

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Integrador Final

Sostén psíquico de los profesionales que trabajan en oncología: funciones y desafíos del psicólogo en contextos hospitalarios

ENSAYO

Autora: Manuela Belén Rossi
Legajo: R-5051/2
DNI: 36484271
Docente Responsable: María Fabiana Correa
Docente TIF: Ana Luz Rodríguez

2026

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, que está en el cielo, por haber hecho hasta lo imposible para que hoy esté cumpliendo este sueño.

ÍNDICE

Agradecimientos 2

Resumen 4

Introducción 5

Desarrollo

El hospital como institución productora de subjetividad 6

El malestar invisible: efectos del trabajo oncológico en el equipo de salud 8

Alojar el malestar: la función del psicólogo en el equipo oncológico 12

Conclusiones 16

Referencias bibliográficas 18

RESUMEN

El presente ensayo propone pensar el sostén psíquico de los equipos de salud que trabajan en oncología y los efectos que las características de esta práctica pueden producir en sus integrantes. Desde una perspectiva psicoanalítica, se considera el hospital como una institución que produce efectos en quienes trabajan en ella y se exploran las características del trabajo oncológico, marcado por el contacto cotidiano con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte. En este marco, se reflexiona sobre las distintas formas de malestar que pueden surgir en los integrantes del equipo de salud y sobre cómo estas experiencias pueden incidir en su trabajo cotidiano. A partir de esas consideraciones, se plantea como hipótesis que la intervención del psicólogo constituye un aspecto fundamental para el acompañamiento del equipo de salud oncológico, y se busca analizar en qué consiste su función en este campo y cuáles son los desafíos que enfrenta al realizar dicha tarea.

Palabras Claves: Equipo de salud- Sostén psíquico- Oncología- Función del psicólogo

INTRODUCCIÓN

El trabajo en oncología coloca a los equipos de salud frente a situaciones que no se limitan a los aspectos médicos de la tarea. El diagnóstico de una enfermedad grave, la incertidumbre respecto de su evolución, los límites de los tratamientos y la presencia constante de situaciones de pérdida forma parte de una práctica que no solo implica tomar decisiones clínicas, sino también estar junto a pacientes y familias en momentos de gran angustia. Sin embargo, mientras gran parte de los desarrollos de la psicooncología se han centrado en el paciente y su familia, cabe preguntarse qué lugar se les da a las manifestaciones de malestar que pueden surgir en los profesionales que desarrollan estas tareas, tanto por parte de la institución como de los propios profesionales.

Al comenzar a explorar esta problemática, se encontró que algunos trabajos reconocen la importancia de considerar al equipo de salud dentro de la práctica psicológica: sin embargo, son menos frecuentes los desarrollos que se centran específicamente en los efectos que este trabajo puede generar en los profesionales y en las condiciones que permiten que estos aspectos puedan ser pensados. Esta dimensión, que aparecía menos examinada en los antecedentes consultados, fue tomando relevancia a medida que avanzaba en la lectura y permitió delimitar con mayor claridad la pregunta que orienta este ensayo.

Este ensayo parte de la hipótesis de que la intervención del psicólogo constituye un aporte fundamental para el acompañamiento del equipo de salud oncológico. La pregunta que orienta el recorrido es: ¿qué funciones asume el psicólogo en el acompañamiento del equipo médico oncológico, y cuáles son los principales desafíos que enfrenta al desempeñar dicha tarea en contextos hospitalarios? Para pensar esta pregunta, se parte de una perspectiva psicoanalítica, desde la cual interesa considerar tanto los efectos subjetivos que produce el trabajo cotidiano en oncología como las condiciones institucionales en las que dicho trabajo se desarrolla.

El ensayo se organiza en tres momentos: en el primero, se presenta el hospital como institución y se analizan los efectos que puede producir en quienes trabajan en ella. En el segundo, se analiza el trabajo en oncología y las distintas formas de malestar que pueden aparecer en quienes forman parte del equipo de salud. Finalmente, en el tercer momento, se piensa la función del psicólogo, sus posibilidades de intervención y los desafíos que implica sostener espacios de escucha y elaboración dentro del equipo tratante.

EL HOSPITAL COMO INSTITUCIÓN PRODUCTORA DE SUBJETIVIDAD

Para abordar la tarea del psicólogo en el acompañamiento del equipo de salud oncológico, resulta pertinente detenerse, en primer lugar, en el escenario donde dicha función se despliega: la institución hospitalaria. Comprender el hospital no solo como un espacio físico de atención médica, sino como una institución que produce efectos en quienes la habitan, constituye el punto de partida para pensar qué consecuencias genera ese entorno en quienes trabajan cotidianamente en él.

