestational age at birth, and stillbirth after covid-19 vaccination during pregnancy: population based retrospective cohort study.** 17 Aug 2022 BMJ 378 <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071416>

⁴⁵ <https://www.bmj.com/content/378/bmj-2022-071416/rapid-responses>

⁴⁶ <https://www.bmj.com/content/378/bmj-2022-071416/rapid-responses>

Excluded **31 deaths** in the first trimester without studying link to vaccination, even if it is a **huge proportion when considering that only a hundred received 2 shots in the first trimester.**

Excluded 121 procured abortions, without studying link to vax side effects which might have convinced mothers to murder their infant due to abnormality, lack of viability or increased risk to the mother’s life. Again, it could be a huge proportion considering the few double-shots in the 1st trimester.

By placing a *cherry picked* rule of “last menstrual period date after 10 Mar 2021” they **excluded “preterm births close to the end of the study period”, just when double vaxxing would have a greater impact.**

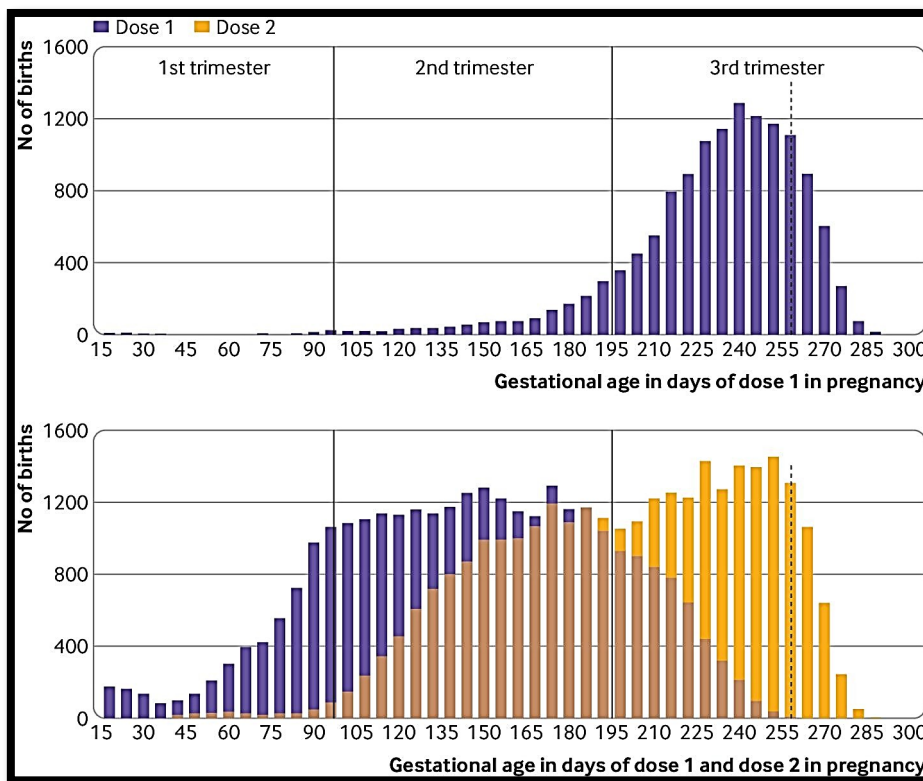
3% of the population was discarded because of lack of health card numbers matching the COVaxON database of COVID vaccination: no study was made to assess if those had much worse outcomes precisely for being poor or other confounding variables.

Based on the following graphs:

By cherry picking the study time-frame, and rejecting follow ups after that period, they **excluded 2-shot pregnant in the first trimester** (over 99% were 1 dose). The intent is obvious if we consider that the study period cut was 31 Dec 2021 but the study was presented 6 months after that (27 Jun 2022). **Adding 4 months to the study period could have lead to the opposite conclusion!**

Almost 2 out of 3 had only 1 shot, which has a much lower adverse reaction

Only 1/3 had 2 shots and the majority was in the 3er trimester, where infant injury is lower.



“On 15 Dec 2021, all people older than 18 years, including pregnant people, became eligible to receive a covid-19 booster dose.” Yet the study period was cut 2 weeks after that: to reduce the impact of double vaxxing? “We were unable to evaluate booster doses because pregnant Ontario residents were not eligible until December 2021.”

Risk windows of up to 14 days, left many bad outcomes not accounted for, especially for “small for gestational age at birth”.

Excluded an important outcome: “Preterm birth subtype was considered spontaneous if it occurred after spontaneous onset of labour or preterm premature rupture of membranes.”

“Small for gestational age at birth was defined as a singleton live born infant below the 10th centile of the sex specific birth weight for gestational age distribution, based on a Canadian reference standard.” This means they excluded multiple births and **a considerable number of very small babies above the 10th centile.**

“Stillbirth was defined as an antepartum or intrapartum fetal death at ≥ 20 weeks”. Thus, leaving out those under 20 weeks, especially linked to 1st trimester vaccination and half of the 2nd trimester: “Pregnancies ending before 20 weeks’ gestation are not systematically captured in the birth registry and could not be evaluated.”

They “excluded individuals with a history of covid-19 during pregnancy” plus “individuals who did not seek testing could be misclassified as not having had covid-19 during pregnancy”. By excluding natural immunization and not treating it as a separate category, they were biased towards the less vaxxed.

The confounding models were tweaked to the desired results? “we adjusted for many potential confounders using a propensity score based approach, we cannot dismiss the possibility of residual confounding, particularly given the potential for healthy vaccinee bias in observational studies of vaccination”. “we cannot rule out residual temporal confounding, particularly given the complex temporal dynamics of the pandemic and vaccination programme.”

This might be the most eye-opening statement: **“limited the unvaccinated group to those who received their first vaccine dose after pregnancy, because in an earlier study of this population their baseline characteristics were shown to be more similar to individuals vaccinated during pregnancy than to those never vaccinated at any time.”** The **“unvaccinated” were in fact vaccinated while the never-vaccinated were left out of the study?**

The model didn’t take into account that 5% (2K/42K) of **the alleged unvaxxed had births out of hospital settings, and without obstetrician/surgeon, which have worse outcomes.**

For the first dose, 80% were vaccinated with Pfizer and 20% with Moderna, which has worse outcomes. For the second, 67% and 18% respectively, 15% being a combination.

Excessive cherry picking and tweaking? If they excluded COVID patients, how can they explain the alleged unvaxxed had slightly worse outcomes than the vaxxed? ⁴⁷ **The modelling bias is so patent that the vaccines show zero harmful adverse events and only beneficial side effects related to pregnancy outcomes, which is completely unrealistic.**

The conflicts of interests were evident: funding “from the Public Health Agency of Canada through the Vaccine Surveillance Reference Group and the COVID-19 Immunity Task Force; SEH and LO were partly funded by the Norwegian Research Council. KW is chief executive officer of CANImmunize, which hosts a national digital immunisation record, and is a member of the independent data safety board for the Medicago covid-19 vaccine trial.”

⁴⁷

Table 4 Association between covid-19 vaccination during pregnancy and study outcomes.

Ethical approval was not listed under conflict of interests: “This study was approved by the Children’s Hospital of Eastern Ontario research ethics board.” Who pays for the ethics board? The Hospital responsible for vaxxing thousands of pregnant, which would never recognize injury?

Could anybody expect that those responsible for vaccinating pregnant women with an experimental gen-jection to recognize they murdered hundreds of babies?

The strawberry in the pie: “**dataset cannot be made publicly available**”, blocking reproducibility/falseability.

After they did all they could to sort out problematic population, 1st trimester data and double vaxxing, the conclusion even lied: “We did not find evidence of an increased risk of preterm birth, small for gestational age at birth, or stillbirth after covid-19 vaccination during **any trimester of pregnancy** in this large population based study including more than 43 000 births to individuals vaccinated during pregnancy.”

It even continued with a pro-vax rave, in spite of not supporting it in the paper: “vaccination during pregnancy is effective against covid-19 for pregnant individuals and their newborns” and stating it followed “evidence based decision making about covid-19 vaccination during pregnancy.”

Of course, the article received freemason-press coverage all over the world in all disinformation media. The good science warning about the extreme danger and proven injuries in pregnancy and breastfeeding vaccination had been shut up. In the commenting period of the publication, the BMJ blocked posting a link to this analysis of the fraudulent study: so much for open science.

“An independent re-analysis of the phase III Pfizer and Moderna trials **found serious adverse events of special interest elevated at 1 event per 800 vaccinated adults.** ⁴⁸ This begs the question about the harm caused in adult pregnant women.

Starting February 2021, the Pfizer trial ⁴⁹ originally planned to enroll 4000 women between the 24th and 34th week of their pregnancy (of course, leaving out 1st and 2nd trimesters). However on November 16, 2021, the manufacturer stopped enrollment at only 348 women because pregnant women in the study countries U.S., Spain, Brazil, and South Africa had allegedly already been vaccinated and were no longer eligible for enrollment. ⁵⁰ Fell et al. provide evidence that this can hardly be the case ⁵¹. In our eyes, with **a study size of only 10% of the originally planned participants, the aims of**

⁴⁸ Fraiman J, Erviti J, et al. **Serious adverse events of special interest following mRNA vaccination in randomized trials.** <https://ssrn.com/abstract=4125239>

⁴⁹ <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04754594>

⁵⁰ COMIRNATY (COVID-19 mRNA VACCINE) RISK MANAGEMENT PLAN. RMP Version number: 5 https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/comirnaty-epar-risk-management-plan_en.pdf

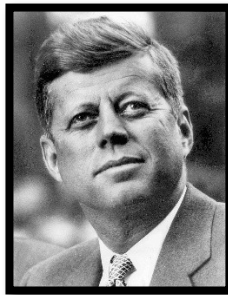
⁵¹ Razzaghi H, Meghani M et al. **Covid-19 vaccination coverage among pregnant women during pregnancy. – Eight integrated health care organizations, United States, December 14, 2020 - May 8, 2021.** MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021;70:895-9. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7024e2>

Spelsberg A, Keil U, **Re: Risk of preterm birth, small for gestational age at birth, and stillbirth after covid-19 vaccination during pregnancy: population based retrospective cohort study** <https://www.bmj.com/content/378/bmj-2022-071416/rapid-responses>

study NCT04754594/C4591015 as specified in the risk management plan cannot be achieved. Regulators are responsible for oversight and must inform the public about what went wrong in study NCT04754594/C4591015. Without access to individual participant data for independent scrutiny of randomized controlled trials we do not have reliable evidence to recommend Covid-19 vaccines for pregnant women.” ⁵²

El gran enemigo de la verdad a menudo no es la mentira, deliberada, artificial y deshonesto, sino el mito, persistente, persuasivo y poco realista.

John F. Kennedy



The great enemy of the truth is often not the lie, deliberate, artificial and dishonest, but the myth, persistent, persuasive and unrealistic.

Del trauma a la resiliencia: enfermedad orgánica y vida psíquica infantil

Herramientas para evaluar la alianza terapéutica en las escenas de juego

AUTOR: Jorge A. Goldberg

Índice

Prólogo

Capítulo 1: Consideraciones bioéticas

- I. Acerca del HIV y la historia de su abordaje en un Hospital público
 - II. La ética del cuidado en niños y niñas con enfermedad orgánica
 - III. Una concepción específica de la ética terapéutica
 - IV. Nuestro punto de abordaje procura ser el lugar en que se cruzan la ética del cuidado y la ética terapéutica
- Ejemplo clínico

Capítulo 2: El procesamiento psíquico de la afectación por el VIH en niños y niñas

- I. Historia de una modalidad de abordaje
- II. La función de la figurabilidad como logro de la vitalidad anímica
- III. La construcción del vínculo. Un desafío para el equipo de salud
- IV. Una propuesta vincular: la espera activa

Capítulo 3: La tarea de develamiento en niños y niñas afectados por el VIH

- I. Introducción
- II. Del desvalimiento extremo a la capacidad de preguntar: un logro subjetivo
- III. Dos ejemplos clínicos

Capítulo 4: Instrumento David Maldavsky: marco teórico y operacionalización de los conceptos

- I. Anécdotas epistemológicas hospitalarias
 - II. Marco conceptual: antecedentes y fundamento epistemológico de la propuesta.
 - III. Las definiciones conceptuales y operacionales del instrumento David Maldavsky
- Posición traumática

Posición acorde a la resiliencia

IV. Las cuatro escenas de la posición resiliente y sus correspondientes subcategorías

Escena acorde a la resiliencia I: Hacerse activo respecto de las vivencias de máximo desvalimiento (en la transmisión de la enfermedad orgánica crónica y las vivencias hospitalarias traumáticas)

Escena II: Distinción entre objetos y sustancias nutrientes de aquellas que son tóxicas

Escena III: Elucidar la localización y el origen de la enfermedad

Escena IV: Admitir el carácter crónico de la enfermedad orgánica

Los desenlaces psíquicos ulteriores

Capítulo 5: El instrumento David Maldavsky (IDM) y el estudio de la alianza terapéutica

I. Relevancia del problema

II. Objetivo

III. Definiciones conceptuales

IV. Operacionalización del concepto de función terapéutica

V. Secuencia de pasos en el uso del instrumento

Bibliografía

Prólogo

Este libro se propone describir y explicar las características del trauma y del trabajo psíquico en niños y niñas afectados por enfermedades orgánicas crónicas. La meta clínica de nuestra labor es el rescate de la condición de desvalimiento duradero. La tarea en cuestión nunca es meramente individual. La tesis de este libro es que el vínculo terapéutico, la calidad de la alianza terapéutica en juego, es de importancia crucial para acometer la labor de procesar el trauma derivado de nacer con una patología somática incurable.

Por su estructura interna, el libro consta de dos partes. La primera, más general, agrupa a los primeros tres capítulos. En ellos describo, sucesivamente, la perspectiva bioética como marco para el desempeño de la tarea clínica, el proceso de construcción de los conceptos que guían mi práctica y, finalmente, algunas propuestas para el trabajo de lo que usualmente se denomina “develamiento diagnóstico”. La segunda parte incluye a los capítulos 4, 5 y 6. En éstos, desarrollo las propuestas más específicas, lo que he dado en llamar el instrumento David Maldavsky, en homenaje a mi Maestro. El instrumento cuenta con dos elementos diseñados para el estudio de sesiones concretas. Uno de ellos es la descripción de un grupo acotado de escenas, prototípicas, que permiten establecer distinguos entre pacientes que se ubican en posición traumática respecto de otros que, por el contenido de sus escenas, pueden categorizarse dentro de lo que denomino posición acorde a la resiliencia. El otro elemento contribuye a estudiar las vicisitudes de la alianza terapéutica en el diálogo lúdico y verbal durante una sesión concreta, detectando los componentes constructivos y los obstructivos, en las intervenciones tanto de terapeutas como en las manifestaciones de sus pacientes. Finalmente, en el capítulo 7, pongo a prueba el instrumento mediante el estudio de un caso.

Deseo agradecer a un grupo de excelentes colegas: me refiero a Paula Abelairas, Florencia Finocchiaro y Melody Gargiulo. A lo largo de los últimos cinco años ellas con su curiosidad, sus ideas y su vocación contribuyeron en el proceso reflexivo que hizo posible este libro.

Ariel Wainer y Sebastián Plut aportaron su conocimiento generoso en la corrección de la versión inicial. Y antes y después de eso, recibí el valioso estímulo de su amistad.

Mariana Krojzl prestó una colaboración imprescindible a la hora de pulir el texto, de hallar los recursos expresivos aptos para dar cuenta de los conceptos que intento exponer aquí.

Por último, una breve referencia a mis vivencias personales durante el proceso de construcción de este texto, las cuales creo que vienen a cuento. Comencé la elaboración de este libro en el año 2019. Contaba entonces con un sostén en el ámbito afectivo y en el profesional que creía sólido, duradero. David Maldavsky era un pilar invaluable. Su apoyo emocional, su capacidad para contribuir a sacar lo mejor de mí y generar nuevas metas, eran un piso firme, vital. En el terreno laboral, mi trabajo en el área de pediatría con pacientes afectados por el HIV, era para mí algo gratificante y seguro. Del mismo modo que la sabiduría de David, eran insumos de los que yo podría seguir disponiendo. Abruptamente, en el curso de estos dos años, sobrevinieron dolorosas pérdidas. El golpe brutal de la muerte de David y la interrupción en el modo de atención habitual en el Hospital, por efecto del surgimiento de la pandemia, me condujeron a una experiencia de desconcierto e intenso desamparo. Avanzar y terminar con este libro forma parte de un esfuerzo tendiente a que el dolor se atenúe.

Al asumir el desafío del surgimiento de nuevos proyectos, resuena en mí en este instante un texto de Freud, el que lleva por título “La transitoriedad” (Freud, 1916a). Allí él sostiene que una capacidad de gozar de lo bello y valioso en la vida, requiere la aceptación respecto de su fragilidad intrínseca. Una flor, un artista, un pensador que encienden nuestra sensibilidad, más tarde o más temprano, perecerán. El antídoto humano disponible es la variable disposición de cada quien a la realización del duelo. El

trabajo de duelo contribuye a que la vitalidad no se nos vaya marchitando a medida que sufrimos pérdidas afectivas. Freud, refiriéndose a las pérdidas que dejan las guerras, lo dice con estas hermosas y vibrantes palabras: “Si todavía somos jóvenes y capaces de vida, se probará que nuestro alto aprecio por los bienes de cultura no ha sufrido menoscabo por la experiencia de su fragilidad. Lo construiremos todo de nuevo, todo lo que la guerra ha destruido, y quizá sobre un fundamento más sólido y más duraderamente que antes”.

Capítulo 1

Consideraciones bioéticas

I. Acerca del HIV y la historia de su abordaje en un Hospital público

A comienzos de los años noventa, los Servicios de Pediatría de los Hospitales públicos comenzaban a recibir una nueva patología: el HIV. El Hospital donde yo comencé a trabajar en ese tiempo, implementaba un modelo de atención clásico: evaluación de los síntomas y signos, decisión de una terapia antibiótica, mejoramiento sintomático y finalmente, el alta médica.

La llegada del HIV implicó un cambio, ya que al comienzo no había un conocimiento de los mecanismos de la enfermedad y, menos aún, de las terapéuticas eficaces. El grupo de profesionales se encontró ante una realidad complejísima, ya que estos pacientes quedaban fuera de la lógica del curar. Ponían en tela de juicio el saber hacer del equipo interdisciplinario. Ante el empeoramiento de cada paciente y la falta de herramientas para ayudarlo, hubo quienes ingresaron en un sendero de acusaciones y estigmatizaciones hacia su familia (“este chico está cada vez peor, la madre es una ignorante que no cumple con las indicaciones que le damos”).

Ulteriormente, a mediados de los años noventa, el tratamiento médico comenzó a tener mayor eficacia, gracias al llamado “cóctel de drogas”. Para un sector de los profesionales, con el progreso en el abordaje farmacológico, se habían resuelto todos (o casi todos) los problemas. Para ellos, el trabajo consistía, exclusivamente, en confirmar el diagnóstico de HIV y luego focalizarse en el tratamiento, combinando entre los varios medicamentos disponibles. Todo lo que importaba del paciente y su situación, se medía en números (la cantidad de virus circulante, el número de CD4) y en función de ellos, se tomaban las decisiones más cruciales. Incluso, cuando se trataba de identificarlos, no se hacía referencia a su nombre sino al número de cama (“¿tomó bien la medicación camita cuatro?”). La información diagnóstica, las decisiones médicas, circulaban exclusivamente entre los adultos en cuestión (profesionales y familiares a cargo de su atención).

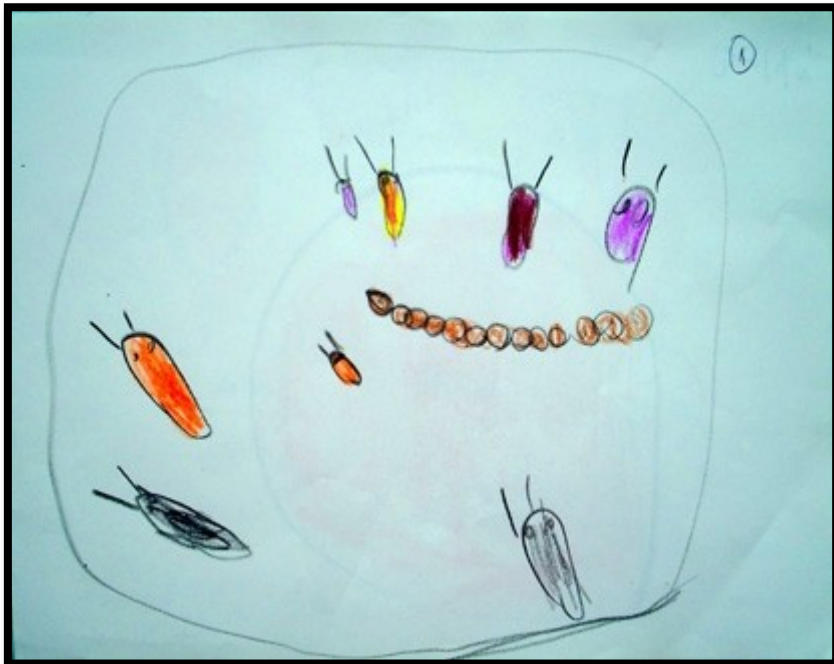
De todo este proceso, los profesionales psi quedábamos excluidos. Asimismo, a los niños y niñas, no se les asignaba dimensión subjetiva alguna. Desde mi lugar como terapeuta, la experiencia de ser destinatario de los dibujos que hacían en el marco de la sesión, me marcó definitivamente.

Veamos algunas de las referidas producciones gráficas:

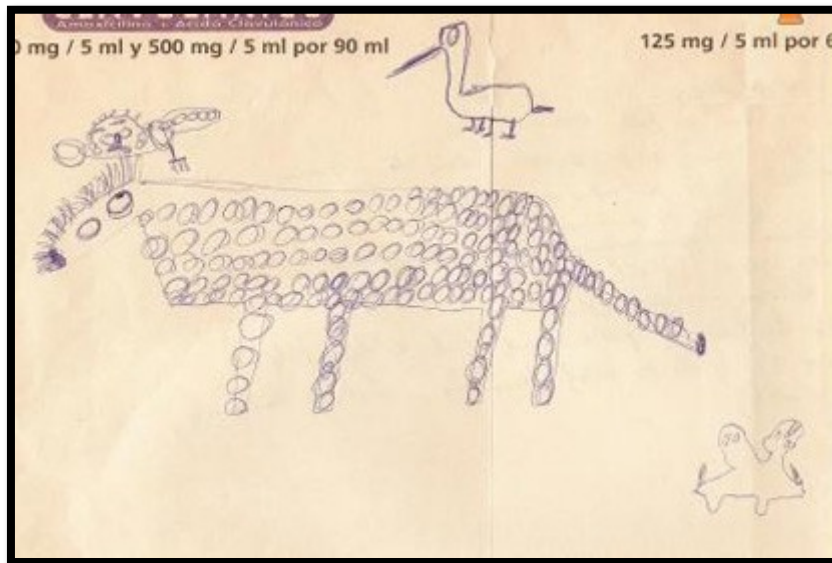
Dibujo 1: La niña, luego de dibujar, dice que el cuerpo tiene una araña (se observa que el animal crece y desborda los límites del cuerpo).



Dibujo 2: Bichos que viven dentro del cuerpo.



Dibujo 3: Caballo lleno de huevos de sapo en el interior de su cuerpo.



En estas producciones, el rasgo en común era que un cuerpo (humano o animal) resultaba invadido por bichos extraños. Las mismas constituían un mensaje, una apertura al diálogo: ¿qué me está pasando?, ¿cómo pueden ayudarme?. Estos “pensamientos dibujados” requieren de un “pensador” capaz de digerirlos y comunicarlos, como diría W. Bion (1962). Evidentemente con estas producciones interpelaban, a través mío, a una modalidad de atención que era incapaz de considerar su dimensión de sujeto (de deseo, de pensamiento, de derechos).

Paralelamente, con profesionales de diversas disciplinas intentábamos encontrar un nuevo lugar desde el cual encarar la atención de los pacientes HIV pediátricos. En el modelo que tratábamos de instaurar, cada decisión relevante (cuándo comenzar el tratamiento, la decisión del alta médica, etc.) implicaba un trabajo interdisciplinario: el de evaluar las condiciones económicas, sociales, vinculares y psíquicas del paciente y su contexto.

Recuerdo una anécdota de aquellos años. Durante bastante tiempo, una madre aseguraba que le daba los medicamentos a su hijo en su casa. Pese a ello, los resultados de los controles médicos eran desfavorables, lo que hacía suponer que no había buena adherencia al tratamiento. Pese a todo, la mujer impresionaba como creíble en su testimonio. Las cosas se aclararon cuando uno de nosotros se percató de preguntarle si guardaba los remedios en la heladera, a lo cual nos respondió que nadie le había aclarado que debía usar la heladera, ya que en ese caso hubiera dicho la verdad: que en su casa no hay heladera.

Entonces, podemos plantear dos reflexiones:

a) Cuántas veces una falencia del equipo profesional (por ejemplo: no informar adecuadamente) termina alimentando falsas conclusiones acerca del paciente (en el caso que recién comenté, algunos profesionales rápidamente tildaron a la mujer de mentirosa) y además genera fallos en los cuidados que los pacientes deben seguir en sus casas.

b) Cuando el equipo profesional considera al paciente solo en su dimensión de cuerpo biológico, estamos más propensos al error, en peores condiciones de entender sus padecimientos, sus alegrías, su representación de la enfermedad (si es que la tiene), los apoyos con los que cuenta (en el trabajo con niños y niñas el apoyo de los familiares resulta crucial).

Todas estas reflexiones nos introducen en el terreno de la bioética, de la ética del cuidado, que desarrollaremos en el punto que sigue.

II. La ética del cuidado en niños y niñas con enfermedad orgánica

La bioética entendida como ética del cuidado, nos convoca a discernir los contornos humanos de las situaciones médicas. La meta de este abordaje es resguardar, del mejor modo posible, la dignidad del paciente, su autonomía personal. Considerar su condición humana, social y cultural en cualquier circunstancia. El ejercicio de la bioética requiere, por parte del equipo de profesionales, ejercitar la capacidad de escuchar y el desarrollo de la sensibilidad y la empatía. Es imprescindible, asimismo, lograr hacer partícipes a la familia y al niño o niña, de las decisiones relevantes (como sería el cambio de medicación, entre otras).

El terreno propicio para estimular estas disposiciones es el amor a la actividad clínica, el compromiso diario con la situación de cada paciente. La decisión de desarrollar prácticas acordes a la ética del cuidado puede ser un elemento de cohesión valioso para un grupo de profesionales de distintas disciplinas que atienden a un mismo paciente. Por ejemplo, en una reunión del equipo de profesionales hay que decidir si, a un paciente cuyo estado de salud es precario, le damos autorización a su pedido de interrumpir su internación durante el fin de semana, dado que quiere ser parte del festejo del cumpleaños de su padre. En la medida en que quienes integran el equipo tengan, además de conocimientos atinentes a su disciplina específica, una dimensión inherente a la ética del cuidado, crecen las posibilidades de desplegar un diálogo fructífero a la hora de generar una respuesta al pedido realizado.

En las prácticas de salud, el respeto de la autonomía del paciente tiene gran relevancia. Ahora bien, en el trabajo con pacientes niños y niñas afectados por una enfermedad crónica, cuya dependencia respecto de los adultos significativos es tan grande: ¿Hay una autonomía posible del paciente hacia la que podamos apuntar?

Nuestra respuesta desde la perspectiva bioética es que promover la autonomía de quienes conviven con una enfermedad orgánica crónica consiste en contribuir a que otorguen significación a sus derechos, en tanto integrantes de dos colectivos específicos: el de la infancia y el de paciente afectado por una enfermedad crónica.

III. Una concepción específica de la ética terapéutica

En esta área del desempeño profesional, la ética terapéutica consiste en contribuir a que cada niño o niña pueda, en la medida de lo posible, rescatarse del desvalimiento que conlleva la enfermedad orgánica crónica. Más concretamente, que la patología somática resulte un estímulo para el pensar de quién la padece. Cabe destacar que, entre los testimonios más genuinos de esa labor de pensamiento, detectamos el esfuerzo por inteligir el modo en que el propio cuerpo contrajo la patología orgánica, su localización en el cuerpo, etc.

IV. Nuestro punto de abordaje procura ser el lugar en que se cruzan la ética del cuidado y la ética terapéutica

Como psicoanalistas dedicados a la infancia detectamos que la enfermedad orgánica contraída en un estado de máxima indefensión, es decir, antes de que ningún sistema

defensivo (inmunológico, psíquico) haya podido interponerse, tiene entre sus consecuencias relevantes la que sigue.

A la hora en que el niño o la niña en cuestión despliegue interés por entender –por ejemplo- en que consiste la enfermedad que conduce a que deba tomar medicación todos los días, probablemente no disponga de una materia prima apta (emociones, vivencias, representaciones) para producir una respuesta comprensible, genuina.

Mediante un ejemplo clínico, pondré en foco un momento crucial en el que una púber -afectada por el HIV desde el inicio de su vida- logra desplegar en sesión una conjetura acerca de la relación entre su engendramiento, la transmisión de la enfermedad y el fallecimiento de su madre.

Ejemplo clínico

Antonia tiene once años cuando ocurre el deceso de su madre y se muda a vivir con sus abuelos. Al inicio, la mutua integración (de la niña en el mundo familiar existente y la del grupo a las necesidades de ella), es extremadamente dificultosa. De hecho, por fallas constantes en la continuidad de los controles hospitalarios y en la toma de medicación, la paciente está en una situación médica delicada. En ese período, ninguno de los integrantes del grupo familiar conecta afectivamente con la gravedad del estado de Antonia. Ella misma, tras el fallecimiento de su madre, quedó más rígidamente ubicada en un tipo de carácter abúlico, del que costaba mucho rescatarla.

En una internación, acaecida a sus 12 años, ocurrieron hechos novedosos. En la entrevista con la abuela, ésta me relata que el ánimo de su nieta sufre “alteraciones” inexplicables. Tuve la oportunidad de hacer varias sesiones con la paciente. En las primeras entrevistas de juego, se mantiene en su estado de dócil apatía, aunque algo cambia cuando le propongo que se refiera a hechos que la enojan en la casa. En seguida responde que se debe a “que no la dejan invitar amigos a casa”. Luego, en varias entrevistas trabaja de modo más vital, con mayor compromiso subjetivo. En una sesión juega “a la familia”, dice que una de las hijas es “retrasada”. Luego agrega: “Cuando nació la nena retrasada, la mamá hizo mucha fuerza para que saliera la bebe, por eso a la madre se le rompieron los oídos y después se murió”. Le consulto si lo que quiere decirme es que la bebe cree que es a causa de su nacimiento que murió la mamá. Antonia confirma que eso es lo que me quiso expresar.

Luego le propongo una historia algo diferente: la mamá primero enferma y luego queda embarazada. Luego cuando la enfermedad se agrava, la mamá muere. Termino diciéndole que nada tuvo que ver el nacimiento de la hija con el fallecimiento de la madre. Antonia escucha y dice: “un bichito de la mamá entró en la cabeza del bebe”. Le pregunto y me confirma que lo que dice es que la niña es retrasada a causa del bichito que la madre le transmite. Ulteriormente realizamos juntos un dibujo de la escena antes relatada y utilizo ese material para hablarle acerca de la historia de su nacimiento y la de la enfermedad y muerte de su madre, cuyas causas, enfatizo, son atribuibles a qué, aunque era una persona grande, no se supo cuidar bien.

El caso de Antonia sirve para poner de resalto lo que advertimos con frecuencia en niños o niñas afectados por una sucesión de improntas traumáticas, como ser experiencias dolorosas referidas a la enfermedad orgánica crónica, el deceso de una madre o un padre, etc., y que desarrollan un estado afín al de la neurosis traumática.

Entre las manifestaciones que dan cuenta, tanto de la situación de arrasamiento subjetivo como así también del esfuerzo por sustraerse del mismo, se destaca un tipo de respuesta autoincriminadora en relación a la pregunta acerca de la causa que motivó la muerte de un progenitor. (No considero pertinente, en este apartado, conjeturar respecto de la influencia de los adultos significativos en el surgimiento del referido pensamiento en nuestro paciente).

La meta terapéutica, trasmudar a la patología orgánica en objeto del pensar, en el caso de Antonia, se despliega en intervenciones clínicas que contribuyen a que ella capte que su nacimiento no guarda ninguna relación con las causas de la muerte materna. Dicho

de otro modo: procuro rescatarla de sentir culpa por hechos cuya responsabilidad es ajena a ella. Aminorar la culpa tiende a facilitar el pensar acerca de la muerte de su mamá y de la transmisión de la patología del cuerpo materno al propio. Algo de este pensamiento queda expresado en la siguiente frase: “un bichito de la mamá entró en la cabeza del bebe”.

Respecto de la orientación hacia la ética del cuidado, que como dijimos implica que la niña confiera significación a sus derechos, podemos destacar el acceso al conocimiento de las causas por las que contrajo la patología. En ese sentido, la secuencia de intervenciones terapéuticas que empiezan con el dibujo y culminan con el poner en palabras la historia objetiva del enfermar en la familia, van en esa dirección.

Capítulo 2

El procesamiento psíquico de la afectación por el VIH en niños y niñas

I. Historia de una modalidad de abordaje

Cuando se me presentó, a comienzos de los años noventa, la oportunidad de trabajar en un Hospital público en la sala de Pediatría, en atención de niños y niñas afectados por el virus HIV, tuve una sensación mixta que reunía una difusa alegría y una nítida sensación de angustia. A poco de comenzar detecté uno de los motivos de mi ansiedad. ¿Cómo podría yo, psicólogo con orientación psicoanalítica, hacer pie en mi formación de base y apoyarme en esa teoría para brindar un aporte a estos pacientes que, en aquellos primeros tiempos, transitaban la vida entre los dolores orgánicos y las acechanzas de la muerte? De hecho, ubicar la finalidad de nuestra tarea en la sala no fue fácil, ni una directa derivación de ningún libro.

La necesidad de encontrar el perfil de nuestro trabajo surgió a partir de problemas concretos. El más significativo comenzó a perfilarse cuando algunos de los niños o niñas internados, una vez que establecían transferencia con el terapeuta, dibujaban espontáneamente figuras en las que parecía hallarse expresada la fantasía del contagio, y sobre todo, la de la enfermedad, e incluso del destino al creían encaminarse. Estas producciones, estos mensajes, abrían una puerta al diálogo (¿qué me está pasando? ¿cómo pueden ayudarme? ¿qué puedo esperar? ¿cómo me enfermé?) que me incluía y a la vez me excedía.

En ese momento cobra importancia el trabajo interdisciplinario. El equipo de pediatras, de formación tradicional, no tenía disposición ni para este trabajo de conjunto, ni para escuchar a sus pacientes y, en la comunicación diagnóstica, sólo consideraban como interlocutor, a los adultos responsables de ellos.

Un grupo de profesionales de diversas disciplinas comenzamos a interrogarnos acerca de qué debíamos hacer con respecto a lo que los dibujos dejaban entrever: el deseo de los niños y niñas de escuchar hablar de su cuerpo, de la enfermedad, de la medicación. Caímos en cuenta de que nuestra inacción podía reforzar el estado de indefensión en que se encontraban.

Fuimos haciendo un trabajo en dos direcciones:

1) Hacia las familias, tratando de conocer cómo se había tramitado en ese marco la cuestión. En su gran mayoría, reconocían qué, ante las preguntas que les hacían no lograban encontrar respuestas satisfactorias y recibían con alivio que pudiésemos ayudarlas a elaborar las respuestas posibles.

2) Una consulta hacia las leyes o códigos. No existía referencia alguna en torno al proceder desde la psicología en estas situaciones. Eran leyes “adultocéntricas”, esto llevaba a concluir que los niños y niñas no estaban contenidos en el Derecho. Eran enfermos niños o niñas y quedaban fuera del cuerpo de la ley. Hubo que remontarse a la Convención sobre los derechos del niño⁵³, que en su artículo 12, menciona:

1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño. 2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional. (ONU, 1989)

⁵³ La Convención sobre los derechos del niño tiene jerarquía constitucional en Argentina desde el año 1994.

II. La función de la figurabilidad como logro de la vitalidad anímica

La afectación del cuerpo de un niño o niña por el HIV por vía vertical tiene afinidad con lo que solemos entender en psicoanálisis como neurosis traumática (Freud, 1920g). El sistema avasallado en este caso es el sistema inmunitario infantil y el factor avasallante es el virus proveniente del cuerpo materno, el cual deja como sedimento la transmisión de una patología, una marca orgánica indeleble.

Para quien que atraviesa este trance vital, un desafío clave para su capacidad resiliente es el de sustraerse del riesgo de que la neurosis traumática, acechante desde la historia de la contracción de la patología orgánica, se entronice como estructura psíquica dominante. En buena medida, esto es así porque el contagio ocurre en un momento de máximo desvalimiento, antes de la posibilidad de apelar a alguna defensa (inmunológica o psíquica), de contar con la capacidad para registrar vivencias o emociones y generar representaciones del hecho. De tal modo, el estado de desvalimiento inicial es estructural, no aleatorio. Esta carencia de la materia prima para el trabajo de pensar, resulta una exigencia para la vitalidad anímica de cada quién. Cuando disponen de recursos vitales se advierte que se sobreponen a este obstáculo y conquistan la figurabilidad (Botella, 2014, Goldberg, 2018); es decir, generan material anímico apto para pensar la enfermedad orgánica en relación al cuerpo propio. Es posible inferir que el esfuerzo coligado de la pulsión de apoderamiento de los traumas (Freud, 1920g), del deseo de inteligir la verdad (Freud, 1937d, Bion, 1962) y del deseo de sanar (Freud, 1933a, Maldavsky, 1996) facilite la creación de esta función de figurabilidad, la cual tiene como contribución esencial que la neurosis traumática acechante no resulte el desenlace psíquico prevalente.

Si en una persona que contrajo el HIV en su adolescencia o adultez, advertimos un empuje a procesar psíquicamente cómo llegó a tal situación, puede hallar escenas, recuerdos, de ciertas decisiones psíquicas, las cuales pueden volverse objeto de su autocritica. Por ejemplo: “Yo hace unos años ‘estaba en cualquiera’: con mi grupo de amigos sentíamos que nada nos podía pasar. Todo el día estábamos de fiesta. Tampoco cuando me dieron el diagnóstico di mucha bola. Pero después de esta internación, creo que me cayó una ficha”. En el contexto de un proceso psicoterapéutico, un relato de este tipo es posible en un adulto que procura desplegar un duelo de una posición (la de “estar de fiesta todo el día”) en camino a investir una nueva perspectiva psíquica que tome en consideración la admisión de la enfermedad orgánica en el cuerpo propio y el requisito ineludible del tratamiento médico para afianzar el cuidado de su salud. Lo que deseo enfatizar es que en pacientes adultos la posibilidad de establecer enlaces causales entre un conjunto de hechos recordables (en el ejemplo previo, las vivencias de la época en que estaba todo el día de fiesta) y un conjunto de efectos (le “cayó la ficha” de que está enfermo), es algo que facilita el trabajo psíquico.

Los niños y niñas infectados verticalmente, que intentan rescatarse del riesgo de que se entronice una neurosis traumática en su subjetividad, tienen una tarea previa y primordial: crear las emociones y las representaciones con las que luego puedan construir pensamientos. El trabajo terapéutico, según yo lo entiendo, tiene como una de sus tareas fundamentales contribuir a crear las emociones y las representaciones para que se pueda plasmar el mencionado procesamiento psíquico.

III. La construcción del vínculo. Un desafío para el equipo de salud

La condición estructural que coloca a niños y niñas que contraen el HIV por vía vertical en una situación de desvalimiento orgánico y anímico, sumado a los requerimientos del tratamiento médico que incluye prácticas naturalmente invasoras (pruebas diagnósticas, extracciones de sangre, controles, etc.), coadyuvan a que en la modalidad

de transferencia inicial que establecen con el equipo interdisciplinario tratante se desarrollen estados afectivos específicos.

Entre éstos se destacan la angustia automática, el pánico, la furia impotente y la lástima por sí mismo. En estas circunstancias, el proceder del plantel hospitalario puede incidir negativamente si su modalidad de ejercicio profesional sólo considera el cumplimiento de los preceptos médicos (perspectiva bióloga) y desestima la contribución que la empatía y disposición a explicar aquellas prácticas pueden aportar a niñas y niños que, para afianzar su capacidad de resiliencia, requieren hallar un fundamento contextual firme, el cual en buena medida puede ser la actitud humana de los adultos a cargo.

