



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO INTEGRADOR FINAL

“Psicoanálisis y cáncer: una práctica posible”

Modalidad de escritura: Ensayo

Autora: Sterren, Florencia

Legajo: S-5157/8

DNI: 37451649

Docente responsable: Torrilla, Gabriela

Agradecimientos

A mi familia, por ser sostén incondicional en este camino, su presencia y apoyo fueron fundamentales para no caer en los momentos de incertidumbre y celebrar conmigo cada avance.

A mi compañero de vida por hacerme más liviano el camino con su compañía constante.

A mis amigas, por el apoyo y la alegría compartida en cada logro

A la Facultad pública y los docentes que me acompañaron durante estos años, ayudándome a repensar y cuestionar lo establecido.

Y a Dumbi, mi perro, compañero fiel y confidente silencioso, por traer alegría y calma a mis días con su presencia amorosa.

Índice

Resumen y palabras claves	3
Introducción	4
Desarrollo	
Constitución subjetiva	7
El cáncer y su estigma	9
El juego como herramienta terapéutica	11
Conclusiones finales	13
Referencias bibliográficas	15

Resumen y palabras clave

El presente trabajo aborda el rol del Psicooncólogo infantil desde una perspectiva psicoanalítica, diferenciándolo de enfoques predominantes, como la terapia cognitivo-conductual, que buscan controlar el ambiente y reducir la ansiedad mediante técnicas estructuradas. Este ensayo propone una intervención centrada en la singularidad del niño y su proceso de simbolización. Se profundiza en el impacto de la enfermedad sobre la imagen corporal, así como en la necesidad de un acompañamiento que no lo reduzca a un "cuerpo enfermo". Se analiza el cáncer como una herida en lo real, cuya tramitación simbólica es esencial, y se resalta el juego como herramienta terapéutica, ya que permite al niño elaborar el sufrimiento, transformar lo traumático y asumir un rol activo en su proceso. Finalmente, se enfatiza la necesidad de un abordaje interdisciplinario que contemple la subjetividad del niño, rescatando su voz y garantizando su derecho a la infancia, incluso en situaciones límite. El psicoanálisis, al priorizar la escucha y el lazo, ofrece una vía para que el niño transite su enfermedad sin quedar atrapado en ella, apostando a la humanización del tratamiento y al trabajo sobre lo simbólico, lo imaginario y lo real.

Palabras claves: Psicooncología – cáncer infantil – psicoanálisis – subjetividad – juego.

Introducción

En el presente trabajo, mediante la modalidad de ensayo, se pretende abordar el rol del Psicooncólogo en el niño con diagnóstico de cáncer, problematizando cómo este puede, desde una perspectiva psicoanalítica, generar un espacio que permita desplegar lo singular del padecimiento del niño. Se intenta precisar la importancia de construir un espacio de acompañamiento y apoyo emocional tanto para el paciente como para la familia, dando lugar a la escucha y a lo propio del sujeto, ante los diferentes modos de bordear lo insoportable. De esta manera, se permite alojar el sufrimiento de manera subjetiva, para poder transitar el proceso de la enfermedad oncológica.

A partir de este escrito se intenta dar cuenta de un trabajo clínico que incluya no sólo la mera escucha sino también al juego como herramienta, a través del cual el niño puede adoptar un rol activo para sobrellevar aquello de lo que participa pasivamente, y poner en escena las vivencias dolorosas que le toca atravesar. Si bien el análisis se despliega en el registro de lo simbólico, opera en relación a lo imaginario del cuerpo para producir nuevas significaciones; pero a la vez, opera en el sin sentido, allí lo simbólico produce efectos en relación a lo real, al goce, donde la letra hace borde a lo real.

El trabajo con el discurso médico se torna inevitable en determinados momentos de recrudecimiento de la enfermedad, de los tratamientos médicos o de los estudios de control, por ejemplo. Sin embargo, desde el psicoanálisis se tratará de ir más allá de eso cada vez y con cada quién, propiciando el rescate del sujeto, su entramado singular, que parece perderse en medio de estas prácticas invasivas. Tal como expresa Kaplan (2020), “la ciencia nada tiene para decir respecto al sufrimiento subjetivo, de la relación de cada cual con el dolor” (p.44).

Sabemos que la infancia es un período de grandes cambios donde cada pequeña pérdida permite la renovación de la imagen corporal en construcción. De aquí la importancia de la temática abordada, considerando como profesionales de la salud mental la necesidad de no reducir al niño a un cuerpo enfermo al que estudiar y medicar, sino poder abordarlo desde un enfoque interdisciplinario, acompañándolo en su malestar singular y sus procesos subjetivos. Se tiene en cuenta la complejidad de la situación que lo atraviesa y la historia que lo constituye.