En esta dirección, José Bleger, psicólogo argentino, siguiendo a Fairchild, define a la institución como una organización de carácter público o semipúblico destinada a servir a un fin socialmente reconocido y autorizado (Bleger, 1966). El hospital entra plenamente en esta definición, pero va más allá de ser simplemente un lugar donde se atienden enfermos. Es una institución que tiene su propia estructura, sus propias reglas de funcionamiento y que genera efectos subjetivos muy particulares en las personas que trabajan en ella, que no se reducen a las tareas técnicas que allí se realizan.

Una de las ideas más interesantes de Bleger en este texto para pensar la institución hospitalaria es la distinción entre objetivos manifiestos y objetivos latentes. Toda institución tiene contenidos explícitos —aquello que declara que hace— y contenidos latentes —aquello que opera por debajo, muchas veces de manera inconsciente. Esta noción puede extrapolarse al servicio de oncología del hospital general y pensar que el objetivo manifiesto puede ser el tratamiento de la enfermedad y el cuidado del paciente y donde, sin embargo, conviven con él una serie de contenidos latentes que raramente se nombran: el contacto permanente con la muerte, la impotencia ante lo incurable, la angustia que circula silenciosamente entre los miembros del equipo. Estos últimos no por invisibles son menos reales; por el contrario, tienen mucho peso en el día a día de quienes trabajan allí.

En este sentido, Bleger advierte que las instituciones suelen adoptar la misma estructura de los problemas que tienen que enfrentar. En el hospital general, esto se observa claramente: la división entre la dimensión física y la psíquica que caracteriza el trato hacia los pacientes se replica en la institución misma; esta última muchas veces queda de lado, como si no tuviera espacio dentro del ámbito hospitalario, más allá de que en la actualidad la gran mayoría de los discursos y normativas lo reconocen. Eso explica, en parte, por qué el malestar del equipo de salud permanece entre sombras: no hay lugar institucional para alojar aquello que no sea la tarea técnica.

Para profundizar esta idea, Bleger (1966) sostiene que el contacto cotidiano con la enfermedad y la muerte constituye una tarea altamente ansiógena que genera en el equipo médico distintos comportamientos defensivos. Entre ellos, menciona la tendencia del médico a adoptar una actitud omnipotente como forma de protegerse ante la angustia, fomentando la incomunicación entre los miembros del equipo y generando tensiones que

muchas veces no encuentran un espacio de elaboración. Hay que tener en cuenta que el equipo de salud en oncología no constituye un grupo homogéneo ni una estructura fija, sino una trama de profesionales que se articulan desde distintas funciones y especialidades, donde lo que comparten es la exposición sostenida —aunque de maneras diferentes— al sufrimiento, la incertidumbre, los límites del tratamiento y, en ocasiones, a la muerte.

Otro autor que permite pensar las dinámicas institucionales es René Kaës, psicoanalista francés, quien desde una perspectiva psicoanalítica plantea que la institución precede a los sujetos, los sitúa y los inscribe en sus vínculos y sus modos de relacionarse (Kaës, 1989). Esto significa que cuando un profesional ingresa a un hospital, no llega a un espacio neutro sino a un entramado que ya tiene instalada su propia historia y sus modos de tramitar —o de no tramitar— el malestar. El equipo no construye eso desde cero, sino que en gran medida es moldeado por lo preexistente.

En esta línea, una idea del mismo autor que resulta interesante y pertinente para este trabajo es la noción de que el sufrimiento puede surgir tanto por exceso de institución como por falta de ella (Kaës, 1989). Esto permite pensar que el equipo de salud que trabaja en oncología no solo padece las exigencias de la institución, sino también cuando ésta falla en garantizar las condiciones mínimas para poder hacer bien su trabajo: cuando no brinda apoyo, contención ni espacios para elaborar lo que el trabajo cotidiano genera. Kaës agrega otra noción: también se sufre por no comprender la causa ni el sentido de ese malestar que se experimenta dentro de la institución. El malestar existe, pero no tiene nombre ni lugar donde ser pensado.

Por último, resulta relevante incorporar otro concepto de Kaës que aporta a esta problemática: el pacto de negación (Kaës, 1989). Se trata de un acuerdo inconsciente que se establece en toda institución, por el cual ciertos temas quedan silenciados sin que nadie lo decida explícitamente. Podría pensarse que en el equipo de salud oncológico opera algo similar: el miedo, el agotamiento y el impacto de trabajar cotidianamente con el sufrimiento y la muerte, podrían quedar excluidos alrededor de un silencio que nadie nombra pero todos sostienen.

A partir de todo lo aquí expuesto, se plantea como hipótesis de este ensayo que la intervención del psicólogo puede contribuir al sostén psíquico de los profesionales que trabajan en oncología, mediante la generación de espacios de escucha y elaboración que permitan abordar el malestar que atraviesa su tarea.