El abordaje hospitalario realizado con un criterio reduccionista –por ejemplo, el bióloga- aumenta el riesgo de hacer crónica la condición del desvalimiento estructural al perpetuar el trauma activado durante la transmisión del HIV: el cuerpo propio en el lugar de objeto indefenso ante fuerzas hiperpotentes que descargan su toxicidad, sus tensiones, en él.

En circunstancias más propicias, el grupo de profesionales tratantes contribuye a generar en estos niños y niñas modalidades vinculares de mayor calidad, en cuyo seno sea posible el florecimiento de la disposición a la resiliencia.

IV. Una propuesta vincular: la espera activa

La complejidad de la situación de conciliar prácticas profesionales objetivamente invasoras (entre ellas, destaco la extracción de sangre), con el requisito de volverse confiables para niños o niñas puestos en situación de paciente, no afecta a todos los profesionales actuantes por igual. Un terapeuta, al quedar eximido de participar de los mencionados actos médicos, puede aprovechar tal situación para propiciar una modalidad vincular que haga diferencia, que matice las prácticas más coercitivas (ingesta de medicación, por ejemplo)

Mariela es una niña de cuatro años. Cursa la enfermedad del SIDA en estadio avanzado. Su relación con las prácticas médicas se caracteriza por la reacción furiosa, finalmente impotente. Prueba de esto es cómo reacciona ante el ingreso de cualquier profesional a su box: se pone de espaldas, se acurruca, grita.

Frente a esta situación mi estrategia de abordaje con ella es la que denomino espera activa. En los hechos consiste en prohibirme trasponer la puerta del box de Mariela, desplegar una labor desde el umbral mismo de la puerta. Esto último se plasma en acercarme a diario a ese lugar (antes o mucho después de las revisiones médicas de rigor), saludarla, lograr que sus ojos tropiecen con mi presencia, esperar en un breve lapso alguna respuesta y, enseguida, retirarme. En algunas ocasiones incluso noto que en el encuentro visual su habitual gesto duro se desarma.

Cuando una mañana, luego de verme, esconde su cara tras la almohada. Entiendo que se abre una posibilidad nueva, la del jugar a presentar y sustraer el rostro. En los días siguientes comienza a convocarme por mi nombre, primero para ocupar mi lugar de juego desde el umbral de su box, poco tiempo después me solicita que ingrese al interior de la habitación a jugar con ella.

En síntesis, la espera activa consiste es una propuesta vincular en que el terapeuta se configura en un estímulo no invasor, abierto al llamado por su paciente, y responde desde su disposición a la ternura y la creatividad. Es uno de los modos específicos de la función del psicólogo respecto de otros profesionales, que puede ser aprovechada en beneficio de sus pacientes.

Capítulo 3

La tarea de develamiento en niños y niñas afectados por el VIH

I. Introducción

Se suele utilizar el término develación (Adaszko, 2006) para dar cuenta del fenómeno por el cual un paciente niño o niña se anoticia de su condición de afectado por alguna patología orgánica.

La tarea de develación diagnóstica en el ámbito pediátrico tiene al menos dos diversos modos de abordaje. Uno tiene la modalidad de un acto; el otro, la de un proceso. Explicamos ambas. Quienes realizan el develamiento como acto, toman en cuenta un factor al que otorgan máxima relevancia, por ejemplo, la edad cronológica del paciente. Consideran la edad de 12 o 13 años como un momento propicio. De esa manera, cuando el paciente alcanza esa edad, el equipo de profesionales inicia el develamiento. Entre los fundamentos que orientan este proceder hay uno que deseamos destacar. La información tiene dirección unívoca: desde el saber del profesional se dirige hacia la ignorancia del púber. El contenido y la dosis de información que requieren los pacientes, se supone que en todos los casos es semejante.

Quienes trabajamos el develamiento como proceso, apuntamos a crear un vínculo de confianza con el paciente y su familia. Lo hacemos desde el momento en que comienzan a atenderse en el Hospital. Este abordaje implica a buena parte de los integrantes de la Sala: es un trabajo interdisciplinario. Nuestra función específica como psicólogos es crear y sostener en el tiempo un espacio de diálogo y juego en cuyo seno estos niños y niñas desplieguen el esfuerzo por dominar sus traumas, su deseo de saber, su deseo de sanar. En síntesis, su vitalidad.

El adoptar este modo de trabajo no fue producto de una decisión abstracta. Por el contrario, ha pesado fuertemente el impacto de ciertas experiencias concretas.

Al respecto recuerdo que hace muchos años, Jesica, una paciente de 5 años con un SIDA avanzado, en determinado momento dibuja un cuerpo humano, dentro del cual una araña ocupaba todo el espacio “de la panza” (ver Dibujo 1). Luego de darme tiempo para mirarlo, dijo la siguiente frase: “Éste sos vos. Ésta es una araña dentro de mi cuerpo”. Es decir, Jesica describe que mi cuerpo engloba a la araña y a ella misma. El dibujo de la araña, colonizando, creciendo desmesuradamente en el interior del cuerpo, era un modo de procesar su estado orgánico actual, caracterizado por el aumento de la carga viral y la claudicación del sistema inmunológico.

Cabe considerar entonces que ese gráfico nos interpela respecto del develamiento, pero de un modo específico: el dibujo ya contiene un cierto saber respecto de lo que le está ocurriendo en el interior del cuerpo (en este caso, el supuesto de que hay un objeto extraño al propio cuerpo que crece dentro de él sin control).

Una vez que emergimos de la sorpresa que nos produjo este material (y otros con características parecidas) con el equipo de la sala encabezado por el Dr. Hirsch, jefe de la sala de Pediatría, comenzamos a esbozar nuestro estilo en la práctica del develamiento al que concebimos, valga la redundancia, como un proceso.

He aquí algunos de los principios que orientan nuestra práctica referida al manejo de la información con nuestros pacientes:

- Nuestro abordaje no tiene una dirección unívoca: el niño o la niña afectado por el VIH es un sujeto activo que produce sus propias preguntas, sus propias teorías de lo que le ocurre. El profesional tiene que desarrollar una aptitud para escuchar esas preguntas y, sólo después, darse una estrategia respecto de ellas (a veces el niño o niña nos requiere como testigo, en otras ocasiones requiere que le aportemos información objetiva).

- Cabe facilitar, en nuestros pacientes, la disposición a una actitud interrogativa, estimulando que se preguntan y nos pregunten. Por ejemplo, cuando nos muestran la marca que dejó la aguja con la que le extrajeron sangre, preguntamos: “¿alguien te dijo alguna vez para qué te sacan sangre?”, “¿sabés qué hacen con tu sangre después que se la llevan de la Sala?”. Nos ubicamos como aliados de su deseo de saber. Intentamos potenciarlo. Sabemos qué, si el deseo de saber de un niño o niña se encuentra con indiferencia, mentiras o con respuestas estereotipadas de parte de los adultos, se puede apagar su sed de conocer, acaso para siempre. Y puede decodificar que el tratamiento médico y sus procedimientos constituyen un mero ejercicio de violencia del cual su cuerpo es soporte. En ese caso puede creer que sólo le caben dos opciones: someterse, acatando sin entender medidas y procedimientos que le imponen, o desplegar actos de rebeldía frecuentemente secretos (simular obediencia y repudiarla arrojando la medicación por el retrete).
- Es muy importante el trabajo con los adultos significativos. Tendemos a explicarles la importancia que tiene la verdad en el tiempo psíquico de la niñez, en su disposición a la adherencia. Claro, una verdad dosificada en función de las necesidades singulares de cada quien. Si vamos a aportarle una nueva información, antes consensuamos con sus familiares acerca de lo que pensamos decirle. Es muy importante que exista coherencia entre las distintas fuentes de consulta que pueda tener.
- Procuramos que nuestro deseo de informar no adelante ni atrase respecto de la capacidad de entendimiento y receptividad de cada sujeto infantil. Las decisiones respecto a mantenernos como testigos de su saber adquirido, en aportar una información requerida, o sencillamente, esperar que maduren las condiciones para hacer algo de esto, se producen en la espontaneidad de cada vínculo con el paciente y su familia.
- Finalmente, esta tarea se despliega en escenas (de juego, de diálogo). Nuestro objetivo es que cada una de ellas constituya una verdadera experiencia emocional. Que ponga en marcha o relance el esfuerzo de digerir psíquicamente los aspectos más arduos de esta patología, entre ellos, que el HIV aún no tiene cura.

II. Del desvalimiento extremo a la capacidad de preguntar: un logro subjetivo

Nuestros pacientes son, en su mayoría, niños y niñas que contrajeron el VIH por transmisión materna (durante la gestación y/o el amamantamiento temprano), lapso de tiempo previo a la posibilidad de interponer alguna defensa (inmunológica o psíquica). Por lo cual no cuentan con recuerdos ni vivencias de la época en que aconteció la transmisión.

Nos preguntamos: ¿Cómo pensar en algo si se carece de las representaciones sobre las que apoyar el pensar? Este es el mayor obstáculo para desarrollar el trabajo anímico, para producir sus propias preguntas. Nuestra tarea como psicólogos es captar la potencialidad de ciertos actos del paciente (dibujos, actividades motrices en el juego, ciertas frases) para aludir o condensar algo de la historia del desvalimiento del niño o la niña en relación a la patología orgánica de base y/o a los traumas de su grupo familiar, imposibles de nombrar con palabras.

Veamos concretamente como el juego puede resultar un facilitador para iniciar el proceso de develamiento.

III. Dos ejemplos clínicos

Waldo, es un niño de tres años alimentado a pecho hasta hace pocos meses. Recibe la transmisión del HIV por vía vertical. En los encuentros conmigo se advierten frecuentes momentos de desconexión y un autoerotismo oral en que comenzaba

ansioso y culminaba somnoliento. Entre sus “juegos”, uno me llama la atención: toma una mamadera de juguete y la lleva a la boca, una y otra vez, en silencio. Le pregunto qué toma, Waldo contesta de manera clara y elocuente: “cucarachas”. Al rato produce una modificación: me ofrece la mamadera con cucarachas a mí. Le respondo: “yo no tomo las cucarachas, las escupo”. Mi respuesta parece sorprenderlo. Luego, al verme dramatizar varias veces el acto de escupir, comienza a jugar a que él mismo es quien escupe cucarachas.

Este juego da lugar a otros en los que se hace notoria una mayor vitalidad del nene. Comienza a hacer dibujos de cucarachas. En la misma línea, formula preguntas acerca de la función de la medicación y la ingiere con más confianza que hace tiempo atrás. Todas estas decisiones (dibujar, preguntar, ingerir el remedio) son testimonio de que Waldo está psíquicamente vivo. Algo bien diferente al estar desconectado y, en ese estado, tomar decisiones tales como tragar cucarachas. Es posible advertir, creo, que las escenas de juego facilitan el despliegue del deseo de saber, la vitalidad anímica, el deseo de sanar.

Violeta tiene 5 años. Hace muy pocos días comienza a tomar la medicación específica para contribuir al fortalecimiento de su sistema inmunitario. En una sesión me cuenta que suele vomitar el remedio. Me informa, además, que duerme mal en la Sala del Hospital. Le pregunto entonces qué es lo que le ocurre a la noche. Para mi sorpresa responde que a la noche “un bicho me agarró la pata”. Le ofrezco dibujarlo, y lo hace. Luego le pido que dibuje su “pata”, esa que el bicho le agarra. Violeta vuelve a tomar el marcador y la agrega. Ulteriormente dibuja a la sábana con la que cubre a la pata y el bicho. Un instante después se le ocurre como modo de defenderse “cortar al bicho con una tijera”. Toma una tijera de la caja de juegos y efectúa el corte en la hoja de papel, separando a su pata del bicho. Ante mis preguntas responde que el bicho, que es malo, quería jugar con su pata. Luego se le ocurre guardar al bicho dentro de una caja. Le digo que ha de ser muy difícil dormir si cree que, tras conciliar el sueño, va a quedar indefensa ante los bichos.

En esa y otras sesiones conversamos acerca del trabajo que hace la medicación dentro de su cuerpo; algo parecido a lo que ella espera de las tijeras. Es decir: corta el crecimiento de los bichos, cuida la salud a las personas, tanto cuando están despiertas como cuando están dormidas, entonces es posible dormir más tranquila, sin miedo a los bichos.

Los actos psíquicos de Waldo y Violeta (escupir, dibujar, relatar, cortar y guardar, y contar) dan carnadura a las experiencias emocionales que se construyen en el contexto de un vínculo facilitador.

En relación al develamiento, la función primordial del abordaje de proceso es la de contribuir a que cada paciente construya una significación personal de aquello a lo que lo que, desde el campo de la salud, denominamos adherencia al tratamiento. A estos procesos psíquicos, algunos de nuestros pacientes los despliegan más firmemente, otros los inician y se detienen en algún punto, y un grupo restante nunca lo inicia, quedando en una postura meramente pasiva. Estas diferencias probablemente dependan del mundo familiar y de los recursos anímicos (la disposición a la resiliencia) con los que se cuenten en cada caso. Con nuestro abordaje de proceso pretendemos respetar y no avasallar esas diferencias.

Capítulo 4

Instrumento David Maldavsky: marco teórico y operacionalización de los conceptos

I. Anécdotas epistemológicas hospitalarias

Hace ya muchos años, cuando comencé mi práctica clínica en el hospital, e intentaba hallar ciertos parámetros para precisar mi función específica, era frecuente que uno de los pediatras de mayor experiencia me pidiera información sobre “la estructura psicológica” de los pacientes que atendíamos a diario. Ante su insistencia, yo me sentía ante una situación de difícil salida, dado que las eventuales respuestas que podía pergeñar a esa demanda, contenían un lenguaje psicoanalítico (por ejemplo: referirme a un psiquismo en constitución, o a determinadas pulsiones e identificaciones, etc.), que me daba la impresión que no era lo que aquel médico deseaba recibir de mí.

Aquel pedido suscitaba una objeción interna a responder, algo que yo mismo no lograba entender. Tiempo después entendí que buena parte de mi malestar se debía a que el pediatra me convocaba a jerarquizar lo estático, la estructura, cuando lo más notorio en la niñez no es la supuesta estabilidad de la estructura, sino más bien cómo se despliegan procesos de transformación, de cambio psíquico.

De hecho, en mi experiencia ya era notorio como muchos de mis pacientes del Hospital desplegaban un trabajo psíquico mediante el cual generaban diversas hipótesis, de creciente complejidad, con el propósito de darle carnadura psíquica al virus, transmutarlo en un objeto aprehensible por el pensamiento y la experiencia emocional. Otra cuestión relevante fue el desafío de participar en trabajos de investigación de tipo interdisciplinario (Hirsch *et al.*, 2010) en los que nos proponíamos evaluar, en niños, niñas y púberes afectados por el HIV, la calidad de la adherencia al tratamiento médico y las teorías que construían en relación a las causas por las que recibían medicación. En las investigaciones reapareció el problema de estudiar los problemas psicológicos complejos, entre ellos el modo en que estos niños y niñas procesan psíquicamente la condición de enfermos orgánicos y, a la vez, hallar un lenguaje, una terminología que, en la medida de lo posible, no sea cerrada ni hostil respecto de los profesionales que trabajan a nuestro lado y que desean, con nuestro aporte, enriquecer su propio punto de vista en relación al paciente.

El término resiliencia, de creciente circulación social, me hizo considerar la posibilidad de su uso en la medida en que yo le pudiera conferir una significación precisa (y de ese modo evitar el obstáculo que los términos meramente descriptivos conllevan a la hora de afinar el rigor conceptual).

Un conjunto de diversas teorías psicoanalíticas -la de las pulsiones, la del vínculo terapéutico, etc.- constituyeron un sostén en el esfuerzo de transformar el término resiliencia en un concepto útil, tanto para estudiar el estado psicológico actual de estos niños y niñas afectados por el HIV, como así también la calidad del vínculo terapéutico en una sesión concreta.

En tal sentido, efectivamente, a los términos de resiliencia (y al de trauma) les fui confiriendo una significación nueva (o relativamente nueva) y cobraron forma conceptos operacionales como el de posición acorde a la resiliencia y posición traumática, que desarrollaré más adelante en este capítulo.

Esta terminología conceptual, desde el punto de vista de la comunicación entre profesionales, tiene la ventaja de ser más llana que la jerga que solemos usar entre psicoanalistas, y pone en foco lo más relevante que podemos comunicar a los colegas de interdisciplina: si el niño o niña en cuestión atraviesa su circunstancia con un predominio de vitalidad psíquica (posición acorde a la resiliencia) o si, más bien, su postura es la de bajar los brazos (posición traumática), y zanzar el camino para pensar estrategias terapéuticas acordes a cada situación concreta.

En síntesis, el interés de profundizar en el conocimiento de los procesos psíquicos de niños y niñas afectados por el HIV y el de lograr comunicar los hallazgos de la tarea terapéutica a los profesionales de la interdisciplina, fueron exigencias que se coligaron para estimular el esfuerzo dirigido a dar cuenta de mi trabajo clínico.

Respecto de lo imperioso que resulta el esfuerzo de formalización en el trabajo psicoterapéutico con pacientes niños y niñas, cabe citar a Rodolfo (2012): “El psicoanálisis no construyó ningún criterio de lectura para aprehender la forma de los juegos o su armadura, su organización secuencial” (pág. 187). Quienes nos dedicamos a la investigación sistemática en psicoterapia con niños, niñas y adolescentes, constatamos que hay una carencia de instrumentos confiables para estudiar el proceso terapéutico y el cambio clínico en la sesión concreta.

Ante este cuadro de situación epistemológico decidimos encarar la construcción de un instrumento capaz de categorizar con precisión los rasgos de las escenas que den cuenta de las posiciones traumática y la acorde a la resiliencia, y, que a la vez, permita evaluar la labor del terapeuta a partir de sus intervenciones clínicas concretas.

II. Marco conceptual: antecedentes y fundamento epistemológico de la propuesta.

Diversos autores (Bion, 1977, Liberman, 1970, Maldavsky *et al.*, 2007) sostienen que la renovación imprescindible de la actividad clínica psicoanalítica requiere, de parte de sus practicantes, la actitud de zanzar la distancia entre las teorías abstractas y las escenas concretas que emergen desde el decir y el hacer de un paciente concreto en sesión.

En tal sentido, D. Liberman (1972) hace un doble aporte:

a) redefine operacionalmente las estructuras clínicas: propone el concepto de estilos en el diálogo analítico. Los estilos son el punto de cruce entre la metapsicología (defensas, puntos de fijación) y los recursos expresivos, específicos para cada estructura psíquica. Por ejemplo: en el estilo dramático, se combina la pulsión fálico genital con la abundancia de dramatizaciones y las redundancias semánticas y sintácticas, carentes de síntesis. Cada paciente es, a su vez, un manojo de estilos, siendo alguno prevalente y otros aportan como subcomponentes. La psicopatología consiste en la hipertrofia de un estilo, en detrimento de la combinación entre varios de ellos.

La transformación de las teorías abstractas de las estructuras clínicas en la propuesta de los estilos constituye un modo de construir definiciones operacionales, las que se ubican a mitad de camino entre las teorías generales y las manifestaciones concretas de los pacientes durante la sesión.

b) afirma que estudiar una sesión implica enfocar en el diálogo entre terapeuta y paciente. Con ese propósito produce instrumentos. Entre ellos, la operacionalización de los conceptos de alianza terapéutica, como así también el de fluidez o atrapamiento clínico.

Respecto de la alianza terapéutica plantea que, quien colabora en su análisis, rectifica los errores de su analista, inadvertidamente desde su inconsciente. En el mismo sentido, al captar la superación de dificultades, aumentan la confianza en el analista y el interés por la terapia. En caso de que el analista se desempeñe desorientado clínicamente durante un tiempo extenso, abandonan el tratamiento en un acto de salud. En modo inverso, el paciente obstructivo es el que ratifica al terapeuta en sus desaciertos, y rectifica los aciertos analíticos (esta propuesta parece inspirarse en el planteo que Bion hace respecto de ciertos pacientes cuya meta en el tratamiento es alimentar el enfoque erróneo de sus analistas, lo que este autor denomina “reversión de la perspectiva”).

En relación al estudio de los encuentros y los desencuentros clínicos, discriminó las intervenciones clínicas no tanto por el rasgo técnico (interpretación, construcción etc.)

sino por el estilo, por el lenguaje de pulsión implicado en el decir del terapeuta (Maldavsky *et al.*, 2007). Propuso que para cada estilo del paciente existe un complementario óptimo del analista. Por ejemplo, en el estilo esquizoide prevalece la tendencia a la abstracción y la falta de compromiso en el despliegue de escenas. A su vez, en el estilo histérico prevalece la redundancia y el despliegue dramático. De tal modo, si el analista utiliza el primero le aporta a este último su complemento óptimo al conducir a detectar lo común en la redundancia.

David Maldavsky profundiza la orientación libermaniana. Construye un método sistemático de cuño psicoanalítico, el Algoritmo David Liberman (ADL) (Maldavsky, 2003a, Maldavsky *et al.*, 2007), apto para estudiar frases, relatos y palabras de paciente y terapeuta y hacer análisis multivariados. El ADL permite estudiar sesiones concretas, detectar una variedad de deseos y defensas e inferir cuales son las prevalentes y la presencia o no cambio clínico. Además, el método puede aportar elementos para inferir si las intervenciones terapéuticas resultan una contribución o un obstáculo al cambio clínico del paciente.

El instrumento que estamos construyendo, al que denominamos David Maldavsky en homenaje a mi Maestro, aún está en proceso de consolidación científica, de modo que no está a la altura de las propuestas recién mencionadas, cuyo nivel de sofisticación, desarrollo y alcance es mucho mayor.

Aclarado esto, digamos que con el propósito de iniciar la presentación de nuestro método, hago a continuación un somero contraste entre éste y las referidas propuestas de Liberman y Maldavsky.

Semejanzas:

Enfocamos el estudio de las escenas entre paciente y terapeuta como fuente de información acerca de la calidad de la alianza terapéutica y el cambio clínico en la sesión concreta.

Procuramos detectar el rol (constructivo u obstructivo) que paciente y terapeuta juegan respecto a facilitar o interferir el trabajo de procesamiento psíquico de la enfermedad orgánica crónica.

La sensibilidad del instrumento permite captar en una misma sesión escenas correspondientes a más de una posición (traumática/resiliente) e, incluso, dentro de una misma posición podemos detectar la existencia de subcategorías, planteándose el problema de detectar prevalencias en el contexto de cada sesión.

Diferencias:

Nuestro instrumento sólo sirve para detectar un conjunto acotado de manifestaciones (las referidas al procesamiento anímico de la enfermedad orgánica crónica) de un grupo etario específico, el de niñas y niños.

En la inferencia respecto a la posición acorde a la resiliencia se cuenta como elemento definitorio el hecho de que, en la sesión, cobren relevancia un grupo reducido de escenas, cuyo contenido es específico. El conjunto de escenas relevantes no se deriva directamente de ninguna teoría psicoanalítica conocida (aunque abrevia influencias de más de una de ellas), sino que constituyen un hallazgo de nuestra reflexión acerca del trabajo clínico con niños y niñas afectados por enfermedad orgánica crónica.

III. Las definiciones conceptuales y operacionales del instrumento David Maldavsky

Posición traumática

- *Definiciones conceptuales relevantes:*

Trauma. La afectación del cuerpo de un niño o niña por una enfermedad orgánica heredada (por ejemplo el HIV transmitido por vía vertical) tiene afinidad con lo que solemos entender en psicoanálisis como neurosis traumática (Freud, 1920g).

En el caso mencionado, el sistema avasallado es el sistema inmunitario infantil y el factor avasallante es el virus proveniente del cuerpo materno (el cual deja como sedimento la transmisión de una patología, una marca orgánica indeleble).

Para cada niño o niña que atraviesa este trance vital, un desafío clave para su capacidad resiliente es el de sustraerse del riesgo de que la neurosis traumática, acechante desde la historia de la contracción de la patología orgánica, se entronice como estructura psíquica dominante. Si esto último ocurre, en nuestro trabajo clínico nos encontramos con quienes bajan los brazos prematuramente. Freud (1923b) afirma que el factor eficaz en la consolidación de la posición de quien claudica de ese modo es el de “verse abandonado por los poderes protectores” (pág. 59), entre los cuales se cuentan el amor de los otros significativos o el del propio superyó.

Respecto de la condición subjetiva de quien atraviesa un trauma, Freud la caracteriza como un estado de desvalimiento motriz y psíquico (Freud, 1926d). Maldavsky destaca que lo nuclear del trauma se caracteriza por la falta de vitalidad anímica, una depresión sin matices afectivos, una hemorragia libidinal que contribuye a un estado desintegración psíquica más o menos radical (Maldavsky, 1992).

Identificaciones. La posición traumática organiza su precaria estructura en base a identificaciones del siguiente tipo:

a) igualación adhesiva (Tustin, 1990). Es el intento de confundirse con las características intrínsecas de un objeto inanimado. Por ejemplo, el aferrar una llave con la meta de asimilarse al rasgo de dureza del objeto.

b) identificación adhesiva (Meltzer, 1975). Consiste en el intento de interferir en el caos yoico apelando a un vínculo con un sujeto con el que se jerarquizan dos elementos: la imitación superficial de algunas características externas y el mantenerse de modo permanente dentro del foco de la atención de éste. La habilidad en el uso de este mecanismo puede resultar mayor o menor según el niño o niña en cuestión, lo que constituye una diferencia respecto de la pregnancia de la posición traumática en cada quien.

Atención psíquica. El desempeño de la atención psíquica en este estado del yo queda, en buena medida, sintetizada por lo que Meltzer denomina desmantelamiento pasivo. Este concepto alude a un tipo de desenlace de la atención, en que se pierde la capacidad de focalizar el interés en la captación de las percepciones y las emociones. Al decir del autor “los sentidos vagan y se adscriben versátiles, a los estímulos más llamativos del momento” (Meltzer, op. cit., pág. 12).

-Subcategorías en el interior de la posición traumática

El estudio fino de sesiones de niñas y niños que atraviesan la posición traumática permite detectar dos subcategorías dentro de la misma, una lógicamente más compleja que la otra. Un elemento clave para distinguir entre ambas es que la más regresiva no logra desarrollar un movimiento expulsivo respecto del trauma (o sólo realiza un amago de expulsión), en cambio la postura más evolucionada consume la acción omnipotente de arrojar el trauma fuera del cuerpo. Denomino a ese acto expulsivo, acto catártico inespecífico.

En los hechos consiste en (uno o varios) actos de descarga mediante gritos, golpes, etc., tendientes aligerar tensiones antes que la acción específica sea descubierta (Freud, 1950a). Los actos catárticos inespecíficos a veces resultan disruptivos en el contexto de una escena de juego (por ejemplo: un nene tras intentar manipular un lápiz y hacer algunos trazos en la hoja, de pronto lo suelta y efectúa sucesivos golpes a la mesa). En otras ocasiones resultan contiguos temporalmente a una situación potencialmente traumática (por ejemplo: una paciente, tras haber atravesado la experiencia de una

extracción de sangre sin emitir sonido alguno, al ingresar al consultorio psicológico prorrumpie en una gritería ensordecedora).

Lo contrapuesto al acto catártico inespecífico, es el acto catártico realizado mediante acción específica. En este campo conceptual que estamos desplegando, acción específica tiene la siguiente definición: consiste en el acto que, desde una posición activa, el paciente hace recaer en el cuerpo y la mente del terapeuta. Lo específico alude concretamente a que, en la acción, el paciente inocule en el terapeuta algo de lo nuclear de su estado traumático.

<i>Subcategorías</i>	Estado afectivo	Configuraciones vinculares en sesión
Posición traumática regresiva	Oscila entre la adhesividad y la desconexión afectiva	Dócil apatía hacia el terapeuta Atención fugaz durante la sesión, no despliega un juego. Se conecta con ciertos rasgos de los objetos, como lo pegajoso (mocos, plastilina), o la dureza (aferrar una llave). Amago de acto catártico (grito que se ahoga) Parálisis motriz y psíquica en sesión: irrumpe el estado traumático que se manifiesta en el advenimiento de un estado de máxima indefensión.
Posición traumática de mayor complejidad	Afectividad catártica (tendencia a expresar expulsivamente los estados afectivos, por ejemplo el de la furia).	Realiza actos catárticos inespecíficos. Logra sostener la atención propia para producir una situación de juego sobre la que después activar la catarsis (por ejemplo: armar una torre para luego derribarla de un golpe). A la catarsis, puede seguirla el intento de explorar o construir un objeto que contenga un espacio interno, habitualmente sin lograrlo de modo acabado (por ejemplo: armar una casa que carece de techo). La estrategia adhesiva se despliega más específicamente respecto de la persona del terapeuta, de quien pretende capturar su atención, su motricidad y su capacidad resolutive.

Ejemplos clínicos

-Posición traumática regresiva.

Fragmento de sesión con Mirka (3 años, contrajo el HIV por vía vertical)

(1)⁵⁴ Mirka comienza explorando el interior de la cartuchera.

Terapeuta: ¿quieres dibujar?

Mirka asiente con la cabeza. Comienza a sacar marcadores de la cartuchera e intenta extraerles el capuchón. Sólo lo logra con algunos de ellos a los que utiliza para hacer pequeños trazos sobre un papel. Tras usar a cada marcador, intenta volver a taparlo.

(2) Mirka luego descubre pedacitos de plastilina adheridos a un juguete. Intenta sacarlos. Los fragmentos que despega, intenta adherirlos a la hoja que acaba de utilizar con los marcadores.

(3) Mirka de pronto deja la silla, y mete su cuerpo debajo del escritorio. Hace un ovillo con su cuerpo. Permanece inmóvil.

El terapeuta se acerca y le dice suavemente: “piedra libre Mirka, te encontré”.

La nena sigue estando paralizada. El terapeuta se refiere a que ella, que está en un lugar nuevo, de pronto se asustó mucho y se siente en peligro.

⁵⁴ La numeración que antecede a cada fragmento sirve a los fines de establecer cierta correspondencia entre el material clínico y las conjeturas que surgen respecto de aquel.

(4) Mirka comienza a emitir un gemido que se apaga.
El terapeuta la alza y la lleva con su madre.

Conjetura respecto de la posición de la paciente en la sesión

Logra apegar la propia atención a un objeto que posee un interior (cartuchera).
Se conecta con la plastilina como objeto pegajoso. Intenta producir una adhesión superficial, que fracasa (la plastilina no se pega a la hoja).
Parálisis motriz y psíquica (cuerpo hecho un ovillo e inmóvil).
Amago de una catarsis (gemido que se apaga).

En esta sesión detectamos una preeminencia de la posición traumática regresiva, ya que si bien en (1) Mirka inviste una escena propia de la posición traumática más compleja, luego (en 2, 3 y 4) prevalecen el fracaso de la estrategia de adherirse y la claudicación psíquica que no deja siquiera el testimonio de una catarsis plena (gemido que se apaga).

-Posición traumática compleja.

Fragmento de sesión con José (3 años, contrajo el HIV por vía vertical)

(1) En el momento en que el terapeuta ingresa a la sala de internación, José comienza a convocarlo gritando su nombre repetidas veces. Lo hace con creciente impaciencia. Sólo cesa cuando el analista se dispone a jugar con él. José comienza e interrumpe diversas acciones (dibujar, armar un rompecabezas). El niño le pide al terapeuta que se encargue de armarlo.

(2) José toma un martillo. Amaga golpear un objeto, y luego golpea otro de los rompecabezas que contiene la caja de juegos. Tras el golpe, deposita su atención en el que previamente golpeó. Primero quita las piezas y luego intenta armarlo. Se hace notoria su dificultad para lograrlo. Tras un rato, su atención se pierde en ruidos del contexto.

Luego de una intervención del analista, José vuelve a focalizar su atención en las piezas del rompecabezas. Intenta ocuparse de volver a ponerlos en su lugar. Con ayuda del terapeuta logra ubicar a dos de ellas en sus respectivos lugares. Tras una fugaz satisfacción, vuelve a dispersarse su atención. Un rato más tarde culmina la sesión.

Conjetura respecto de la posición psíquica de la paciente en la sesión

(1) El paciente dirige su estrategia adhesiva respecto de la persona del terapeuta de quien pretende capturar su atención (lo convoca por su nombre), su motricidad y su capacidad resolutive (le pide al terapeuta que arme el rompecabezas).

(2) Realiza un acto catártico inespecífico (golpear el rompecabezas), luego de ello hace un intento constructivo (armarlo), el cual queda interrumpido.

En esta sesión inferimos la prevalencia de la posición traumática compleja. Esta afirmación se basa en las siguientes manifestaciones de José: la estrategia adhesiva respecto del terapeuta y la secuencia de acciones inherentes a la catarsis inespecífica.

Posición acorde a la resiliencia

-Definiciones conceptuales relevantes:

Resiliencia. Zukerfeld y Zonis Zukerfeld (2011) definen resiliencia como “una capacidad del psiquismo de capturar lo traumático –gracias a algún soporte vincular- creando condiciones psíquicas nuevas”.

La reflexión acerca de la práctica clínica con niños y niñas afectados por enfermedad orgánica crónica enseña que, la actividad anímica vital de quienes acceden a una posición acorde a la resiliencia, sigue ciertos patrones. Cobran preponderancia ciertas

pulsiones, entre las que destaco la de apoderamiento del trauma (Freud, 1920g), el deseo de saber (Freud, 1908c, Bion, 1962, 1963) y la pulsión de sanar (Freud, 1933a). El empuje de estas pulsiones contribuye a producir un conjunto restringido de escenas, de contenido específico, que aportan a dotar de figurabilidad a la enfermedad orgánica crónica adquirida tempranamente. Las denomino escenas nodales.

Las escenas nodales de la posición acorde a la resiliencia

Escena 1	Hacerse activo respecto de las vivencias de máximo desvalimiento (en la transmisión de la enfermedad orgánica crónica y en las vivencias hospitalarias traumáticas), colocando al terapeuta en el lugar pasivo como objeto depositario de una catarsis con objeto específico.
Escena 2	Captar la distinción entre objetos y sustancias tóxicas de las que nutren el cuerpo y la mente.
Escena 3	Elucidar la localización y el origen de la enfermedad.
Escena 4	Admitir el carácter crónico de la enfermedad orgánica crónica: procesamientos psíquicos ulteriores.

A continuación, expongo los conceptos que utilizo a los fines de dotar de fundamento a la referida noción de escena nodal.

Para definir que un niño o niña afectado por enfermedad orgánica crónica se halla en posición resiliente consideramos tres condiciones:

- 1) Que en la sesión surjan, entre el niño o la niña y su terapeuta, una o más de una de las cuatro escenas que recién enumeradas;
- 2) El estado anímico del niño o niña;
- 3) El contexto facilitador de las escenas resilientes.

El aspecto decisivo para considerar que la producción del paciente se ubica en la posición acorde a la resiliencia es la capacidad para desarrollar las escenas nodales antes referidas. La capacidad óptima para desarrollar escenas nodales en niños y niñas afectados por enfermedad orgánica crónica alude a la disposición de un nivel de concentración que contribuye a que se planteé un problema específico inherente a algunas de las referidas cuatro escenas nodales.

El complemento óptimo del estado anímico de concentración del paciente resulta ser un terapeuta que aporte estímulos que no sean ni muy intensos ni nulos. Ese es el tipo de aporte contextual que Freud (1950a) propone a la hora de que el psiquismo se provea de nuevas vivencias e inscriba recuerdos. La influencia de la calidad de la alianza terapéutica en la posición del paciente (resiliente/traumática) se desarrolla en el último capítulo de este libro.

Las cuatro escenas: rasgos generales

Respecto de la relación entre las escenas nodales no hay ninguna regla fija. Hay pacientes que incursionan en parte del proceso y luego lo desinvisten y no lo retoman. En otros casos, los menos, hay niños y niñas afectados por enfermedad orgánica crónica que nunca acceden a la posición resiliente. Otro grupo importante despliega un proceso psíquico que incluye el procesamiento de las cuatro escenas descriptas.

Es frecuente que, quien accede a la posición acorde a la resiliencia, en una misma sesión combine más de una de las cuatro escenas, con lo que su pensar acerca de la propia enfermedad orgánica gana riqueza y matices.

Una pregunta posible es si estas cuatro escenas tienen un orden lógico de aparición o si, el surgimiento de alguna y no de otra, depende de factores meramente accidentales. Puedo decir respecto a este punto, que para niños y niñas afectados por enfermedad orgánica crónica que se comprometen profundamente en el proceso resiliente, bien cabe la referencia que Freud (1913c) hace respecto del juego del ajedrez: “solo las aperturas y los finales consienten exposición sistemática y exhaustiva, en tanto que la rehúsa la infinita variedad de las movidas que siguen a la de apertura” (pág. 125). Este punto lo trabajo al exponer las escenas I y la IV.

La relación entre las subcategorías está lejos de ser lineal, sólo pueden hacerse al respecto afirmaciones generales, como por ejemplo que es habitual que los pacientes comiencen desplegando sus teorías acerca de la localización de la patología somática en un cuerpo ajeno y, sólo luego -quienes persisten en la postura acorde a la resiliencia- acceden a pensar la enfermedad orgánica como un problema localizado en el cuerpo propio.

Definición operacional de resiliencia. Consiste en el empuje a producir en sesión cuatro tipos de escenas a las que distinguimos por su contenido y por su grado de organización psíquica. El despliegue de las referidas escenas, en el vínculo con un terapeuta entrenado, facilita el logro de trasmudar lo real de la patología somática en objeto de procesamiento psíquico. Cabe agregar que las escenas que describo, fueron útiles para seguir las vicisitudes del procesamiento psíquico de niños y niñas con otras patologías orgánicas diversas del HIV, entre ellas la púrpura trombocitopénica idiopática, la hidrocefalia, la fisura labio alveolo palatina bilateral, etc.

Pulsión de apoderamiento. En su estudio del juego infantil, Freud (1920g) afirma que la repetición de escenas lúdicas cumple diversas funciones. La más consabida, tributaria del principio del placer, consiste en el deseo prevalente de la vida infantil: “el de ser grande y poder obrar como los mayores” (pág.16). Otra finalidad del repetir en el contexto del jugar responde a una tendencia más originaria e independiente que la del principio del placer. A la fuerza ejecutora de esa tendencia, Freud la denomina pulsión de apoderamiento. Lo dice así: “¿Puede el esfuerzo (*drang*) de procesar psíquicamente algo impresionante, de apoderarse enteramente de eso, exteriorizarse de manera primaria e independiente del principio de placer?” (Freud, op. cit. pág.16). Lo que el creador del psicoanálisis intenta cernir con estas propuestas es el tipo de trabajo anímico que insume la elaboración de las experiencias traumáticas.

El propio Freud aporta un ejemplo valioso de cómo la pulsión de apoderamiento apela al juego para procesar una vivencia displacentera. Para ilustrarlo, aporta un relato acerca de la observación de su nieto quien -sostiene Freud- se rescata del dolor por la partida de su madre “escenificando por sí mismo, con los objetos a su alcance, ese desaparecer y regresar” (Freud, op. cit., pág.15). La trama completa del juego consistía en arrojar un objeto y luego, tirando de un piolín, regresarlo gozosamente a la proximidad de su cuerpo. Freud destaca que las más de las veces su nieto solo efectuaba el primer acto, el que representaba la vivencia penosa, aunque el mayor placer correspondía al segundo.

Mediante el acto de arrojar se condensan un procedimiento defensivo específico, el hacer activo lo padecido (Freud, 1915c), y un deseo, el de venganza (Freud, 1920g). Defensa y deseo recaen en el objeto arrojado al cual se le adosa una doble representación: la del sujeto a quien se atribuye la causa del dolor psíquico (en el caso del nieto de Freud, se trata de la madre que se aleja) y por eso se venga arrojándolo; y la del propio yo ubicado en lugar de la pasividad ante las decisiones motrices de otro.

Definición operacional de pulsión de apoderamiento. Consiste en un tipo de escena vincular cuyas características son las siguientes: el paciente produce acciones por medio de las cuales expulsa en el terapeuta su propio estado de indefensión inherente al trauma. El analista queda en el lugar de objeto que sirve a los fines de que el paciente haga la transformación pasivo/activo del trauma. Éste puede tener como rasgo predominante el dolor (orgánico y/o psíquico), el caos cognitivo, o un estado de humillación psíquica. Si el terapeuta soporta y sostiene esa posición (es decir, si capta el mensaje transferencial que conlleva la escena), contribuye a fortalecer la calidad del vínculo terapéutico.