En ese sentido, Françoise Dolto (1986) hace una distinción entre esquema e imagen corporal. Indica que el primero hace referencia específica al individuo, en tanto representante de la especie, cualquiera sea el lugar, la época y las condiciones en las que vive. Mientras que la imagen corporal es propia de cada quien, ligada al sujeto y a su historia; es lo que una persona tiene dibujado en su mente de la figura de su cuerpo. De esta auto imagen depende en muchas formas la autoestima y el autoconcepto.

El niño, desde antes de nacer, porta los deseos y fantasías de Otro que espera su llegada, es decir que está de entrada inscripto en un sistema de significantes; es desde allí que el sujeto se constituye en relación al Otro. Asimismo, lo que el niño debe construir de su imagen inconsciente del cuerpo en el sentido del ser lo hace en referencia al cuerpo del Otro, a sus pulsiones, a sus fantasmas, a su deseo.

En torno a la imagen corporal, Jacques Lacan (2002) sostiene que el niño, a la edad de los dieciocho meses, asume jubilosamente la imagen que le devuelve el espejo, pero esta asunción deviene posible gracias a un otro que lo sostiene. En este sentido, la imagen que le es devuelta le es dada como una Gestalt, en tanto unifica el cuerpo fragmentado del *Infans* y es constituyente del sujeto mismo. Pero en los casos que estamos considerando, muchas veces la imagen que devuelve el espejo refleja un cuerpo en falta, marcado por alopecias, cicatrices, y diversas cirugías.

Podríamos pensar al cuerpo como superficie que recibe marcas significantes, las cuales repercuten en la imagen corporal de cada sujeto, configurándose como uno de los motivos por los cuales evitan mirarse al espejo o ser mirados, señalados por otros. Este cuerpo posee múltiples atravesamientos, algunos de ellos del orden imaginario, otros del simbólico. Se podrían pensar los simbólicos a partir de las marcas del lenguaje

en el cuerpo, siendo el Otro quien lo construye. De este modo no cabría la posibilidad de un cuerpo único, universal, se trataría, por el contrario de un cuerpo subjetivo, propio. De este modo, el cuerpo se inscribirá como territorio de encuentros, de conflicto y goce.

Nasio (2008) sostiene que la imagen del cuerpo significativa es el nombre que designa la parte significativa del cuerpo, el cual es un nombre tan significativo como lo es la anomalía física que designa. De este modo se podría inferir que el nombre significativo del paciente oncológico está ligado a la falta física, lo que denota la presencia de la enfermedad configurándose a partir de la misma.

Ante este estado de cosas, puede sostenerse que la enfermedad oncológica actúa como una herida narcisista, que coloca al sujeto ante cierta vulnerabilidad. En este sentido, Freud (2012c) plantea: “es sabido que la persona afligida por un dolor orgánico y por sensaciones penosas, resigna su interés por todas las cosas del mundo exterior que no se relacionen con su sufrimiento” (p.79). De este modo, el diagnóstico, al irrumpir en la vida del paciente, implicaría una ruptura a su narcisismo, que lo llevaría a resignar el interés por los objetos exteriores con el fin de volverla sobre sí mismo para resarcir esa herida.

El cáncer es un acontecimiento que irrumpe en un sujeto y puede llegar a ser traumático; cultural e históricamente esta enfermedad se relaciona con dolor y muerte. Trasciende la conmoción física, e implica también un proceso emocional que involucra aspectos personales, familiares y ambientales de la persona, lo que obliga a tener un abordaje integral, un trabajo en equipo y una mirada biopsicosocial. Allí la Psicooncología juega un papel fundamental.

A mediados de la década de 1970 comenzó a haber un cambio significativo en la forma en que se abordaba el diagnóstico de cáncer. La idea de que los pacientes tienen derecho a conocer su diagnóstico y a participar activamente en las decisiones sobre su tratamiento se hizo más aceptada, y en este contexto emergió la Psicooncología como una disciplina formal. Tal como expresa Robert (2013), “la especialidad de Psicooncología se inició formalmente a mediados de 1970, cuando la barrera para revelar el diagnóstico se cayó y se hizo posible hablar con los pacientes respecto de este y de las implicancias del cáncer para sus vidas” (p. 678).