EL MALESTAR INVISIBLE: EFECTOS DEL TRABAJO ONCOLÓGICO EN EL EQUIPO DE SALUD

El apartado anterior permitió situar al hospital como una institución que produce efectos subjetivos en quienes la habitan. En este segundo momento, interesa examinar lo que ese contexto genera específicamente en quienes trabajan en el servicio de oncología. Porque acompañar cotidianamente a personas que atraviesan un diagnóstico y el tratamiento de enfermedades complejas deja marcas. Huellas que, cuando no encuentran un espacio donde ser alojadas, se acumulan silenciosamente hasta volverse, en algún punto, difíciles de sostener. Cabe preguntarse, entonces, qué sucede con ese resto que no logra ser tramitado.

En este escenario, el cáncer no es solo una enfermedad, sino también una palabra fuertemente cargada de significaciones. Comúnmente se asocia a la muerte y su sola mención puede generar angustia, no solo en los pacientes y sus familias sino también en los profesionales que deben nombrarla, explicarla y trabajar con ella en el día a día. Sin embargo, vale aclarar que no toda enfermedad oncológica deriva en la muerte: muchos pacientes transitan tratamientos prolongados con posibilidades reales de recuperación. Lo que sí es inevitable es la transformación profunda de la vida de quien recibe el diagnóstico: puede alterar la imagen corporal, comprometer la fertilidad, modificar los roles familiares y laborales, generar aislamiento social e instalar una incertidumbre que reorganiza por completo los proyectos de vida. El equipo de salud no solo acompaña la enfermedad en sus dimensiones médica y biológica, sino también todo el entramado de transformaciones subjetivas, familiares y sociales que pueden desencadenarse a partir del diagnóstico, brindando apoyo al paciente y a su familia frente a las distintas experiencias que atraviesan en el proceso.

Vale detenerse, también, en qué se entiende por equipo de salud oncológico. No se trata de un grupo homogéneo ni de una estructura fija: el equipo varía según el tipo de cáncer, la etapa de la enfermedad y el contexto institucional. Puede incluir oncólogos, enfermeros, cirujanos, hematólogos, kinesiólogos, nutricionistas, trabajadores sociales y profesionales de salud mental, entre otros. Conforman, en todo caso, una cadena de profesionales que se van articulando a lo largo del proceso de tratamiento, cada uno desde su función y su especialidad. Lo que tienen en común es el contacto sostenido con una experiencia que los expone, de maneras distintas, pero igualmente intensas, al sufrimiento, la incertidumbre y el fin de la vida.

En este punto, resulta importante detenerse en el lugar que ocupa el padecimiento subjetivo dentro de la práctica médica. En la actualidad, las distintas normativas, los avances en la formación y las miradas desde diferentes disciplinas reconocen la importancia de la salud mental y de la dimensión subjetiva de la enfermedad. Las leyes de

cuidados paliativos, los derechos del paciente y la propia definición de salud de la OMS dan cuenta de ello: la organización define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). Sin embargo, que estos aspectos formen parte del discurso no implica necesariamente que encuentren un lugar efectivo en la práctica cotidiana. La urgencia del día a día, la complejidad de los tratamientos y el peso de las demandas médicas suelen hacer que aquello que excede lo estrictamente biológico quede, muchas veces, en un segundo plano. Esta tensión se observa tanto en el acompañamiento del sufrimiento psíquico de los pacientes y sus familias como en las posibilidades que tienen los propios profesionales de elaborar lo que el trabajo les genera. Incluso cuando el sistema contempla ciertos recursos para abordar ese padecimiento —como la posibilidad de derivar a salud mental—, suele quedar menos claro qué sucede con los efectos que esa práctica produce en quienes la realizan.

Ahora bien, interrogar el entorno institucional no implica desconocer la responsabilidad de quienes ejercen esa práctica ni ubicarlos en una posición de mera pasividad frente a aquello que les ocurre. La elección de trabajar en oncología no es azarosa: hay un deseo que orienta ese camino y que compromete al sujeto con lo que ese trabajo le devuelve. Lacan, en el último capítulo de su Seminario 7, plantea como máxima ética que “de la única cosa de la que se puede ser culpable, al menos en la perspectiva analítica, es de haber cedido en su deseo” (Lacan, 1988, p. 379). Aplicado al campo que ocupa, esto significa que el profesional que eligió trabajar cotidianamente en contacto con enfermedades graves se encuentra con consecuencias que no necesariamente buscó, pero con las que tiene que lidiar. No como una condena, sino como parte de lo que implica llevar adelante el deseo que lo condujo a ese campo. Y para vérselas con esos efectos hay varios caminos posibles: el análisis personal, la supervisión, los espacios de trabajo grupal, la posibilidad de hablar con alguien. La pregunta no es si esas consecuencias existen —porque existen— sino qué recursos encuentra cada profesional para no tener que atravesarlas en soledad, evitando que deriven en enfermedades laborales. De todos modos, pese al desgaste, pese al contacto cotidiano con la muerte y la impotencia, estos profesionales continúan apostando, día a día, a acompañar a estos pacientes que atraviesan, quizás, el momento más doloroso de sus vidas. Eso lleva a pensar que no todo se reduce al sufrimiento: hay algo en esa apuesta que los sostiene allí, algo que el psicoanálisis invita a interrogar sin apresurarse a responder. El interrogante, entonces, se abre en dos direcciones que no se excluyen: qué lugar ofrece la institución para que ese malestar pueda ser elaborado, y qué lugar se da cada profesional a sí mismo para hacer algo con lo que su experiencia le devuelve.