Desmentida funcional. Kazez (2017) plantea que los mecanismos de defensa funcionales se caracterizan por no frenar ninguna complejización psíquica. La desmentida funcional, que suele erigirse en situaciones de compromiso orgánico, se

rige por la tendencia inherente a Eros. La autora destaca como elementos característicos de la desmentida funcional en pacientes adultos, el recurso del humor y la creatividad.

En los niños y niñas que atraviesan enfermedades orgánicas y apelan a este mecanismo, resulta crucial la actitud alegre que estimula la disposición a plantear lúdicamente los problemas cruciales del cuerpo propio.

Objeto subjetivo. Winnicott (1965) afirma que en los albores de la vida psíquica normal se crea, mediante proyección e identificación, una zona de omnipotencia en la cual el vínculo con el objeto se rige por el criterio de que éste es, meramente, una réplica de los deseos del self. A este tipo de objeto Winnicott lo denomina objeto subjetivo.

Concepción de verdad: Bion (1965) postula una relación compleja entre la teoría y la clínica psicoanalítica en su relación con la verdad. El punto de partida de este autor es kantiano. Sostiene que la verdad, entendida como la significación profunda de un hecho o de un objeto de estudio, es una cosa en sí. Es decir, resulta inaccesible a la experiencia humana y a los dispositivos científicos con los que contamos. El autor considera que el tratamiento psicoanalítico contribuye a la salud mental solo en la medida en que tenga como prioridad, como meta, la verdad del sujeto. La propuesta bioniana respecto al pensamiento psicoanalítico acerca de la verdad tiene como premisa despojarse de contenidos preestablecidos. En tal sentido, para representar a la verdad apela a un signo: el O. Lo elige porque carece de cualquier significación. Luego, toma partido en lo que hace al modo en que se accede a la experiencia de verdad en la sesión psicoanalítica. Afirma que el analista no puede esperar que la acumulación de saber le permita acceder a la verdad, no es el camino. Si puede, en ciertas circunstancias, transformarse en O. Ser (inadvertidamente para sí mismo y de modo fugaz) la verdad y, desde esa posición, lograr un enunciado que configure un estímulo penetrante, que resulte para el/la paciente, una experiencia que ejerza un efecto sobre él/ella.

Reverie, experiencia emocional y verdad subjetiva (Bion, 1962). El *reverie* consiste en un tipo de configuración vincular en la que un adulto significativo logra establecer sintonía con el estado de desvalimiento, y procesarlo. Es un aporte fundamental ya que el sujeto infantil no está en condiciones de hacerlo por sí mismo. Bion postula que un ejercicio suficientemente bueno del *reverie* provee un insumo crucial para la vida anímica infantil: las experiencias emocionales genuinas. El elemento crucial de este tipo de vivencias es, para este autor, la coherencia. Valga como ejemplo el que sigue: si una madre acompaña la acción concreta de amamantar con una actitud amorosa contribuye a proveer una experiencia emocional genuina a su bebe.

Cabe agregar que el autor afirma que la calidad del vínculo de *reverie* que se establece en cada circunstancia, no solo cuenta el aporte materno, sino que atribuye una cierta relevancia a ciertos insumos básicos que vienen del lado del infante (vitalidad, capacidad de frustración, etc.). De no darse esta conjunción entre desempeño inherente a la crianza y actitud amorosa (por ejemplo, un bebe atribuye a la madre que alimenta una intensa envidia), es posible que el lactante no constituya el instrumento psíquico capaz de captar los sentimientos propios o ajenos. Bion afirma que los niños que atribuyen al adulto significativo una temprana e intensa envidia, tienen una propensión mayor a carecer de intereses vitales, y a volcarse a la búsqueda denodada y siempre insatisfecha, de alcanzar beneficios materiales, comodidades mundanas. Este autor sostiene de modo taxativo que este estado psíquico tiene como rasgo saliente “la destrucción del interés por la verdad” (Bion, op. cit., pág. 39). Cabe especificar que para el autor la calidad de relación del sujeto con la verdad se define por la mayor o menor disposición de cada quien a inteligir sus sentimientos y pensamientos más genuinos.

Deseo de verdad. La clínica con niños y niñas afectados por enfermedad orgánica crónica exige que combinemos las propuestas de Freud y de Bion, ya que la

complejidad del material así lo amerita. A continuación, describo someramente las propuestas de ambos autores.

Freud. Constitución y función de la pulsión de saber. La verdad en el trabajo terapéutico. Para Freud (1913c), la inteligencia, el interés intelectual disponible en cada quién para acometer la curación en el proceso terapéutico, tiene su basamento en el peso relativo que la pulsión de saber alcance en la ensambladura psíquica subjetiva. El creador del psicoanálisis afirma que la pulsión de saber no es originaria. Es tributaria de un ensamble de pulsiones primarias (la de ver y la de aferrar) ulteriormente sublimadas. En su trayecto infantil, la función de la pulsión de saber es la de servir como medio para un fin, sea este egoísta (por ejemplo, evitar el embarazo materno) o sexual (despliegue de las teorías sexuales infantiles, etc.).

Respecto a la relación entre verdad y proceso terapéutico, Freud sostiene que, en la tarea que realizan el psicoanalista y el arqueólogo, se hallan ciertas semejanzas. El arqueólogo intenta conjeturar la historia objetiva de objetos culturales. El psicoanalista intenta conjeturar, construir, la prehistoria del objeto psíquico (Freud, 1937d). El creador del psicoanálisis define el recurso terapéutico de la construcción como el que consiste en presentarle al paciente una pieza de su prehistoria olvidada (Freud, op. cit.). Se refiere específicamente a un conjunto de vivencias nodales que fueron desmentidas y dejaron una impronta, un registro visual y auditivo, en la memoria inconsciente del sujeto. Freud afirma que, si bien el núcleo de esas huellas mnémicas es imposible de evocar para el paciente, un estímulo preciso como una construcción del analista, puede lograr que detalles accesorios de la escena se sobreinvistan y se expresen en sesión al modo de una pseudo-alucinación. El material anímico que emerge es un fragmento de la verdad del sujeto, entendida ésta como la “historia objetiva de vida del pasado” (Freud, op. cit., pág. 270) del paciente. En síntesis, respecto de la verdad, el creador del psicoanálisis nos dice que la tarea terapéutica consiste en “librar el fragmento de verdad histórico-vivencial de sus desfiguraciones” (Freud, op. cit., pág. 269).

Esta acepción de verdad histórico-vivencial traumática y el esfuerzo de defenderse de ella, nos resulta familiar en nuestra labor con niños y niñas afectados por enfermedad orgánica crónica.

El siguiente ejemplo da cuenta de ello: Carmen es una nena que fue abandonada a edad temprana por su madre. En sus juegos construye un personaje a la que denomina “mamá que espía de lejos”. La verdad histórico-vivencial, una madre ausente, queda desfigurada por el personaje que aporta un consuelo (la madre no la abandonó, sino que controla a distancia), a la espera de que la paciente esté más preparada psíquicamente para enfocar su verdad histórico-vivencial: la del abandono materno, sus presuntas causas (¿por qué se fue?) y sus consecuencias.

Bion. Origen y función de la motivación a conocer la verdad. Bion (1962) hace una afirmación fuerte: sostiene que la disposición de cada quien a inteligir sus emociones y pensamientos más nucleares tiene como condición de posibilidad haberse nutrido, en el contexto del vínculo temprano, de un conjunto de impresiones sensoriales cuyo rasgo común consiste en que habilitan el pasaje de un estado de caos cognitivo y emocional al hallazgo de un orden, una coherencia. Bion denomina a este tipo de vivencia, hecho seleccionado. Entre éstas jerarquiza la actividad nominativa, ya que el nombre introduce un nuevo orden en un conjunto de vivencias hasta entonces incomprendidas. Veamos un ejemplo. Supongamos un bebe desbordado por sus estallidos de furia. Su madre, gracias a su capacidad de *reverie*, logra captar, procesar y finalmente devolver al bebe ese sentimiento, aunque morigerado en su intensidad. Entre los recursos maternos que contribuyen al *reverie*, el proveer la palabra que nomina a estados afectivos y/o a pensamientos imposibles de procesar para el niño, tiene para este autor el valor de un hecho seleccionado de valor crucial (Bion, op. cit.). Éste promueve tres efectos en la subjetividad del niño o niña: a) le permite comprender su estado actual, b) lo habilita a aprehender un conjunto de estados semejantes, que vivenció previamente, respecto de los cuales, alcanza una nueva comprensión, y c) configura una categoría útil para decodificar nuevas experiencias emocionales, sean propias o ajenas. El hecho

seleccionado tiene la función de que el encuentro del sujeto con su propia verdad, consistente en el hallazgo de sus pensamientos y sentimientos más genuinos, resulte una experiencia emocional significativa.

En el proceso clínico de un niño o niña con enfermedad orgánica crónica la creación espontánea de hechos seleccionados entre paciente y analista son un modo privilegiado de nombrar y pensar acerca de los hechos nucleares de la vida del sujeto infantil. En el lugar del recurso técnico que Freud aconseja en la terapia de adultos, las construcciones en análisis, proponemos la construcción de hechos seleccionados. Cabe especificar que tal meta sólo es posible de lograr en los momentos en que paciente y analista logran superponer sus zonas de juego (Winnicott, 1971).

Ejemplo clínico

Pedro⁵⁵ tiene cinco años. Nació con una malformación craneo facial congénita, una fisura labio alveolo palatina bilateral. Desde el comienzo de su vida es atendido por un equipo interdisciplinario, que incluye un abordaje psicoterapéutico. Durante mucho tiempo, Pedro no pronuncio palabra alguna a la terapeuta, a quien tampoco enfocaba con su mirada. Antes de sus tres años de vida, ya había sido objeto de dos intervenciones quirúrgicas. Tuvo, desde el inicio, un juguete predilecto: un xilofón con forma de cocodrilo cuyos grandes dientes despertaban su atención. Su actividad con este objeto era exclusivamente golpearlo hasta cansarse. La falta de matices y expresividad de Pedro en sesión contrastaba con lo que ocurría en su hogar, en donde, según su madre, jugaba y hablaba con naturalidad.

Hacia sus tres años una intervención odontológica invasiva contribuyó a cierta retracción libidinal de Pedro quien durante un tiempo no quiso ingresar al consultorio de la terapeuta. En una ocasión, jugando en la sala de espera, metió el palito del xilofón en la boca del cocodrilo. En ese momento la terapeuta le preguntó “si el cocodrilo tiene bichos en la boca”. El nene por primera vez, y aunque tímidamente, sonrió. Tiempo más tarde surgieron nuevos modos de vinculación, entre los que cabe enfatizar el que sigue: Pedro tomaba juguetes de la caja y luego los arrojaba. La intervención de la terapeuta consistía en nombrar cada objeto y el color del mismo. El niño, a su vez, respondía riendo y luego utilizando vocablos o breves frases.

Deseo destacar una escena ulterior, en la cual Pedro toma algunos instrumentos de odontología y los introduce en la boca del cocodrilo. La terapeuta hace lo propio e intenta despegar un pedacito de masa que quedó entre los dientes del cocodrilo. Pedro la mira sorprendido y enseguida dice: “au bichos” (chau bichos).

Respecto de la plasmación de un hecho seleccionado en este tratamiento, un momento clave es cuando, ante un niño que hasta entonces sólo ejecutaba meros actos motrices sobre el cocodrilo, la analista formula la pregunta acerca de si el cocodrilo tiene bichos en la boca. La reacción espontánea de Pedro, la frase que el niño profiere (“au bichos”), da cuenta de que el paciente inscribió el significante “bichos”, provisto por la terapeuta, como hecho seleccionado. Es el significante que sintetiza su relación con la enfermedad en la boca, una verdad ineludible y dolorosa para él.

Cabe agregar que, una vez constituido un hecho seleccionado como modo de nombrar una verdad subjetiva (en este caso, la del propio cuerpo enfermo), puede asumir nuevas funciones. De hecho, la frase “au bichos” expresa el deseo de quitar los bichos de la boca, un deseo de sanar.

Definición operacional del deseo de verdad. En el vínculo terapéutico, las manifestaciones del deseo de verdad asumen las siguientes características: a) un fragmento de la historia objetiva del paciente que había permanecido inaccesible hasta ese momento cobra figurabilidad, b) se construye un hecho seleccionado (Bion, 1962)

⁵⁵ Agradezco a la Lic. Lucía Sciannamea, que me ha permitido publicar esta experiencia clínica para ejemplificar un caso.

que contribuye a la intelección de un pensamiento y/o un sentimiento genuino por parte del niño o niña afectado por enfermedad orgánica crónica.

El recorrido subjetivo del deseo de verdad en cada uno, puede no activarse, puede desplegarse en parte o realizar la totalidad del circuito recién descrito.

Deseo de sanar. Freud (1913c) sostiene que “el motor más directo de la terapia es el padecer del paciente y el deseo, que ahí se engendra, de sanar”. Freud dice que el deseo de sanar no conoce el camino a seguir para alcanzar su cometido, de modo que esta pulsión requiere del complemento de la labor del terapeuta: “quién mediante intervenciones oportunas muestre al enfermo los caminos por los cuales debe guiar esas energías” (Freud, op. cit., pág. 143).

Como ejemplo de la plasmación del deseo de sanar en el juego terapéutico cabe resaltar que, en el caso recién citado de Pedro inferimos la influencia del deseo de sanar como un componente importante.

Este concepto puede conectarse con el cumplimiento de la meta de la pulsión de autoconservación: garantizar a cada ser vivo su muerte peculiar, alejando otros modos del fenecer que no sean los propios (Freud, 1920g). Como ejemplo de esto último, digamos que he observado en adolescentes huérfanos que resulta importante considerar la respuesta psíquica prevalente cuando alcanzan la misma edad en que uno de sus progenitores falleció. Hay quienes intensifican su tendencia autodestructiva (en cuyo caso el adolescente apunta a morir en la ley de su progenitor), o en las resoluciones más favorables, el adolescente logra rescatarse, desplegar un duelo y sostener la vitalidad propia. Este último es el caso de quienes pugnan por acceder a una muerte singular.

El funcionamiento inmunitario, en tanto participa del sistema que atiende la autoconservación, suele integrarse a la estrategia en cuestión sea ésta acorde a Eros o a Tánatos (Maldavsky, 1995a).

Definición operacional de deseo de sanar. Del encuentro entre los aportes de Freud y Maldavsky con la práctica que desarrollo con niños y niñas afectados por enfermedad orgánica crónica surge la siguiente definición operacional de deseo de sanar.

En el vínculo terapéutico sus manifestaciones son las siguientes:

1) cuando en las manifestaciones del paciente -verbales, gráficas, motoras- podemos detectar un interés por determinar que sustancias y objetos contribuyen a sanar y cuáles resultan tóxicos, y respecto de éstos últimos, tiende a generar conductas preventivas; 2) cuando en las manifestaciones del paciente -verbales, gráficas, motoras- podemos detectar un interés por representar la localización de la enfermedad y el origen, la causa de la misma. Un desenlace de este trabajo de investidura es la construcción de fantasías de curación, sea dirigiendo investiduras libidinales a la zona del cuerpo presunta o realmente afectada, sea inventando procedimientos para extraer “los bichos” del cuerpo; 3) cuando en las manifestaciones del paciente se infiere al menos uno de estos desenlaces psíquicos: a) asume un compromiso subjetivo con la toma de la medicación, b) cuando inviste psíquicamente al sistema inmunitario (mediante actividad lúdica se interroga sobre el funcionamiento normal o patológico del mismo), c) cuando entiende el carácter crónico de la patología orgánica (este logro cognitivo se infiere a través de juegos y/o pensamientos expresados oralmente).

IV. Las cuatro escenas de la posición resiliente y sus correspondientes subcategorías

Las escenas resilientes se construyen en un encuentro entre la vitalidad y los interrogantes de niños y niñas afectados por enfermedad orgánica crónica y la

subjetividad dispuesta del terapeuta. Esta tiene un doble basamento: la empatía y la preparación para descifrar e intervenir oportunamente en los juegos y frases que expresan la posición resiliente. El despliegue de una o varias escenas en la sesión es un acontecimiento complejo que activa diversos mecanismos psíquicos, decisiones yojicas específicas y la investidura de pulsiones y deseos. De este ensamble surge la figurabilidad, la plasmación de los problemas nodales inherentes a pensar la enfermedad en el formato de escenas específicas, las cuales a continuación describimos.

Escena acorde a la resiliencia I: Hacerse activo respecto de las vivencias de máximo desvalimiento (en la transmisión de la enfermedad orgánica crónica y las vivencias hospitalarias traumáticas)

Esta escena I hace de límite entre la posición traumática y la acorde a la resiliencia o, también podemos decir, constituye el zócalo de las escenas resilientes.

Esta escena tiene también dos subcategorías, siendo la primera condición de posibilidad de la segunda.

Ia) ligadura de una experiencia traumática (por ejemplo: las extracciones de sangre) mediante una frase e implicación del terapeuta.

Una vivencia prototípica en la práctica clínica con niños y niñas afectados por enfermedad orgánica crónica, que suele dar lugar al inicio del procesamiento psíquico respecto de la enfermedad orgánica, ocurre cuando un paciente utiliza su dedo para señalar la huella que deja en su piel la aguja con la que le extrajeron sangre y adosa a la mostración, una breve frase alusiva (por ejemplo: “mirá, me pincharon”). El paciente reúne así una serie de recuerdos, el del dolor inherente a la extracción, percepciones visuales y táctiles (verse y tocarse su propio brazo) y un acto motriz (conducir el dedo propio hacia la huella corporal del pinchazo). Apela a una frase mediante la cual le otorga un lugar transferencial al terapeuta (“mirá...”), a la vez que denomina a la experiencia en su conjunto (“...me pincharon...”). Si el analista se implica en la escena, se hace testigo del dolor del paciente, contribuye a la creación (o al fortalecimiento) de la alianza terapéutica.

Ejemplo clínico⁵⁶

Fragmento de sesión con Luna (5 años, contrajo el HIV por vía vertical)

(1) El terapeuta invita a Luna a pasar al consultorio. Apenas ingresa, la nena cuenta que le pincharon el brazo. Enseguida señala el lugar preciso donde fue la extracción de sangre.

(2) Terapeuta: ¿te dolió?

(3) Luna: sí.

Conjetura respecto de la posición de la paciente en la sesión

Ligadura de una experiencia traumática mediante un nombre e implicación del terapeuta.

El terapeuta con su pregunta asume el lugar de testigo implicado.

La nena con su respuesta refuerza su interés en que su experiencia de dolor sea objeto de intercambio con el terapeuta.

Ib) Hacerse activo mediante la colocación del terapeuta en el lugar de objeto depositario de una catarsis con acción específica.

⁵⁶ Aclaración para todos los ejemplos clínicos. En los análisis de sesión solo resalto las manifestaciones de la escena que estoy estudiando en cada caso. Me abstengo de señalar otros elementos que sobredeterminen la riqueza del material clínico. La numeración que figura en el margen derecho es un agregado mío a los fines del posterior análisis del material.

Una vez que el terapeuta adopta el lugar conferido, el de testigo implicado, contribuye desde allí a que sobrevenga en los niños y las niñas afectados por enfermedad orgánica crónica un nuevo movimiento psíquico en el que cobra un rol importante la pulsión de apoderamiento de los traumas (Freud, 1920g): ésta promueve un tipo de juego peculiar, a través del cual provoca acciones por medio de las cuales hacen sentir al terapeuta, del modo más real que les sea posible, el estado de indefensión inherente al trauma. Lo traumático proyectado puede tener como rasgo predominante el dolor (orgánico y/o psíquico), el caos cognitivo, o la humillación psíquica.

La conquista de la posición activa, mediante catarsis con acción específica, tiene la siguiente potencialidad respecto a la calidad de la alianza terapéutica:

1) el terapeuta es puesto por la acción del paciente en un lugar preciso: el de un doble anterior (Freud, 1914c), o el de pecho inodoro (Meltzer, 1967). Si el terapeuta soporta y sostiene esa posición, si entiende el valor que tiene para el paciente que sea receptivo respecto del trauma, en suma, si asume la escena como un mensaje transferencial, contribuye a fortalecer la calidad del vínculo terapéutico.

2) el terapeuta que se sostiene en la posición en que el paciente lo puso por efecto de su acción catártica, gana la posibilidad de indagar, en su propio sentir, la cualidad de los estados afectivos transferidos. El sentir del terapeuta resulta una fuente de información valiosa acerca de aquello que quedó proyectado desde la subjetividad de su paciente, del tipo de emociones y representaciones que requieren desplegar su figurabilidad. Es información valiosa en la tarea terapéutica cuya meta es la de cicatrizar el trauma.

Ejemplo clínico

Fragmento de sesión con Pola (6 años, contrajo el HIV por vía vertical)

Pola ve una cucaracha que se desplaza por el piso. La nena pide al terapeuta que la aleje, pero que no la mate.

El terapeuta cumple con el pedido.

(1) Pola dirige su atención a una taza, la toma con su mano y le ofrece al terapeuta un café con cucarachas. Agrega: “es lo que la cocinera les da a los chicos enfermos”.

Terapeuta: ¿a los chicos enfermos café con cucarachas?

(2) Pola, por toda respuesta toma un pullover, rodea al terapeuta y ubicada detrás de él, utiliza la prenda como una mordaza (le tapa la boca y lo ata en la zona de la nuca).

Luego la nena toma una pequeña cuerda de la caja de juegos y, apelando a todas sus fuerzas, le ata las manos al terapeuta. Luego Pola dice que a continuación va a dejar encerrado al terapeuta e irse (por un momento sale del consultorio).

Conjetura de la posición de la paciente en la sesión

(1) Genera en el terapeuta desconcierto cognitivo.

(2) Intensifica el desconcierto cognitivo del terapeuta (al teparle la boca no lo deja preguntar).

Subcategorías de la Escena I

Escena resiliente I Hacerse activo respecto de vivencias de máximo desvalimiento	Estado afectivo/cognitivo	Configuraciones vinculares en sesión
Ia) ligadura de una experiencia traumática mediante un nombre e implicación del terapeuta	Vivencia de descubrimiento de la disponibilidad del terapeuta Vivencia de soledad ante la falta de disponibilidad del terapeuta	Diálogo breve respecto a la escena referida por el paciente
Ib) Hacerse activo mediante la colocación del terapeuta en el lugar pasivo como objeto depositario de una catarsis con	Sentimientos vindicatorios (se consuman al transmutar el trauma en acción sobre el terapeuta)	Acciones que provocan en el terapeuta efecto de dolor (orgánico o psíquico), y/o

objeto específico		desconcierto o caos cognitivo (no lograr entender el juego), y/o humillación
-------------------	--	--

Escena II: Distinción entre objetos y sustancias nutritivas de aquellas que son tóxicas

El atravesamiento de esta escena pone de especial relevancia la intervención de un sector del yo, el que establece juicios de valor, respecto de las cosas del mundo (Freud, 1925h). La escena II se caracteriza por incluir juegos o diálogos en que cobran resalto la referencia a sustancias corporales (por ejemplo: leche, caca) y decisiones psíquicas (por ejemplo: tragar, arrojar) entre las cuales se establecen dos tipos de nexos: a) indistinción entre objetos y sustancias nutritivas de aquellas que son tóxicas, y b) distinción entre objetos y sustancias tóxicas de las que son nutritivas.

IIa) Indistinción entre objetos y sustancias nutritivas de aquellas que son tóxicas: se caracteriza por poner de resalto un vínculo tóxico. Puede darse como acto auto intoxicante (por ejemplo: un niño juega a que él mismo ingiere una mamadera cuyo contenido son cucarachas). O, más frecuentemente, puede establecerse un vínculo tóxico. Esta postura suele ponerse de manifiesto, en la acción lúdica, creando dos personajes: uno que disfruta mientras intoxica (rol que habitualmente realiza el o la paciente) y el otro, personificado por el terapeuta, es quien padece la intoxicación, y respecto del cual, el paciente establece una identificación inconsciente.

En el pasaje de la posición auto intoxicante a la de intoxicar activamente a otro, se infiere el aporte de la pulsión de apoderamiento de traumas.

Ejemplo clínico

Fragmento de sesión con Mariano (5 años, contraído el HIV por vía vertical)

(1) Mariano (sentado frente al terapeuta toma el estetoscopio, se lo pone en las orejas y se acerca para revisarlo y dice): “Tenés el corazón roto”.

Terapeuta “Uh... ¿y ahora qué hago?”,

(2) Mariano: “Tomar un remedio”.

Mariano con tono imperativo dice: “Tomá el remedio” (toma una taza, se la da al terapeuta).

El terapeuta cumple con la orden y dramatiza el acto de tomar.

(2) Mariano saca una botella de los juguetes y con el mismo tono le indica al terapeuta: “Toma otro remedio”,

Mariano comienza a cocinar con los juguetes de la caja, primero un choclo y luego un huevo frito. Encuentra una mamadera y se la acerca a la boca del terapeuta para que la tome.

Terapeuta: “¿Yo la tengo que tomar?”.

(2) Mariano, mamadera en mano se abalanza sobre el terapeuta para hacérsela tomar. El terapeuta reacciona escupiendo lo que había tomado.

(3) Mariano (entre risas exclama): “¡Tiene bichos!”.

Terapeuta: “¿Tiene bichos? ¿Y ahora qué hacemos?”.

Mariano continúa riendo. Toma el huevo frito y se lo da al terapeuta para que lo coma. El terapeuta comienza a comerlo.

(3) Mariano (nuevamente entre risas): “También tiene bichos, lo saqué de la basura”.

Terapeuta: “Ah no, yo así no como más. Me voy a otro restaurante”.

Conjetura respecto de la posición del paciente en la sesión

(1) Mariano crea una situación en que el terapeuta tiene una enfermedad.

- (2) El paciente le provee diversas respuestas al problema (remedio, mamadera), lo hace de un modo crecientemente invasivo: se termina abalanzando.
- (3) El paciente eufórico hace saber al terapeuta que cayó en su trampa: las sustancias que le proveyó contenían bichos.

Iib) Distinción entre objetos y sustancias tóxicas de las que son nutrientes: en niñas y niños que acceden a esta experiencia subjetiva se pone de manifiesto una capacidad para distinguir entre objetos y sustancias desintoxicantes o nutrientes de aquellas que promueven toxicidad orgánica o vincular.

Entre quienes acceden más firmemente a esta posición advertimos un agregado nada menor: su actividad lúdica incluye una teoría acerca de la evacuación adecuada de los objetos tóxicos, la que suele incluir la decisión de extraerlos para evitar la continuidad del daño, una técnica para alejarse de ellos o trasladarlos a un destino pertinente para el desecho tóxico. Ver punto (4) del ejemplo clínico de Milena.

Entre las resoluciones más logradas de los dilemas inherentes a la escena II se cuenta el contribuir a preparar el psiquismo para estimular un pensar que focalice la cuestión de la causa del enfermar en el cuerpo.

Ejemplo clínico

Fragmento de sesión con Milena (10 años, contrajo el HIV por vía vertical)

(1) Milena elige un muñeco para jugar. Dice que es “un paciente con parásitos”.

Terapeuta: “¿Cómo llegó a tener parásitos?”

(2) Milena: “Por comer dulces. Tiene que comer salado”.

La paciente propone dramatizar la escena del muñeco con parásitos yendo al hospital. Reparte roles.

El terapeuta es el doctor que ayuda a la enfermera a ponerle una inyección al paciente.

Milena es la enfermera que le comunica al paciente que el día siguiente va a ser operado. En la dramatización de la cirugía, Milena dice los pasos a seguir: I) dormirlo y abrirle la panza, II) darle de comer algo salado, III) por la panza salen todos los bichos.

(3) Milena especifica que de la panza del muñeco salen todos los bichos “menos uno que es el más fuerte”. Luego la paciente dice que hay que volver a operarlo. Dice: “la comida hace que la sangre sea salada. La sangre salada va matando por vez, cada parte del gusano”.

(4) Milena pide hacer un dibujo. Hace la panza vacía y curada. Luego dibuja dentro de la panza “el último gusano, el más fuerte”. “Los gusanos que saco van a una bolsa y de ahí van adonde mandan la sangre” (se refiere al laboratorio del Hospital).

Conjetura acerca de la posición de la paciente en sesión

En (1) y (3) la paciente ubica a los parásitos, los bichos y los gusanos como objetos tóxicos.

(2) Milena plantea una distinción entre sustancias saludables (comida salada) y las que resultan tóxicas (comida dulce).

En (4) Milena expresa una teoría acerca de la evacuación adecuada de las sustancias y objetos tóxicos: la misma incluye un modo de extraerlos (operación quirúrgica), una técnica para transportarlos (bolsa) y un destino adecuado (laboratorio).

Subcategorías de la Escena II

Escena II	Estado afectivo/cognitivo	Configuraciones vinculares en sesión
IIa) Indistinción entre objetos y sustancias nutrientes de aquellos que son tóxicas.	Abrumamiento (en la práctica autointoxicante). Euforia (en la práctica de intoxicar a otro).	Generar un juego cuyo núcleo es una práctica autointoxicante. Promover, mediante el juego en sesión, un vínculo

		tóxico.
Iib) Distinción entre objetos y sustancias nutritivas de aquellos que son tóxicas.	Tranquilidad y/o esperanza a la que se accede como consecuencia del hallazgo de una coherencia (por ejemplo: las sustancias que intoxican pueden ser expulsadas del cuerpo, en cambio la medicación que ayuda puede ser accesible e ingerida).	Generar un juego en que se plantea un problema tóxico (vínculo violento, problema de salud orgánica), que se resuelve de modo sensato (por ejemplo, el personaje violento es castigado y separado de su víctima, ésta accede a un lugar más seguro y confiable).

Escena III: Elucidar la localización y el origen de la enfermedad

Un momento clave en el empuje a dotar de figurabilidad a la enfermedad orgánica crónica consiste en imaginar en qué consiste la misma; más específicamente, dónde se localiza (en qué sector del cuerpo se ubica) y cuál es su origen (¿por qué estoy enfermo?).

En el despliegue de las subcategorías de esta escena, en la prevalencia de una respecto de la otra, en los estados mixtos, entran en un interjuego, una desmentida funcional, no patológica (Kazez, 2017) y el deseo de verdad.

La desmentida recae en particular sobre dos hechos ligados con la patología orgánica: a) que se transmitió intrafamiliarmente, y b) que reside en el cuerpo propio. Mientras dura la hegemonía de la referida desmentida, el niño o la niña con enfermedad orgánica crónica vive con la ilusión de habitar un espacio poblado por objetos subjetivos (Winnicott, 1965), a los que se considera supeditados a los deseos omnipotentes del sujeto. La lógica psíquica narcisista suele apelar al mecanismo de la proyección para ubicar la enfermedad como problema para otro cuerpo. Asimismo, tiende a localizar la causa u origen de la misma como algo extrínseco del grupo familiar o íntimo.

El deseo de verdad (en cooperación con el deseo de sanar), en la medida en que alcanza mayor relevancia interna, acota el campo de acción de la desmentida, promoviendo dos procesos: a) generar un espacio psíquico para hacer recaer -por un proceso identificatorio- la condición de enfermedad orgánica crónica sobre el propio cuerpo, y b) impulsar la admisión de que, el origen de la transmisión de la patología orgánica, es intrafamiliar.

En el curso de este procesamiento, la concepción del “bicho” es susceptible de sufrir transformaciones. La hasta entonces vigente -bicho como objeto subjetivo- puede dar lugar una nueva, por la cual se le atribuye al bicho una hostilidad y un poder capaz de atravesar como un rayo los cuerpos de los integrantes del grupo familiar, los cuales quedan transformados en meros eslabones de una cadena de contagio.

En las resoluciones más logradas de los dilemas inherentes a la escena III interviene el deseo de sanar, el cual contribuye a salir de la amenaza de parálisis derivada de la crisis en la autoestima narcisista, aferrándose a establecer una buena alianza terapéutica con algunos miembros del equipo de salud, a los que se transfiere un sector de la omnipotencia resignada en el propio yo. Al objeto sobre el que recae la idealización suele atribuírsele un componente objetivo, o presuntamente objetivo; por ejemplo, se confiere al médico que receta la medicación el poder de sanar la enfermedad del propio cuerpo.

Escena III a) Subcategorías respecto de la localización de la enfermedad

III a1) Localiza la propia enfermedad orgánica en el cuerpo ajeno: el modo primordial de dar cabida a la realidad de una enfermedad orgánica en el cuerpo propio, es a través de un mecanismo proyectivo, no patológico. La proyección se apoya en la actividad lúdica, la cual localiza la propia condición mórbida en un cuerpo ajeno, pudiendo ser éste un cuerpo real (el de otro paciente) o imaginario (personaje de un juego).

III a2) Localiza la enfermedad orgánica en el cuerpo propio: la intelección de que la enfermedad orgánica es algo que atañe al cuerpo propio es lógicamente ulterior. Esta admisión suele surgir en el marco de un diálogo en sesión en que niño o niña en cuestión, refiriéndose al propio cuerpo, hace saber al terapeuta que cuenta con esa cognición.

Escena III b) Subcategorías respecto del origen de la enfermedad

III b1) Ubica el origen de la enfermedad en un ataque externo. Siendo que el modo primordial de dar cabida a la realidad de una enfermedad orgánica en el cuerpo propio es a través de un mecanismo proyectivo, el pensar respecto del origen de una enfermedad incluye, implícitos, al menos uno de estos interrogantes: qué agente produjo la enfermedad (por ejemplo: un bicho, un golpe, etc.) y el por qué (por ejemplo: “estoy enfermo porque me porté mal”). El término “externo” alude a algo considerado ajeno y hostil al propio yo.

III b2) Ubica el origen de la enfermedad en un hecho acaecido en el seno del grupo íntimo. Por ejemplo, un paciente explicó así el motivo de su enfermedad: “mamá y papá tenían la enfermedad, la mamá estaba embarazada y le pasó el virus al nene”.

Subcategorías de la Escena III

Escena III	Estado afectivo/cognitivo	Configuraciones vinculares en sesión
Localización de la enfermedad orgánica crónica: a1) Cuerpo ajeno a2) Cuerpo propio	Sentimiento de saber omnipotente, autosuficiente para resolver problemas orgánicos Sentimiento de poseer un saber lúcido, intelección de que el tratamiento exitoso de la propia enfermedad orgánica requiere algo de lo que el propio yo narcisista no dispone; por ejemplo, aquello que aporta la medicina, la religión, el deporte, etc.	El/la paciente juega, en el lugar de doctor/a, a diagnosticar y curar a un niño o niña quien es dramatizado por el terapeuta. El/la paciente deja entrever en sus relatos que buena parte de la omnipotencia previamente atribuida al propio yo, recaer ahora en un nuevo objeto al que se atribuye capacidad de contribuir en la curación (la cual puede ser concebida como realizable en un solo acto o a través de una sucesión de acciones)
Origen de la enfermedad: b1) Ataque externo b2) Enfermedad como hecho acaecido en un grupo íntimo	Sentimiento de saber omnipotente, autosuficiente para resolver problemas orgánicos Sentimiento de poseer un saber lúcido, el cual consiste en la intelección de que la enfermedad orgánica se transmitió en un contexto familiar	El/la paciente en el lugar de doctor/a diagnostica y cura un niño o niña dramatizado por el terapeuta. El/la paciente describe la patología como producto de una transmisión intrafamiliar

Ejemplo clínico en que coinciden localización de la propia enfermedad orgánica en cuerpo ajeno y el supuesto de que el origen de la enfermedad deriva de un ataque externo

Fragmento de sesión con Marisa (6 años, contrajo el HIV por vía vertical)

Marisa propone jugar “al hospital”. Reparte roles: ella hace de doctora y de enfermera. El terapeuta es el padre de una nena (una muñeca hace las veces de hija).

(1) Doctora: la nena “tiene un bicho”.

Papá: ¿dónde tiene la nena al bicho?

(2) Marisa con su dedo señala la zona del pecho.

Papá: ¿cómo la pueden ayudar a mi hija?

Doctora: Le vamos a dar remedios y le vamos a poner la vía.

Papá: ¿Por dónde entró el bicho?

(3) Doctora: Por la oreja.

(Marisa se apresta a poner una vía y preparar la medicación para la nena)

Papá: ¿Y para qué le sirve eso que le van a hacer (darle remedios y ponerle la vía)?

Doctora: Le va sacando fuerza al bicho y entonces va a salir por donde entró, y afuera lo agarramos y lo ponemos preso y lo tiramos.

Conjetura respecto de la posición del paciente en la sesión

Localiza la propia enfermedad orgánica en un personaje del juego: la muñeca.

Localiza la enfermedad orgánica en un sector específico del cuerpo: el pecho.

Concibe el origen de la enfermedad como un ataque externo: un bicho ingresó por la oreja.

Ejemplo clínico en que coinciden la localización de la enfermedad orgánica en cuerpo propio y ubica el origen de la enfermedad en un hecho acaecido en el seno del grupo íntimo

Fragmento de sesión con Julio (12 años, contrajo el HIV por vía vertical)

Julio le plantea al terapeuta que quiere hablar acerca de su tratamiento médico.

Terapeuta: ¿Para qué te sirve a vos tomar los remedios?

(1) Julio responde que toma la medicación “para curarme del virus, que es un bicho que anda por tu panza y quiere... come las cosas que vos comes si no tomás los remedios. Si los tomás, capaz que el virus va a salir de ahí, que muere”.

Terapeuta: ¿Qué es un virus?

(2) Julio: Es un bicho que es como una lombriz, anda por tu panza, tu cabeza, tus manos.

Terapeuta: ¿Cómo llega el bicho hasta dentro de tu cuerpo?

(3) Julio: Porque tu papá tenía una enfermedad o tu mamá tenía una enfermedad y te contagió.

T: ¿Y cómo se produce el contagio?

(3) Julio: El papá y la mamá tenían la enfermedad, la mamá estaba embarazada del nene y el virus se le salió a la mamá y se lo pasó a él (al nene).

T. ¿Querés decir que la mamá se lo pasa al nene y al virus no lo tiene más la mamá y lo tiene sólo el nene?

Julio: Sí, también lo tiene la mamá.

Conjetura respecto de la posición del paciente en la sesión

En (1) localiza la enfermedad en el cuerpo propio (“bicho que anda por tu panza”) y pone de manifiesto un saber lúcido: para resolver problemas de salud se requiere un factor ajeno a la propia omnipotencia, como es la toma de medicación (el bicho “come las cosas que vos comes si no tomás los remedios. Si los tomás, capaz que el virus va a salir de ahí, que muere”).

En (2) nuevamente localiza la enfermedad en el cuerpo propio (“bicho que es como una lombriz, anda por tu panza, tu cabeza, tus manos”).

En (3) ubica el origen de la propia enfermedad en un hecho acaecido en el seno del grupo íntimo (“tu papá tenía una enfermedad o tu mamá tenía una enfermedad y te contagió”).

Escena IV: Admitir el carácter crónico de la enfermedad orgánica

Que la escena IV adquiera relevancia subjetiva requiere haber alcanzado un nivel de complejización psíquica que tiene entre sus eslabones: a) el rescatarse de la posición traumática, b) el acceder a una posición acorde a la resiliencia sostenida en un vínculo omnipotente narcisista respecto al propio cuerpo y al saber, y c) el aminoramiento de la omnipotencia respecto del propio cuerpo (admisión de la condición de enfermo) y del propio saber (reconocimiento de que la curación requiere de un factor ajeno al yo, por ejemplo, la medicación).

Ahora bien, cuando cobra resalto psíquico la escena IV hay un nuevo acotamiento a la omnipotencia. Ésta consiste en el progresivo cese de la ilusión de que la medicación funciona como una vacuna que finalmente inmuniza o cura definitivamente el cuerpo. Esta expectativa se expresa en la muy habitual pregunta de niños y niñas afectados por enfermedad orgánica crónica: “¿hasta cuándo voy a tener que tomar el remedio?”.

La caída de la ilusión dirigida hacia una curación definitiva resulta un momento crucial, y el posicionamiento subjetivo subsecuente presenta diversas alternativas. Freud (1918b) sostuvo que ante un problema anímico nuevo el psiquismo puede desplegar tres tipos de reacciones o -más precisamente- corrientes psíquicas (Maldavsky, 1999a): a) la desestimación, b) la desmentida, c) el acoger o admitir el problema en el yo.