Entonces, la Psicooncología es un campo interdisciplinar de la Psicología y las Ciencias Biomédicas conformado por diferentes profesionales que llevan a cabo un abordaje integral del paciente. Cruzado (2003) indica que

está dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los profesionales de la salud, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad. (p.9).

El objetivo es optimizar su calidad de vida y afrontar el cáncer y la muerte, o la supervivencia, de la manera menos dolorosa posible en situaciones en la que el dolor emocional se confunde y acompaña al físico.

En ese sentido, la Psicooncología busca contener y apoyar a pacientes y familiares, favorecer la relación paciente, familia y equipo interdisciplinario, así como también prevenir e investigar la influencia de factores psicológicos relevantes en el proceso oncológico. Cada paciente tiene una historia personal, y desde allí, y en el momento singular en que se encuentre al recibir el diagnóstico, es que reaccionará a la aparición del cáncer, a su tratamiento, y a su pronóstico.

Todas estas implicancias y repercusiones socio-familiares a las que se deberán enfrentar hacen necesario una visión integral del paciente oncológico que supone incluir el factor psicológico como aspecto relevante en el fenómeno de la enfermedad. La importancia del apoyo emocional tiene que ver con crear un ambiente de contención, empatía y refugio, de manera tal que la familia del paciente pediátrico que sufre de cáncer pueda transitar por este proceso con la mayor contención posible. Significa

también darle un sentido de pertenencia, que se sientan escuchados, atendidos en sus miedos, temores y estados de angustia e incertidumbre.

Para finalizar, diremos que la elección de la temática del presente ensayo fue motivada debido a que, al realizar la revisión de antecedentes, advertimos que la mayoría de los estudios se han centrado en el trabajo del psicooncólogo desde un enfoque cognitivo-conductual, como es el caso de Álvarez (2013) o Capafons, A., Cely-Aranda, J. y Duque Aristizábal, C. (2013). Este abordaje prioriza el control del ambiente y la aplicación de técnicas orientadas a reducir la ansiedad en el niño, promoviendo estrategias de afrontamiento estructuradas sin una consideración profunda del caso por caso. Tal como señala un estudio de revisión, “las intervenciones psicológicas con mejor efecto para el control del dolor son las cognitivo-conductuales, dirigidas a desarrollar y aplicar habilidades de afrontamiento y sugerencias para el adecuado manejo de los síntomas físicos y emocionales” (Capafons, A., Cely-Aranda, J. y Duque Aristizábal, C. 2013, p. 298).

Si bien estas intervenciones han demostrado efectividad en la reducción de síntomas emocionales adversos, se centran en la regulación del comportamiento y la modificación de patrones de pensamiento, dejando en segundo plano la dimensión subjetiva del padecimiento. Desde una perspectiva psicoanalítica, el sufrimiento del niño con cáncer no puede reducirse a un conjunto de respuestas automáticas ante estímulos externos, sino que debe ser comprendido en su singularidad, considerando su historia, su inscripción en el deseo del Otro y la forma en que simboliza su enfermedad.

En este sentido, este escrito busca aportar una mirada alternativa, alejándose de un abordaje centrado en la adaptación y proponiendo una intervención que permita alojar el sufrimiento del niño sin reducirlo a una respuesta mecánica. Se trata de ofrecer un espacio donde la palabra, el juego y la construcción subjetiva cobren un lugar central, posibilitando una elaboración simbólica que le permita al niño transitar su enfermedad sin quedar alienado a ella.

Desarrollo

Constitución subjetiva

Al venir al mundo, un niño nunca está solo. Lo esperan un espacio, un nombre, una historia que no se elige: otros lo hacen por él. Ellos estuvieron y están ahí, por ellos un sujeto puede vivir, estar y ser. En el trabajo clínico con los niños, procuramos dar lugar, para que un acontecimiento suceda. En el inicio no está el origen, “está el lugar que lo origina”. Dar lugar no es ocupar un espacio que ya estaba constituido, sino que se crea e inventa en la experiencia del entre-dos, que no se puede predecir ni prever: se constituye en un “afuera” que genera un “adentro”, lo propio que conforma la imagen corporal y produce lo heterogéneo y singular.

Esteban Levin

Se considera a la infancia como un periodo fundamental para la constitución psíquica del sujeto; es por esto que haremos un breve recorrido teórico desde el nacimiento del cachorro humano (el cual nace indefenso y necesita de los otros para sobrevivir) hasta la tramitación del Complejo de Edipo. De esta manera, se podrá fundamentar la importancia de los vínculos primarios en tanto son los encargados de alojar al sujeto en su formación estructural, y, además, eso nos llevará a considerar la constitución de la imagen, que sabemos que en el paciente oncológico se modifica.