A su vez, el trabajo en oncología implica tomar decisiones complejas de manera conjunta con otros profesionales: cuándo continuar con un tratamiento, cuándo limitar intervenciones, cómo comunicar determinadas situaciones. En estos espacios no solo circulan saberes técnicos, sino también posiciones, valores y modos de implicarse. Esto puede dar lugar a diferencias de criterio y tensiones dentro del equipo que no siempre encuentran un espacio donde ser elaboradas, agregando otra dimensión al malestar que atraviesa a quienes trabajan en este campo.

A esto se suma otra característica del campo oncológico que resulta central: la redefinición del éxito. En la mayoría de los contextos médicos, el éxito se mide en términos de curación, pero, al igual que sucede en psicoanálisis, en oncología esa lógica se quiebra, especialmente cuando la enfermedad ya no responde a tratamientos curativos y el trabajo se enmarca en lo que la OMS denomina cuidados paliativos: “un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus allegados cuando afrontan los problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal, planteamiento que se concreta en la prevención y el alivio del sufrimiento” (OMS, 2002, como se citó en OMS, 2014, párr. 2). Trabajar desde ese lugar enfrenta al profesional con los límites de su práctica y con la imposibilidad de hacer todo, lo que hace necesario trabajar esta redefinición del éxito para que no derive en una sensación de desesperanza e impotencia que contribuya al desgaste. De lo contrario, el límite propio del ejercicio profesional puede vivirse como fracaso personal. Cuando estas experiencias se sostienen en el tiempo sin encontrar vías de elaboración, sus efectos pueden manifestarse de distintas maneras en quienes integran el equipo de salud. Una de las formas en que este fenómeno ha sido conceptualizado es a través del síndrome de burnout o desgaste profesional.

Es importante aclarar que, aunque el concepto burnout fue acuñado por el psiquiatra y psicoanalista Herbert Freudenberger en 1974, no constituye una noción propia del psicoanálisis. Sin embargo, resulta interesante notar que la palabra en inglés significa literalmente “quemado” o “quemarse”, una imagen que puede pensarse en relación con lo que Freud (1920/1992) desarrolla en *Más allá del principio de placer*, donde plantea que el aparato psíquico cuenta con una especie de protección que regula la cantidad de estímulos que recibe del mundo exterior. En este sentido, señala que “llamemos traumáticas a las excitaciones externas que poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo” (Freud, 1920/1992, p. 29). Es decir, cuando esa protección se quiebra ante un exceso de estímulos -o, retomando la imagen que propone la palabra burnout, podría decirse que se “quema”-, aquello que llega al aparato psíquico puede resultar traumático, al exceder su capacidad para procesarlo en el momento en que ocurre. En relación con esto, Freud también vincula las neurosis traumáticas con situaciones que implican “riesgo de muerte” (Freud, 1920/1992, p. 12), una referencia que es significativa para el campo de

la oncología, donde los profesionales se encuentran cotidianamente frente a esta dimensión de su práctica. Si bien el autor piensa este fenómeno en relación a casos puntuales, es posible trasladar esa lógica al contexto oncológico: el contacto sostenido con el sufrimiento, la muerte y la impotencia operan como una exposición repetida a experiencias que desbordan la posibilidad de elaboración del profesional, especialmente cuando no hay espacios donde eso pueda ser trabajado. En este punto, el problema no parecería ser solo la intensidad de lo que se vive, sino la imposibilidad de hacer algo con eso.

En esta misma línea, Barrales Díaz y Masson Manríquez (2019), retomando a Figley (2002), desarrollan el concepto de fatiga por compasión, entendido como el impacto emocional que genera el contacto con el sufrimiento de otros, es decir, una forma de afectación indirecta que aparece en quienes trabajan ayudando a personas que atraviesan situaciones traumáticas. Este concepto resulta pertinente para pensar al equipo oncológico, que construye vínculos cercanos con los pacientes a lo largo de procesos complejos y prolongados, donde el duelo por cada pérdida queda muchas veces sin nombre ni lugar.