La activación de la desestimación de lo nuevo incluye la sobreinvertidura de un punto de vista previo (Freud, op. cit.). Si la desestimación recae sobre el discernimiento del carácter crónico de la patología, los efectos pueden resultar diversos. Uno, de tipo más acotado, consiste en que la energía psíquica reinvierte la expectativa de que la eliminación de la patología orgánica es deseable y posible. Un impacto más radical de la desestimación es la que conduce a una desestructuración vital más honda, a investir una postura envidiosa a la que subyace la disposición a dejarse morir (Freud, 1923b).

Las restantes corrientes psíquicas, la desmentida y la admisión en el yo, presuponen, en menor o mayor grado, el procesamiento de la novedad de que la patología orgánica es crónica, vale decir: incurable.

Subcategorías de la escena IV

Iva) Captar empíricamente el concepto de enfermedad crónica y no hallar un modo eficaz de defenderse: el estudio de diversos casos me permite afirmar que en niños y niñas afectados por enfermedad orgánica crónica es posible detectar un tipo de comprensión inicial del concepto de enfermedad incurable o crónica. Consiste en la repetición de secuencias de juego cuyo núcleo es el fracaso en lograr la curación mediante un acto, por lo cual éste se repite muchas veces.

El lugar en que espontáneamente se suele ubicar el niño o niña, es el de un médico/a o enfermero/a cuyo procedimiento de curación fracasa (ninguno alcanza a constituir una solución satisfactoria, duradera), y se rehace una y otra vez. Es posible que esta modalidad sea un modo -empírico- de anoticiarse de que la patología orgánica tiene un carácter incurable.

Merece un detallado análisis el estado anímico de niños y niñas afectados por enfermedad orgánica crónica que acompaña el despliegue lúdico del rol de enfermera/o o médica/o. Una alternativa es que la dramatización de los sucesivos fallos en la práctica de curar se acompañe de la expresión de sentimientos eufóricos, triunfales. De tal modo asume una postura paradójal: la de triunfar al fracasar.

El despliegue de esta actitud requiere que el terapeuta adopte la perspectiva de quién padece el dolor psíquico, la desilusión y/o la desorientación por recaer una y otra vez en el estado de enfermedad. Si el terapeuta desempeña su labor con cierta habilidad, de

modo tal de expresar en frases los estados anímicos que la dinámica del juego le insta a experimentar, es probable que en algún momento se produzca una introyección de los afectos disfóricos referidos y que, entonces, se acote la disposición de triunfar al fracasar. En esta descripción de intercambio subyace el uso de la desmentida. Ésta, en buena medida, facilita mantener al yo del niño o niña con enfermedad orgánica crónica a salvo de la frustración y el dolor psíquico que puede despertar el admitir que la patología orgánica no es eliminable de una vez y para siempre. En caso de que durante el juego aloje sentimientos de angustia o dolor por el fracaso de los actos dirigidos a una curación duradera, se puede afirmar que la desmentida cede terreno a la admisión en el yo de la enfermedad orgánica crónica.

Ejemplo clínico de escena IVa)

El material de Mariano, que presenté anteriormente como ejemplo de la escena IIa), también nos permite estudiar esta escena. Transcribo algunos fragmentos de ese diálogo.

(1) Mariano se enfoca en los objetos que sirven para jugar al doctor. Toma el estetoscopio y dramatiza escuchar mi corazón luego se produce este diálogo:

Mariano: Tenés una gallina (dentro del pecho).

Terapeuta: ¿Por dónde entró?

M: (Con su dedo señala mi boca).

T: ¿Cómo pudo ser? ¿Cómo pude haber tragado una gallina? ¿No me di cuenta?

M: Entró por la oreja.

(2) Mariano se aboca a resolver el problema. Toma una tijera para abrir mi cuerpo y extraer la gallina. Le sugiero que primero me duerma así no me duele. Logro su acuerdo. Acto seguido toma un ladrillito de la caja de juego con el que representa una pastilla que me dá para que me duerma. Luego dramatiza efectuar la operación. Tras la misma, me informa: La gallina (que sacó de dentro de mi cuerpo) entró ahí (señala el interior del estetoscopio).

T: y ¿Entonces!?

(3) M: La gallina te entró de nuevo adentro tuyo.

(4) Mariano propone una nueva operación de modo muy parecido a la anterior. Realiza el mismo procedimiento: dormirme, abrir el cuerpo, extraer la gallina. Lo hace.

(5) Mariano tras finalizar la nueva intervención quirúrgica, anuncia que la gallina, con su pico “se tomó tu sangre y te dejo la de ella”

Conjetura respecto de la posición del paciente en la sesión

En (1) Mariano plantea un problema de salud: gallina en el pecho.

En (2) realiza un acto curativo, la intervención quirúrgica: extrae la gallina.

En (3) anuncia que el terapeuta tiene de nuevo la gallina dentro del cuerpo.

En (4) Mariano vuelve a efectuar un acto curativo.

En (5) anuncia que la curación queda cancelada nuevamente e incluso, deja traslucir que el problema se agrava (la gallina produjo un cambio de sangre).

IV b) Discernir el carácter crónico de la enfermedad orgánica

En algunos casos, el modo de admitir la cronicidad de la patología puede alcanzar un gradiente de complejidad mayor. Ello ocurre cuando niño o niña afectado por enfermedad orgánica crónica logra construir el concepto de enfermedad crónica. Ésta consiste en un discernimiento que le confiere a la enfermedad orgánica los siguientes rasgos definitorios: a) se localiza en el interior del cuerpo y su naturaleza es material (virus concebido como bicho), b) a diferencia de los objetos intraorgánicos, a los que se atribuye una función acorde a la vida, como el corazón, a ésta se le atribuye un propósito hostil a la propia vitalidad, y c) es inseparable del propio cuerpo, lo cual quiere decir que la investidura de esta escena supone una considerable merma de la omnipotencia narcisista, que sostiene la ilusión de expulsar la enfermedad del propio

cuerpo de una vez y para siempre. En rigor, debiéramos decir que esta intelección, en caso de alcanzarse, nunca es de modo pleno. Con frecuencia, coexiste con otro sector del psiquismo que interpone una desmentida acorde a la perspectiva del narcisismo. El niño o la niña afectados por enfermedad orgánica crónica, si logra estabilizar la perspectiva psíquica inherente a esta escena, suele acompañar el discernimiento del concepto de enfermedad crónica con una sobreinvestidura de la actividad del propio sistema inmune y de la medicación antirretroviral como insumo de crucial relevancia para contribuir a sostener de la salud orgánica.

Desde la perspectiva de las corrientes psíquicas (Maldavsky, 1999a), esta escena se corresponde con la que acoge la mayor complejidad, me refiero a la que denominé admisión en el yo.

Ejemplo clínico de escena IVb)

El material de Julio, el paciente que presenté como ejemplo de la escena III, sirve también para estudiar detalladamente esta escena. Transcribo algunos fragmentos de ese diálogo.

Terapeuta: ¿Para qué te sirve a vos tomar los remedios?

(1)(2)(3)(4)(5) Julio responde que toma la medicación “para curarme del virus, que es un bicho que anda por tu panza y quiere... come las cosas que vos comes si no tomás los remedios. Si los tomás, capaz que el virus va a salir de ahí, que muere.

T: ¿Qué es un virus?

(2) J: Es un bicho que es como una lombriz, anda por tu panza, tu cabeza, tus manos.

T: ¿Y cómo se produce el contagio?

J: El papá y la mamá tenían la enfermedad, la mamá estaba embarazada del nene y el virus se le salió a la mamá y se lo pasó a él (al nene).

T. ¿Querés decir que la mamá se lo pasa al nene y al virus no lo tiene más la mamá y lo tiene sólo el nene?

(6)J: Sí, también lo tiene la mamá.

Conjetura respecto de la posición del paciente en la sesión

En (1) Julio expresa el pensamiento de que la enfermedad es un objeto material (bicho).

En (2) expresa el pensamiento de que es un objeto interior (“anda por tu panza”)

En (3) expresa el pensamiento de que es un objeto hostil, voraz (“come las cosas que vos comés”).

En (4) profiere una frase que da cuenta de la presencia de la corriente psíquica de la desmentida (“Si los tomás -a los remedios- capaz que el virus va a salir de ahí, que muere”).

En (5) la frase expresa la sobreinvestidura de la medicación como factor que incide en la salud (“come las cosas que vos comés, si no tomás los remedios”).

En (6) se expresa el pensamiento de que el virus es inseparable del cuerpo de quien lo porta (“sí, también lo tiene la mamá”).

Subcategorías de la Escena IV

Escena IV	Estado afectivo/cognitivo	Configuraciones vinculares en sesión
IVa) Captar empíricamente el concepto de enfermedad crónica y no hallar un modo eficaz de defenderse.	Sentimientos eufóricos, triunfales: El/la paciente asume una postura paradójica (la de triunfar al fracasar en la práctica de curar al otro).	Hay dos alternativas: 1) El/la paciente juega en el lugar de un médico/a o enfermero/a cuyo procedimiento de curación fracasa, pese a lo cual tiene un sentimiento triunfal, y la frustración y el dolor recaen en el terapeuta.

		2) Durante el juego, el niño o niña en lugar de médica/o desarrolla un sentimiento de frustración o fracaso por intentar curar al paciente y no lograrlo.
IVb) Discernir el carácter crónico de la enfermedad orgánica	Merma de la omnipotencia narcisista que sostiene la ilusión de expulsar la enfermedad del propio cuerpo de una vez y para siempre.	Surgen conversaciones entre las que sobresalen los siguientes contenidos: - Respecto del propio origen (elucidar si su nacimiento fue parte de un proyecto familiar vital o más bien constituyó un eslabón de un encadenamiento de hechos traumáticos). -Deseo de conocer cuestiones ligadas a la salud (mecanismos de la patología, del funcionamiento del sistema inmune, etc.)

Los desenlaces psíquicos ulteriores

Cabe preguntarse: ¿qué factores intervienen para incidir en que al ingresar en el tiempo de la adolescencia, en estos niños y niñas prevalezca una postura acorde a la resiliencia o más bien una traumática? Es una pregunta compleja de la que sólo puedo dar respuestas tentativas utilizando, de modo *ad hoc*, la noción de series complementarias (Freud, 1916a).

En mi experiencia, los elementos que suelen estar presentes en quienes sostienen una postura acorde a la resiliencia, son lo que siguen:

la confianza básica en qué, en el engendramiento de la vida propia, al menos uno de los progenitores lo hizo con un deseo de ser madre o padre.

esa confianza básica es fundamental en el desarrollo de un trabajo psíquico crucial (clave en el fortalecimiento de la posición acorde a la resiliencia): el de decidir desasirse del deseo envidioso de ser un eslabón en la cadena de transmisión de la patología orgánica.

disponer, en el tiempo en que se desarrollan estas encrucijadas vitales, de al menos un ser humano con quien desplegar un vínculo en el que la ternura tenga un lugar relevante.

un contexto comunitario que -al menos relativamente- disponga recursos que faciliten la inserción del adolescente en ámbitos de contención, socialización, educación, deporte, etc.

Entre quienes quedan fijados a una posición traumática, suelen intervenir los siguientes factores:

la convicción de que en el mundo psíquico de sus progenitores predomina, en lugar de un proyecto de hijo, una tendencia a la catarsis, el abuso o la violencia. El niño o la niña tiende a quedar fijado en posición traumática y a cristalizar su identidad con el lugar de deyecto tóxico (Freud, 1920g).

si un/a paciente que detenta el referido lugar de deyecto, accede a la intelección de que su patología fue transmitida en el seno de la familia y que además es incurable, es probable que el referido discernimiento opere como un refuerzo de su identificación

con la posición del deyecto tóxico. En tal caso, es probable que el paciente se vea compelido a atacar la propia vitalidad y la ajena en prácticas signadas por la envidia. Valga como ejemplo la impulsión de transmitir la enfermedad a otros.

Esta posición tanática se consolida si el/la paciente tiene, entre sus vínculos significativos, una prevalencia de interlocutores carentes de compromiso afectivo genuino.

Un contexto comunitario hostil hacia el desarrollo vital adolescente, que obstruya su inserción en actividades sociales y educativas, que conciba al adolescente en términos especulativos, económicos (adolescente como mero consumidor, carne de cañón para el trabajo precarizado, etc.).

Capítulo 5

El instrumento David Maldivsky (IDM) y el estudio de la alianza terapéutica

I. Relevancia del problema

El valor de la propuesta que expongo a continuación está dado por el hecho de que en la bibliografía que trata acerca de la enfermedad orgánica crónica en niñas y niños no existen instrumentos para el monitoreo de la alianza terapéutica a partir del intercambio concreto que ocurre en la sesión.

II. Objetivo

El estudio pormenorizado de la alianza terapéutica con posterioridad a la sesión permite que el analista afine su comprensión acerca de las escenas vinculares y optimice su estrategia clínica. Para ello, debe apelar al registro de la sesión e intentar detectar cuál o cuáles fueron las problemáticas que trajo el o la paciente, qué intervenciones clínicas aportaron constructivamente (sea a la comprensión, sea al fortalecimiento de la confianza entre ambos) y qué intervenciones resultaron obstructivas.

Mediante la aplicación del Instrumento David Maldivsky (IDM) se puede explorar la alianza terapéutica del siguiente modo:

al detectar la función (constructiva u obstructiva) que las intervenciones clínicas del terapeuta adquieren en relación al procesamiento psíquico de la enfermedad orgánica crónica en práctica clínica con niños y niñas afectados por ella.

al detectar la función (constructiva u obstructiva) de las comunicaciones concretas que produce el o la paciente, en relación al procesamiento de su condición de afectado por una enfermedad orgánica crónica.

III. Definiciones conceptuales

Alianza terapéutica. La definición de alianza terapéutica que utilizamos surge del aporte de psicoanalistas clínicos como W. Bion (1962, 1963), posteriormente sistematizada por D. Liberman (1972), quien propone criterios para evaluar los aportes constructivos u obstructivos de cada uno de los sujetos del vínculo terapéutico.

-Alianza terapéutica constructiva: Considera que el influjo constructivo del terapeuta consiste en detectar el núcleo problemático en cada sesión y formular intervenciones que apunten en dirección a que el o la paciente enfoque y procese el conflicto psíquico. A su vez, sostiene que el influjo obstructivo del terapeuta consiste en no rectificarse cuando pierde el foco de los problemas nodales en un momento dado. Liberman (op. cit.) afirma que quien colabora con su proceso terapéutico tiene una disposición a sentir confianza en el terapeuta (o a expresar abiertamente la desconfianza). Además de ello, tiende a ratificar –aportando nuevas comunicaciones– al terapeuta, en la medida en que éste con sus intervenciones enfoque hacia el núcleo de su angustia.

-Alianza terapéutica obstructiva: A su vez, este autor sostiene que el o la paciente que obstruye la alianza terapéutica produce un material que alienta al terapeuta a continuar insistiendo en una línea de trabajo infructuosa. En caso que el analista oriente sus intervenciones hacia un foco de angustia, alguien obstructivo activa sus resistencias y

responde produciendo asociaciones que tienden a desorientar al analista respecto de la pertinencia del rumbo clínico.

IV. Operacionalización del concepto de función terapéutica

Distinguimos en la acción terapéutica concreta dos grandes alternativas: el ejercicio óptimo y el entrampamiento clínico (Goldberg, 2017). En la evaluación de la pertinencia de las intervenciones consideramos la función que desempeñan en la escena. Cumplen una función óptima (o constructiva) cuando sirven al despliegue de la expresividad del paciente, contribuyen a que alcance a inteligir sus propios procesos psíquicos o para que recupere o consolide su confianza en el terapeuta. Inversamente, el terapeuta induce al entrampamiento clínico en la medida en que sus intervenciones no hacen foco en los conflictos nodales de su paciente y/o aumentan la desconfianza en su disposición a ayudarlo.

a) Ejercicio óptimo/ejercicio fallido de la función terapéutica en pacientes con disposición a la resiliencia

Ejercicio óptimo de la función de el/la terapeuta	Ejercicio fallido de la función de el/la terapeuta
1) Generar el contrato terapéutico (“con qué fin jugamos/dialogamos vos y yo”).	1) Desestimar la importancia del contrato terapéutico.
2) Prestarse oportunamente como objeto para la hostilidad autoafirmativa de el/la paciente.	2) Evitar o desestimar el valor de prestarse como objeto para la hostilidad autoafirmativa de el/la paciente.
3) Seleccionar pertinentemente un sector de la producción de el/la paciente apto para generar nuevos discernimientos.	3) Elegir un fragmento de la producción del paciente que obstruye el trabajo de avanzar en nuevos discernimientos.
4) Ubicarse como testigo silencioso de el/la paciente que usa la sesión para pensar a través de juegos y personajes.	4) Interferir con intervenciones en el momento de la sesión en que el/la paciente requiere el silencio de el/la terapeuta para pensar en sesión a través de la creación de juegos y personajes.
5) Generar una pregunta precisa que relanza el proceso hacia los problemas subjetivos nodales.	5) Producir una pregunta que desenfoca de los problemas nodales.
6) Formular una interpretación precisa que relanza el proceso y mejora la confianza.	6) Formular una interpretación que despierta desconfianza.

b) Ejercicio óptimo/ejercicio fallido de la función terapéutica en pacientes en posición traumática

Ejercicio óptimo de la función de el/la terapeuta	Ejercicio fallido de la función de el/la terapeuta
Actitud de espera activa: apela a su creatividad para encontrar una vía de acceso a el/la paciente.	Las intervenciones tienen una función obstructiva cuando de las mismas se infiere que el/la terapeuta: desahucia a el/la paciente. utiliza el contrato terapéutico como escudo del compromiso afectivo y la actitud creativa. hace a el/la paciente objeto de catarsis. seduce a el/la paciente. ubica a el/la paciente como objeto de una supuesta gesta heroica profesional. potencia las quejas y los lamentos de el/la paciente.

V. Secuencia de pasos en el uso del instrumento

Disponer de una grabación de la sesión o, en su defecto, contar con notas que describan el diálogo clínico de modo pormenorizado.

Confeccionar la muestra armando secuencias de turnos de diálogo, es decir: intervención de el/la terapeuta y respuesta de el/la paciente, o viceversa.

Estudiar en cada turno las manifestaciones de el/la paciente. ¿Es posible decidir si las escenas que propone expresan una posición resiliente o una más propiamente traumática? ¿Ratifica las intervenciones orientadas del terapeuta y rectifica las que resultan no pertinentes, o más bien hace lo opuesto?

Estudiar el impacto de las intervenciones de el/la terapeuta en sesión, en relación al tipo de escenas (acorde a la resiliencia/traumática) y al estado anímico prevalente (confianza/desconfianza) de el/la paciente. (Respecto del impacto de las intervenciones de el/la terapeuta en el estado anímico de el/la paciente decimos lo siguiente: si aporta a sostener o mejorar la confianza, eso se detecta en que el/la paciente afirma una actitud espontánea, relajada. Si el impacto de la intervención intensifica la desconfianza, ello se verifica en que el juego se inhibe o la atención se dispersa. En caso que el/la paciente se ubique en posición traumática, cabe considerar si el/la terapeuta con sus intervenciones contribuye a focalizar el interés y la conexión de el/la paciente, si logra despertar su confianza. La otra alternativa es que las intervenciones de el/la terapeuta entronicen la desconfianza o resulten indiferentes para el/la paciente).

Evaluar los datos con el objeto de establecer una conclusión acerca de la posición prevalente en el/la paciente y de la calidad de la labor del terapeuta en esa sesión.

Explorar el aporte a la calidad de la alianza terapéutica, antes de calificarla. Debe formularse las siguientes preguntas para reestudiar el material: ¿Cooperan paciente y terapeuta invirtiendo las aportaciones más constructivas del otro y desechando las obstructivas? ¿Acaso ocurre lo contrario?

Bibliografía

Adaszko, A. (2006). "De tomar pastillas a saberse con VIH/Sida. Trayectorias de vida y reflexividad en jóvenes que crecieron viviendo con VIH/Sida desde niños", en *Cuartas Jornadas de Investigación en Antropología Social*, p. 314-328.

Bion, W. R. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós.
(1963). *Elementos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé.
(1965). *Transformaciones*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
(1977). *La tabla y la cesura*. Buenos Aires: Gedisa.

Botella, C.

(2014). "Sobre el trabajo de figurabilidad", *Mentalización, Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, II, I, Octubre, en <https://revista mentalización.com/último número/botella.pdf>

Freud, S. (1908c). "Sobre las teorías sexuales infantiles", en AE, vol. 9
(1913c). "Sobre la iniciación del tratamiento", en AE, vol. 12.
(1914c). "Introducción del narcisismo", en AE, vol. 14.
(1915c). "Pulsiones y destinos de pulsión", en AE, vol. 14.
(1916a [1915]). "La transitoriedad", en AE, vol. 14.
(1916-1917). *Conferencias de Introducción al psicoanálisis*, en AE, vol. 15-16.
(1918b [1914]). "De la historia de una neurosis infantil", en AE, vol. 17.
(1920g). *Más allá del principio del placer*, en AE, vol 18.
(1923b). *El yo y el ello*, en AE, vol 19.
(1925h). "La negación", en AE, vol. 19.
(1926d). *Inhibición, síntoma y angustia*, en AE, vol. 20.
(1933a [1932]). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, en AE, vol. 22.
(1937d). "Construcciones en el análisis", en AE, vol. 23.
(1940a). *Esquema del psicoanálisis*, en AE, vol. 23.
(1950a). *Los orígenes del psicoanálisis*, en AE, vol. 1.

Goldberg, J. A. (2005). *El ADL: problemas metodológicos y exploración del desvalimiento en la clínica con niños* (Tesis de la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Buenos Aires.

(2016). *El ADL y el estudio vincular de la alianza terapéutica y el cambio clínico en la psicoterapia con púberes* (Tesis de Doctorado en Psicología). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Buenos Aires.

(2017). Avances en la construcción de un instrumento para evaluar resiliencia en niños HIV de transmisión vertical, *Subjetividad y procesos cognitivos*, 21 1, (67-83).

(2018). "Enfermedad orgánica y trauma en niños. El trabajo de la figurabilidad", *Actualidad psicológica*, 474.

Hirsch, R. Goldberg, J., Sosa, M., García, M., Capeluto, N., Basta, P., Comerci, A., Rubinstein, E., Hirsch, G., Hirsch, C. (2010). *Aportes para mejorar y prolongar la calidad de vida de los niños y adolescentes afectados por el VIH / sida de transmisión vertical*, Buenos Aires: OPS.

Kazet, R. (2017). "Resiliencia, defensas normales y desmentida funcional", *Actualidad Psicológica*, 463.

- Liberman, D.
 (1970). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico. Tomo I.* Buenos Aires: Galerna.
 (1972). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico. Tomo II.* Buenos Aires: Galerna
- Maldavsky, D. (1992). *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*, Buenos Aires: Amorrortu editores.
 (1995a). *Pesadillas en vigilia*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
 (1996). *Linajes abúlicos*. Buenos Aires: Paidós.
 (1998a). *Casos atípicos. Cuerpos marcados por delirios y números*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
 (1999a). *Lenguaje, pulsiones, defensas. Redes de signos, secuencias narrativas y procesos retóricos en la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión
 (2003a). *La investigación psicoanalítica del lenguaje: Algoritmo David Liberman*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Maldavsky, D., Aguirre, A., Álvarez, L. H., Bodni, O., Britti, A. M., Buceta, C., ... Varela, R. (2007). *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el Algoritmo David Liberman (ADL)*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Meltzer, D. (1967). *El proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Hormé.
 (1975). *Exploración del autismo*. Buenos Aires: Paidós.
- ONU (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. ONU: Asamblea General.
 Disponible en <https://www.refworld.org/es/docid/50ac92492.html>
- Rodulfo, R. (2012). *Padres e hijos. En tiempos de la retirada de las oposiciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Tustin, F. (1990). *El cascarón protector en niños y adultos*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Winnicott, D. W.
 (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*, Buenos Aires: Paidós.
 (1971). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Granica
- Zukerfeld, R. y Zonis Zukerfeld, R.
 (2011). "Sobre el desarrollo resiliente: perspectiva psicoanalítica", *Clínica Contemporánea*, 2, 2, 105-120.

BOOK SUMMARY

**From trauma to resilience: organic
illness and childhood psychic life**

**Tools to evaluate the therapeutic alliance
in play scenes**

AUTHOR: Jorge A. Goldberg

Index

Foreword

Chapter 1: Bioethical Considerations

- I. About HIV and the history of its approach in a public Hospital
- II. The ethics of care in boys and girls with organic disease
- III. A specific conception of therapeutic ethics
- IV. Our boarding point seeks to be the place where the ethics of care and therapeutic ethics clinical example

Chapter 2: The psychological processing of HIV affectation in boys and girls

- I. History of an approach modality
- II. The function of figurability as an achievement of mental vitality
- III. Building the link. A challenge for the health team
- IV. A linking proposal: active waiting

Chapter 3: The task of disclosure in affected boys and girls for HIV

introduction

- II. From extreme helplessness to the ability to ask: a subjective achievement
- III. Two clinical examples

Chapter 4: David Maldavsky Instrument: theoretical framework and operationalization of concepts

- I. Hospital epistemological anecdotes
- II. Conceptual framework: background and epistemological foundation of the proposal.
- III. The conceptual and operational definitions of the David Maldavsky instrument traumatic position
Position consistent with resilience
- IV. The four scenes of the resilient position and their corresponding subcategories
Scene according to resilience I: Becoming active regarding the experiences of maximum helplessness (in the transmission of chronic organic disease and traumatic hospital experiences)
Scene II: Distinction between nutrient objects and substances from those that are toxic
Scene III: Elucidate the location and origin of the disease
Scene IV: Admitting the chronic nature of the organic disease
The subsequent psychic outcomes

Chapter 5: The David Maldavsky Instrument (IDM) and the study of the therapeutic alliance

- I. Relevance of the problem
- II. Aim
- III. Conceptual definitions
- IV. Operationalization of the concept of therapeutic function
- V. Sequence of steps in using the instrument

Bibliography

Foreword

This book aims to describe and explain the characteristics of trauma and psychic work in boys and girls affected by chronic organic diseases. The clinical goal of our work is the rescue of the condition of lasting helplessness. The task at hand is never merely individual. The thesis of this book is that the therapeutic bond, the quality of the therapeutic alliance at play, is of crucial importance to undertake the task of processing the trauma derived from being born with an incurable somatic pathology.

Due to its internal structure, the book consists of two parts. The first, more general, groups the first three chapters. In them I describe, successively, the bioethical perspective as a framework for the performance of the clinical task, the process of constructing the concepts that guide my practice and, finally, some proposals for the work of what is usually called “diagnostic discovery.” The second part includes chapters 4, 5 and 6. In these, I develop the most specific proposals, what I have called the David Maldavsky instrument, in homage to my Master. The instrument has two elements designed for the study of specific sessions. One of them is the description of a limited group of scenes, prototypical, that allow us to establish distinctions between patients who are located in a traumatic position with respect to others who, due to the content of their scenes, can be categorized within what I call a position according to the resilience. The other element contributes to studying the vicissitudes of the therapeutic alliance in the playful and verbal dialogue during a specific session, detecting the constructive and obstructive components, in the interventions of both therapists and in the manifestations of their patients. Finally, in Chapter 7, I test the instrument through a case study.

I would like to thank a group of excellent colleagues: I am referring to Paula Abelairas, Florencia Finocchiaro and Melody Gargiulo. Over the last five years, with their curiosity, their ideas and their vocation, they contributed to the reflective process that made this book possible.

Ariel Wainer and Sebastián Plut contributed their generous knowledge in correcting the initial version. And before and after that, I received the valuable encouragement of his friendship.

Mariana Krojzl provided essential collaboration when it came to polishing the text, finding the expressive resources suitable to account for the concepts that I am trying to expose here.

Finally, a brief reference to my personal experiences during the construction process of this text, which I think are relevant. I began writing this book in 2019. I then had support in the emotional and professional spheres that I believed to be solid and lasting. David Maldavsky was an invaluable pillar. Their emotional support, their ability to help bring out the best in me and generate new goals, were a firm, vital foundation. In the workplace, my work in the area of pediatrics with patients affected by HIV was something rewarding and secure for me. In the same way as David's wisdom, they were inputs that I could continue to use.

Abruptly, in the course of these two years, painful losses occurred. The brutal blow of David's death and the interruption in the usual mode of care at the Hospital, due to the emergence of the pandemic, led me to an experience of confusion and intense helplessness. Moving forward and finishing this book is part of an effort to make the pain lessen.

As I take on the challenge of the emergence of new projects, a text by Freud resonates with me at this moment, the one entitled “Transience” (Freud, 1916a). There he maintains that

an ability to enjoy what is beautiful and valuable in life requires acceptance of its intrinsic fragility. A flower, an artist, a thinker that ignites our sensitivity, sooner or later, will perish. The human antidote available is the variable disposition of each person to carry out grief. Grief work helps ensure that our vitality does not wither as we suffer emotional losses. Freud, referring to the losses left by wars, says it with these beautiful and vibrant words: "If we are still young and capable of life, it will be proven that our high appreciation for cultural goods has not been diminished by the experience of its fragility. We will build everything again, everything that the war has destroyed, and perhaps on a more solid foundation and more lastingly than before.

Chapter 1

Bioethical considerations

I. About HIV and the history of its approach in a public Hospital

At the beginning of the nineties, the Pediatric Services of public hospitals began to receive a new pathology: HIV. The Hospital where I started working at that time implemented a classic care model: evaluation of symptoms and signs, decision on antibiotic therapy, symptomatic improvement and finally, medical discharge.

The arrival of HIV implied a change, since at the beginning there was no knowledge of the mechanisms of the disease and, even less, of effective therapies. The group of professionals found themselves faced with a very complex reality, since these patients were outside the logic of healing. They questioned the know-how of the interdisciplinary team. Given the worsening of each patient and the lack of tools to help them, there were those who entered a path of accusations and stigmatization towards their family ("this boy is getting worse and worse, the mother is ignorant and does not comply with the instructions we give her.").

Later, in the mid-nineties, medical treatment began to be more effective, thanks to the so-called "drug cocktail." For a sector of professionals, with progress in the pharmacological approach, all (or almost all) problems had been resolved. For them, the work consisted exclusively of confirming the diagnosis of HIV and then focusing on the treatment, combining the various medications available. Everything that mattered about the patient and their situation was measured in numbers (the amount of circulating virus, the CD4 number) and based on them, the most crucial decisions were made. Even when it came to identifying them, reference was not made to their name but to the bed number ("did you take the medication correctly, bed four?"). Diagnostic information and medical decisions circulated exclusively between the adults in question (professionals and family members in charge of their care).

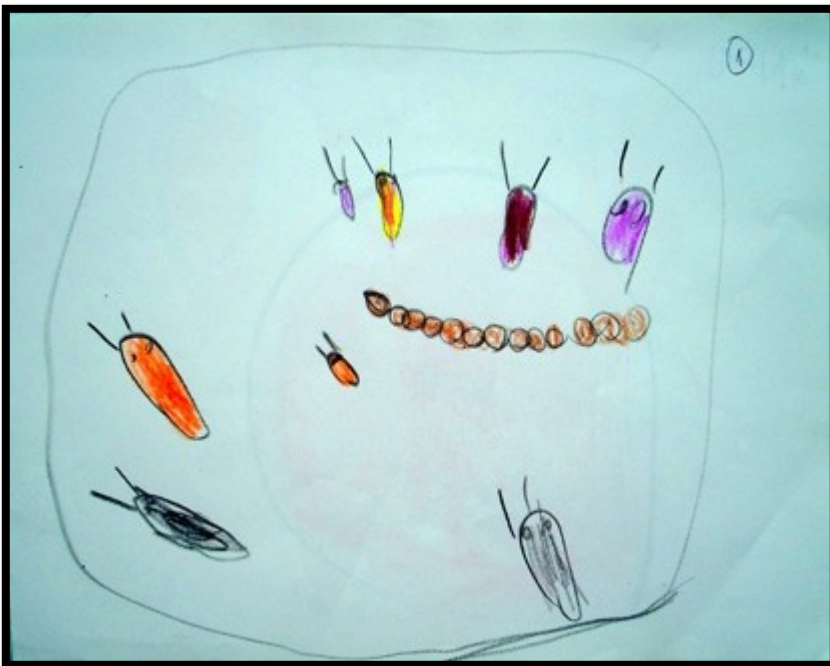
From this entire process, we psi professionals were excluded. Likewise, boys and girls were not assigned any subjective dimension. From my place as a therapist, the experience of being the recipient of the drawings they made during the session definitely marked me.

Let's look at some of the aforementioned graphic productions:

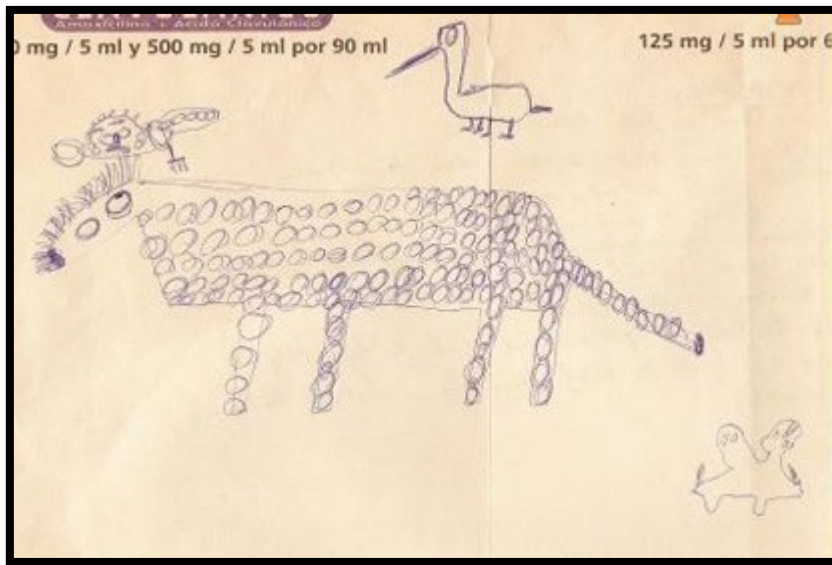
Drawing 1: The girl, after drawing, says that the body has a spider (it is observed that the animal grows and goes beyond the limits of the body).



Drawing 2 : Bugs that live inside the body.



Drawing 3 : Horse full of toad eggs inside its body.



In these productions, the common feature was that a body (human or animal) was invaded by strange bugs. They constituted a message, an opening to dialogue: what is happening to me? How can you help me? These “drawn thoughts” require a “thinker” capable of digesting and communicating them, as W. Bion (1962) would say. Evidently, with these productions they were challenging, through me, a modality of attention that was incapable of considering its subject dimension (of desire, of thought, of rights).

At the same time, with professionals from various disciplines we were trying to find a new place from which to address the care of pediatric HIV patients. In the model that we were trying to establish, each relevant decision (when to start treatment, the decision to discharge, etc.) involved interdisciplinary work: that of evaluating the economic, social, relationship and psychological conditions of the patient and their context.

I remember an anecdote from those years. For quite some time, a mother claimed that she gave her son medications at home. Despite this, the results of the medical check-ups were unfavorable, which suggested that there was poor adherence to treatment. Despite everything, the woman seemed credible in her testimony. Things became clearer when one of us asked him if he kept the remedies in the refrigerator, to which he responded that no one had made it clear to him that he should use the refrigerator, since in that case he would have told the truth: that at home there is no refrigerator.

So, we can raise two reflections:

to) How many times does a failure of the professional team (for example: not providing adequate information) end up fueling false conclusions about the patient (in the case that I just mentioned, some professionals quickly branded the woman as a liar) and also generates failures in the care that patients receive? They must remain at home.

b) When the professional team considers the patient only in his biological body dimension, we are more prone to error, in a worse position to understand his sufferings, his joys, his representation of the disease (if he has one), the supports with which he account (in working with children, the support of family members is crucial).

All these reflections introduce us to the field of bioethics, of the ethics of care, which we will develop in the following point.

II. The ethics of care in boys and girls with organic disease

Bioethics understood as ethics of care, calls us to discern the human contours of medical situations. The goal of this approach is to protect, in the best possible way, the patient's dignity and personal autonomy. Consider your human, social and cultural condition in any circumstance. The practice of bioethics requires, on the part of the team of professionals, to exercise the ability to listen and the development of sensitivity and empathy. It is also essential to involve the family and the child in relevant decisions (such as changing medication, among others).

The favorable terrain to stimulate these dispositions is the love of clinical activity, the daily commitment to the situation of each patient. The decision to develop practices in accordance with the ethics of care can be a valuable element of cohesion for a group of professionals from different disciplines who care for the same patient. For example, in a meeting of the professional team we have to decide whether, for a patient whose health condition is precarious, we authorize his request to interrupt his hospitalization during the weekend, given that he wants to be part of the birthday celebration. his father's. To the extent that those who make up the team have, in addition to knowledge relevant to their specific discipline, an inherent dimension of the ethics of care, the possibilities of developing a fruitful dialogue increase when generating a response to the request made.

In health practices, respect for patient autonomy is of great relevance. Now, in working with boy and girl patients affected by a chronic illness, whose dependence on significant adults is so great: Is there a possible autonomy of the patient towards which we can aim?

Our response from a bioethical perspective is that promoting the autonomy of those who live with a chronic organic disease consists of helping them give meaning to their rights, as members of two specific groups: that of children and that of patients affected by a disease. chronicle.

III. A specific conception of therapeutic ethics

In this area of professional performance, therapeutic ethics consists of contributing to ensuring that each boy or girl can, to the extent possible, rescue themselves from the helplessness that chronic organic disease entails. More specifically, somatic pathology is a stimulus for the thinking of those who suffer from it. It should be noted that, among the most genuine testimonies of this work of thought, we detect the effort to understand the way in which the body itself contracted the organic pathology, its location in the body, etc.

IV. Our point of approach seeks to be the place where ethics of care and therapeutic ethics intersect.

As psychoanalysts dedicated to childhood, we detect that the organic disease contracted in a state of maximum defenselessness, that is, before any defensive system (immunological, psychic) has been able to intervene, has among its relevant consequences the following.

At the time when the boy or girl in question shows interest in understanding, for example, what the illness consists of that leads to him or her having to take medication every day, he or she probably does not have suitable raw material (emotions, experiences, representations).) to produce an understandable, genuine response.

Using a clinical example, I will focus on a crucial moment in which a pubescent girl - affected by HIV from the beginning of her life - manages to develop in session a conjecture about the relationship between her birth, the transmission of the disease and death. of his mother.

clinical example

Antonia is eleven years old when her mother dies and she moves to live with her grandparents. At the beginning, the mutual integration (of the girl into the existing family world and that of the group to her needs) is extremely difficult. In fact, due to constant failures in the continuity of hospital controls and in taking medication, the patient is in a delicate medical situation. During that period, none of the members of the family group emotionally connected with the severity of Antonia's condition. She herself, after the death of her mother, was more rigidly placed in a type of apathy, from which it was very difficult to rescue her.

In a hospitalization, which occurred when he was 12 years old, novel events occurred. In the interview with the grandmother, she tells me that her granddaughter's mood suffers inexplicable "alterations." I had the opportunity to do several sessions with the patient. In the first game interviews, he maintains his state of docile apathy, although something changes when I suggest that he refer to facts that They make her angry at home . She immediately responds that it is because "they don't let her invite friends over." Then, in several interviews he works in a more vital way, with greater subjective commitment. In one session he plays "family" and says that one of the daughters is "retarded." Then he adds: "When the delayed baby was born, the mother used a lot of force to get the baby out, that's why the mother's ears broke and then she died." I ask him if what he wants to tell me is that the baby believes that the mother died because of her birth. Antonia confirms that that is what she wanted to express to me.

Then I propose a slightly different story: the mother first gets sick and then becomes pregnant. Then when the disease worsens, the mother dies. I finish by telling her that the birth of the daughter had nothing to do with the death of the mother. Antonia listens and says: "a little bug from her mother got into her head." of the baby". I ask him and he confirms that what he says is that the girl is retarded because of the bug that the mother transmits to her. Later we made a drawing together of the scene described above and I used that material to talk to him about the story of his birth and the story of his mother's illness and death, the causes of which, I emphasize, are attributable to what, although he was a big person, He didn't know how to take good care of himself.

Antonia's case serves to highlight what we frequently notice in children affected by a succession of traumatic imprints, such as painful experiences related to chronic organic disease, the death of a mother or father, etc., and who develop a state similar to that of traumatic neurosis.