En este punto, puede pensarse que en el equipo de salud operan ciertos acuerdos implícitos que tienden a dejar por fuera aquello que resulta difícil de sostener. En términos de Kaës (1989), estos acuerdos funcionan como alianzas inconscientes que organizan lo que puede y lo que no puede ser dicho dentro de un grupo, manteniendo fuera de escena determinados contenidos para preservar su funcionamiento.

¿Qué lugar queda, entonces, para ese malestar que no logra ser dicho? ¿De qué modo insiste aquello que no encuentra un espacio donde ser elaborado?

Todo este panorama da cuenta de una dimensión del trabajo oncológico que la institución raramente aloja: un encuentro repetido con lo que Lacan denomina lo real, entendido como “lo que resiste la simbolización absolutamente” (Evans, 1996, p. 163), aquello que no puede ser puesto en palabras dentro del discurso institucional, experiencias que desbordan y que no encuentran representación posible. Es precisamente allí donde se vuelve necesario hacer lugar a una práctica que apueste por la palabra y permita tratar simbólicamente el peso de lo real.

De allí surge el interrogante que orienta el capítulo siguiente: ¿qué función puede asumir el psicólogo en ese entramado, y qué condiciones necesita para poder sostenerla?

ALOJAR EL MALESTAR: LA FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL EQUIPO ONCOLÓGICO

A lo largo de los dos momentos anteriores fue posible situar al hospital como una institución que produce efectos subjetivos en quienes la habitan y describir las posibles consecuencias que el trabajo en oncología puede generar en el equipo de salud: ese malestar silencioso que se acumula y que raramente encuentra un lugar donde ser elaborado. En este tercer momento, la pregunta se orienta hacia la función que puede asumir el psicólogo en ese contexto. Antes de avanzar, resulta necesario señalar algo que con frecuencia se pasa por alto: el psicólogo no se encuentra por fuera del equipo de salud, sino que forma parte de él y de la tríada constituida junto al paciente, su familia y el equipo tratante. Esto significa que también él está expuesto al sufrimiento, al desgaste y a la fatiga que puede generar el acompañamiento de procesos tan complejos. Sin embargo, su formación y su trabajo con la transferencia y contratransferencia le permiten abordar esos efectos en espacios de supervisión y de reflexión sobre su propia práctica, y desde esa posición, generar ámbitos donde el equipo tratante pueda pensar y elaborar aquello que el trabajo cotidiano les produce. De esto se deriva que la pregunta por su función no puede separarse de la pregunta por su propia implicación en ese campo.

¿Qué puede hacer el psicólogo con ese malestar que circula silenciosamente dentro del equipo y del que él mismo también forma parte? Para pensar esa pregunta, resulta pertinente retomar una idea que Kaës desarrolla hacia el final de su texto. Allí plantea que, frente al sufrimiento que atraviesa a las instituciones, “la condición primordial es dejar que advenga su representación, mediante la palabra y mediante el juego” (Kaës, 1989, p.67). Es decir, que aquello que se mantiene en silencio pueda encontrar, de a poco, una forma de ser dicho. La función del psicólogo no apunta a resolver el malestar del equipo, sino a generar las condiciones para que algo de eso pueda ponerse en palabras y, de ese modo, comenzar a ser pensado. Pero entonces, ¿qué puede esperarse realmente de una intervención de este tipo en un contexto donde el sufrimiento forma parte inevitable de la tarea? ¿Hasta dónde es posible elaborar algo que vuelve a aparecer una y otra vez y que no se resuelve con decirlo una sola vez? Freud (1920/1992) permite pensar que ciertas experiencias tienden a repetirse más allá de los intentos por resolverlas; no alcanza con nombrar algo una vez para que deje de insistir. Tal vez no se trate entonces de eliminar ese padecimiento -algo imposible frente a un trabajo atravesado por la enfermedad, los límites y la muerte- sino de sostener, una y otra vez, la posibilidad de que eso vuelva a ser dicho, evitando que quede condenado al silencio.

Para pensar qué condiciones hacen posible ese trabajo, resulta central incorporar el concepto de *holding* desarrollado por Donald Winnicott que si bien fue elaborado originalmente en el contexto del vínculo temprano entre la madre y el bebé, su lógica puede

trasladarse al trabajo con equipos de salud, ya que el *holding* no se refiere únicamente al sostén físico sino a una función del ambiente: la capacidad de ofrecer las condiciones que le permitan al otro existir y procesar su experiencia sin desintegrarse. Winnicott plantea que “el proceso de maduración del niño sólo tiene efecto en la medida que exista un medio ambiente que lo posibilite” (Winnicott, 1965, p.292). Trasladado al campo analizado, puede pensarse que el equipo oncológico necesita igualmente de un ambiente que lo sostenga, no para madurar en el sentido en que el autor lo piensa, sino para poder elaborar aquello que el trabajo cotidiano con pacientes oncológicos genera en quienes lo practican. Alojar, en este sentido, no hace referencia a una actitud pasiva ni simplemente empática, sino que se trata de una posición ética: la decisión de sostener una escucha que no busque cerrar rápidamente aquello que surge, un espacio donde lo que el trabajo oncológico genera en el profesional pueda ser dicho sin que eso demande una respuesta inmediata. Alojar implica, también, poder recibir aquello que se dice sin devolverlo transformado en consejo, en diagnóstico o en un intento de solución rápida. Se trata de una escucha que no busca corregir lo que el otro siente, sino permitir que eso encuentre, primero, una forma de ser dicho. La palabra, en este sentido, no es solamente un medio para comunicarse, sino una vía para elaborar: nombrar algo introduce una diferencia respecto de guardarlo en silencio. Ángela Dimartino (2020), quien piensa la práctica psicoanalítica dentro del hospital público, señala que para que alguien pueda hablar, hace falta que haya alguien dispuesto a escuchar: “para que alguien diga, tiene que haber alguien que escuche, la presencia del analista sostiene el dispositivo posibilitando que su escucha produzca la palabra. La presencia causa el decir” (p. 121). Esto permite pensar que la función del psicólogo, entre otras cosas, tiene que ver con ofrecer presencia de forma sostenida, para dar lugar a que lo silenciado pueda, con el tiempo, comenzar a decirse. Sostener ese lugar, sin embargo, tiene riesgos para el psicólogo que acompaña al equipo, por ejemplo, puede suceder que frente al malestar que vuelve una y otra vez sin encontrar solución posible, se reaccione con actitudes defensivas, se desplace hacia el cierre apresurado del sentido o se utilice la distancia como forma de protección. No se trata solo de cansancio físico o emocional, sino del riesgo de abandonar la posición de escucha justo allí donde más se la necesita.

Alojar de este modo no implica que el psicólogo lo haga en soledad. Su función no consiste en sostener individualmente a cada miembro del equipo, sino la de crear las condiciones para que ese sostén se construya de manera colectiva. En este sentido, el trabajo del psicólogo apunta a generar espacios de escucha donde la palabra pueda circular, pero también donde sea posible callar sin que eso se interprete como resistencia o desinterés. Kaës (1989) señala que cuando se logra armar un espacio de contención, de conexión y de transformación, ciertas vivencias que hasta ese momento no podían representarse, comienzan a ser pensadas y elaboradas. No todo lo que afecta al equipo

logra decirse inmediatamente; a veces, lo único posible es mantener una presencia que permita que algo de esa experiencia encuentre, más adelante, una forma de ser puesto en palabras. Nombrar el malestar no equivale a resolverlo, pero introduce una diferencia en el modo en que ese malestar se maneja dentro del equipo.

En la práctica hospitalaria concreta, el espacio más cercano a esto que suele existir es el denominado “comité de tumores”, donde el equipo se reúne para discutir casos complejos. Sin embargo, este espacio está orientado fundamentalmente a la toma de decisiones clínicas y no contempla la dimensión subjetiva de quienes participan en él. Cabe preguntarse qué ocurre entonces con todo aquello que queda por fuera de esas reuniones: el impacto subjetivo de las decisiones tomadas, las diferencias de criterio entre los profesionales, el desgaste que produce acompañar ciertos procesos durante años, el duelo repetido ante cada pérdida. Muchas veces estas experiencias quedan reducidas al ámbito privado de cada profesional, como si no formaran parte también del trabajo. La función del psicólogo puede orientarse, entonces, a revisar los modos de comunicación dentro del equipo, favorecer la escucha entre colegas y habilitar la posibilidad de pensar colectivamente aquello que se presenta como problemático. Sin embargo, este trabajo no es siempre bien recibido. Como plantea Molinier (2015), “no se puede traducir el lenguaje del cuidado al lenguaje de la gestión. Estas no son solo dos descripciones diferentes, sino que no hablan en el mismo idioma” (párr. 8). El equipo médico trabaja con protocolos y criterios médicos compartidos; el psicoanálisis trabaja con la singularidad de cada situación. Esa diferencia de lógicas puede generar tensión: el psicólogo que abre un espacio para lo subjetivo, que cuestiona o que simplemente sostiene una pregunta donde otros esperan una respuesta, puede ser percibido como alguien que complica o que dificulta. Reconocer esa tensión no es una razón para abandonar la función, sino para sostenerla con más claridad. Desde una perspectiva psicoanalítica, esto implica asumir una posición ética: aceptar que no todo puede ser resuelto, explicado o curado y, aun así, sostener una práctica de escucha frente a aquello que insiste.