Among the manifestations that account for both the situation of subjective destruction and the effort to escape from it, a type of self-incriminating response stands out in relation to the question about the cause that led to the death of a parent. (I do not consider it

pertinent, in this section, to conjecture regarding the influence of significant adults on the emergence of the aforementioned thought in our patient).

The therapeutic goal, to transform organic pathology into an object of thought, in Antonia's case, is deployed in clinical interventions that help her understand that her birth has no relationship with the causes of maternal death. In other words: I try to rescue her from feeling guilty for events whose responsibility is beyond her control. Reducing guilt tends to make it easier to think about your mother's death and the transmission of the pathology from your mother's body to your own. Some of this thought is expressed in the following phrase: "a bug from the mother entered the baby's head."

Regarding the orientation towards the ethics of care, which, as we said, implies that the girl gives significance to her rights, we can highlight access to knowledge of the causes why she contracted the pathology. In that sense, the sequence of therapeutic interventions that begin with drawing and culminate with putting into words the objective history of the illness in the family, go in that direction.

Episode 2

The psychological processing of HIV affectation in boys and girls

I. History of an approach modality

When I was presented, at the beginning of the nineties, with the opportunity to work in a public hospital in the Pediatrics ward, caring for boys and girls affected by the HIV virus, I had a mixed sensation that brought together a diffuse joy and a clear feeling of anguish. Shortly after starting I detected one of the reasons for my anxiety. How could I, a psychologist with a psychoanalytic orientation, build on my basic training and rely on that theory to provide a contribution to these patients who, in those early days, went through life between organic pain and the threat of death? In fact, locating the purpose of our task in the room was not easy, nor a direct derivation from any book.

The need to find the profile of our work arose from specific problems. The most significant began to emerge when some of the hospitalized boys and girls, once they had established a transference with the therapist, spontaneously drew figures in which the fantasy of contagion seemed to be expressed, and above all, that of the disease, and even of the destiny they thought they were heading towards. These productions, these messages, opened a door to dialogue (what is happening to me? How can you help me? What can I expect? How did I get sick?) that included me and at the same time exceeded me.

At that moment interdisciplinary work becomes important. The team of paediatricians, with traditional training, was not willing to do this group work, nor to listen to their patients and, in diagnostic communication, they only considered the adults responsible for them as interlocutors.

A group of professionals from various disciplines began to ask ourselves what we should do with respect to what the drawings revealed: the desire of boys and girls to hear about their body, the illness, the medication. We realized that our inaction could reinforce the state of defenselessness in which they found themselves.

We were doing work in two directions:

1) Towards the families , trying to find out how the issue had been processed within that framework. The vast majority of them recognized that, when faced with the questions they were asked, they were unable to find satisfactory answers and they were relieved that we could help them develop possible answers.

2) A query towards laws or codes . There was no reference regarding how to proceed from psychology in these situations. They were “adult-centric” laws, which led to the conclusion that children were not included in the law. They were sick boys or girls and were outside the body of the law. We had to go back to the Convention on the Rights of the Child ⁵⁷, which in article 12 mentions:

1. States Parties shall guarantee to the child who is capable of forming his or her own judgment the right to express his or her opinion freely in all matters affecting the child, with due regard to the views of the child, depending on the age and maturity of the child. 2. To this end, in particular, the child shall be given the opportunity to be heard in any judicial or administrative procedure affecting the child, either directly or through a representative or an appropriate body, in accordance with the rules of procedure of national law . (UN, 1989)

⁵⁷The Convention on the Rights of the Child has had constitutional status in Argentina since 1994.

II. The function of figurability as an achievement of mental vitality

The affectation of a boy or girl's body by HIV vertically has affinity with what we usually understand in psychoanalysis as traumatic neurosis (Freud, 1920g). The overwhelmed system in this case is the child's immune system and the overwhelming factor is the virus coming from the maternal body, which leaves as a sediment the transmission of a pathology, an indelible organic mark.

For those who go through this vital trance, a key challenge for their resilient capacity is to avoid the risk that the traumatic neurosis, lurking since the history of the contraction of organic pathology, becomes entrenched as the dominant psychic structure. To a large extent, this is because contagion occurs at a moment of maximum helplessness, before the possibility of appealing to some defense (immunological or psychic), of having the capacity to record experiences or emotions and generate representations of the event. Thus, the initial state of helplessness is structural, not random. This lack of raw material for the work of thinking is a requirement for the emotional vitality of each person. When they have vital resources, it is seen that they overcome this obstacle and conquer figurability (Botella, 2014, Goldberg, 2018); That is, they generate emotional material suitable for thinking about organic illness in relation to one's own body. It is possible to infer that the effort linked to the drive to seize traumas (Freud, 1920g), the desire to understand the truth (Freud, 1937d, Bion, 1962) and the desire to heal (Freud, 1933a, Maldavsky, 1996) facilitates the creation of this function of figurability, which has as its essential contribution that the lurking traumatic neurosis is not the prevalent psychic outcome.

If in a person who contracted HIV in his adolescence or adulthood, we notice a drive to psychically process how he came to such a situation, he may find scenes, memories, of certain psychic decisions, which can become the object of his self-criticism. For example: "A few years ago I 'was in whatever': with my group of friends we felt that nothing could happen to us. We were partying all day. When they gave me the diagnosis I didn't give much thought either. But after this hospitalization, I think a chip fell on me." In the context of a psychotherapeutic process, a story of this type is possible in an adult who attempts to mourn a position (that of "partying all day") on the way to investing a new psychic perspective that takes into consideration the admission of the organic disease in one's own body and the unavoidable requirement of medical treatment to strengthen the care of one's health. What I want to emphasize is that in adult patients the possibility of establishing causal links between a set of memorable events (in the previous example, the experiences of the time when the whole day was on holiday) and a set of effects ("the card" that he is sick), is something that facilitates psychic work.

Vertically infected boys and girls, who try to rescue themselves from the risk of a traumatic neurosis becoming entrenched in their subjectivity, have a prior and primary task: to create the emotions and representations with which they can later construct thoughts. Therapeutic work, as I understand it, has as one of its fundamental tasks to contribute to creating emotions and representations so that the aforementioned psychic processing can be expressed.

III. Building the link. A challenge for the health team

The structural condition that places boys and girls who contract HIV vertically in a situation of organic and emotional helplessness, added to the requirements of medical

treatment that includes naturally invasive practices (diagnostic tests, blood draws, controls, etc.) , contribute to the development of specific affective states in the initial transfer modality established with the treating interdisciplinary team.

Prominent among these are automatic anxiety, panic, impotent rage, and self-pity. In these circumstances, the behavior of the hospital staff can have a negative impact if their professional practice only considers compliance with medical precepts (biological perspective) and ignores the contribution that empathy and willingness to explain those practices can provide to girls and boys who , to strengthen their capacity for resilience, require finding a firm contextual foundation, which to a large extent can be the human attitude of the adults in charge.

The hospital approach carried out with a reductionist criterion - for example, the biological one - increases the risk of making the condition of structural helplessness chronic by perpetuating the trauma activated during the transmission of HIV: the body itself in the place of a defenseless object against hyperpotent forces that They unload their toxicity, their tensions, on him.

In more favorable circumstances, the group of treating professionals contributes to generating higher quality bonding modalities in these boys and girls, within which the disposition for resilience can flourish.

IV. A linking proposal: active waiting

The complexity of the situation of reconciling objectively invasive professional practices (among them, I highlight the extraction of blood), with the requirement of becoming trustworthy for boys or girls placed in a patient situation, does not affect all acting professionals equally. A therapist, being exempt from participating in the aforementioned medical acts, can take advantage of this situation to promote a bonding modality that makes a difference, that qualifies the most coercive practices (taking medication, for example).

Mariela is a four-year-old girl. He has AIDS in an advanced stage. His relationship with medical practices is characterized by furious, ultimately impotent reaction. Proof of this is how he reacts when any professional enters his box: he turns on his back, curls up, screams.

Faced with this situation, my approach strategy with her is what I call active waiting. In fact, it consists of prohibiting me from going through the door of Mariela's box, carrying out a task from the very threshold of the door. The latter is reflected in approaching that place daily (before or long after the required medical check-ups), greeting her, making her eyes stumble upon my presence, waiting for a response in a short period of time and, immediately, leaving. On some occasions I even notice that in the visual encounter his usual hard gesture is disarmed.

When one morning, after seeing me, he hides his face behind the pillow. I understand that a new possibility opens up, that of playing at presenting and subtracting the face. In the following days she begins to call me by name, first to occupy my playing space from the threshold of her box, shortly afterward she asks me to enter the room to play with her.

In summary, active waiting consists of a bonding proposal in which the therapist configures himself in a non-invasive stimulus, open to the call of his patient, and responds from his disposition to tenderness and creativity. It is one of the specific ways in which the psychologist functions in relation to other professionals, which can be used for the benefit of his patients.

Chapter 3

The task of disclosure in children affected by HIV

Introduction

The term disclosure is often used (Adaszko, 2006) to account for the phenomenon by which a child patient is informed of his or her condition as being affected by some organic pathology.

The task of unveiling Diagnosis in the pediatric setting has at least two different approaches. One has the modality of an act; the other, that of a process. We explain both. Those who carry out the disclosure as an act take into account a factor to which they give maximum relevance, for example, the chronological age of the patient. They consider the age of 12 or 13 as an auspicious time. In this way, when the patient reaches that age, the team of professionals begins the unveiling. Among the foundations that guide this procedure there is one that we wish to highlight. Information has a univocal direction: from the knowledge of the professional it is directed towards the ignorance of the pubescent. The content and dose of information that patients require is assumed to be similar in all cases.

Those of us who work on disclosure as a process aim to create a bond of trust with the patient and their family. We do it from the moment they begin to be treated at the Hospital. This approach involves a good part of the members of the Chamber: it is an interdisciplinary work. Our specific function as psychologists is to create and sustain over time a space for dialogue and play within which these boys and girls make an effort to master their traumas, their desire to know, their desire to heal. In short, its vitality.

Adopting this way of working was not the product of an abstract decision. On the contrary, the impact of certain specific experiences has weighed heavily.

In this regard, I remember that many years ago, Jessica, a 5-year-old patient with advanced AIDS, at a certain moment drew a human body, within which a spider occupied the entire space “in the belly” (see Drawing 1). After giving me time to look at him, he said the following phrase: “This is you. This is a spider inside my body.” That is, Jessica describes that my body encompasses the spider and herself. The drawing of the spider, colonizing, growing excessively inside the body, was a way of processing its current organic state, characterized by the increase in the viral load and the lameness of the immune system.

It is possible to consider then that this graphic challenges us regarding the unveiling, but in a specific way: the drawing already contains a certain knowledge regarding what is happening inside the body (in this case, the assumption that there is a strange object to the body itself that grows inside it without control).

Once we emerged from the surprise of this material (and others with similar characteristics) with the ward team headed by Dr. Hirsch, head of the Pediatrics ward, we began to outline our style in the practice of disclosure to the that we conceive, pardon the redundancy, as a process.

Here are some of the principles that guide our practice regarding information management with our patients:

- Our approach does not have a univocal direction: the boy or girl affected by HIV is an active subject who produces his or her own questions, his or her own theories of what is happening to him or her. The professional has to develop an ability to listen to these questions and, only later, develop a strategy regarding them (sometimes the child requires us as a witness, on other occasions he or she requires us to provide objective information).
- It is necessary to facilitate, in our patients, the disposition to an interrogative attitude, encouraging them to wonder and ask us. For example, when they show us the mark left by

the needle with which they took blood, we ask: “Has anyone ever told you why they take your blood?”, “Do you know what they do with your blood after they take it away?” room?”. We position ourselves as allies of your desire to know. We try to enhance it. We know that if a child's desire to know is met with indifference, lies or stereotyped responses from adults, their thirst for knowledge can be quenched, perhaps forever. And he can decode that medical treatment and its procedures constitute a mere exercise of violence of which his body is the support. In that case, you may believe that you have only two options: submit, complying without understanding the measures and procedures imposed on you, or display frequently secret acts of rebellion (simulate obedience and repudiate it by throwing the medication down the toilet).

- Working with significant adults is very important. We tend to explain to them the importance of truth in the psychic time of childhood, in their disposition to adhere. Of course, a truth dosed according to the unique needs of each person. If we are going to provide you with new information, we first agree with your family members about what we plan to tell you. It is very important that there is coherence between the different sources of consultation you may have.
- We ensure that our desire to inform does not advance or set back the capacity for understanding and receptivity of each child. The decisions regarding whether to remain witnesses of their acquired knowledge, to provide required information, or simply to wait for the conditions to mature to do some of this, occur in the spontaneity of each link with the patient and their family.
- Finally, this task is displayed in scenes (game, dialogue). Our goal is that each one of them constitutes a true emotional experience. That launches or relaunches the effort to mentally digest the most arduous aspects of this pathology, among them, that HIV still has no cure.

II. From extreme helplessness to the ability to ask: a subjective achievement

Our patients are, for the most part, boys and girls who contracted HIV through maternal transmission (during pregnancy and/or early breastfeeding), a period of time prior to the possibility of interposing any defense (immunological or psychological). Therefore, they do not have memories or experiences of the time in which the transmission occurred.

We ask ourselves: How can we think about something if we lack the representations on which to support our thinking? This is the greatest obstacle to developing soul work, to producing your own questions. Our task as psychologists is to capture the potential of certain acts of the patient (drawings, motor activities in play, certain phrases) to allude or condense something of the history of the boy or girl's helplessness in relation to the underlying organic pathology and/or or to the traumas of their family group, impossible to name with words.

Let's see specifically how the game can be a facilitator to begin the process of disclosure.

III. Two clinical examples

Waldo is a three-year-old breastfed boy until a few months ago. It receives HIV transmission vertically. In meetings with me, there were frequent moments of disconnection and an oral autoeroticism in which he began anxiously and ended sleepily. Among his “games”, one catches my attention: he takes a toy bottle and puts it in his mouth, over and over again, in silence. I ask him what he drinks, Waldo answers clearly

and eloquently: “cockroaches.” After a while he makes a change: he offers the bottle of cockroaches to me. I respond: “I don't eat the cockroaches, I spit them out.” My answer seems to surprise him. Then, seeing me dramatize the act of spitting several times, he begins to pretend that he himself is the one who spits out cockroaches.

This game gives rise to others in which the child's greater vitality becomes noticeable. Start drawing pictures of cockroaches. Along the same lines, he asks questions about the function of the medication and takes it with more confidence than in the past. All of these decisions (drawing, asking questions, ingesting the remedy) are testimony that Waldo is psychically alive. Something very different from being disconnected and, in that state, making decisions such as swallowing cockroaches. It is possible to notice, I think, that the game scenes facilitate the display of the desire to know, the mental vitality, the desire to heal.

Violeta is 5 years old. A few days ago he began taking specific medication to help strengthen his immune system. In a session he tells me that he usually vomits the medicine. He also informs me that he sleeps poorly in the Hospital Room. I then ask him what happens at night. To my surprise, he responded that at night “a bug grabbed my leg.” I offer him to draw it, and he does. Then I ask him to draw his “leg”, the one that the bug grabs. Violeta takes the marker again and adds it. Later he draws the sheet with which he covers the paw and the bug. A moment later it occurs to him as a way to defend himself “to cut the bug with scissors.” Take a pair of scissors from the game box and make the cut in the sheet of paper, separating its paw from the bug. To my questions he answers that the bug, which is bad, wanted to play with his paw. Then it occurs to him to keep the bug in a box. I tell her that it must be very difficult to sleep if she thinks that, after falling asleep, she will be defenseless against the bugs.

In that and other sessions we talked about the work the medication does inside your body; something similar to what she expects from scissors. That is to say: it stops the growth of bugs, takes care of people's health, both when they are awake and when they are asleep, then it is possible to sleep more peacefully, without fear of bugs.

Waldo and Violeta's psychic acts (spitting, drawing, telling, cutting and saving, and counting) give meat to the emotional experiences that are built in the context of a facilitating bond.

In relation to disclosure, the primary function of the process approach is to contribute to each patient constructing a personal meaning of what, from the field of health, we call treatment adherence. Some of our patients deploy these psychic processes more firmly, others start them and stop at some point, and a remaining group never starts them, remaining in a merely passive posture. These differences probably depend on the family world and the emotional resources (disposition to resilience) available in each case. With our process approach we intend to respect and not overwhelm these differences.

Chapter 4

David Maldavsky Instrument: theoretical framework and operationalization of concepts

I. Hospital epistemological anecdotes

Many years ago, when I began my clinical practice in the hospital, and I was trying to find certain parameters to specify my specific function, it was common for one of the most experienced pediatricians to ask me for information about “the psychological structure” of the patients we cared for. At his insistence, I felt faced with a difficult situation, given that the possible responses that I could formulate to that demand contained psychoanalytic language (for example: referring to a psyche in constitution, or to certain drives and identifications, etc.), which gave me the impression that it was not what that doctor wanted to receive from me.

That request raised an internal objection to answering, something that I myself could not understand. Some time later I understood that a good part of my discomfort was due to the fact that the pediatrician called me to prioritize the static, the structure, when the most noticeable thing in childhood is not the supposed stability of the structure, but rather how transformation processes unfold, of psychic change.

In fact, in my experience it was already noticeable how many of my patients at the Hospital carried out psychic work through which they generated various hypotheses, of increasing complexity, with the purpose of giving psychic flesh to the virus, transmuting it into an object that can be grasped by thought and the emotional experience.

Another relevant issue was the challenge of participating in interdisciplinary research work (Hirsch *et al.*, 2010) in which we proposed to evaluate, in children and adolescents affected by HIV, the quality of adherence to medical treatment and the theories they built in relation to the causes for which they received medication. In the research, the problem of studying complex psychological problems reappeared, among them the way in which these boys and girls psychologically process the condition of organic patients and, at the same time, finding a language, a terminology that, to the extent possible, do not be closed or hostile towards the professionals who work alongside us and who wish, with our contribution, to enrich their own point of view in relation to the patient.

The term resilience, with increasing social circulation, made me consider the possibility of its use to the extent that I could give it a precise meaning (and thus avoid the obstacle that merely descriptive terms entail when it comes to fine-tuning the rigor). conceptual).

A set of diverse psychoanalytic theories - that of drives, that of the therapeutic bond, etc. - constituted support in the effort to transform the term resilience into a useful concept, both to study the current psychological state of these boys and girls affected by HIV, as well as the quality of the therapeutic bond in a specific session.

In this sense, indeed, I conferred a new (or relatively new) meaning to the terms of resilience (and trauma) and operational concepts such as position according to resilience and traumatic position took shape, which I will develop later in This chapter.

This conceptual terminology, from the point of view of communication between professionals, has the advantage of being simpler than the jargon that we usually use among psychoanalysts, and focuses on the most relevant thing that we can communicate to interdisciplinary colleagues: if the child or girl in question goes through her circumstance with a predominance of psychic vitality (position consistent with resilience) or if, rather, her posture is to lower her arms (traumatic position), and clear the way to think about therapeutic strategies according to each concrete situation.

In summary, the interest in deepening the knowledge of the psychological processes of boys and girls affected by HIV and in communicating the findings of the therapeutic task to interdisciplinary professionals were demands that came together to stimulate the directed effort. to give an account of my clinical work.

Regarding the imperative of the formalization effort in psychotherapeutic work with boy and girl patients, it is worth quoting Rodulfo (2012): “Psychoanalysis did not construct any reading criteria to apprehend the form of the games or their framework, their organization. sequential” (p. 187). Those of us who are dedicated to systematic research in psychotherapy with children and adolescents, confirm that there is a lack of reliable instruments to study the therapeutic process and clinical change in the specific session.

Given this picture of the epistemological situation, we decided to undertake the construction of an instrument capable of accurately categorizing the features of the scenes that account for the traumatic positions and those in accordance with resilience, and, at the same time, allows us to evaluate the therapist's work. from their specific clinical interventions.

II. Conceptual framework: background and epistemological foundation of the proposal.

Various authors (Bion, 1977, Liberman, 1970, Maldavsky *et al.*, 2007) maintain that the essential renewal of psychoanalytic clinical activity requires, on the part of its practitioners, the attitude of bridging the distance between abstract theories and concrete scenes. that emerge from the saying and doing of a specific patient in session.

In this sense, D. Liberman (1972) makes a double contribution:

a) operationally redefines clinical structures: proposes the concept of styles in analytical dialogue. Styles are the crossing point between metapsychology (defenses, fixation points) and expressive resources, specific for each psychic structure. For example: in the dramatic style, the genital phallic drive is combined with the abundance of dramatizations and semantic and syntactic redundancies, lacking synthesis. Each patient is, in turn, a bunch of styles, some being prevalent and others contributing as subcomponents. Psychopathology consists of the hypertrophy of a style, to the detriment of the combination between several of them.

The transformation of abstract theories of clinical structures into the proposal of styles constitutes a way of constructing operational definitions, which are located halfway between general theories and the concrete manifestations of patients during the session.

b) states that studying a session involves focusing on the dialogue between therapist and patient. With that purpose he produces instruments. Among them, the operationalization of the concepts of therapeutic alliance, as well as clinical fluidity or entrapment.

Regarding the therapeutic alliance, he proposes that whoever collaborates in his analysis rectifies the errors of his analyst, inadvertently from his unconscious. In the same sense, by capturing the overcoming of difficulties, confidence in the analyst and interest in therapy increase. In the event that the analyst is clinically disoriented for an extended period of time, they abandon the treatment in a health act. Inversely, the obstructive patient is the one who confirms the therapist in his mistakes, and rectifies the analytical successes (this proposal seems to be inspired by the proposal that Bion makes regarding certain patients whose goal in treatment is to feed the erroneous approach of their analysts). , what this author calls “perspective reversal”).

In relation to the study of clinical encounters and disagreements, he discriminated clinical interventions not so much by the technical feature (interpretation, construction, etc.) but

by the style, by the language of drive implied in the therapist's saying (Maldavsky et al. , 2007). He proposed that for each patient's style there is an optimal complement of the analyst. For example, in the schizoid style the tendency towards abstraction and lack of commitment in the display of scenes prevails. At the same time, redundancy and dramatic display prevail in the hysterical style. In this way, if the analyst uses the former, he provides the latter with its optimal complement by leading to the detection of commonality in redundancy.

David Maldavsky deepens the Libermanian orientation. It builds a systematic method of psychoanalytic origin, the David Liberman Algorithm (ADL) (Maldavsky, 2003a, Maldavsky et al. , 2007), suitable for studying phrases, stories and words of patients and therapists and performing multivariate analyses. The ADL allows us to study specific sessions, detect a variety of desires and defenses and infer which are prevalent and the presence or absence of clinical change. Furthermore, the method can provide elements to infer whether therapeutic interventions are a contribution or an obstacle to the patient's clinical change.

The instrument that we are building, which we call David Maldavsky in homage to my Master, is still in the process of scientific consolidation, so it is not at the level of the proposals just mentioned, whose level of sophistication, development and scope is much higher. .

Having clarified this, let's say that with the purpose of beginning the presentation of our method, I now make a brief contrast between it and the aforementioned proposals by Liberman and Maldavsky.

Similarities:

We focus on the study of the scenes between patient and therapist as a source of information about the quality of the therapeutic alliance and the clinical change in the specific session.

We try to detect the role (constructive or obstructive) that patient and therapist play in facilitating or interfering with the work of psychic processing of chronic organic disease.

The sensitivity of the instrument allows us to capture scenes corresponding to more than one position (traumatic/resilient) in the same session, and even within the same position we can detect the existence of subcategories, raising the problem of detecting prevalence in the context of each session. .

Differences:

Our instrument only serves to detect a limited set of manifestations (those referring to the emotional processing of chronic organic disease) of a specific age group, that of girls and boys.

In the inference regarding the position according to resilience, the fact that, in the session, a small group of scenes, whose content is specific, is counted as a defining element. The set of relevant scenes is not derived directly from any known psychoanalytic theory (although it draws influences from more than one of them), but rather constitutes a finding from our reflection on clinical work with boys and girls affected by chronic organic disease.

III. The conceptual and operational definitions of the David Maldavsky instrument

traumatic position

- *Relevant conceptual definitions:*

Trauma . The affectation of a boy or girl's body by an inherited organic disease (for example HIV transmitted vertically) has affinity with what we usually understand in psychoanalysis as traumatic neurosis (Freud, 1920g).

In the aforementioned case, the overwhelmed system is the child's immune system and the overwhelming factor is the virus coming from the maternal body (which leaves behind the transmission of a pathology, an indelible organic mark).

For each boy or girl who goes through this vital trance, a key challenge for their resilient capacity is to avoid the risk that the traumatic neurosis, lurking since the history of the contraction of organic pathology, becomes entrenched as the dominant psychic structure. If the latter occurs, in our clinical work we encounter those who lower their arms prematurely. Freud (1923b) states that the effective factor in consolidating the position of someone who gives up in this way is "being abandoned by the protective powers" (p. 59), among which are the love of significant others or that of one's own superego.

Regarding the subjective condition of someone experiencing trauma, Freud characterizes it as a state of motor and psychic helplessness (Freud, 1926d). Maldavsky highlights that the core of the trauma is characterized by a lack of emotional vitality, a depression without affective nuances, a libidinal hemorrhage that contributes to a state of more or less radical psychic disintegration (Maldavsky, 1992).

Identifications. The traumatic position organizes its precarious structure based on identifications of the following type:

a) adhesive equalization (Tustin, 1990). It is the attempt to confuse oneself with the intrinsic characteristics of an inanimate object. For example, grasping a key with the goal of assimilating to the object's hardness trait.

b) adhesive identification (Meltzer, 1975). It consists of the attempt to interfere in the ego chaos by appealing to a link with a subject with which two elements are hierarchized: the superficial imitation of some external characteristics and remaining permanently within the focus of the subject's attention. The skill in using this mechanism may be greater or lesser depending on the boy or girl in question, which constitutes a difference with respect to the pregnancy of the traumatic position in each person.

Psychic attention. The performance of psychic attention in this ego state is, to a large extent, synthesized by what Meltzer calls passive dismantling. This concept refers to a type of outcome of attention, in which the ability to focus interest on capturing perceptions and emotions is lost. In the author's words, "the senses wander and are versatily assigned to the most striking stimuli of the moment" (Meltzer, op. cit., page 12).

-Subcategories within the traumatic position

The fine study of sessions of girls and boys who go through the traumatic position allows us to detect two subcategories within it, one logically more complex than the other. A key element to distinguish between the two is that the most regressive one fails to develop an expulsive movement with respect to the trauma (or only makes a feint of expulsion), while the more evolved posture consummates the omnipotent action of throwing the trauma out of the body. I call this expulsive act a nonspecific cathartic act.

In fact, it consists of (one or several) acts of discharge through shouting, hitting, etc., intended to alleviate tensions before the specific action is discovered (Freud, 1950a). Non-specific cathartic acts are sometimes disruptive in the context of a play scene (for example: a child, after trying to manipulate a pencil and make some strokes on the page, suddenly drops it and makes successive hits on the table). On other occasions they are temporally contiguous with a potentially traumatic situation (for example: a patient, after having gone

through the experience of a blood draw without making a sound, upon entering the psychological office bursts into deafening screams).

The opposite of the non-specific cathartic act is the cathartic act carried out through specific action. In this conceptual field that we are deploying, specific action has the following definition: it consists of the act that, from an active position, the patient causes to occur in the body and mind of the therapist. The specific refers specifically to the fact that, in the action, the patient inoculates in the therapist something of the core of his traumatic state.

<i>Subcategories</i>	affective state	In-session binding configurations
Regressive traumatic position	Oscillates between adhesiveness and emotional disconnection	Docile apathy towards the therapist Fleeting attention during the session, it does not play a game. It connects with certain features of objects, such as stickiness (snot, playdough), or hardness (holding a key). Feint of cathartic act (stifling scream) Motor and psychic paralysis in session: the traumatic state emerges that manifests itself in the advent of a state of maximum helplessness.
Traumatic position of greater complexity	Cathartic affectivity (tendency to expulsively express affective states, for example that of fury).	Performs non-specific cathartic acts. Manages to sustain one's attention to produce a game situation on which to later activate catharsis (for example: building a tower and then knocking it down with one blow). Catharsis can be followed by the attempt to explore or build an object that contains an internal space, usually without achieving it in a finished manner (for example: building a house that lacks a roof). The adhesive strategy is deployed more specifically with respect to the person of the therapist, whose attention, motor skills and problem-solving capacity are intended to be captured.

Clinical examples

-Regressive traumatic position.

Fragment of session with Mirka (3 years old, contracted HIV vertically)

(1) ⁵⁸Mirka begins by exploring the inside of the pencil case.

Therapist: do you want to draw?

Mirka nods her head. He begins to take markers out of the pencil case and tries to remove the caps. He only achieves this with some of them, which he uses to make small strokes on paper. After using each marker, try to cover it again.

(2) Mirka then discovers little pieces of plasticine stuck to a toy. Try to get them out. The fragments that you remove, try to adhere them to the sheet that you just used with the markers.

(3) Mirka suddenly leaves the chair, and puts her body under the desk. He curls his body into a ball. Remain motionless.

The therapist approaches and says softly: "free stone Mirka, I found you."

⁵⁸The numbering that precedes each fragment serves the purpose of establishing a certain correspondence between the clinical material and the conjectures that arise regarding it.

The girl is still paralyzed. The therapist refers to the fact that she, who is in a new place, suddenly became very scared and feels in danger.

(4) Mirka begins to make a moan that fades away.

The therapist picks her up and takes her to her mother.

Guess regarding the patient's position in the session

Manages to attach one's attention to an object that has an interior (holster).

It connects with the plasticine as a sticky object. It tries to produce a superficial adhesion, which fails (the plasticine does not stick to the sheet).

Motor and mental paralysis (body curled up and immobile).

A hint of catharsis (a moan that fades away).

In this session we detect a preeminence of the regressive traumatic position, since although in (1) Mirka invests a scene typical of the most complex traumatic position, later (in 2, 3 and 4) the failure of the strategy of adhering and the psychic surrender that does not even leave the testimony of a full catharsis (moaning that fades away).

-Complex traumatic position.

Session fragment with José (3 years old, contracted HIV vertically)

(1) The moment the therapist enters the hospitalization room, José begins to summon him by shouting his name repeatedly. He does so with increasing impatience. It only stops when the analyst is ready to play with it. José starts and interrupts various actions (drawing, putting together a puzzle). The child asks the therapist to put it together.

(2) Joseph takes a hammer. He feigns to hit an object, and then hits another of the puzzles contained in the game box. After the blow, he focuses his attention on the person he previously hit. First remove the pieces and then try to put it together. Its difficulty in achieving this is evident. After a while, your attention is lost in contextual noises.

After an intervention by the analyst, José returns to focus his attention on the pieces of the puzzle. Try to take care of putting them back in their place. With the help of the therapist, he manages to place two of them in their respective places. After a fleeting satisfaction, his attention disperses again. A while later the session ends.

Conjecture regarding the patient's psychic position in the session

(1) The patient directs his adhesive strategy with respect to the person of the therapist whose attention he intends to capture (he summons him by name), his motor skills and his problem-solving capacity (he asks the therapist to put the puzzle together).

(2) Performs a nonspecific cathartic act (hitting the puzzle), then makes a constructive attempt (put it together), which is interrupted.

In this session we infer the prevalence of the complex traumatic position. This statement is based on the following manifestations of José: the adhesive strategy with respect to the therapist and the sequence of actions inherent to nonspecific catharsis.

Position consistent with resilience

-Relevant conceptual definitions:

Resilience . Zukerfeld and Zonis Zukerfeld (2011) define resilience as “a capacity of the psyche to capture the traumatic – thanks to some bonding support – creating new psychic conditions.”

Reflection on clinical practice with boys and girls affected by chronic organic disease teaches that the vital emotional activity of those who access a position consistent with resilience follows certain patterns. Certain drives gain preponderance, among which I highlight the drive to take hold of the trauma (Freud, 1920g), the desire to know (Freud, 1908c, Bion, 1962, 1963) and the drive to heal (Freud, 1933a).

The drive of these drives contributes to producing a restricted set of scenes, with specific content, which contribute to giving figurability to the chronic organic disease acquired early. I call them nodal scenes.

The nodal scenes of the position according to resilience

Scene 1	Becoming active with respect to the experiences of maximum helplessness (in the transmission of chronic organic disease and in traumatic hospital experiences), placing the therapist in the passive place as the repository object of a catharsis with a specific objective.
Scene 2	Capture the distinction between objects and toxic substances that nourish the body and mind.
Scene 3	Elucidate the location and origin of the disease.
Scene 4	Admitting the chronic nature of chronic organic disease: subsequent psychic processing.

Next, I explain the concepts that I use in order to provide a basis for the aforementioned notion of nodal scene.

To define that a boy or girl affected by chronic organic disease is in a resilient position, we consider three conditions:

- 1) That in the session, one or more of the four scenes just listed arise between the boy or girl and his or her therapist;
- 2) The emotional state of the boy or girl;
- 3) The facilitating context of resilient scenes.

The decisive aspect to consider that the patient's production is located in the position consistent with resilience is the ability to develop the aforementioned nodal scenes. The optimal capacity to develop nodal scenes in boys and girls affected by chronic organic disease refers to the availability of a level of concentration that contributes to the emergence of a specific problem inherent to some of the aforementioned four nodal scenes. The optimal complement to the patient's emotional state of concentration turns out to be a therapist who provides stimuli that are neither very intense nor non-existent. This is the type of contextual contribution that Freud (1950a) proposes when it comes to providing the psyche with new experiences and inscribing memories. The influence of the quality of the therapeutic alliance on the patient's position (resilient/traumatic) is developed in the last chapter of this book.

The four scenes: general features

Regarding the relationship between nodal scenes there is no fixed rule. There are patients who venture into part of the process and then abandon it and do not return to it. In other cases, the least, there are boys and girls affected by chronic organic disease who never access the resilient position. Another important group deploys a psychic process that includes the processing of the four scenes described.

It is common for those who access the position according to resilience to combine more than one of the four scenes in the same session, so that their thinking about their own organic disease gains richness and nuances.

A possible question is whether these four scenes have a logical order of appearance or whether the emergence of one and not another depends on purely accidental factors. I can

say regarding this point that for boys and girls affected by chronic organic disease who are deeply committed to the resilient process, the reference that Freud (1913c) makes regarding the game of chess is well suited: “only the openings and endings allow systematic and exhaustive exposition, while it is denied by the infinite variety of the moves that follow the opening one” (p. 125). I work on this point when exposing scenes I and IV.

The relationship between the subcategories is far from linear; only general statements can be made in this regard, such as that it is common for patients to begin by deploying their theories about the location of somatic pathology in a foreign body and, only later - who They persist in the posture consistent with resilience – they agree to think of organic disease as a problem located in their own body.

Operational definition of resilience. It consists of the push to produce four types of scenes in session , which we distinguish by their content. and by their degree of psychic organization. The display of the aforementioned scenes, in conjunction with a trained therapist, facilitates the achievement of transforming the reality of the somatic pathology into an object of psychic processing. It should be added that the scenes I describe were useful to follow the vicissitudes of the psychic processing of boys and girls with other diverse organic pathologies of HIV, including idiopathic thrombocytopenic purpura, hydrocephalus, bilateral cleft lip and palate, etc.

Seizure drive . In his study of children's play, Freud (1920g) states that the repetition of playful scenes fulfills various functions. The most well-known, tributary of the pleasure principle, consists of the prevalent desire of childhood life: “to be great and to be able to act like adults” (p.16). Another purpose of repetition in the context of playing responds to a more original and independent tendency than that of the pleasure principle. Freud calls the driving force of this tendency the drive to seize. He says it like this: “Can the effort (*drang*) to psychically process something impressive, to completely seize hold of it, be externalized in a primary way and independent of the pleasure principle?” (Freud, op. cit. page 16). What the creator of psychoanalysis tries to discern with these proposals is the type of mental work that goes into the elaboration of traumatic experiences.

Freud himself provides a valuable example of how the drive to take over appeals to play to process an unpleasant experience. To illustrate this, he provides a story about the observation of his grandson who, Freud maintains, rescues himself from the pain of his mother's departure "by staging for himself, with the objects within his reach, this disappearance and return" (Freud, op. . cit., page 15). The entire plot of the game consisted of throwing an object and then, pulling a tug-of-war, joyfully returning it to the proximity of your body. Freud highlights that most of the time his grandson only carried out the first act, the one that represented the painful experience, although the greatest pleasure corresponded to the second.

Through the act of throwing, a specific defensive procedure is condensed, making active what has been suffered (Freud, 1915c), and a desire, that of revenge (Freud, 1920g). Defense and desire fall on the thrown object to which a double representation is attached: that of the subject to whom the cause of the psychic pain is attributed (in the case of Freud's grandson, it is the mother who moves away) and therefore he takes revenge by throwing it; and that of one's own self located in place of passivity in the face of the motor decisions of another.

Operational definition of seizing drive . It consists of a type of bonding scene whose characteristics are the following: the patient produces actions through which he expels in the therapist his own state of helplessness inherent to the trauma. The analyst remains in the place of object that serves the purposes of the patient making the passive/active transformation of the trauma. This may have as its predominant feature pain (organic

and/or psychic), cognitive chaos, or a state of psychic humiliation . If the therapist supports and maintains this position (that is, if he grasps the transference message that the scene carries), he contributes to strengthening the quality of the therapeutic bond.

Functional denial . Kazez (2017) suggests that functional defense mechanisms are characterized by not stopping any psychological complexity. Functional denial, which usually arises in situations of organic commitment, is governed by the tendency inherent to Eros. The author highlights the use of humor and creativity as characteristic elements of functional denial in adult patients.

In boys and girls who go through organic diseases and appeal to this mechanism, a happy attitude that stimulates the willingness to playfully raise the crucial problems of their own body is crucial.

Subjective object . Winnicott (1965) states that at the dawn of normal psychic life, a zone of omnipotence is created, through projection and identification, in which the link with the object is governed by the criterion that it is merely a replica of the objects. desires of the self. Winnicott calls this type of object a subjective object.

Conception of truth: Bion (1965) postulates a complex relationship between theory and psychoanalytic clinic in their relationship with truth. This author's starting point is Kantian. He maintains that truth, understood as the deep meaning of a fact or an object of study, is a thing in itself. That is, it is inaccessible to human experience and the scientific devices we have. The author considers that psychoanalytic treatment contributes to mental health only to the extent that it has as its priority, as its goal, the truth of the subject. The Bionian proposal regarding psychoanalytic thinking about truth is premised on getting rid of pre-established contents. In this sense, to represent the truth he appeals to a sign: the O. He chooses it because it lacks any meaning. Then, it takes sides regarding the way in which the experience of truth is accessed in the psychoanalytic session. He states that the analyst cannot expect that the accumulation of knowledge will allow him to access the truth, it is not the way. If it can, in certain circumstances, transform itself into O. Be (inadvertently for itself and fleetingly) the truth and, from that position, achieve a statement that configures a penetrating stimulus, which results for the patient, an experience that exert an effect on him/her.

Reverie, emotional experience and subjective truth (Bion, 1962). Reverie consists of a type of bonding configuration in which a significant adult manages to establish harmony with the state of helplessness, and process it . It is a fundamental contribution since the child subject is not in a position to do it on his or her own. Bion postulates that a sufficiently good *reverie exercise* provides a crucial input for children's mental life: genuine emotional experiences. The crucial element of this type of experience is, for this author, coherence. The following is an example: if a mother accompanies the specific action of breastfeeding with a loving attitude, she contributes to providing a genuine emotional experience for her baby.

It should be added that the author affirms that the quality of the *reverie bond* that is established in each circumstance, not only does the maternal contribution count, but also attributes a certain relevance to certain basic inputs that come from the infant's side (vitality, capacity for frustration, etc.). If this conjunction between performance inherent to parenting and a loving attitude does not occur (for example, a baby attributes intense envy to the mother he feeds), it is possible that the infant does not constitute the psychic instrument capable of capturing one's own or others' feelings. Bion affirms that children who attribute early and intense envy to the significant adult have a greater propensity to lack vital interests, and to turn to the valiant and always unsatisfied search for material

benefits and worldly comforts. This author categorically maintains that this psychic state has as its salient feature “the destruction of interest in the truth” (Bion, op. cit., page 39). It should be specified that for the author the quality of the subject's relationship with the truth is defined by the greater or lesser willingness of each person to understand their most genuine feelings and thoughts.

Real desire . The clinic with boys and girls affected by chronic organic disease requires that we combine the proposals of Freud and Bion, since the complexity of the material warrants it. Below, I briefly describe the proposals of both authors.