Esta función se encuentra con ciertas dificultades que es importante tener en cuenta: la primera tiene que ver con la institución misma. Si lo subjetivo queda constantemente desplazado frente a la urgencia de lo médico -tal como se desarrolló en el primer apartado al pensar la división mente/cuerpo que caracteriza al hospital general- la intervención del psicólogo corre el riesgo de perder fuerza o quedar aislada. El espacio no existe desde antes, y quien intenta crearlo se enfrenta muchas veces con una estructura que, en ocasiones, lo resiste. Pero esa resistencia no siempre es explícita. Bleger señalaba que una institución puede convocar al psicólogo y al mismo tiempo entorpecer permanentemente su actividad, porque “la actividad del psicólogo es en realidad temida” (Bleger, 1966, p. 59). Esto instala una paradoja que resulta importante nombrar: la

institución puede necesitar mostrar que cuenta con un psicólogo sin que eso implique estar dispuesta a trabajar con lo que ese psicólogo viene a mover. ¿Qué significa entonces sostener esa función desde adentro de una estructura que la convoca pero que, al mismo tiempo, le teme? Esto no quiere decir que la función no pueda desarrollarse, pero sí exige reconocer que sostenerla implica también un trabajo hacia adentro de la institución: hacer visible ese espacio, defender su necesidad frente a una lógica que tiende a borrarlo.

La segunda dificultad está asociada a la propia posición del psicólogo. También él está expuesto al sufrimiento, a la muerte, a la impotencia ante lo incurable, y también en él pueden operar la fatiga por compasión descripta en el capítulo anterior como el impacto emocional que surge de acompañar a quienes atraviesan dichas situaciones. Barrales Díaz y Masson Manríquez (2019) señalan que contar con el apoyo de la institución-a través de espacios de supervisión, de intercambio entre colegas y de acompañamiento sostenido- resulta fundamental para que los equipos de salud puedan sostener su trabajo sin desgastarse en el camino, y esto también aplica al psicólogo, quien puede atravesar, como se mencionó, las mismas dificultades que el resto del equipo médico. Por eso resulta necesario que él mismo pueda contar con espacios de escucha, donde su propio malestar también encuentre un lugar donde ser puesto en palabras. Sostener la función de alojar el malestar ajeno requiere no perder de vista lo propio.

Lejos de ofrecer una solución total al malestar que atraviesa al equipo oncológico, la intervención del psicólogo se inscribe más bien como una apuesta: la de sostener, junto a otros, un espacio donde ese padecimiento pueda ser alojado a través de la palabra y de una escucha que haga posible su elaboración. Se habla mucho, en el campo oncológico, de la función del psicólogo en relación al paciente y a su familia, sin embargo, aquello que le ocurre subjetivamente al médico, al enfermero, y a cada integrante del equipo de salud que sostiene ese acompañamiento día tras día, suele quedar descuidado, como si no formara parte también de lo que hay que pensar. Este trabajo intentó, precisamente, correr el eje hacia ese lugar menos explorado, al considerar que allí también hay algo que merece ser escuchado.

CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se buscó responder a la pregunta que orientó todo el recorrido: ¿Qué funciones asume el psicólogo en el acompañamiento del equipo médico oncológico, y cuáles son los principales desafíos que enfrenta al desempeñar dicha tarea en contextos hospitalarios? El problema central que atraviesa este ensayo es que ese acompañamiento suele pensarse casi exclusivamente en relación con el paciente y su familia, ¿pero qué lugar queda para pensar aquello que les ocurre a quienes los acompañan todos los días? ¿qué sucede con el médico, con el enfermero o con cualquier otro integrante del equipo cuando el sufrimiento, la incertidumbre y la muerte pasan a formar parte de su tarea cotidiana?

Este recorrido permitió pensar que el hospital no es solamente un lugar donde se atiende una enfermedad: también es una institución que produce efectos en quienes trabajan en ella. El equipo de salud no acompaña únicamente procesos de diagnóstico y tratamiento; también sostiene pérdidas, frustraciones, límites y decisiones difíciles que muchas veces no encuentran un espacio donde ser compartidas o elaboradas. Con frecuencia, lo que cada profesional vive queda reducido al ámbito individual, como si no formara parte también del trabajo. Ese malestar circula entonces en silencio, sostenido por acuerdos implícitos que permiten que la tarea continúe, pero que a largo plazo la desgastan.

Los autores trabajados permiten pensar, además, que ese silencio no depende únicamente de una decisión personal. La institución también participa en la manera en que ciertos aspectos del sufrimiento encuentran -o no- un lugar para ser pensados. Esto permitió mirar el malestar del equipo no como un problema exclusivamente individual, sino como una problemática que merece ser considerada dentro de la práctica hospitalaria. A esto se suma una cuestión particularmente interesante: la responsabilidad subjetiva de quien elige trabajar en este campo. Retomando a Lacan, puede plantearse que no se trata de que el profesional haya elegido las consecuencias de ese trabajo, sino de asumir que esas consecuencias forman parte de lo que implica sostener el deseo que lo condujo allí. Esto no supone responsabilizarlo por su sufrimiento, sino abrir la pregunta por los recursos con los que cuenta para no atravesar esas consecuencias en soledad.

En este contexto, la función del psicólogo pudo pensarse desde un lugar diferente al que suele atribuírsele. No se trata de eliminar el sufrimiento ni de ofrecer respuestas frente a aquello que, por su propia naturaleza, muchas veces no las tiene. Su función consiste, más bien, en sostener espacios donde ese malestar pueda encontrar una escucha, comenzar a ser nombrado y, a partir de allí, adquirir alguna posibilidad de elaboración. Alojar el malestar no significa resolverlo, sino reconocer que merece un lugar dentro de la institución. Esta posición no está exenta de dificultades: la institución puede

convocar al psicólogo y, al mismo tiempo, temer aquello que su intervención puede movilizar.

Es importante señalar, además, que el psicólogo no ocupa una posición ajena a esa realidad. Forma parte del equipo, comparte el mismo escenario institucional y se encuentra expuesto al impacto que produce el trabajo con pacientes oncológicos. Lo que lo distingue no es estar por fuera del sufrimiento, sino contar con herramientas que le permiten pensar su propia implicación, elaborar aquello que su práctica le genera y sostener, desde ese lugar, la escucha del otro. Esto hace que la supervisión y los espacios de reflexión sobre la práctica no sean un complemento, sino una condición necesaria para el ejercicio de su función.

Lejos de ofrecer una respuesta definitiva a una problemática tan compleja, este trabajo sostiene que pensar el cuidado del paciente implica, también, pensar las condiciones en las que trabajan quienes lo acompañan. Tal vez el desafío no consista en hacer desaparecer el malestar, algo imposible en un ámbito atravesado por la enfermedad y la muerte, sino en evitar que permanezca en silencio, como si no existiera o como si cada profesional tuviera que enfrentarlo en soledad. Este recorrido permite pensar que la dimensión subjetiva del equipo de salud no constituye un aspecto secundario de la práctica hospitalaria, sino una parte fundamental de ella. Reconocerla, escucharla y generar espacios donde pueda ser elaborada no solo puede contribuir al bienestar de quienes trabajan en la institución, sino también al cuidado del vínculo con los pacientes y con la tarea misma. En este sentido, uno de los aportes de este trabajo al campo de la Psicología consiste en poner en primer plano el sostén del equipo tratante como una dimensión posible y necesaria de la práctica psicológica. El psicólogo puede ofrecer allí una escucha que no busca eliminar aquello que duele, sino generar las condiciones para que pueda ser pensado, elaborado y deje de ser vivido en silencio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barrales Díaz, C. y Masson Manríquez, C. (2019). Síndrome Burnout o Desgaste Profesional. Un desafío hacia el cuidado integral de profesionales que se desempeñan en Oncología y Cuidados Paliativos en Latinoamérica y Chile. *Liminales. Escritos sobre psicología y sociedad*, 16(5). https://revistafacso.ucentral.cl/index.php/liminales/article/download/377/439

Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y psicología institucional*. Paidós.

Dimartino, A. (2020). La escucha psicoanalítica en el ámbito del Hospital Público. *Lecturas: Psicoanálisis y Salud Mental*, 18(1), 113-123. https://rephip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/185371b8-bbc5-49ac-bdca-33d3fc7e333d/content

Evans, D. (1996). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Paidós.

Freud, S. (1920/1992). Más allá del principio de placer. En *Obras Completas* (Vol. XVIII). Amorrortu.

Kaës, R. (1989). Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones. En R. Kaës et al., *La institución y las instituciones*. Paidós.

Lacan, J. (1988). *El seminario. Libro 7: La ética del psicoanálisis*. Paidós.

Molinier, P. (2015). Salud y trabajo en trabajadores hospitalarios: cultura de la gestión, cultura del cuidado, ¿una conciliación imposible? *Revista Topía*. https://www.topia.com.ar/articulos/salud-y-trabajo-trabajadores-hospitalarios-cultura-gestion-cultura-del-cuidado-¿una

Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. https://www.who.int/es/about/governance/constitution

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida*. A67/31. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha67/a67_31-sp.pdf

Winnicott, D. W. (1965). *El proceso de maduración en el niño: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Laia.