Freud. Constitution and function of the drive to know. The truth in therapeutic work . For Freud (1913c), intelligence, the intellectual interest available in each person to undertake healing in the therapeutic process, is based on the relative weight that the drive to know reaches in the subjective psychic assembly. The creator of psychoanalysis affirms that the drive to know is not original. It is dependent on an assembly of primary drives (that of seeing and that of grasping) that are subsequently sublimated. In its infantile journey, the function of the drive to know is to serve as a means to an end, whether selfish (for example, avoiding maternal pregnancy) or sexual (deployment of infantile sexual theories, etc.).

Regarding the relationship between truth and therapeutic process, Freud maintains that, in the task carried out by the psychoanalyst and the archaeologist, certain similarities are found. The archaeologist attempts to conjecture the objective history of cultural objects. The psychoanalyst tries to conjecture, construct, the prehistory of the psychic object (Freud, 1937d). The creator of psychoanalysis defines the therapeutic resource of construction as consisting of presenting the patient with a piece of his forgotten prehistory (Freud, op. cit.). It specifically refers to a set of nodal experiences that were denied and left an imprint, a record. visual and auditory , in the unconscious memory of the subject. Freud affirms that, although the core of these mnemonic traces is impossible for the patient to evoke, a precise stimulus such as a construction by the analyst can ensure that accessory details of the scene are supervised and expressed in session in the manner of a pseudo-hallucination. The psychic material that emerges is a fragment of the truth of the subject, understood as the “objective life history of the past” (Freud, op. cit., page 270) of the patient. In summary, regarding truth, the creator of psychoanalysis tells us that the therapeutic task consists of “freeing the fragment of historical-experiential truth from its disfigurements” (Freud, op. cit., page 269).

This meaning of traumatic historical-experiential truth and the effort to defend oneself from it is familiar to us in our work with children affected by chronic organic disease.

The following example shows this: Carmen is a girl who was abandoned at an early age by her mother. In his games he builds a character he calls “mom who spies from afar.” The historical-experiential truth, an absent mother, is disfigured by the character who provides consolation (the mother did not abandon her, but controls her from a distance), waiting for the patient to be more psychically prepared to focus on her historical-experiential truth. experiential: that of maternal abandonment, its alleged causes (why did she leave?) and its consequences.

Bion. Origin and function of the motivation to know the truth. Bion (1962) makes a strong statement: he maintains that the disposition of each person to understand their most nuclear emotions and thoughts has as a condition of possibility having been nourished, in the context of the early bond, by a set of sensory impressions whose common feature consists of that enable the passage from a state of cognitive and emotional chaos to the discovery of order, coherence. Bion calls this type of experience a selected fact. Among these, the nominative activity ranks hierarchically, since the name introduces a new order in a set of experiences until then misunderstood.

Let's look at an example. Suppose a baby is overwhelmed by his outbursts of fury. His mother, thanks to her capacity for *reverie*, manages to capture, process and finally return that feeling to the baby, although moderated in its intensity. Among the maternal resources that contribute to *reverie*, providing the word that nominates affective states and/or thoughts that are impossible for the child to process, has for this author the value of a selected fact of crucial value (Bion, op. cit.). This promotes three effects on the subjectivity of the boy or girl: a) it allows him or her to understand his or her current state, b) it enables him or her to apprehend a set of similar states, which he or she previously experienced, with respect to which he or she reaches a new understanding, and c) it configures a useful category for decoding new emotional experiences, whether your own or those of others. The selected fact has the function of making the subject's encounter with his or her own truth, consisting of the discovery of his or her most genuine thoughts and feelings, a significant emotional experience.

In the clinical process of a boy or girl with chronic organic disease, the spontaneous creation of selected facts between patient and analyst are a privileged way of naming and thinking about the core facts of the child's life. In the place of the technical resource that Freud advises in adult therapy, constructions in analysis, we propose the construction of selected facts. It should be specified that such a goal is only possible to achieve in the moments in which patient and analyst manage to overlap their playing zones (Winnicott, 1971).

clinical example

Pedro⁵⁹ is five years old. He was born with a congenital craniofacial malformation, a bilateral cleft lip and palate. From the beginning of his life he is cared for by an interdisciplinary team, which includes a psychotherapeutic approach. For a long time, Pedro did not say a word to the therapist, whom he did not focus with his gaze either. Before he was three years old, he had already undergone two surgical interventions. From the beginning, he had a favorite toy: a xylophone in the shape of a crocodile whose large teeth aroused his attention. His activity with this object was exclusively to hit it until he was tired. Pedro's lack of nuance and expressiveness in session contrasted with what was happening at home, where, according to his mother, he played and spoke naturally.

Around the age of three, an invasive dental intervention contributed to a certain libidinal withdrawal in Pedro, who for a time did not want to enter the therapist's office. On one occasion, while playing in the waiting room, he put the xylophone stick into the crocodile's mouth. At that moment the therapist asked him "if the crocodile has bugs in its mouth." The baby smiled for the first time, although timidly. Some time later, new ways of bonding emerged, among which the following should be emphasized: Pedro took toys from the box and then threw them. The therapist's intervention consisted of naming each object and its color. The child, in turn, responded by laughing and then using words or short phrases.

I want to highlight a later scene, in which Pedro takes some dental instruments and inserts them into the crocodile's mouth. The therapist does the same and tries to remove a small piece of dough that was left between the crocodile's teeth. Pedro looks at her surprised and immediately says: "au bugs" (bye bugs).

Regarding the embodiment of a selected fact in this treatment, a key moment is when, in front of a child who until then had only performed mere motor acts on the crocodile, the analyst asks the question about whether the crocodile has bugs in its mouth. Pedro's spontaneous reaction, the phrase that the child utters ("au bugs"), shows that the patient

⁵⁹ I thank Lic. Lucía Sciannamea, who has allowed me to publish this clinical experience to exemplify a case.

inscribed the signifier "bugs", provided by the therapist, as a selected fact. It is the signifier that synthesizes his relationship with the disease in the mouth, an inescapable and painful truth for him.

It should be added that, once a fact selected as a way of naming a subjective truth (in this case, that of the sick body itself) is constituted, it can assume new functions. In fact, the phrase "au bugs" expresses the desire to remove bugs from the mouth, a desire to heal.

Operational definition of the desire for truth . In the therapeutic bond, the manifestations of the desire for truth assume the following characteristics: a) a fragment of the patient's objective history that had remained inaccessible until that moment becomes figurative, b) a selected fact is constructed (Bion, 1962) that contributes to the intellection of a thought and/or a genuine feeling on the part of the boy or girl affected by chronic organic disease. The subjective journey of the desire for truth in each one may not be activated, it may unfold in part or complete the entire circuit just described.

Desire to heal . Freud (1913c) maintains that "the most direct driving force of therapy is the patient's suffering and the desire, which is generated there, to heal." Freud says that the desire to heal does not know the path to follow to achieve its goal, so this drive requires the complement of the work of the therapist: "who, through timely interventions, shows the patient the paths by which he must guide those energies." (Freud, op. cit., page 143).

As an example of the expression of the desire to heal in the therapeutic game, it is worth highlighting that, in the case of Pedro just mentioned, we infer the influence of the desire to heal as an important component.

This concept can be connected with the fulfillment of the goal of the self-preservation drive: guaranteeing each living being its peculiar death, removing other ways of dying that are not its own (Freud, 1920g). As an example of the latter, let's say that I have observed in orphaned adolescents that it is important to consider the prevailing psychic response when they reach the same age at which one of their parents died. There are those who intensify their self-destructive tendency (in which case the adolescent aims to die in the law of his parent), or in the most favorable resolutions, the adolescent manages to rescue himself, display mourning and sustain his own vitality. The latter is the case of those who strive to access a singular death.

Immune functioning, as it participates in the system that addresses self-preservation, is usually integrated into the strategy in question, whether it is in accordance with Eros or Thanatos (Maldavsky, 1995a).

Operational definition of desire to heal. From the encounter between the contributions of Freud and Maldavsky with the practice that I developed with boys and girls affected by chronic organic disease, the following operational definition of the desire to heal arises.

In the therapeutic relationship its manifestations are the following:

- 1) when in the patient's manifestations - verbal, graphic, motor - we can detect an interest in determining which substances and objects contribute to healing and which are toxic, and with respect to the latter, it tends to generate preventive behaviors;
- 2) when in the patient's manifestations - verbal, graphic, motor - we can detect an interest in representing the location of the disease and its origin, the cause of it. An outcome of this work of cathexis is the construction of healing fantasies, either by directing libidinal cathexes to the area of the body presumed or actually affected, or by inventing procedures to extract "the bugs" from the body;
- 3) when at least one of these psychological outcomes is inferred from the patient's manifestations: a) he assumes a subjective commitment to taking the medication, b) when he psychically invests the immune system (through recreational activity he questions the normal functioning or pathological of the same), c) when the

chronic nature of the organic pathology is understood (this cognitive achievement is inferred through games and/or thoughts expressed orally).

IV. The four scenes of the resilient position and their corresponding subcategories

The resilient scenes are built in an encounter between the vitality and questions of boys and girls affected by chronic organic disease and the willing subjectivity of the therapist. This has a double basis: empathy and the preparation to decipher and intervene in a timely manner in the games and phrases that express the resilient position. The unfolding of one or several scenes in the session is a complex event that activates various psychic mechanisms, specific ego decisions and the investment of drives and desires. From this assembly, figurability emerges, the expression of the nodal problems inherent in thinking about the disease in the format of specific scenes, which we describe below.

Scene according to resilience I: Becoming active regarding experiences of maximum helplessness (in the transmission of chronic organic disease and traumatic hospital experiences)

This scene I acts as a limit between the traumatic position and the one consistent with resilience or, we can also say, it constitutes the base of the resilient scenes.

This scene also has two subcategories, the first being the possibility condition of the second.

Ia) ligation of a traumatic experience (for example: blood extractions) through a phrase and involvement of the therapist.

A prototypical experience in clinical practice with boys and girls affected by chronic organic disease, which usually gives rise to the beginning of psychic processing regarding the organic disease, occurs when a patient uses his finger to point to the imprint left on his skin by the needle. with which blood was drawn and attached to the display, a brief allusive phrase (for example: “look, they pricked me”). The patient thus brings together a series of memories, that of the pain inherent to the extraction, visual and tactile perceptions (seeing and touching his own arm) and a motor act (guiding his own finger towards the bodily imprint of the puncture). It appeals to a phrase through which it gives a transference place to the therapist (“look...”), while at the same time calling the experience as a whole (“...they pricked me...”). If the analyst is involved in the scene, he witnesses the patient's pain, he contributes to the creation (or strengthening) of the therapeutic alliance.

clinical ⁶⁰example

Fragment of session with Luna (5 years old, contracted HIV vertically)

(1) The therapist invites Luna to come into the office. As soon as she enters, the girl says that they punctured her arm. He immediately points out the precise place where the blood was drawn.

⁶⁰ Clarification for all clinical examples. In the session analyzes I only highlight the manifestations of the scene that I am studying in each case. I refrain from pointing out other elements that overdetermine the richness of the clinical material. The numbering that appears in the right margin is my addition for the purposes of subsequent analysis of the material.

- (2) Therapist: did it hurt you?
(3) Moon: yes.

Guess regarding the patient's position in the session

Linking a traumatic experience through a name and involvement of the therapist.

The therapist with his question assumes the place of involved witness.

The girl's response reinforces her interest in having her experience of pain be an object of exchange with the therapist.

Ib) Becoming active by placing the therapist in the place of the repository object of a catharsis with specific action.

Once the therapist adopts the conferred place, that of involved witness, he contributes from there to the emergence in boys and girls affected by chronic organic disease of a new psychic movement in which the drive to take over traumas plays an important role. (Freud, 1920g): this promotes a peculiar type of game, through which it provokes actions through which they make the therapist feel, in the most real way possible, the state of helplessness inherent to the trauma. The projected traumatic may have as its predominant feature pain (organic and/or psychic), cognitive chaos, or psychic humiliation.

The conquest of the active position, through catharsis with specific action, has the following potential with respect to the quality of the therapeutic alliance:

- 1) the therapist is placed by the patient's action in a precise place: that of a previous double (Freud, 1914c), or that of an odorless chest (Meltzer, 1967). If the therapist supports and maintains this position, if he understands the value that it has for the patient to be receptive regarding the trauma, in short, if he assumes the scene as a transference message, he contributes to strengthening the quality of the therapeutic bond.
- 2) the therapist who remains in the position in which the patient placed him as a result of his cathartic action, gains the possibility of investigating, in his own feeling, the quality of the transferred affective states. The therapist's feelings are a source of valuable information about what was projected from the patient's subjectivity, the type of emotions and representations that require displaying their figurability. It is valuable information in the therapeutic task whose goal is to heal the trauma.

clinical example

Fragment of session with Pola (6 years old, contracted HIV vertically)

Pola sees a cockroach crawling across the floor. The girl asks the therapist to take her away, but not kill her.

The therapist complies with the request.

- (1) Pola directs her attention to a cup, takes it in her hand and offers the therapist a coffee with cockroaches. He adds: "it's what the cook gives to the sick kids."

Therapist: give sick kids coffee with cockroaches?

- (2) Pola, in response, takes a sweater, surrounds the therapist and, standing behind him, uses the garment as a gag (covering his mouth and tying him in the nape of the neck).

Then the girl takes a small rope from the game box and, using all her strength, ties the therapist's hands. Then Pola says that next she is going to leave the therapist locked up and leave (for a moment she leaves the office).

Guess the position of the patient in the session

- (1) It generates cognitive confusion in the therapist.
- (2) It intensifies the therapist's cognitive confusion (covering his mouth prevents him from asking questions).

Subcategories of Scene I

Resilient scene I Become active about experiences of maximum helplessness	Affective/cognitive state	In-session binding configurations
Ia) linkage of a traumatic experience through a name and involvement of the therapist	Experience of discovery of the therapist's availability Experience of loneliness due to the lack of availability of the therapist	Brief dialogue regarding the scene referred to by the patient
Ib) Becoming active by placing the therapist in the passive place as the repository object of a catharsis with a specific object	Vindicatory feelings (consumed by transmuting the trauma into action on the therapist)	Actions that cause the therapist pain (organic or psychic), and/or confusion or cognitive chaos (not being able to understand the game), and/or humiliation

Scene II: Distinction between nutrient objects and substances from those that are toxic

The passage through this scene places special relevance on the intervention of a sector of the ego, the one that establishes value judgments regarding the things of the world (Freud, 1925h). Scene II is characterized by including games or dialogues in which the reference to bodily substances (for example: milk, poop) and psychic decisions (for example: swallowing, throwing) are highlighted, between which two types of links are established: a) indistinction between objects and nutrient substances from those that are toxic, and b) distinction between objects and toxic substances from those that are nutrients.

Iia) Indistinction between objects and nutrient substances from those that are toxic: It is characterized by highlighting a toxic bond. It can occur as a self-intoxicating act (for example: a child pretends to ingest a bottle containing cockroaches). Or, more frequently, a toxic bond may be established. This position is usually revealed in the playful action, creating two characters: one who enjoys while intoxicated (a role usually performed by the patient) and the other, personified by the therapist, is the one who suffers from the intoxication, and with respect to whom , the patient establishes an unconscious identification.

In the transition from the self-intoxicating position to that of actively intoxicating another, the contribution of the trauma seizure drive is inferred.

clinical example

Fragment of session with Mariano (5 years old, contracted HIV vertically)

(1) Mariano (sitting in front of the therapist takes the stethoscope, puts it in his ears and approaches to check it and says): “Your heart is broken.”

Therapist “Uh... what do I do now?”

(2) Mariano: “Take a remedy.”

Mariano with an imperative tone says: “Take the remedy” (takes a cup, gives it to the therapist).

The therapist complies with the order and dramatizes the act of drinking.

(2) Mariano takes out a bottle from the toys and with the same tone tells the therapist: "Take another remedy,"

Mariano begins to cook with the toys in the box, first a corn and then a fried egg. She finds a baby bottle and brings it to the therapist's mouth for him to take.

Therapist: "Do I have to take it?"

(2) Mariano, bottle in hand, lunges at the therapist to make him drink it

The therapist reacts by spitting out what he had taken.

(3) Mariano (laughing exclaims): "It has bugs!"

Therapist: "Do you have bugs? So, what can we do now?"

Mariano continues laughing. He takes the fried egg and gives it to the therapist to eat.

The therapist starts eating it.

(3) Mariano (again laughing): "It also has bugs, I took it out of the trash."

Therapist: "Oh no, I don't eat like that anymore. "I'm going to another restaurant."

Guess regarding the patient's position in the session

(1) Mariano creates a situation in which the therapist has an illness.

(2) The patient provides various responses to the problem (remedy, bottle), he does so in an increasingly invasive way: he ends up attacking.

(3) The euphoric patient lets the therapist know that he fell into his trap: the substances he provided contained bugs.

Iib) Distinction between objects and toxic substances of which they are nutrients: In girls and boys who access this subjective experience, an ability to distinguish between objects and detoxifying substances or nutrients from those that promote organic or bonding toxicity is revealed.

Among those who adhere more firmly to this position, we notice a no small addition: their recreational activity includes a theory about the proper evacuation of toxic objects, which usually includes the decision to extract them to avoid continued damage, a technique to get away from them or transfer them to a relevant destination for toxic waste. See point (4) of Milena's clinical example.

Among the most successful resolutions of the dilemmas inherent to scene II is contributing to preparing the psyche to stimulate thinking that focuses on the question of the cause of illness in the body.

clinical example

Fragment of session with Milena (10 years old, contracted HIV vertically)

(1) Milena chooses a doll to play with. He says he is "a patient with parasites."

Therapist: "How did you get parasites?"

(2) Milena: "For eating sweets. You have to eat salty."

The patient proposes to dramatize the scene of the doll with parasites going to the hospital. Distribute roles.

The therapist is the doctor who helps the nurse give the patient an injection.

Milena is the nurse who tells the patient that he will have surgery the next day. In the dramatization of the surgery, Milena tells the steps to follow: I) put him to sleep and open his belly, II) feed him something salty, III) all the bugs come out of his belly.

(3) Milena specifies that all the bugs come out of the doll's belly "except one, which is the strongest." Then the patient says that it has to be operated on again. He says: "Food makes the blood salty. The salty blood kills each part of the worm at a time."

(4) Milena asks to make a drawing. It makes the belly empty and healed. Then draw “the last worm, the strongest” inside the belly. “The worms I take out go into a bag and from there they go where they send the blood” (referring to the Hospital laboratory).

Guess about the patient's position in session

In (1) and (3) the patient places parasites, bugs and worms as toxic objects.

(2) Milena raises a distinction between healthy substances (salty food) and those that are toxic (sweet food).

In (4) Milena expresses a theory about the proper evacuation of toxic substances and objects: it includes a way to extract them (surgical operation), a technique to transport them (bag) and an appropriate destination (laboratory) .

Subcategories of Scene II

Scene II	Affective/cognitive state	In-session binding configurations
IIa) Indistinction between nutrient objects and substances and those that are toxic.	Overwhelm (in practice self-intoxicating). Euphoria (in the practice of intoxicating another).	Generate a game whose core is a self-intoxicating practice. Promote, through in-session play, a toxic bond.
IIb) Distinction between nutrient objects and substances from those that are toxic.	Tranquility and/or hope that is accessed as a consequence of the discovery of coherence (for example: substances that intoxicate can be expelled from the body, while medication that helps can be accessible and ingested).	Generate a game in which a toxic problem is posed (violent relationship, organic health problem), which is resolved in a sensible way (for example, the violent character is punished and separated from his victim, he accesses a safer and more reliable place).

Scene III: Elucidate the location and origin of the disease

A key moment in the push to give figurability to chronic organic disease is to imagine what it consists of; more specifically , where it is located (in what sector of the body it is located) and what is its origin (why am I sick ?) .

In the deployment of the subcategories of this scene, in the prevalence of one over the other, in the mixed states, they enter into an interplay, a functional, non-pathological denial (Kazez, 2017) and the desire for truth.

The denial lies in particular on two facts linked to the organic pathology: a) that it was transmitted within the family, and b) that it resides in one's own body. While the hegemony of the aforementioned denial lasts, the boy or girl with chronic organic disease lives with the illusion of inhabiting a space populated by subjective objects (Winnicott, 1965), which are considered subordinate to the omnipotent desires of the subject. Narcissistic psychic logic usually appeals to the mechanism of projection to locate the illness as a problem for another body. Likewise, it tends to locate the cause or origin of it as something extrinsic to the family or intimate group.

The desire for truth (in cooperation with the desire to heal), to the extent that it reaches greater internal relevance, limits the field of action of denial, promoting two processes: a) generating a psychic space to cause relapse - through a process identification- the

condition of chronic organic disease on the body itself, and b) promote the admission that the origin of the transmission of organic pathology is intrafamilial.

In the course of this processing, the conception of the “bug” is susceptible to transformations. The until then current one - bug as a subjective object - can give rise to a new one, by which the bug is attributed a hostility and a power capable of piercing like lightning through the bodies of the members of the family group, which are transformed into mere links in a chain of contagion.

In the most successful resolutions of the dilemmas inherent to scene III, the desire to heal intervenes, which contributes to getting out of the threat of paralysis derived from the crisis in narcissistic self-esteem, clinging to establishing a good therapeutic alliance with some members of the team. of health, to which a sector of resigned omnipotence in one's own self is transferred. An objective, or supposedly objective, component is usually attributed to the object on which idealization falls; For example, the doctor who prescribes the medication is given the power to heal the body's own illness.

Scene III a) Subcategories regarding location of the illness

III a1) Locate one's own organic disease in another's body: the primary way to accommodate the reality of an organic disease in one's own body is through a projective, non-pathological mechanism. Projection is supported by playful activity, which locates one's own morbid condition in a foreign body, which may be a real body (that of another patient) or an imaginary one (a character in a game).

III a2) Locate the organic disease in one's own body: the insight that organic disease is something that concerns one's own body is logically subsequent. This admission usually arises within the framework of a dialogue in a session in which the child in question, referring to his or her own body, lets the therapist know that he or she has that cognition.

Scene III b) Subcategories regarding the origin of the disease

III b1) Locate the origin of the disease in an external attack. Since the primary way to accommodate the reality of an organic disease in one's own body is through a projective mechanism, thinking about the origin of a disease implicitly includes at least one of these questions: what agent produced the disease. illness (for example: a bug, a blow, etc.) and the why (for example: “I'm sick because I behaved badly”). The term “external” refers to something considered foreign and hostile to one's own self.

III b2) Locate the origin of the illness in an event that occurred within the intimate group. For example, a patient explained the reason for his illness like this: “mom and dad had the disease, the mom was pregnant and passed the virus to the baby.”

Subcategories of Scene III

Scene III	Affective/cognitive state	In-session binding configurations
Location of chronic organic disease: a1) Foreign body	Feeling of omnipotent knowledge, self-sufficient to solve organic problems	The patient plays, in the place of doctor, to diagnose and cure a boy or girl who is dramatized by the therapist.
a2) Own body	Feeling of possessing lucid knowledge, insight that the successful treatment of one's own organic illness requires	The patient suggests in his/her stories that a good part of the

	something that the narcissistic self does not have; For example, what medicine, religion, sports, etc. provide.	omnipotence previously attributed to one's own self now falls on a new object to which the ability to contribute to the healing is attributed (which can be conceived as achievable in a single act or through a succession of actions)
Origin of the disease:		
b1) External attack	Feeling of omnipotent knowledge, self-sufficient to solve organic problems	The patient in the doctor's place diagnoses and cures a boy or girl dramatized by the therapist.
b2) Illness as an event that occurred in an intimate group	Feeling of possessing lucid knowledge, which consists of the understanding of what the organic disease was transmitted in a family context	The patient describes the pathology as a product of intrafamilial transmission

Clinical example in which the location of the organic disease itself in a foreign body and the assumption that the origin of the disease derives from an external attack coincide.

Fragment of session with Marisa (6 years old, contracted HIV vertically)

Marisa suggests playing "hospital". She distributes roles: she plays a doctor and a nurse. The therapist is the father of a girl (a doll acts as a daughter).

(1) Doctor: the girl "has a bug."

Dad: where does the baby have the bug?

(2) Marisa points her finger to the chest area.

Dad: how can you help my daughter?

Doctor: We are going to give him medicine and we are going to put him on the right route.

Dad: Where did the bug enter?

(3) Doctor: By the ear.

(Marisa gets ready to put in an IV and prepare the medication for the baby)

Dad: And what's the point of what they're going to do to you (give you medicine and put in a IV)?

Doctor: The bug gains strength and then it goes out the way it came in, and outside we grab it and put it under arrest and throw it away.

Guess regarding the patient's position in the session

Locate the organic disease itself in a character in the game: the doll.

It locates the organic disease in a specific sector of the body: the chest.

He conceives the origin of the disease as an external attack: a bug entered through the ear.

Clinical example in which the location of the organic disease in one's own body coincides and locates the origin of the disease in an event that occurred within the intimate group

Fragment of session with Julio (12 years old, contracted HIV vertically)

Julio tells the therapist that he wants to talk about his medical treatment.

Therapist: What is the use for you of taking the remedies?

(1) Julio responds that he takes the medication “to cure myself of the virus, which is a bug that crawls in your belly and wants to... eat the things that you eat if you don't take the remedies. If you take them, the virus may come out of there and die.”

Therapist: What is a virus?

(2) Julio: It's a bug that's like a worm, it crawls around your belly, your head, your hands.

Therapist: How does the bug get inside your body?

(3) Julio: Because your father had an illness or your mother had an illness and infected you.

T: And how does contagion occur?

(3) July: The father and mother had the disease, the mother was pregnant with the baby and the virus came out of the mother and passed it on to him (the baby).

T. Do you mean that the mother passes it on to the baby and the mother no longer has the virus and only the baby has it?

Julio: Yes, the mother has it too.

Guess regarding the patient's position in the session

In (1) he locates the disease in his own body (“bug that crawls in your belly”) and reveals lucid knowledge: to solve health problems, a factor other than his own omnipotence is required, such as taking medication. (the bug “ eats the things you eat if you don't take the remedies. If you take them, the virus may come out of there, it will die.”)

In (2) he again locates the disease in his own body (“ a bug that is like a worm, it crawls around your belly, your head, your hands”).

In (3) he locates the origin of the illness itself in an event that occurred within the intimate group (“ your father had a disease or your mother had a disease and she infected you”).

Scene IV: Admitting the chronic nature of the organic disease

For scene IV to acquire subjective relevance, it requires having reached a level of psychic complexity that has among its links: a) rescuing oneself from the traumatic position, b) accessing a position consistent with resilience sustained in an omnipotent narcissistic bond with respect to one's own body and knowledge, and c) the lessening of omnipotence with respect to one's own body (admission of the sick condition) and one's own knowledge (recognition that healing requires a factor outside the self, for example, medication).

Now, when Scene IV gains psychic prominence, there is a new limitation to omnipotence. This consists of the progressive cessation of the illusion that the medication works like a vaccine that finally immunizes or definitively cures the body. This expectation is expressed in the very common question asked by boys and girls affected by chronic organic disease : “How long will I have to take the remedy?”

The fall of the illusion directed towards a definitive cure is a crucial moment, and the subsequent subjective positioning presents various alternatives. Freud (1918b) maintained that when faced with a new emotional problem, the psyche can display three types of reactions or - more precisely - psychic currents (Maldavsky, 1999a): a) dismissal, b) denial, c) welcoming or admitting the problem. in the self.

The activation of the dismissal of the new includes the supercathexis of a previous point of view (Freud, op. cit.). If the rejection falls on the discernment of the chronic nature of the pathology, the effects may be diverse. One, of a more limited type, consists of psychic energy reinstating the expectation that the elimination of organic pathology is desirable and possible. A more radical impact of dismissal is that which leads to a deeper vital destructuring, to investing an envious posture underlying the willingness to let oneself die (Freud, 1923b).

The remaining psychic currents, denial and admission into the ego, presuppose, to a lesser or greater degree, the processing of the news that the organic pathology is chronic, that is, incurable.

Subcategories of scene IV

IVa) Empirically grasping the concept of chronic disease and not finding an effective way to defend oneself: the study of various cases allows me to affirm that in boys and girls affected by chronic organic disease it is possible to detect a type of initial understanding of the concept of incurable disease or chronicle. It consists of the repetition of game sequences whose core is the failure to achieve healing through an act, which is why it is repeated many times.

The place in which the child usually spontaneously finds himself is that of a doctor or nurse whose healing procedure fails (none of them constitutes a satisfactory, lasting solution), and is redone again and again. It is possible that this modality is an -empirical- way of notifying that the organic pathology has an incurable nature.

The emotional state of boys and girls affected by chronic organic disease that accompanies the playful deployment of the role of nurse or doctor deserves a detailed analysis. An alternative is that the dramatization of successive failures in the practice of healing is accompanied by the expression of euphoric, triumphant feelings. In this way it assumes a paradoxical position: that of succeeding by failing.

The deployment of this attitude requires that the therapist adopt the perspective of someone who suffers psychic pain, disappointment and/or disorientation due to falling again and again into the state of illness. If the therapist carries out his work with a certain skill, in such a way as to express in phrases the emotional states that the dynamics of the game urge him to experience, it is likely that at some point an introjection of the dysphoric affects referred to will occur and that, then, the willingness to succeed when failing is limited. Underlying this description of exchange is the use of denial. This, to a large extent, makes it easier to keep the ego of the boy or girl with chronic organic disease safe from the frustration and psychological pain that can arise from admitting that the organic pathology cannot be eliminated once and for all. If during the game you harbor feelings of anguish or pain due to the failure of actions aimed at a lasting cure, it can be stated that the denial gives way to the admission in the self of the chronic organic disease.

Clinical example of scene IVa)

Mariano's material, which I presented earlier as an example of scene IIa), also allows us to study this scene. I transcribe some fragments of that dialogue.

(1) Mariano focuses on the objects that are used to play the doctor. Take the stethoscope and dramatize listening to my heart, then this dialogue occurs:

Mariano: You have a chicken (inside your chest).

Therapist: Where did you come in?

M: (Points to my mouth with his finger).

T: How could it be? How could I have swallowed a chicken? I did not realize?

M: It entered through the ear.

(2) Mariano sets out to solve the problem. Take scissors to open my body and remove the chicken. I suggest I go to sleep first so it doesn't hurt. I get your agreement. He then takes a brick from the game box which represents a pill that he gives me to make me sleep. Then he dramatizes carrying out the operation. Afterwards, he informed me: The chicken (that he took from inside my body) got in there (points to the inside of the stethoscope).

T: And then!?

(3) M: The chicken entered you again.

- (4) Mariano proposes a new operation in a very similar way to the previous one. Perform the same procedure: fall asleep, open the body, extract the chicken. He does it.
- (5) Mariano, after completing the new surgical intervention, announces that the chicken, with its beak, “took your blood and left you hers.”

Guess regarding the patient's position in the session

In (1) Mariano raises a health problem: chicken in the chest.

In (2) he performs a curative act, the surgical intervention: he removes the chicken.

In (3) he announces that the therapist has the chicken inside his body again.

In (4) Mariano once again performs a healing act.

In (5) he announces that the healing is canceled again and even leaves

It appears that the problem is getting worse (the hen produced a blood change).

IV b) Discern the chronic nature of the organic disease

In some cases, the way to admit the chronicity of the pathology can reach a higher level of complexity. This occurs when a boy or girl affected by chronic organic disease manages to construct the concept of chronic disease. This consists of a discernment that gives the organic disease the following defining features: a) it is located inside the body and its nature is material (virus conceived as a bug), b) unlike intraorganic objects, which a function is attributed to life, such as the heart, a purpose hostile to one's own vitality is attributed to it, and c) it is inseparable from the body itself, which means that the investiture of this scene represents a considerable reduction of the Narcissistic omnipotence, which sustains the illusion of expelling the disease from one's own body once and for all. Strictly speaking, we should say that this insight, if it is achieved, is never complete. Frequently, it coexists with another sector of the psyche that interposes a denial according to the perspective of narcissism. The boy or girl affected by chronic organic disease, if he or she manages to stabilize the psychic perspective inherent to this scene, usually accompanies the discernment of the concept of chronic disease with an overinvestment of the activity of the immune system itself and of antiretroviral medication as a crucial input. relevance to contribute to maintaining organic health.

From the perspective of psychic currents (Maldavsky, 1999a), this scene corresponds to the one that hosts the greatest complexity, I am referring to what I called admission into the self.

Clinical example of scene IVb)

The material of Julio, the patient that I presented as an example of scene III, also serves to study this scene in detail. I transcribe some fragments of that dialogue.

Therapist: What is the use for you of taking the remedies?

(1)(2)(3)(4)(5) Julio responds that he takes the medication “to cure myself of the virus, which is a bug that crawls around your belly and wants to... eat the things that you eat if you don't take the remedies . If you take them, the virus may come out of there and die.

T: What is a virus?

(2) J: It's a bug that's like a worm, it crawls around your belly, your head, your hands.

T: And how does contagion occur?

J: The father and the mother had the disease, the mother was pregnant with the child and the virus came out of the mother and passed it on to him (the child).

T. Do you mean that the mother passes it on to the baby and the mother no longer has the virus and only the baby has it?

(6)J: Yes, the mother has it too.

Guess regarding the patient's position in the session

In (1) Julio expresses the thought that the disease is a material object (bug).

In (2) he expresses the thought that it is an internal object (“go for your belly”).

In (3) he expresses the thought that it is a hostile, voracious object (“it eats the things you eat”).

In (4) he utters a phrase that accounts for the presence of the psychic current of denial (“If you take them – the remedies – the virus will probably come out of there, it will die”).

In (5) the phrase expresses the overinvestment of medication as a factor that affects health (“eat the things you eat, if you don't take the remedies”).

In (6) the thought is expressed that the virus is inseparable from the body of the person who carries it (“yes, the mother also has it”).

Subcategories of Scene IV

Scene IV	Affective/cognitive state	In-session binding configurations
IVa) Empirically grasping the concept of chronic illness and not finding an effective way to defend oneself.	Euphoric, triumphant feelings: The patient assumes a paradoxical posture (that of triumphing by failing in the practice of curing the other).	<p>There are two alternatives:</p> <p>1) The patient plays in the place of a doctor or nurse whose healing procedure fails, despite which he or she has a feeling of triumph, and the frustration and pain falls on the therapist.</p> <p>2) During the game, the boy or girl instead of the doctor develops a feeling of frustration or failure for trying to cure the patient and not achieving it.</p>
IVb) Discern the chronic nature of the organic disease	Decrease of the narcissistic omnipotence that sustains the illusion of expelling the disease from one's own body once and for all.	<p>Conversations arise among which the following content stands out:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regarding one's own origin (elucidate whether one's birth was part of a vital family project or rather constituted a link in a chain of traumatic events). - Desire to know issues related to health (mechanisms of pathology, the functioning of the immune system, etc.)

The subsequent psychic outcomes

It is worth asking: what factors intervene to influence whether, upon entering adolescence, a posture consistent with resilience or rather a traumatic one prevails in these boys and girls? It is a complex question to which I can only give tentative answers using, in an *ad hoc manner*, the notion of complementary series (Freud, 1916a).

In my experience, the elements that are usually present in those who hold a position consistent with resilience are the following:

the basic trust that, in the engendering of one's own life, at least one of the parents did so with a desire to be a mother or father.

This basic trust is fundamental in the development of crucial psychic work (key in strengthening the position according to resilience): that of deciding to let go of the envious desire to be a link in the chain of transmission of organic pathology.

to have, at the time in which these vital crossroads develop, at least one human being with whom to develop a bond in which tenderness has a relevant place.

a community context that - at least relatively - has resources that facilitate the insertion of the adolescent in areas of support, socialization, education, sports, etc.

Among those who remain fixed in a traumatic position, the following factors usually intervene:

the conviction that in the psychic world of their parents, instead of a child's project, a tendency towards catharsis, abuse or violence predominates. The boy or girl tends to remain fixed in a traumatic position and crystallize his or her identity with the place of toxic waste (Freud, 1920g).

If a patient who has the aforementioned disposal site, comes to the realization that his/her pathology was transmitted within the family and that it is also incurable, it is likely that the aforementioned insight will operate as a reinforcement of his/her identification with the position of the toxic waste. In this case, it is likely that the patient will be compelled to attack his own vitality and that of others in practices marked by envy. An example is the impulse to transmit the disease to others.

This thanatic position is consolidated if the patient has, among his/her significant ties, a prevalence of interlocutors lacking genuine emotional commitment.

A community context hostile to adolescent vital development, which obstructs their insertion in social and educational activities, which conceives the adolescent in speculative, economic terms (adolescent as mere consumer, cannon fodder for precarious work, etc.).

Chapter 5

The David Maldivsky instrument (IDM) and the study of the therapeutic alliance

I. Relevance of the problem

The value of the proposal that I present below is given by the fact that in the literature that deals with chronic organic disease in girls and boys, there are no instruments for monitoring the therapeutic alliance based on the specific exchange that occurs in the session .

II. Aim

The detailed study of the therapeutic alliance after the session allows the analyst to refine his understanding of the bonding scenes and optimize his clinical strategy. To do this, you must use the record of the session and try to detect what problems the patient brought up, what clinical interventions they contributed constructively (either to understanding, or to strengthening trust between both) and what interventions resulted. obstructive.

Through the application of the David Maldivsky Instrument (IDM) the therapeutic alliance can be explored in the following way:

by detecting the function (constructive or obstructive) that the therapist's clinical interventions acquire in relation to the psychic processing of chronic organic disease in clinical practice with boys and girls affected by it.

by detecting the function (constructive or obstructive) of the specific communications produced by the patient, in relation to the processing of their condition as being affected by a chronic organic disease.

III. Conceptual definitions

Therapeutic alliance. The definition of therapeutic alliance that we use arises from the contribution of clinical psychoanalysts such as W. Bion (1962, 1963), later systematized by D. Liberman (1972), who proposes criteria to evaluate the constructive or obstructive contributions of each of the subjects of the therapeutic bond.

- *Constructive therapeutic alliance* : Considers that the constructive influence of the therapist consists of detecting the problematic core in each session and formulating interventions that point in the direction of the patient focusing and processing the psychic conflict. In turn, he maintains that the obstructive influence of the therapist consists of not rectifying himself when he loses focus on the nodal problems at a given moment. Liberman (op. cit.) states that those who collaborate with their therapeutic process have a disposition to feel trust in the therapist (or to openly express distrust). In addition, it tends to ratify – by providing new communications – the therapist, to the extent that the therapist focuses on the core of his or her anxiety with his or her interventions.

- *Therapeutic alliance obstructive* : In turn, this author maintains that the patient who obstructs the therapeutic alliance produces material that encourages the therapist to continue insisting on a fruitless line of work. If the analyst directs his interventions towards a focus of anxiety, someone obstructive activates his resistance and responds by

producing associations that tend to disorient the analyst regarding the relevance of the clinical course.

IV. Operationalization of the concept of therapeutic function

In concrete therapeutic action, we distinguish two great alternatives: optimal exercise and clinical entrapment (Goldberg, 2017). In evaluating the relevance of interventions we consider the function they play in the scene. They fulfill an optimal (or constructive) function when they serve to display the patient's expressiveness, contribute to helping them understand their own psychic processes or to recover or consolidate their trust in the therapist. Conversely, the therapist induces clinical entrapment to the extent that his interventions do not focus on his patient's nodal conflicts and/or increase distrust in his willingness to help him.

a) Optimal exercise/failed exercise of the therapeutic function in patients with a disposition for resilience

Optimal exercise of the therapist's function	Failed exercise of the therapist's function
1) Generate the therapeutic contract ("for what purpose do you and I play/dialogue").	1) Underestimate the importance of the therapeutic contract.
2) Providing oneself opportunely as an object for the patient's self-affirmative hostility.	2) Avoid or dismiss the value of serving as an object for the patient's self-affirmative hostility.
3) Pertinently select a sector of the patient's production suitable for generating new insights.	3) Choosing a fragment of the patient's production that obstructs the work of advancing new insights.
4) Position yourself as a silent witness to the patient who uses the session to think through games and characters.	4) Interfere with interventions at the time of the session in which the patient requires the therapist's silence to think about the session through the creation of games and characters.
5) Generate a precise question that relaunches the process towards nodal subjective problems.	5) Produce a question that defocuses the nodal problems.
6) Formulate an accurate interpretation that relaunches the process and improves trust.	6) Formulate an interpretation that arouses distrust.

b) Optimal exercise/failed exercise of therapeutic function in patients in traumatic position

Optimal exercise of the therapist's function	Failed exercise of the therapist's function
Active waiting attitude: appeal to your creativity to find a way to access the patient.	Interventions have an obstructive function when it is inferred that the therapist: evicts the patient. uses the therapeutic contract as a shield for emotional commitment and creative attitude. makes the patient an object of catharsis. seduces the patient. places the patient as the object of a supposed professional heroic deed. enhances the patient's complaints and

V. Sequence of steps in using the instrument

Have a recording of the session or, failing that, have notes that describe the clinical dialogue in detail.

Prepare the sample by putting together sequences of dialogue turns, that is: the therapist's intervention and the patient's response, or vice versa.

Study the patient's manifestations in each shift. Is it possible to decide whether the scenes you propose express a resilient position or a more traumatic one? Does it ratify the therapist's targeted interventions and rectify those that are not relevant, or does it rather do the opposite?

Study the impact of the therapist's interventions in session, in relation to the type of scenes (according to resilience/traumatic) and the prevalent mood (trust/distrust) of the patient. (Regarding the impact of the therapist's interventions on the patient's emotional state, we say the following: if it contributes to maintaining or improving confidence, this is detected when the patient affirms a spontaneous, relaxed attitude. If the impact of the intervention intensifies distrust, this is verified by the fact that the game is inhibited or attention is dispersed. If the patient is placed in a traumatic position, it is worth considering whether the therapist with his/her interventions contributes to focus the patient's interest and connection, if it manages to awaken their trust. The other alternative is that the therapist's interventions entrench distrust or result in indifference for the patient).

Evaluate the data in order to establish a conclusion about the prevalent position of the patient and the quality of the therapist's work in that session.

Explore the contribution to the quality of the therapeutic alliance, before qualifying it. The following questions should be asked to re-study the material: Do patient and therapist cooperate by investing in each other's most constructive contributions and discarding obstructive ones? Does the opposite happen?

Bibliography

Adaszko, A. (2006). "From taking pills to knowing you have HIV/AIDS. Life trajectories and reflexivity in young people who grew up living with HIV/AIDS since childhood", in *Fourth Conference on Research in Social Anthropology* , p. 314-328.

Bion, W.R. (1962). *Learning from experience*. Buenos Aires: Paidós.
(1963). *Elements of psychoanalysis*. Buenos Aires: Hormé.
(1965). *Transformations* . Buenos Aires: Latin American Publishing Center.
(1977). *The table and the caesura*. Buenos Aires: Gedisa.

Bottle, C.

(2014). "On the work of figurability", *Mentalización, Revista de Psicoanalysis y Psicoterapia*, II, I, October, at <https://revista.mentalización.com/último-issue/botella.pdf>

Freud, S. (1908c). "On infantile sexual theories", in AE, vol. 9
(1913c). "On the initiation of treatment", in AE, vol. 12.
(1914c). "Introduction of narcissism", in AE, vol. 14.
(1915c). "Drives and drive destinies", in AE, vol. 14.
(1916a [1915]). "Transience", in AE, vol. 14.
(1916-1917). *Lectures on Introduction to Psychoanalysis* , in AE, vol. 15-16.
(1918b [1914]). "From the history of an infantile neurosis " , in AE, vol. 17.
(1920g). *Beyond the pleasure principle* , in AE, vol 18.
(1923b). *The ego and the id* , in AE, vol 19.
(1925h). "Denial", in AE, vol. 19.
(1926d). *Inhibition, symptom and anxiety* , in AE, vol. twenty.
(1933a [1932]). *New introductory conferences on psychoanalysis* , in AE, vol. 22.
(1937d). "Constructions in analysis", in AE, vol. 23.
(1940a). *Outline of psychoanalysis* , in AE, vol. 23.
(1950a). *The origins of psychoanalysis* , in AE, vol. 1.

Goldberg, J. A. (2005). *The ADL: methodological problems and exploration of the helplessness in the clinic with children* (Master's Thesis in Problems and Pathologies of Helplessness). University of Business and Social Sciences, Buenos Aires.

(2016). *ADL and the link study of the therapeutic alliance and clinical change in psychotherapy with pubertals* (Doctoral Thesis in Psychology). University of Business and Social Sciences, Buenos Aires.

(2017). Advances in the construction of an instrument to evaluate resilience in vertically transmitted HIV children, *Subjectivity and cognitive processes* , 21 1, (67-83).

(2018). "Organic disease and trauma in children. The work of the figurability", *Psychological News* , 474.

Hirsch, R. Goldberg, J., Sosa, M., García, M., Capeluto, N., Basta, P., Comerci, A., Rubinstein, E., Hirsch, G., Hirsch, C. (2010). *Contributions to improve and prolong the quality of life of children and adolescents affected by vertically transmitted HIV/AIDS* , Buenos Aires: PAHO.

Kazez, R. (2017). "Resilience, normal defenses and functional denial",

Lieberman, D.

(1970). *Linguistics, communicative interaction and psychoanalytic process. Volume I.* Buenos Aires: Galerna.

(1972). *Linguistics, communicative interaction and psychoanalytic process. Took II.* Buenos Aires: Galerna

Maldavsky, D. (1992). *Theory and clinic of toxic processes* , Buenos Aires: Amorrortu editors.

(1995a). *Nightmares while awake* . Buenos Aires: Amorrortu editors.

(nineteen ninety six). *Abulic lineages* . Buenos Aires: Paidós.

(1998a). *atypical cases. Bodies marked by delusions and numbers* . Buenos Aires, Amorrortu Editores.

(1999a). *Language, drives, defenses. Networks of signs, narrative sequences and rhetorical processes in the psychoanalytic clinic* . Buenos Aires: New Vision

(2003a). *Psychoanalytic Language Research: David Lieberman Algorithm* . Buenos Aires: Editorial place.

Maldavsky, D., Aguirre, A., Álvarez, LH, Bodni, O., Britti, AM, Buceta, C., ... Varela, R. (2007). *Intersubjectivity in the psychoanalytic clinic. Investigation systematic with the David Lieberman Algorithm (ADL)*. Buenos Aires: Editorial Place.

Meltzer, D. (1967). *The psychoanalytic process* . Buenos Aires: Hormé.

(1975). *Exploring Autism* . Buenos Aires: Paidós.

UN (1989). *Children's rights convention* . UN: General Assembly.

Available at <https://www.refworld.org/es/docid/50ac92492.html>

Rodulfo, R. (2012). *Fathers and sons. In times of withdrawal of the opposition.* Good Aires: Paidós.

Tustin, F. (1990). *The protective shell in children and adults* . Buenos Aires: Amorrortu Editors.

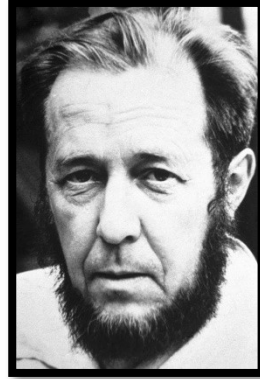
Winnicott, D.W.

(1965). *Maturation processes and the facilitating environment. Studies for a theory of emotional development* , Buenos Aires: Paidós.

(1971). *Reality and game* . Buenos Aires: Granica

Zukerfeld, R. and Zonis Zukerfeld, R.

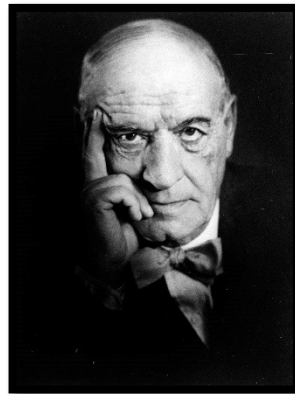
(2011). "On resilient development: psychoanalytic perspective", *Clínica Contemporánea* , 2, 2, 105-120.



Alexander Solzhenitsyn

A state at war only serves as an excuse for domestic tyranny.

El pasado no nos dirá lo que debemos hacer, pero sí lo que deberíamos evitar.



José Ortega y Gasset

The past will not tell us what we should do, but it will tell us what we should avoid.

CHAGAS CONGÉNITO EN NEONATOS DE MADRES ASINTOMÁTICAS

NECESIDAD DE DIAGNÓSTICO PRECOZ ESTANDARIZADO

AUTORES: Hirsch, Roberto R.1, y Carvalho, Héctor E.2

1 Jefe Depto. Infectología, Htal. F.J. Muñiz

2 Ex Director, Htal. de Agudos Ezeiza

RESUMEN:

La enfermedad de Chagas es una infección parasitaria crónica potencialmente mortal causada por el protozoo *Trypanosoma cruzi*. En cuanto a la infestación congénita, se estima que en América hay 2 millones de mujeres en edad reproductiva infestadas por *T. cruzi*, de las que entre el 4 y el 8% transmitirían la infestación al feto por vía transplacentaria y, consecuentemente, nacerían anualmente unos 15.000 niños con enfermedad de Chagas congénita.

Consideramos imperiosa la necesidad de incorporar el tamizaje diagnóstico precoz y obligatorio para CHAGAS, en todos los recién nacidos, aún en ausencia de síntomas sospechosos del binomio madre/ hijo y sin diagnóstico previo de la madre, partiendo de la base que se registran 15.000 recién nacidos infectados durante la gestación y que esta parasitemia posee tratamiento con curación efectiva.

SUMMARY: Chagas disease is a life-threatening chronic parasitic infection caused by the protozoan *Trypanosoma cruzi*. Regarding congenital infestation, it is estimated that in America there are 2 million women of reproductive age infested by *T. cruzi*, of which between 4 and 8% would transmit the infestation to the fetus through the transplacental route and, consequently, would be born annually some 15,000 children with congenital Chagas disease. We consider imperative the need to incorporate early and mandatory diagnostic screening for CHAGAS, in all newborns, even in the absence of suspicious symptoms of the mother/child binomial and without prior diagnosis of the mother, based on the fact that 15,000 newborns are registered infected during pregnancy and that this parasitemia has treatment with effective cure.

PALABRAS CLAVE/KEY WORDS: *congenital Chagas diagnóstico parasitosis*

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Chagas es una infección parasitaria crónica potencialmente mortal causada por el protozoo *Trypanosoma cruzi*.

Alrededor de 28 millones de personas se encuentran en riesgo de adquirir la infestación.

Es endémica en 21 países; el número de personas infestadas es de 8 millones y se producen 41.200 nuevos casos anuales y 12.500 muertes. En cuanto a la infestación congénita, se estima que en América hay 2 millones de mujeres en edad reproductiva infestadas por *T. cruzi*, de las que entre el 4 y el 8% transmitirían la infestación al feto por vía transplacentaria y,

consecuentemente, nacerían anualmente unos 15.000 niños con enfermedad de Chagas congénita.

Debido al aumento de la inmigración desde América al resto del mundo, la enfermedad de Chagas ha pasado de ser una endemia en América Latina a una enfermedad global (FIG. 1).

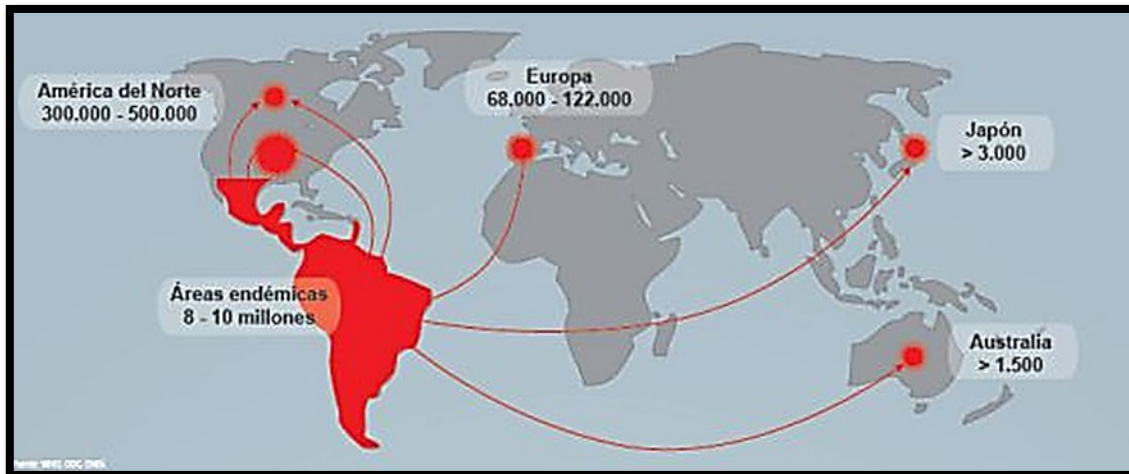


FIG. 1: ENFERMEDAD DE CHAGAS A NIVEL MUNDIAL

La enfermedad se transmite a los seres humanos principalmente por las heces o la orina de insectos triatomíneos (vía vectorial). Pero el *T. cruzi* también puede transmitirse:

- 1) consumiendo alimentos contaminados por el parásito por contacto con heces u orina de triatomíneos o marsupiales (provoca brotes de transmisión alimentaria con morbilidad más grave y mayor mortalidad);
- 2) por transfusión de sangre o productos sanguíneos de donantes infestados;
- 3) por la transmisión de la madre infestada a su hijo durante el embarazo o el parto;
- 4) por el trasplante de órganos provenientes de una persona infestada, y
- 5) por accidentes de laboratorio.

En Argentina, se ha estimado que, por cada caso de Chagas vectorial, existirían 10 casos de Chagas congénito (Gurtler, 2003). El riesgo de transmisión vertical varía según la cepa de *T. cruzi*, la parasitemia de la madre, lesiones en la placenta, la región geográfica, y la susceptibilidad genética para la infestación (véase luego).

Efecto sobre el embarazo y la gestación:

La mayoría de las gestantes chagásicas cursan el embarazo durante la etapa indeterminada o crónica de la infestación, con escasas o nulas manifestaciones clínicas. Se han descrito también casos con enfermedad aguda, aunque esta no es siempre sinónimo de infección fetal.

La transmisión vertical de *T. cruzi* no puede ser prevenida, pero el diagnóstico y tratamiento oportuno de la infección congénita alcanza curas cercanas al 100%. Schijman y cols. realizaron análisis de ADN de muestras de sangre de 217 niños nacidos de madres con infección chagásica. De ellos, 101 niños registraban infección congénita y 116 no. Los investigadores se concentraron en un grupo de genes que se expresan en la placenta.

En dos de los genes examinados, ADM-12 y MMP-2, la modificación de una base altera la propensión a la transmisión congénita del Chagas. En el gen ADM-12, ubicado en el cromosoma 10 y con más de 370.000 bases, el cambio de adenina por guanidina en el sitio rs11244787 parece aumentar el riesgo de transmisión vertical. En cambio, la mutación de citosina a timidina en ese mismo sitio, protegería contra la infestación.

La técnica del microhematocrito es el método de elección para el diagnóstico de la infestación congénita.

El serodiagnóstico rutinario que detecta IgG contra *T. cruzi* sólo es útil luego de los 6 meses de edad del niño, en tanto el PCR y la detección de IgM específica por antígenos recombinantes constituyen excelentes alternativas.

La búsqueda de infestación congénita en hijos de mujeres con Chagas confirmado o sin él, y su seguimiento hasta el año de vida, resulta esencial para lograr la detección y tratamiento temprano de nuevos casos. La pérdida del seguimiento de potenciales casos de Chagas Congénito es alarmantemente alta. Esto enfatiza la necesidad de plantear estrategias para mejorar el diagnóstico.

RECOMENDACIONES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

Para la elección de una herramienta diagnóstica es importante tener en cuenta la fase de la enfermedad. Así, el neonato está en fase aguda y la madre en fase crónica. La fase aguda se caracteriza por una parasitemia patente, generalmente en los primeros 2 meses tras la infestación, por lo que el diagnóstico se basa en la búsqueda de parásitos.

Transcurrido este período, la parasitemia disminuye por debajo de los límites de detección, por lo que el diagnóstico se realiza mediante la determinación de anticuerpos anti-*T. cruzi*.

Detección de infección crónica en mujeres

Se puede efectuar utilizando al menos 2 pruebas serológicas convencionales (ensayo de hemaglutinación indirecta; ensayo de inmunofluorescencia indirecta; o ELISA), para aumentar la precisión diagnóstica.

Detección de infección congénita en neonatos

Puede realizarse mediante la detección de parásitos vivos en el cordón umbilical o, preferentemente, en sangre venosa del RN. Las técnicas parasitológicas concentran los parásitos por centrifugación en tubos capilares (prueba de microhematocrito) o en tubos Eppendorf (método "microstrout"). Los parásitos se investigan mediante un examen microscópico de la capa leucocitaria de la sangre. *T. cruzi* tiene un patrón de movimiento característico y un tamaño relativamente grande, que permiten su visualización por microscopía óptica. Si la prueba es negativa al nacer, debe repetirse al mes de edad, cuando se suele observar el pico de parasitemia. Estas pruebas parasitológicas ofrecen un diagnóstico indiscutible y definitivo de infección y se consideran el gold standard.

Sin embargo, requieren tiempo, procesamiento de la muestra dentro de las 24 horas, personal de laboratorio capacitado y controles de calidad, factores que pueden influir en los resultados.

Otras pruebas, basadas en la multiplicación de parásitos (hemocultivo), requieren equipo con protección biológica y no se utilizan de rutina para el diagnóstico de casos congénitos.

Por lo tanto, se necesitan pruebas más sensibles y automatizadas para la detección temprana de niveles muy bajos de T. cruzi. Los métodos moleculares constituyen otro enfoque para la detección temprana de infestaciones.

Debe tenerse en cuenta el mejor momento para tomar la muestra de sangre (1 a 3 meses después del nacimiento en lugar de al nacer, salvo en un RN sintomático).

La amplificación isotérmica mediada por bucle (LAMP) parece prometedora aunque requiere una mayor validación para el diagnóstico de infestación congénita.

El examen histológico de la placenta o la detección molecular del ADN de T. cruzi en los tejidos de la placenta, tienen baja sensibilidad, y la afectación placentaria no se correlaciona con la infección fetal.

Detección de infección congénita en lactantes cuando los Ac. maternos han desaparecido

Las pruebas serológicas para lactantes deben realizarse igual que a sus madres.

La detección de anticuerpos contra T. cruzi en lactantes mayores de 10 meses (es decir, desaparecidos ya los anticuerpos maternos transferidos pasivamente) indica una infestación congénita (cuando se ha descartado la transmisión previa por vectores y transfusiones de sangre).

Tal detección de Ac. contra T. cruzi en lactantes es un gold standard para el diagnóstico de cCD.

Debe realizarse en todos los niños nacidos de madres infectadas, si las pruebas previas (métodos parasitológicos y/o moleculares) fueron negativas, o si no se

realizaron pruebas. Sin embargo, evaluar a los niños sólo a los 10 meses de edad retrasa el diagnóstico/tratamiento y aumenta el riesgo de pérdida durante el seguimiento.

Otras pruebas, como los antígenos IgM excretados/secretados de tripomastigotes o los antígenos de fase aguda eliminados (SAPA) ELISA IgG (que detecta SAPA dentro de los primeros 3 meses de la infección), no están disponibles.

Deben evaluarse e implementarse estrategias que faciliten el diagnóstico lo más temprano posible, teniendo en cuenta la frecuente falta de asistencia de las madres a las visitas de seguimiento a los centros de salud.

Las terapias para tratar el Chagas son relativamente efectivas en la fase aguda de la enfermedad y en los casos infantiles; aumentando la probabilidad de curación, cuanto más precoz sea el diagnóstico.

En Argentina rige la Ley 26.281 (de Control y Prevención del Chagas), que exige que, a todo recién nacido de una mujer infestada, debe realizársele un diagnóstico de Chagas.

Sin embargo, el algoritmo aplicado para el diagnóstico

en neonatos puede tomar hasta unos 10 meses, pues los métodos disponibles para diagnosticar

Chagas en adultos e infantes no resultan aplicables a neonatos. Su aplicación requiere de

infraestructura, equipamiento y recursos humanos que constituyen una limitación. La mayoría de los protocolos para la detección de ADN de T. cruzi tienen una sensibilidad analítica de una

centésima a una milésima parte de un parásito y un nivel de detección de 1 parásito/ml de sangre.

Parasitemias menores sólo son detectables cuando se analizan volúmenes mayores de 5 ml de sangre.

Las parasitemias en la infección congénita están entre 6 y 55.000 parásitos/ml. Para confirmar la infección mediante la detección de anticuerpos IgG anti-T. cruzi se deben realizar al menos 2 pruebas serológicas de principios y antígenos diferentes.

En caso de discrepancias debe recurrirse a una tercera técnica. También se dispone de ensayos no convencionales, en su mayoría pruebas rápidas basadas en inmunocromatografía y aglutinación. Prácticamente, todos los ensayos de ELISA presentan una sensibilidad > 97%, y son recomendados como técnicas de elección para realizar el cribado. Las técnicas rápidas tienen una utilidad indiscutible por su sencillez y rapidez (10 min).

IMPLICANCIAS, Y SU COMPARACIÓN CON EL F.E.I.:

Se esboza una comparación epidemiológica con el Programa de Detección de Hipotiroidismo Congénito y Fenilcetonuria, luego transformado en Ley 26.279. Con sucesivos agregados, este análisis permite detectar de manera precoz las siguientes enfermedades:

Hipotiroidismo congénito

Su incidencia oscila entre uno de cada 2.500/6.000 nacidos vivos.

Fenilcetonuria

La incidencia es de 1/10.000 nacimientos entre los individuos de raza blanca.

Hiperplasia suprarrenal congénita

Tiene una incidencia de 1 en 10.000/18.000 personas.

Fibrosis quística

Su incidencia varía de 1 entre 3.000/8.000 nacidos vivos.

Galactosemia

La incidencia está estimada en 1/40.000-1/60.000 en los países occidentales.

Deficiencia de Biotinidasa

La prevalencia se estima en 1/61.000.

CONCLUSIONES:

Consideramos imperiosa la necesidad de incorporar el tamizaje diagnóstico precoz y obligatorio para CHAGAS, en todos los recién nacidos, aún en ausencia de síntomas sospechosos del binomio madre/ hijo y sin diagnóstico previo de la madre, partiendo de la base que se registran 15.000 recién nacidos infectados durante la gestación y que esta parasitemia posee tratamiento con curación efectiva.

BIBLIOGRAFÍA:

[1]

G.A. Schmunis.

Epidemiology of Chagas disease in non endemic countries: The role of international migration.

Memórias Inst Oswaldo Cruz, 102 (2007), pp. 75-86

[2]

E. Sicuri, J. Muñoz, M.J. Pinazo, E. Posada, J. Sanchez, P.L. Alonso, et al.

Economic evaluation of Chagas disease screening of pregnant Latin American women and of their infants in a non endemic area.

Acta Trop, 118 (2011), pp. 110-117

<http://dx.doi.org/10.1016/j.actatropica.2011.02.012> | Medline

[3]

P.Q. McGinnis, S.F. Wainwright, L.M. Hack, K. Nixon-Cave, S. Michlovitz.

Use of a Delphi panel to establish consensus for recommended uses of selected balance assessment approaches.

Physiother Theory Pract, 26 (2010), pp. 358-373

<http://dx.doi.org/10.3109/09593980903219050> | Medline

[4]

OPS. Estimación cuantitativa de la enfermedad de Chagas en las Américas. 2006 [consultado 2 May 2013]. Disponible en: <http://www.bvsops.org.uy/pdf/chagas19.pdf>

[5]

Ministerio de Salud. Resolución 00412 de 2000 [consultado 2 May 2013]. Disponible en:

http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Res412_00.htm

[6]

Ministerio de Protección Social. Guía colombiana de tratamiento integral de la enfermedad de Chagas 2010 [consultado 9 May 2013]. Disponible en:

<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias02.pdf>

[7]

Departamento Nacional de Estadística DANE. Nacimientos por área de ocurrencia y sexo, según grupos de edad de la madre, total nacional. 2013 [consultado 3 May 2013]. Disponible en:

<http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticasvitalas/2879-nacimientos>

[8]

E. Sedyaningsih-Mamahit, N. Schinaia, S. Lazzari, N. Walker, G. Vercauteren.

The use of blood donor data for HIV surveillance purposes.

AIDS, 18 (2004), pp. 1849-1851

Medline

[9]

F. Atsma, I. Veldhuizen, A. Verbeek, W. de Kort, F. de Vegt.

Healthy donor effect: Its magnitude in health research among blood donors.

Transfusion (Paris), 51 (2011), pp. 1820-1828

[10]

M. Beltrán, M.I. Bermúdez, M.C. Forero, M. Ayala, M.J. Rodríguez.

Control of Trypanosoma cruzi infection in blood donors in Colombia, 2003.

Biomedica, 25 (2005), pp. 527-532

Medline

[11]

Z. Cucunubá, C. Valencia, C. Flórez, C. León, Y. Castellanos, A. Cardenas, et al.

Pilot program for surveillance of congenital Chagas disease in Colombia 2010-2011.

Int J Infect Dis, 16 (2012), pp. e343

[12]

F. Manrique, G. Herrera, J. Ospina, P.X. Pavía, M. Montilla, C.J. Puerta, et al.

Prevalencia de enfermedad de Chagas en maternas e incidencia transplacentaria en Boyacá.

Biomedica, 29 (2014), pp. 315-316

[13]

P.X. Pavia, M. Montilla, C. Flórez, G. Herrera, J.M. Ospina, F. Manrique, et al.
The first case of congenital Chagas' disease analyzed by AP-PCR in Colombia.
Biomedica, 29 (2009), pp. 513-522

Medline

[14]

Instituto Nacional de Salud. Grupo ETV. Informe Vigilancia epidemiológica, enfermedad de Chagas. 2011 [consultado 3 May 2013. Disponible en:
<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiologico/Forms/AllItems.aspx>

[15]

F. Manrique-Abril, J.M. Ospina, A.G. Herrera, C. Florez, C.P. Bula.
Diagnóstico de enfermedad de Chagas en maternas y recién nacidos de Moniquirá y Miraflores, Boyacá, Colombia.
Infectio, 17 (2013), pp. 28-34

[16]

Castillo Riquelme M, Loayza S, Castillo C, Freile B. Costo-efectividad del screening y tratamiento de mujeres embarazadas y recién nacidos por transmisión de Chagas congénito. 2012 [consultado 5 May 2013]. Disponible en: <http://desal.minsal.cl/DOCUMENTOS/PDF/2012/chagas%20congenito.pdf>

[17]

C. Billot, F. Torrico, Y. Carlier.
Cost effectiveness study of a control program of congenital Chagas disease in Bolivia.
Rev Soc Bras Med Trop, 38 (2005), pp. 108-113

Medline

[18]

M. Romero, J. Postigo, D. Schneider, J-P. Chippaux, J.A. Santalla, L. Brutus.
Door-to-door screening as a strategy for the detection of congenital Chagas disease in rural Bolivia.
Trop Med Int Heal TM IH, 16 (2011), pp. 562-569

[19]

Cucunubá Z, Puerta CJ, Floréz AC, Valencia CA, Leon C, Pavía PX et al. Informe técnico final. Proyecto de desarrollo e implementación de un programa piloto de vigilancia de Chagas congénito en Colombia, Bogotá, Colombia; 2013 [reporte no publicado].

[20]

C. Enciso, M. Montilla, M.M. Santacruz, R.S. Nicholls, A. Rodríguez, M. Mercado, et al.
Comparison of the indirect immunofluorescent (IFAT), ELISA test and the comercial Chagatek test for anti-*Trypanosoma cruzi* antibodies detection.
Biomedica, 24 (2004), pp. 104-108

Medline

[21]

A.K. Malan, E. Avelar, S.E. Litwin, H.R. Hill, C.M. Litwin.
Serological diagnosis of *Trypanosoma cruzi*: Evaluation of three enzyme immunoassays and an indirect immunofluorescent assay.

J Med Microbiol, 55 (2006), pp. 171-178
<http://dx.doi.org/10.1099/jmm.0.46149-0> | Medline
[22]

P.E.A.A. Brasil, L. de Castro, A.M. Hasslocher-Moreno, L.H.C. Sangenis, J.U. Braga.
ELISA versus PCR for diagnosis of chronic Chagas disease: Systematic review and meta-analysis.
BMC Infect Dis, 10 (2010), pp. 337
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-10-337> | Medline

CONGENITAL CHAGAS IN NEONATES OF ASYMPTOMATIC MOTHERS NEED FOR STANDARDIZED EARLY DIAGNOSIS

AUTHORS : Hirsch , Roberto R.1, and Carvallo, Héctor E.2

1 Head of Department. Infectology , Htal . FJ Muñiz

2 Former Director, Htal. Ezeiza

SUMMARY : Chagas disease is a life-threatening chronic parasitic infection caused by the Trypanosoma protozoan. cruzi . Regarding congenital infestation, it is estimated that in America there are 2 million women of reproductive age infested by T. cruzi , of which between 4 and 8% would transmit the infestation to the fetus transplacentarily and , consequently, would be born annually . about 15,000 children with congenital Chagas disease. We consider it imperative to incorporate early and mandatory diagnostic screening for CHAGAS in all newborns, even in the absence of suspicious symptoms of the mother/child binomial and without prior diagnosis of the mother, based on the fact that 15,000 newborns are registered. infected during pregnancy and that this parasitaemia has treatment with effective cure . **SUMMARY** : Chagas disease is a life-threatening chronic parasitic infection caused by the protozoan Trypanosoma cruzi . Regarding congenital infestation, it is estimated that in America there are 2 million women of reproductive age infested by T. cruzi , of which between 4 and 8% would transmit the infestation to the fetus through the transplacental route and, consequently, would be born annually some 15,000 children with congenital Chagas disease. We consider imperative the need to incorporate early and mandatory diagnostic screening for CHAGAS, in all newborns , even in the absence of suspicious symptoms of the mother/child binomial and without prior diagnosis of the mother, based on the fact that 15,000 newborns are registered infected during pregnancy and that this parasitemia has treatment with effective cure.

KEY WORDS/KEY WORDS : *congenital Chagas diagnosis*

INTRODUCTION :

Chagas disease is a life-threatening chronic parasitic infection caused by the protozoan Trypanosoma . cruzi .

Around 28 million people are at risk of acquiring the infestation.

It is endemic in 21 countries; The number of infested people is 8 million and there are 41,200 new cases annually and 12,500 deaths. Regarding congenital infestation, it is estimated that in America there are 2 million women of reproductive age infested by *T. cruzi*, of which between 4 and 8% would transmit the infestation to the fetus transplacentarily and, consequently, would be born annually about 15,000 children with congenital Chagas disease.

Due to increased immigration from America to the rest of the world, Chagas disease has gone from being endemic in Latin America to a global disease (FIG. 1).

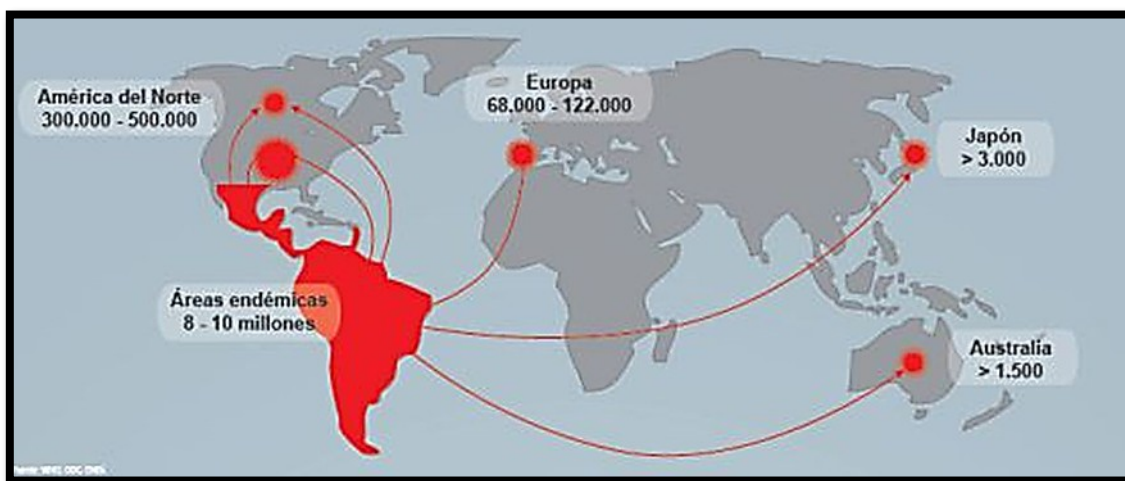


FIG. 1: CHAGAS DISEASE WORLDWIDE

The disease is transmitted to humans mainly through the feces or urine of triatomine insects (vector route). But *T. cruzi* can also be transmitted: 1) by consuming food contaminated by the parasite through contact with feces or urine of triatomines or marsupials (causes foodborne outbreaks with more severe morbidity and higher mortality); 2) by transfusion of blood or blood products from infested donors; 3) by transmission from the infested mother to her child during pregnancy or childbirth; 4) due to the transplant of organs from an infested person, and 5) due to laboratory accidents. In Argentina, it has been estimated that, for every case of vector Chagas, there would be 10 cases of congenital Chagas (Gurtler, 2003). The risk of vertical transmission varies depending on the strain of *T. cruzi*, maternal parasitemia, placental lesions, geographic region, and genetic susceptibility to infestation (see below).

Effect on pregnancy and gestation :

The majority of Chagasic pregnant women become pregnant during the indeterminate or chronic stage of the infestation, with few or no clinical manifestations. Cases with acute disease have also been described, although this is not always synonymous with fetal infection. Vertical transmission of *T. cruzi* cannot be prevented, but timely diagnosis and treatment of congenital infection achieves cure rates close to 100%. Schijman et al. performed DNA analysis of blood samples from 217 children born to mothers with chagas infection. Of them, 101 children had congenital infection and 116 did not. The researchers focused on a group of genes that are

expressed in the placenta. In two of the genes examined, ADM-12 and MMP-2, the modification of a base alters the propensity for congenital transmission of Chagas. In the ADM-12 gene, located on chromosome 10 and with more than 370,000 bases, the change from adenine to guanine at the rs11244787 site appears to increase the risk of vertical transmission. On the other hand, the mutation from cytosine to thymidine at that same site would protect against infestation.

The microhematocrit technique is the method of choice for the diagnosis of congenital infestation. Routine serodiagnosis that detects IgG against *T. cruzi* is only useful after the child is 6 months old, while PCR and the detection of specific IgM by recombinant antigens constitute excellent alternatives.

The search for congenital infestation in children of women with confirmed or unconfirmed Chagas disease, and its follow-up until one year of age, is essential to achieve early detection and treatment of new cases. Loss to follow-up of potential cases of Congenital Chagas is alarmingly high. This emphasizes the need to propose strategies to improve diagnosis.

RECOMMENDATIONS FOR LABORATORY DIAGNOSIS

When choosing a diagnostic tool, it is important to take into account the phase of the disease. Thus, the neonate is in the acute phase and the mother is in the chronic phase. The acute phase is characterized by patent parasitemia, generally in the first 2 months after infestation, so the diagnosis is based on the search for parasites. After this period, the parasitemia decreases below the detection limits, so the diagnosis is made by determining anti-*T. cruzi* antibodies.

Detection of chronic infection in women

It can be performed using at least 2 conventional serological tests (indirect hemagglutination assay; indirect immunofluorescence assay; or ELISA), to increase diagnostic accuracy.

Detection of congenital infection in neonates

It can be done by detecting live parasites in the umbilical cord or, preferably, in the venous blood of the newborn. Parasitological techniques concentrate parasites by centrifugation in capillary tubes (microhematocrit test) or in Eppendorf tubes ("microstrout" method). Parasites are investigated by microscopic examination of the buffy coat of the blood. *T. cruzi* has a characteristic movement pattern and a relatively large size, which allow its visualization by optical microscopy. If the test is negative at birth, it should be repeated at one month of age, when the peak of parasitaemia is usually observed. These parasitological tests offer an indisputable and definitive diagnosis of infection and are considered the gold standard. However, they require time, sample processing within 24 hours, trained laboratory personnel and quality controls, factors that can influence the results. Other tests, based on parasite multiplication (blood culture), require equipment with biological protection and are not routinely used for the diagnosis of congenital cases. Therefore, more sensitive and automated tests are needed for early detection of very low levels of *T. cruzi*. Molecular methods constitute another approach for the early detection of infestations. The best time to take the blood sample should be taken into account (1 to 3 months after birth instead of at birth, except in a symptomatic newborn). Loop-mediated isothermal amplification (LAMP) appears promising although requires further validation for the diagnosis of congenital infestation.

Histological examination of the placenta or molecular detection of *T. cruzi* DNA in placental tissues has low sensitivity, and placental involvement does not correlate with fetal infection.

Detection of congenital infection in infants when Ac. maternal have disappeared

Serological testing for infants should be performed in the same way as for their mothers. The detection of antibodies against *T. cruzi* in infants older than 10 months (i.e., passively transferred maternal antibodies have already disappeared) indicates congenital infestation (when previous transmission by vectors and blood transfusions has been ruled out). Such detection of *Ac.* against *T. cruzi* in infants is a gold standard for the diagnosis of cCD. It should be performed on all children born to infected mothers, if previous tests (parasitological and/or molecular methods) were negative, or if no tests were performed. However, evaluating children only at 10 months of age delays diagnosis/treatment and increases the risk of loss to follow-up.

Other tests, such as trypomastigote excreted/secreted antigens IgM or cleared acute phase antigens (SAPA) IgG ELISA (which detects SAPA within the first 3 months of infection), are not available.

Strategies that facilitate diagnosis as early as possible should be evaluated and implemented, taking into account the frequent lack of attendance of mothers at follow-up visits to health centers. Therapies to treat Chagas are relatively effective in the acute phase of the disease and in childhood cases; increasing the probability of cure, the earlier the diagnosis. In Argentina, Law 26,281 (on the Control and Prevention of Chagas) governs, which requires that every newborn born to an infested woman must undergo a Chagas diagnosis. However, the algorithm applied for diagnosis in neonates can take up to 10 months, since the methods available to diagnose Chagas in adults and infants are not applicable to neonates. Its application requires infrastructure, equipment and human resources that constitute a limitation. Most protocols for the detection of *T. cruzi* DNA have an analytical sensitivity of one hundredth to one thousandth of a parasite and a detection level of 1 parasite/ml of blood. Minor parasitemias are only detectable when volumes greater than 5 ml of blood are analyzed. Parasitemias in congenital infection are between 6 and 55,000 parasites/ml. To confirm infection by detecting anti-*T. cruzi* IgG antibodies, at least 2 serological tests of different principles and antigens must be performed. In case of discrepancies, a third technique must be used. Non-conventional assays are also available, mostly rapid tests based on immunochromatography and agglutination. Virtually all ELISA assays have a sensitivity > 97%, and are recommended as the techniques of choice for screening. Quick techniques are unquestionably useful due to their simplicity and speed (10 min).

IMPLICATIONS, AND ITS COMPARISON WITH THE FEI :

An epidemiological comparison is outlined with the Congenital Hypothyroidism and Phenylketonuria Detection Program, later transformed into Law 26,279. With successive additions, this analysis allows the following diseases to be detected early:

Congenital hypothyroidism Its incidence ranges between one in every 2,500/6,000 live births.

Phenylketonuria The incidence is 1/10,000 births among white individuals. **Congenital adrenal hyperplasia** It has an incidence of 1 in 10,000/18,000 people.

Cystic fibrosis Its incidence varies from 1 in 3,000/8,000 live births.

Galactosemia The incidence is estimated at 1/40,000-1/60,000 in Western countries.

Biotinidase deficiency

The prevalence is estimated at 1/61,000.

CONCLUSIONS : We consider it imperative to incorporate early and mandatory diagnostic screening for CHAGAS, in all newborns, even in the absence of suspicious symptoms of the mother/child binomial and without prior diagnosis of the mother, based on the fact that 15,000 are registered. newborns infected during pregnancy and that this parasitaemia has treatment with effective cure.

REFERENCES:

[1]

G.A. Schmunis.

Epidemiology of Chagas disease in non endemic countries: The role of international migration.

Memórias Inst Oswaldo Cruz, 102 (2007), pp. 75-86

[2]

E. Sicuri, J. Muñoz, M.J. Pinazo, E. Posada, J. Sanchez, P.L. Alonso, et al.

Economic evaluation of Chagas disease screening of pregnant Latin American women and of their infants in a non endemic area.

Acta Trop, 118 (2011), pp. 110-117

<http://dx.doi.org/10.1016/j.actatropica.2011.02.012> | Medline

[3]

P.Q. McGinnis, S.F. Wainwright, L.M. Hack, K. Nixon-Cave, S. Michlovitz.

Use of a Delphi panel to establish consensus for recommended uses of selected balance assessment approaches.

Physiother Theory Pract, 26 (2010), pp. 358-373

<http://dx.doi.org/10.3109/09593980903219050> | Medline

[4]

OPS. Estimación cuantitativa de la enfermedad de Chagas en las Américas. 2006 [consultado 2 May 2013]. Disponible en: <http://www.bvsops.org.uy/pdf/chagas19.pdf>

[5]

Ministerio de Salud. Resolución 00412 de 2000 [consultado 2 May 2013]. Disponible en:

http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Res412_00.htm

[6]

Ministerio de Protección Social. Guía colombiana de tratamiento integral de la enfermedad de Chagas 2010 [consultado 9 May 2013]. Disponible en:

<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias02.pdf>

[7]

Departamento Nacional de Estadística DANE. Nacimientos por área de ocurrencia y sexo, según grupos de edad de la madre, total nacional. 2013 [consultado 3 May 2013]. Disponible en:

<http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticasvitalas/2879-nacimientos>

[8]

E. Sedyaningsih-Mamahit, N. Schinaia, S. Lazzari, N. Walker, G. Vercauteren.

The use of blood donor data for HIV surveillance purposes.

AIDS, 18 (2004), pp. 1849-1851

Medline

[9]

F. Atsma, I. Veldhuizen, A. Verbeek, W. de Kort, F. de Vegt.
Healthy donor effect: Its magnitude in health research among blood donors.
Transfusion (Paris), 51 (2011), pp. 1820-1828

[10]

M. Beltrán, M.I. Bermúdez, M.C. Forero, M. Ayala, M.J. Rodríguez.
Control of *Trypanosoma cruzi* infection in blood donors in Colombia, 2003.
Biomedica, 25 (2005), pp. 527-532

Medline

[11]

Z. Cucunubá, C. Valencia, C. Flórez, C. León, Y. Castellanos, A. Cardenas, et al.
Pilot program for surveillance of congenital Chagas disease in Colombia 2010-2011.
Int J Infect Dis, 16 (2012), pp. e343

[12]

F. Manrique, G. Herrera, J. Ospina, P.X. Pavía, M. Montilla, C.J. Puerta, et al.
Prevalencia de enfermedad de Chagas en maternas e incidencia transplacentaria en Boyacá.
Biomedica, 29 (2014), pp. 315-316

[13]

P.X. Pavia, M. Montilla, C. Flórez, G. Herrera, J.M. Ospina, F. Manrique, et al.
The first case of congenital Chagas' disease analyzed by AP-PCR in Colombia.
Biomedica, 29 (2009), pp. 513-522

Medline

[14]

Instituto Nacional de Salud. Grupo ETV. Informe Vigilancia epidemiológica, enfermedad de Chagas. 2011 [consultado 3 May 2013. Disponible en:
<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiologico/Forms/AllItems.aspx>

[15]

F. Manrique-Abril, J.M. Ospina, A.G. Herrera, C. Florez, C.P. Bula.
Diagnóstico de enfermedad de Chagas en maternas y recién nacidos de Moniquirá y Miraflores, Boyacá, Colombia.
Infectio, 17 (2013), pp. 28-34

[16]

Castillo Riquelme M, Loayza S, Castillo C, Freile B. Costo-efectividad del screening y tratamiento de mujeres embarazadas y recién nacidos por transmisión de Chagas congénito. 2012 [consultado 5 May 2013]. Disponible en: <http://desal.minsal.cl/DOCUMENTOS/PDF/2012/chagas%20congenito.pdf>

[17]

C. Billot, F. Torrico, Y. Carlier.
Cost effectiveness study of a control program of congenital Chagas disease in Bolivia.
Rev Soc Bras Med Trop, 38 (2005), pp. 108-113

Medline

[18]

M. Romero, J. Postigo, D. Schneider, J-P. Chippaux, J.A. Santalla, L. Brutus.

Door-to-door screening as a strategy for the detection of congenital Chagas disease in rural Bolivia. Trop Med Int Heal TM IH, 16 (2011), pp. 562-569

[19]

Cucunubá Z, Puerta CJ, Floréz AC, Valencia CA, Leon C, Pavía PX et al. Informe técnico final. Proyecto de desarrollo e implementación de un programa piloto de vigilancia de Chagas congénito en Colombia, Bogotá, Colombia; 2013 [reporte no publicado].

[20]

C. Enciso, M. Montilla, M.M. Santacruz, R.S. Nicholls, A. Rodríguez, M. Mercado, et al.

Comparison of the indirect immunofluorescent (IFAT), ELISA test and the comercial Chagatek test for anti-Trypanosoma cruzi antibodies detection.

Biomedica, 24 (2004), pp. 104-108

Medline

[21]

A.K. Malan, E. Avelar, S.E. Litwin, H.R. Hill, C.M. Litwin.

Serological diagnosis of Trypanosoma cruzi: Evaluation of three enzyme immunoassays and an indirect immunofluorescent assay.

J Med Microbiol, 55 (2006), pp. 171-178

<http://dx.doi.org/10.1099/jmm.0.46149-0> | Medline

[22]

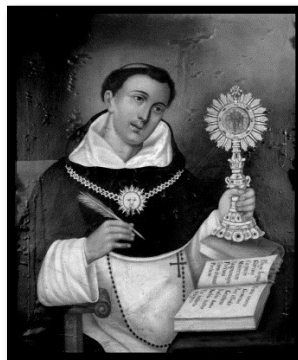
P.E.A.A. Brasil, L. de Castro, A.M. Hasslocher-Moreno, L.H.C. Sangenis, J.U. Braga.

ELISA versus PCR for diagnosis of chronic Chagas disease: Systematic review and meta-analysis.

BMC Infect Dis, 10 (2010), pp. 337

<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-10-337> | Medline

Un ser humano tiene libertad de elección en la medida en que es racional.



Sto. Tomás de Aquino

A human being has freedom of choice to the extent that he is rational.

El que sabe nadar puede sacar perlas de las profundidades del mar; el que no, se ahogaría. Por eso únicamente deben correr el riesgo las personas que poseen la instrucción adecuada.



Maimonides

He who knows how to swim can retrieve pearls from the depths of the sea; Those who don't would drown. That is why only people who have adequate training should take the risk.

PROTECCIÓN FÍSICA (MASCARILLAS) VS. PROTECCIÓN QUÍMICA CONTRA VIRUS RESPIRATORIOS EN NIÑOS



AUTORES: H. Carvallo¹; R. Hirsch²

1. Profesor Adjunto de Medicina Interna, Universidad de Buenos Aires (Jubilado), Ex Director Hospital Ezeiza, Argentina.

2. Profesor Titular de Infectología, Universidad de Buenos Aires, Jefe del Departamento de Infectología del Hospital F. Muñiz, Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN:

Se efectuó un relevamiento cronológico de las políticas de enmascaramiento durante la reciente pandemia por SARS COV2.

Se encontraron estudios contrapuestos con referencia a la eficacia y la inocuidad de las mascarillas.

Es necesario un replanteo de la conveniencia del uso de mascarillas en enfermedades virales de transmisión respiratoria.

PALABRAS CLAVE: *mascarillas fármacos tópicos profilaxis*

OBJETIVOS:

Evaluar la eficacia de métodos físicos versus métodos farmacológicos en la profilaxis de enfermedades virales respiratorias en población pediátrica.

Plantear beneficios de unos y otros, a futuro.

METODOLOGÍA:

Se efectuó un relevamiento cronológico de las políticas de enmascaramiento durante la reciente pandemia por SARS COV2

Se revisaron los hallazgos recientes referentes al enmascaramiento

Se revisaron los hallazgos recientes referentes al uso de formulaciones tópicas de venta masiva (sin prescripción).

RESULTADOS:

Se observaron discrepancias en las políticas de enmascaramiento según país, región, continente, y –en todos los anteriores- a lo largo de las distintas etapas de la pandemia.

Se encontraron estudios contrapuestos con referencia a la eficacia y la inocuidad de las mascarillas.

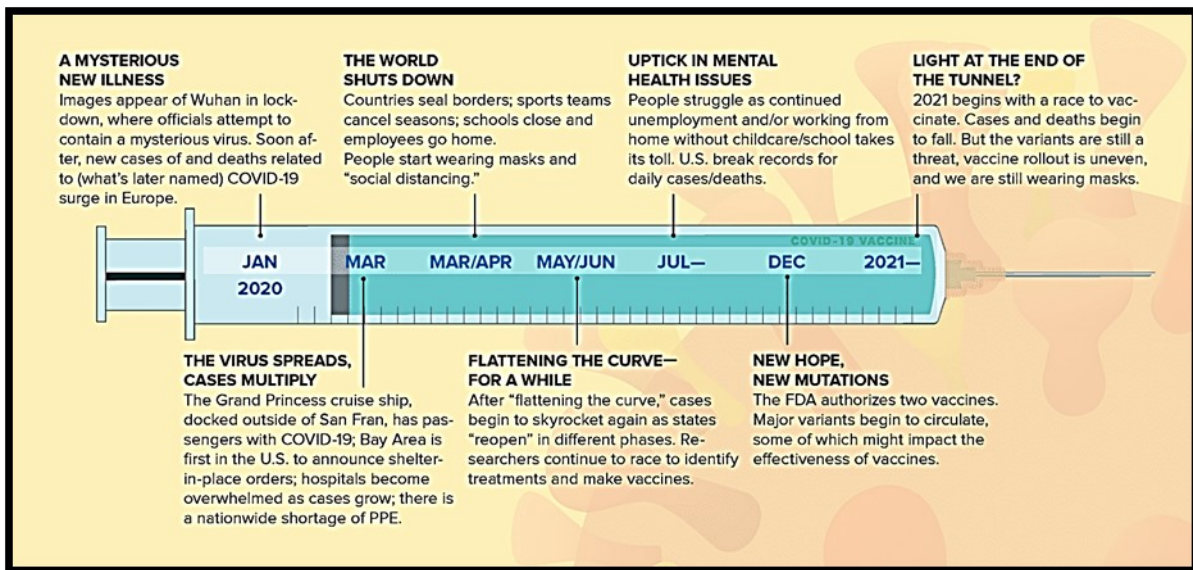


FIG. 1: LA NARRATIVA OFICIAL SOBRE LAS MASCARILLAS

Se encontraron estudios promisorios con respecto al uso de formulaciones tópicas, aplicables a futuras necesidades.

CONCLUSIONES:

Los hallazgos arriba mencionados hacen necesario un replanteo de la conveniencia del uso de mascarillas en enfermedades virales de transmisión respiratoria, y la posibilidad de reemplazarlas por una alternativa farmacológica inocua, accesible masivamente, de bajo coste, no estigmatizante (en los niños) y –sobre todo- eficaz.

Como conclusión, nos gusta citar a Johanna Sanlund sobre este mismo tema: “... debido a que no se han identificado los beneficios del uso de mascarillas para el COVID-19, se debe reconocer que las recomendaciones sobre el uso de mascarillas para niños no están respaldadas por evidencia científica. Las recomendaciones de políticas relacionadas con la COVID-19 deben basarse en evidencia de alta calidad y considerar la posibilidad de daño, especialmente para los niños, que son un grupo vulnerable y éticamente protegido. Se debe educar a los proveedores de atención médica y a los adultos que trabajan con niños sobre la ausencia de altos niveles de riesgo. -Datos de calidad que respaldan el uso de mascarillas para reducir los riesgos de infección y transmisión del SARS-CoV-2. Debido a que no se ha establecido la ausencia de daño, recomendar el uso de mascarillas en los niños no cumple con la práctica aceptada de promulgar sólo intervenciones médicas donde los beneficios superan claramente los daños...”

BIBLIOGRAFÍA:

1. Physical interventions to reduce spread of **respiratory viruses**: a **Cochrane** review T Jefferson, C Del Mar, L Dooley, E Ferroni... - Health Technol ..., 2010 - academia.edu
2. **Cochrane** Review: Interventions for the interruption of the spread of **respiratory viruses** T Jefferson, R Foxlee, C Del Mar... - ... Health: A **Cochrane** ..., 2008 - Wiley Online Library
3. **Cochrane**: Physical Interventions to Interrupt/Reduce the Spread of **Respiratory Viruses** K Madden, A Adili - Clinical Orthopaedics and Related Research ..., 2023 - journals.lww.com
4. **Efficacy** of **mask** in preventing **respiratory virus** transmission: Systematic meta-analysis M Liang, L Gao, C Cheng, Q Zhou, JP Uy... - Travel medicine and ..., 2020 - Elsevier
5. N95 respirator and surgical **mask effectiveness** against **respiratory viral** illnesses in the healthcare setting: a systematic review and meta-analysis AP Collins, BC Service, S Gupta... - Journal of the ..., 2021 - Wiley Online Library
6. Associations between wearing **masks** and **respiratory viral infections**: a meta-analysis and systematic review Y Chen, Y Wang, N Quan, J Yang, Y Wu - Frontiers in public health, 2022 - frontiersin.org
7. **Facemask** use in community settings to prevent **respiratory infection** transmission: Review and meta-analysis K Chaabna, S Doraiswamy, R Mamtani... - International Journal of ..., 2021 - Elsevier
8. Face **masks** to prevent transmission of **respiratory infections**: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials on face **mask** use HM Ollila, M Partinen, J Koskela, J Borghi... - Plos one, 2022 - journals.plos.org

9. **Cochrane** corner: factors that influence compliance by healthcare workers with **infection** prevention and control guidelines for COVID-19 and other **respiratory** ... S Cooper, A Wiyeh, BM Schmidt... - The Pan African Medical ..., 2020 - ncbi.nlm.nih.gov
 10. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with **infection** prevention and control (IPC) guidelines for **respiratory** infectious diseases: a rapid qualitative ...
 11. **Cochrane Effective** Practice and ... - **Cochrane** database ..., 1996 - cochranelibrary.com
- COVID-19 pandemic and personal protective equipment shortage:
Protective **efficacy** comparing **masks** and scientific methods for respirator reuse
I Boškoski, C Gallo, MB Wallace... - Gastrointestinal ..., 2020 - Elsevier
12. **Effectiveness** of N95 respirators versus surgical **masks** against influenza: A systematic review and meta-analysis Y Long, T Hu, L Liu, R Chen, Q Guo... - Journal of Evidence ..., 2020 - Wiley Online Library
 13. Wearing **masks** to reduce the spread of **respiratory viruses**: a systematic evidence mapping Y Li, Z Wei, J Zhang, R Li, H Li, L Cao... - Annals of ..., 2021 - ncbi.nlm.nih.gov
 14. **Effectiveness** Clinical Trial (ResPECT): a cluster-randomized comparison of respirator and medical **mask effectiveness** against **respiratory infections** in ... LJ Radonovich, MT Bessesen, DA Cummings... - BMC infectious ..., 2016 - Springer
 15. **Effectiveness** of **masks** and respirators against **respiratory infections** in healthcare workers: a systematic review and meta-analysis V Offeddu, CF Yung, MSF Low... - Clinical Infectious ..., 2017 - academic.oup.com
 16. Professional and home-made face **masks** reduce exposure to **respiratory infections** among the general population M Van der Sande, P Teunis, R Sabel - PloS one, 2008 - journals.plos.org
 17. **Masks** for prevention of **respiratory virus infections**, including SARS-CoV-2, in health care and community settings: a living rapid review R Chou, T Dana, R Jungbauer, C Weeks... - Annals of Internal ..., 2020 - acpjournals.org
 18. Associations between wearing **masks** and **respiratory viral infections**: a meta-analysis and systematic review Y Chen, Y Wang, N Quan, J Yang, Y Wu - Frontiers in public health, 2022 - frontiersin.org
 19. **Facemask** against **viral respiratory infections** among Hajj pilgrims: A challenging cluster-randomized trial M Alfelali, EA Haworth, O Barasheed, AM Badahdah... - PLoS ..., 2020 - journals.plos.org
 20. **Mask-wearing** and **respiratory infection** in healthcare workers in Beijing, China P Yang, H Seale, CR MacIntyre, H Zhang... - The Brazilian Journal of ..., 2011 - Elsevier
 21. Comparative **effectiveness** of N95, surgical or medical, and non-medical facemasks in protection against **respiratory virus infection**: A systematic review and network ... MS Kim, D Seong, H Li, SK Chung... - Reviews in Medical ..., 2022 - Wiley Online Library
 22. Review of economic evaluations of **mask** and respirator use for protection against **respiratory infection** transmission S Mukerji, CR MacIntyre... - BMC infectious ..., 2015 - bmcinfectdis.biomedcentral.com
 23. Cost-**effectiveness** analysis of N95 respirators and medical **masks** to protect

- healthcare workers in China from **respiratory infections** S Mukerji, CR MacIntyre, H Seale, Q Wang... - BMC infectious ..., 2017 - Springer
24. **Effectiveness** of manufactured surgical **masks**, respirators, and home-made **masks** in prevention of **respiratory infection** due to airborne microorganisms S Rossettie, C Perry, M Pourghaed... - ... **Respiratory** and ..., 2020 - pulmonarychronicles.com
 25. Clinician perceptions of **respiratory infection** risk; a rationale for research into **mask** use in routine practice R Barratt, RZ Shaban, GL Gilbert - **Infection, disease & health**, 2019 - Elsevier
 26. Face **masks** to prevent transmission of **respiratory infections**: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials on face **mask** use HM Ollila, M Partinen, J Koskela, J Borghi... - Plos one, 2022 - journals.plos.org
 27. **Respiratory virus** deterrence induced by modified **mask** filter SH Lee, KB Chu, HJ Kang, MJ Kim, EK Moon, FS Quan - Plos one, 2021 - journals.plos.org
 28. Wearing **masks** to reduce spread of **respiratory viruses**: a systematic evidence mapping Y Li, Z Wei, J Zhang, R Li, H Li, L Cao... - Annals of ..., 2021 - ncbi.nlm.nih.gov
 29. Social distancing, lockdown and the wide use of **mask**; a magic solution or a double-edged sword for **respiratory viruses** epidemiology? I Sanz-Muñoz, S Tamames-Gómez, J Castrodeza-Sanz... - Vaccines, 2021 - mdpi.com
 30. **Respiratory infection** risk-based ventilation design method J Kurnitski, M Kiil, P Wargocki, A Boerstra... - Building and ..., 2021 - Elsevier
 31. Meta-analysis on **facemask** use in community settings to prevent **respiratory infection** transmission shows no effect SA Gómez-Ochoa, T Muka - International journal of infectious ..., 2021 - ijidonline.com
 32. **Facemask** versus no **facemask** in preventing **viral respiratory infections** during Hajj: a cluster randomised open label trial M Alfelali, EA Haworth, O Barasheed, AM Badahdah... - 2019 - papers.ssrn.com
 33. **Using Red Algae to Fight the Flu** C Hackl - les Nouvelles-Journal of the Licensing Executives ..., 2017 - papers.ssrn.com
 34. Anti-**viral** activity of marine polysaccharides against **respiratory viruses** M Jabeen - 2021
 35. Virucidal gargling and virucidal **nasal spray** A Kramer, M Eggers, NO Hübner, P Walger... - ... Hygiene and **Infection** ..., 2021 - ncbi.nlm.nih.gov
 36. Novel and evolving therapies for COVID-19 related pulmonary complications PP Mehta, VS Dhapte-Pawar - The American Journal of the Medical ..., 2021 - Elsevier
 37. A study protocol for a double-blind randomised placebo-controlled trial evaluating the efficacy of carrageenan nasal and throat spray for COVID-19 ... ZM Jessop, J Gibson, JY Lim, TH Jovic, E Combella... - Trials, 2022 - Springer
 38. Advances in the Prophylaxis of **Respiratory Infections** by the Nasal and the Oromucosal Route: Relevance to the Fight with the SARS-CoV-2 Pandemic N Ivanova, Y Sotirova, G Gavrilov, K Nikolova... - Pharmaceutics, 2022 - mdpi.com
 39. IP For Investors: From Spin-Off To Stock-Exchange C Hackl, T Bereuter - les

- Nouvelles-Journal of the Licensing ..., 2021 - papers.ssrn.com
40. Can the nasal cavity help tackle COVID-19? B Pilicheva, R Boyuklieva - Pharmaceutics, 2021 - mdpi.com
 41. Recommendation of the German Society of Hospital Hygiene (DGKH): Prevention of COVID-19 by virucidal gargling and virucidal nasal spray–updated ... A Kramer, M Eggers, M Exner, NO Hübner... - ... hygiene and **infection** ..., 2022 - ncbi.nlm.nih.gov
 42. The antiviral activity of iota-carrageenan against COVID-19: A critical review - Clinical Epidemiology and Global Health, 2021 - Elsevier
 43. Application of marine natural products in drug research WY Lu, HJ Li, QY Li, YC Wu - Bioorganic & Medicinal Chemistry, 2021 - Elsevier
 44. Intranasal vaccines for SARS-CoV-2: From challenges to potential in COVID-19 management VP Chavda, LK Vora, AK Pandya, VB Patravale - Drug discovery today, 2021 - Elsevier
 45. Iota-carrageenan prevents the replication of SARS-CoV-2 in a human **respiratory** epithelium cell line in vitro A Varese, A Paletta, A Ceballos, CA Palacios... - Frontiers in ..., 2021 - frontiersin.org
 46. Antiviral drugs for acute **infections** KL Powell, E Thomas, GS Cockerill - ... Medicinal Chemistry III, 2017 - ncbi.nlm.nih.gov
 47. Viruzide Naso-Oro-Pharyngeale Antiseptika zur Prävention von Covid-19 aus der Forschung für die Praxis B Witzens-Altenburg - Akupunktur & Aurikulomedizin, 2022 - Springer
 48. The effect of mouthrinses on severe acute **respiratory** syndrome coronavirus 2 **viral** load: A systematic review A Silva, M Azevedo, B Sampaio-Maia... - The Journal of the ..., 2022 - Elsevier
 49. Drug-free **nasal spray** as a barrier against SARS-CoV-2 and its delta variant: in vitro study of safety and efficacy in human nasal airway epithelia F Fais, R Juskeviciene, V Francardo, S Mateos... - International Journal of ..., 2022 - mdpi.com
 50. Insights about clinically approved and Preclinically investigated marine natural products MA Ghareeb, MA Tammam, A El-Demerdash... - Current Research in ..., 2020 - Elsevier
 51. Virucidal activity of nasal sprays against severe acute **respiratory** syndrome coronavirus-2 TL Meister, D Todt, Y Brüggemann, J Steinmann... - ... of Hospital **Infection**, 2022 - Elsevier
 52. Passwort-Wiederherstellung Passwort zurücksetzen T Schiller - natko.de
 53. **Iota-carrageenan** inhibits replication of SARS-CoV-2 and the respective variants of concern alpha, beta, gamma and delta Fröba, M Große, C Setz, P Rauch, J Auth... - International journal of ..., 2021 - mdpi.com
 54. Efficacy of a nasal spray containing iota-carrageenan in the postexposure prophylaxis of COVID-19 in hospital personnel dedicated to patients care with COVID-19 ... JM Figueroa, ME Lombardo, A Dogliotti... - ... Journal of General ..., 2021 - Taylor & Francis

55. Therapeutics for COVID-19 and post COVID-19 complications: An update D Basu, VP Chavda, AA Mehta - Current Research in Pharmacology and ..., 2022 - Elsevier
56. Nasal sprays for treating COVID-19: a scientific note VP Chavda, KP Baviskar, DA Vaghela, SS Raut... - Pharmacological ..., 2023 - Springer
57. Improving nasal protection for preventing SARS-CoV2 infection R Nocini, BM Henry, C Mattiuzzi, G Lippi - Biomedicines, 2022 - mdpi.com
58. Marine Polysaccharides from Algae: Bioactivities and Application in Drug Research WY Lu, HJ Li, YC Wu - Marine Biochemistry, 2022 - api.taylorfrancis.com

PHYSICAL PROTECTION (MASKS) VS. CHEMICAL PROTECTION AGAINST RESPIRATORY VIRUSES IN CHILDREN



AUTHORS: H. Carvallo¹; R. Hirsch²

1. Associate Professor of Internal Medicine, University of Buenos Aires (Retired), Former Director Hospital Ezeiza, Argentina.

2. Full Professor of Infectology, University of Buenos Aires, Head of the Department of Infectology at the F. Muñiz Hospital, Buenos Aires, Argentina.

SUMMARY:

A chronological survey of masking policies was carried out during the recent SARS COV2 pandemic. Conflicting studies were found regarding the effectiveness and safety of masks.

It is necessary to reconsider the convenience of using masks in respiratory transmitted viral diseases.

KEYWORDS: masks topical drugs prophylaxis

OBJECTIVES:

To evaluate the effectiveness of physical methods versus pharmacological methods in the prophylaxis of respiratory viral diseases in the pediatric population.
Propose benefits for each other in the future.

METHODOLOGY:

A chronological survey of masking policies was carried out during the recent SARS COV2 pandemic. Recent findings regarding masking were reviewed.

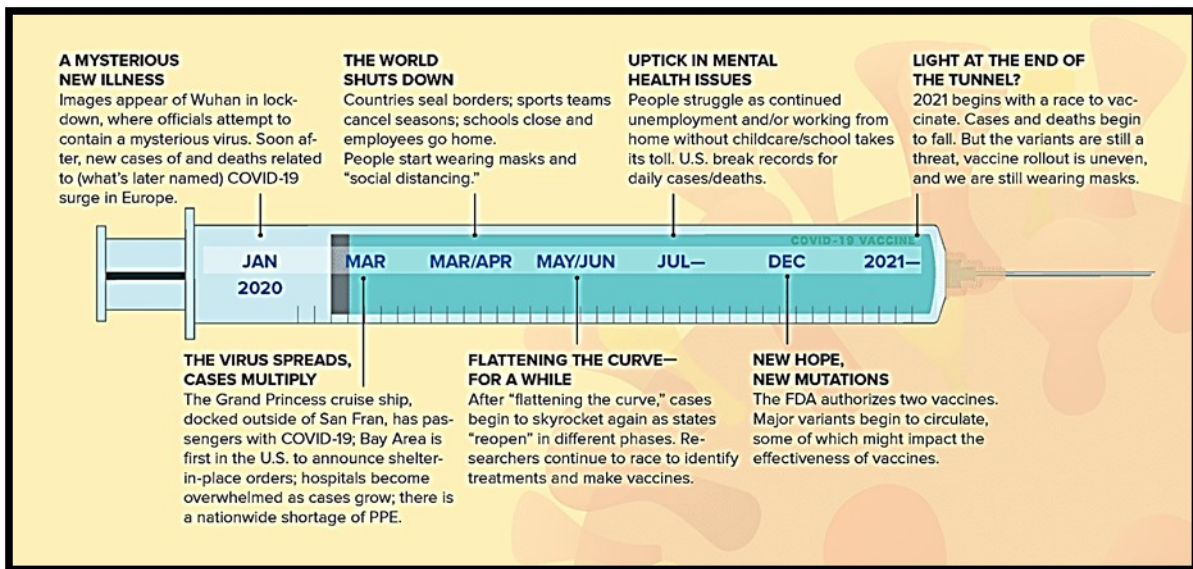


FIG. 1: "OFFICAL" TIMELINE

Recent findings regarding the use of mass-market (over-the-counter) topical formulations were reviewed.

RESULTS:

Discrepancies were observed in masking policies by country, region, continent, and – in all of the above – throughout the different stages of the pandemic.
Conflicting studies were found regarding the effectiveness and safety of masks.
Promising studies were found regarding the use of topical formulations, applicable to future needs.

CONCLUSIONS:

The findings mentioned above make it necessary to reconsider the convenience of using masks in respiratory-transmitted viral diseases, and the possibility of replacing them with a harmless pharmacological alternative, widely accessible, low-cost, non-stigmatizing (in children) and - above all - all-effective.

As a conclusion, we like to cite Johanna Sanlund on this very subject: “... because benefits of masking for COVID-19 have not been identified, it should be recognised that mask recommendations for children are not supported by scientific evidence. COVID-19-related policy recommendations should be informed by high-quality evidence and consider the possibility of harm, especially for children, who are vulnerable and an ethically protected group. Healthcare providers and adults working with children should be educated about the absence of high-quality data supporting masking to lower SARS-CoV-2 infection and transmission risks. Because absence of harm is not established, recommending child masking does not meet the accepted practice of promulgating only medical interventions where benefits clearly outweigh harms...”

REFERENCES:

1. Physical interventions to reduce spread of respiratory viruses: a Cochrane review T Jefferson, C Del Mar, L Dooley, E Ferroni... - Health Technol ..., 2010 - academia.edu
2. Cochrane Review: Interventions for the interruption of the spread of respiratory viruses T Jefferson, R Foxlee, C Del Mar... - ... Health: A Cochrane ..., 2008 - Wiley Online Library
3. Cochrane: Physical Interventions to Interrupt/Reduce the Spread of Respiratory Viruses K Madden, A Adili - Clinical Orthopaedics and Related Research ..., 2023 - journals.lww.com
4. Efficacy of mask in preventing respiratory virus transmission: Systematic meta-analysis M Liang, L Gao, C Cheng, Q Zhou, JP Uy... - Travel medicine and ..., 2020 - Elsevier
5. N95 respirator and surgical mask effectiveness against respiratory viral illnesses in the healthcare setting: a systematic review and meta-analysis AP Collins, BC Service, S Gupta... - Journal of the ..., 2021 - Wiley Online Library
6. Associations between wearing masks and respiratory viral infections: a meta-analysis and systematic review Y Chen, Y Wang, N Quan, J Yang, Y Wu - Frontiers in public health, 2022 - frontiersin.org
7. Facemask use in community settings to prevent respiratory infection transmission: Review and meta-analysis K Chaabna, S Doraiswamy, R Mamtani... - International Journal of ..., 2021 - Elsevier
8. Face masks to prevent transmission of respiratory infections: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials on face mask use HM Ollila, M Partinen, J Koskela, J Borghi... - Plos one, 2022 - journals.plos.org
9. Cochrane corner: factors that influence compliance by healthcare workers with infection prevention and control guidelines for COVID-19 and other respiratory ... S Cooper, A Wiyeh, BM Schmidt... - The Pan African Medical ..., 2020 - ncbi.nlm.nih.gov
10. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative ...
11. Cochrane Effective Practice and ... - Cochrane database ..., 1996 - cochranelibrary.com

COVID-19 pandemic and personal protective equipment shortage: Protective efficacy comparing masks and scientific methods for respirator reuse Bošković, C Gallo, MB Wallace... - *Gastrointestinal ...*, 2020 - Elsevier

12. Effectiveness of N95 respirators versus surgical masks against influenza: A systematic review and meta-analysis Y Long, T Hu, L Liu, R Chen, Q Guo... - *Journal of Evidence ...*, 2020 - Wiley Online Library

13. Wearing masks to reduce the spread of respiratory viruses: a systematic evidence mapping Y Li, Z Wei, J Zhang, R Li, H Li, L Cao... - *Annals of ...*, 2021 - ncbi.nlm.nih.gov

14. Effectiveness Clinical Trial (ResPECT): a cluster-randomized comparison of respirator and medical mask effectiveness against respiratory infections in ...

LJ Radonovich, MT Bessesen, DA Cummings... - *BMC infectious ...*, 2016 - Springer

15. Effectiveness of masks and respirators against respiratory infections in healthcare workers: a systematic review and meta-analysis V Offeddu, CF Yung, MSF Low... - *Clinical Infectious ...*, 2017 - academic.oup.com

16. Professional and home-made face masks reduce exposure to respiratory infections among the general population M Van der Sande, P Teunis, R Sabel - *PloS one*, 2008 - journals.plos.org

17. Masks for prevention of respiratory virus infections, including SARS-CoV-2, in health care and community settings: a living rapid review R Chou, T Dana, R Jungbauer, C Weeks... - *Annals of Internal ...*, 2020 - acpjournals.org

18. Associations between wearing masks and respiratory viral infections: a meta-analysis and systematic review Y Chen, Y Wang, N Quan, J Yang, Y Wu - *Frontiers in public health*, 2022 - frontiersin.org

19. Facemask against viral respiratory infections among Hajj pilgrims: A challenging cluster-randomized trial M Alfelali, EA Haworth, O Barasheed, AM Badahdah... - *PLoS ...*, 2020 - journals.plos.org

20. Mask-wearing and respiratory infection in healthcare workers in Beijing, China P Yang, H Seale, CR MacIntyre, H Zhang... - *The Brazilian Journal of ...*, 2011 - Elsevier

21. Comparative effectiveness of N95, surgical or medical, and non-medical facemasks in protection against respiratory virus infection: A systematic review and network ... MS Kim, D Seong, H Li, SK Chung... - *Reviews in Medical ...*, 2022 - Wiley Online Library

22. Review of economic evaluations of mask and respirator use for protection against respiratory infection transmission S Mukerji, CR MacIntyre... - *BMC infectious ...*, 2015 - bmcinfectdis.biomedcentral.com

23. Cost-effectiveness analysis of N95 respirators and medical masks to protect healthcare workers in China from respiratory infections S Mukerji, CR MacIntyre, H Seale, Q Wang... - *BMC infectious ...*, 2017 - Springer

24. Effectiveness of manufactured surgical masks, respirators, and home-made masks in prevention of respiratory infection due to airborne microorganisms S Rossettie, C Perry, M Pourghaed... - ... Respiratory and ..., 2020 - pulmonarychronicles.com
25. Clinician perceptions of respiratory infection risk; a rationale for research into mask use in routine practice R Barratt, RZ Shaban, GL Gilbert - *Infection, disease & health*, 2019 - Elsevier
26. Face masks to prevent transmission of respiratory infections: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials on face mask use HM Ollila, M Partinen, J Koskela, J Borghi... - *Plos one*, 2022 - journals.plos.org
27. Respiratory virus deterrence induced by modified mask filter SH Lee, KB Chu, HJ Kang, MJ Kim, EK Moon, FS Quan - *Plos one*, 2021 - journals.plos.org
28. Wearing masks to reduce spread of respiratory viruses: a systematic evidence mapping Y Li, Z Wei, J Zhang, R Li, H Li, L Cao... - *Annals of ...*, 2021 - ncbi.nlm.nih.gov
29. Social distancing, lockdown and the wide use of mask; a magic solution or a double-edged sword for respiratory viruses epidemiology? I Sanz-Muñoz, S Tamames-Gómez, J Castrodeza-Sanz... - *Vaccines*, 2021 - mdpi.com
30. Respiratory infection risk-based ventilation design method J Kurnitski, M Kiil, P Wargocki, A Boerstra... - *Building and ...*, 2021 - Elsevier
31. Meta-analysis on facemask use in community settings to prevent respiratory infection transmission shows no effect SA Gómez-Ochoa, T Muka - *International journal of infectious ...*, 2021 - ijidonline.com
32. Facemask versus no facemask in preventing viral respiratory infections during Hajj: a cluster randomised open label trial M Alfelali, EA Haworth, O Barasheed, AM Badahdah... - 2019 - papers.ssrn.com
33. Using Red Algae to Fight the Flu C Hackl - *les Nouvelles-Journal of the Licensing Executives ...*, 2017 - papers.ssrn.com
34. Anti-viral activity of marine polysaccharides against respiratory viruses M Jabeen - 2021
35. Virucidal gargling and virucidal nasal spray A Kramer, M Eggers, NO Hübner, P Walger... - ... *Hygiene and Infection ...*, 2021 - ncbi.nlm.nih.gov
36. Novel and evolving therapies for COVID-19 related pulmonary complications PP Mehta, VS Dhapte-Pawar - *The American Journal of the Medical ...*, 2021 - Elsevier
37. A study protocol for a double-blind randomised placebo-controlled trial evaluating the efficacy of carrageenan nasal and throat spray for COVID-19 ... ZM Jessop, J Gibson, JY Lim, TH Jovic, E Combella... - *Trials*, 2022 - Springer
38. Advances in the Prophylaxis of Respiratory Infections by the Nasal and the Oromucosal Route: Relevance to the Fight with the SARS-CoV-2 Pandemic N Ivanova, Y Sotirova, G Gavrilov, K Nikolova... - *Pharmaceutics*, 2022 - mdpi.com

- 39.IP For Investors: From Spin-Off To Stock-Exchange C Hackl, T Bereuter - les Nouvelles-Journal of the Licensing ..., 2021 - papers.ssrn.com
- 40.Can the nasal cavity help tackle COVID-19? B Pilicheva, R Boyuklieva - Pharmaceutics, 2021 - mdpi.com
- 41.Recommendation of the German Society of Hospital Hygiene (DGKH): Prevention of COVID-19 by virucidal gargling and virucidal nasal spray–updated ... A Kramer, M Eggers, M Exner, NO Hübner... - ... hygiene and infection ..., 2022 - ncbi.nlm.nih.gov
- 42.The antiviral activity of iota-carrageenan against COVID-19: A critical review - Clinical Epidemiology and Global Health, 2021 - Elsevier
- 43.Application of marine natural products in drug research WY Lu, HJ Li, QY Li, YC Wu - Bioorganic & Medicinal Chemistry, 2021 - Elsevier
- 44.Intranasal vaccines for SARS-CoV-2: From challenges to potential in COVID-19 management VP Chavda, LK Vora, AK Pandya, VB Patravale - Drug discovery today, 2021 - Elsevier
- 45.Iota-carrageenan prevents the replication of SARS-CoV-2 in a human respiratory epithelium cell line in vitro A Varese, A Paletta, A Ceballos, CA Palacios... - Frontiers in ..., 2021 - frontiersin.org
- 46.Antiviral drugs for acute infections KL Powell, E Thomas, GS Cockerill - ... Medicinal Chemistry III, 2017 - ncbi.nlm.nih.gov
- 47.Viruzide Naso-Oro-Pharyngeale Antiseptika zur Prävention von Covid-19 aus der Forschung für die Praxis B Witzens-Altenburg - Akupunktur & Aurikulomedizin, 2022 - Springer
- 48.The effect of mouthrinses on severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 viral load: A systematic review A Silva, M Azevedo, B Sampaio-Maia... - The Journal of the ..., 2022 - Elsevier
- 49.Drug-free nasal spray as a barrier against SARS-CoV-2 and its delta variant: in vitro study of safety and efficacy in human nasal airway epithelia F Fais, R Juskeviciene, V Francardo, S Mateos... - International Journal of ..., 2022 - mdpi.com
- 50.Insights about clinically approved and Preclinically investigated marine natural products MA Ghareeb, MA Tammam, A El-Demerdash... - Current Research in ..., 2020 - Elsevier
- 51.Virucidal activity of nasal sprays against severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 TL Meister, D Todt, Y Brüggemann, J Steinmann... - ... of Hospital Infection, 2022 - Elsevier
- 52.Passwort-Wiederherstellung Passwort zurücksetzen T Schiller - natko.de
- 53.Iota-carrageenan inhibits replication of SARS-CoV-2 and the respective variants of concern alpha, beta, gamma and delta Fröba, M Große, C Setz, P Rauch, J Auth... - International journal of ..., 2021 - mdpi.com
- 54.Efficacy of a nasal spray containing iota-carrageenan in the postexposure prophylaxis of COVID-19 in hospital personnel dedicated to patients care with COVID-19 ... JM Figueroa, ME Lombardo, A Dogliotti... - ... Journal of General ..., 2021 - Taylor & Francis

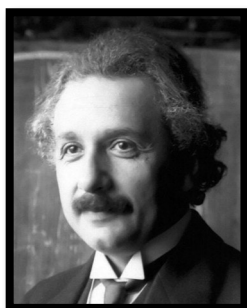
55. Therapeutics for COVID-19 and post COVID-19 complications: An update D Basu, VP Chavda, AA Mehta - Current Research in Pharmacology and ..., 2022 - Elsevier

56. Nasal sprays for treating COVID-19: a scientific note VP Chavda, KP Baviskar, DA Vaghela, SS Raut... - Pharmacological ..., 2023 - Springer

57. Improving nasal protection for preventing SARS-CoV2 infection Nocini, BM Henry, C Mattiuzzi, G Lippi - Biomedicines, 2022 - mdpi.com

58. Marine Polysaccharides from Algae: Bioactivities and Application in Drug Research WY Lu, HJ Li, YC Wu - Marine Biochemistry, 2022 - api.taylorfrancis.com

La mente es como un paracaídas. Solo funciona si la tenemos abierta.



Albert Einstein

A mind is like a parachute. It only works if it is open.