Los fundamentos de la clínica psicoanalítica plantean que el sujeto es en relación a otro (en tanto semejante) y a un gran Otro (que opera a nivel del inconsciente y nos introduce y habilita en el ámbito de la cultura y el discurso). Esas primeras huellas que se inscriben en el aparato psíquico, y que retornan a lo largo de nuestra vida. Como dijimos, si bien la constitución subjetiva siempre es con y en relación a otro, es importante considerar qué lugar ha otorgado quién aloja, y qué lugar se ocupa respecto del deseo del Otro. Incluso desde antes del inicio de la vida, estamos atravesados por el decir: siendo nombrados, en el discurso materno y paterno, por el decir que implica la filiación en la cultura.

Por otro lado, la conformación y consolidación de una estructura está vinculada al ejercicio del lenguaje y la palabra, ya sea a través del decir o de la imposibilidad de hacerlo. Es esta escritura de la madre sobre el cuerpo de su hijo lo que le permitirá a su vez a este separarse de ella, reconocerse. La confirmación plena de este reconocimiento está ligada al ejercicio del lenguaje: el niño apropiándose plenamente de su lengua, puede plantearse como sujeto y enunciarse como Yo. Es importante destacar que los tiempos y operaciones de constitución subjetiva se estructuran no de una sola vez. Para que el sujeto pueda apropiarse de esto necesita tiempos y operaciones lógicas (no cronológicas), que no siempre van de la mano.

Para pensar esto, podemos retomar los apuntes de Sigmund Freud en “Psicología de las masas y análisis del yo” de 1921, en relación a las identificaciones necesarias para la constitución subjetiva. Freud (2012e) define la identificación como “la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona” (p.99). Respecto de esto, Baraldi (2005) va a plantear que lo que se conoce como “Primer identificación” o “Identificación primordial” solo puede mediatizarse por la acción específica de otro materno. Sólo si la madre se identifica con el niño es que podrá inscribirlo como propio. Es necesario, entonces, reconocerse en él para poder reconocerlo. Lo que la madre (o quien cumpla esa función) decodifica como llamado constituye las vías necesarias para sostener la función materna, que precisamente es la que arma el cuerpo atravesado de la palabra y recorrido por circuitos pulsionales. Si la madre se identifica al niño, ahora

es él quien la identifica. Es porque identifica a la madre que incorpora el lenguaje. El discernimiento de lo que es mío y lo que no lo es fundará al espacio, delimitando un adentro y un afuera como condición necesaria. Espacio y tiempo son dos coordenadas fundantes y fundamentales, y encuentran sus primeros hitos en los albores del psiquismo. Esta “Primera Identificación” permite la incorporación del lenguaje, y culminará con la elaboración del llanto frente a lo desconocido. Luego de saberse pensado por la madre, el infante podrá prescindir de su presencia.

Cuando Freud (2012e) plantea que “la Primera Identificación es una identificación al Padre Primordial” (p.100), el padre del que habla debe ser pensado como Padre Primero. De esta manera, nos remitimos al padre mítico, al padre terrible de “Tótem y Tabú” (2011). Esta primera identificación es canibalística porque el niño “traga”, incorpora la cultura. Así, cada sujeto infantil deberá incorporar la cultura a partir de incorporar el lenguaje, y esto se logra sólo si la madre le habla. Esta identificación primordial es tramitada por el hacer y el decir de una mujer puesta en el lugar del Otro. Pero para salir de lo que Lacan define como “Estadio del Espejo”, son necesarias otras dos identificaciones: la “Identificación al Rasgo” y, en tercer lugar, la “Identificación al Síntoma del otro”.

Continuando con lo planteado en “Psicología de las masas y análisis del yo”, La Identificación al Rasgo se caracteriza por ser parcial y simbólica, ya que el infante debe deducir del Otro un trazo al que incorpora como objeto propio. Tomado del Otro, a este rasgo se lo llama “Unario”, por ser el primero dentro de la serie identificatoria que consolidará al yo. Este Rasgo unario permitirá al infante saberse diferente del otro, para lo cual, afirmará Freud, hace falta un vínculo.

Por último, la tercera identificación es de “Yo a Yo”. Su mecanismo se caracteriza por ser Inconsciente y no requiere de una relación significativa. Se trata de la “Identificación al Síntoma del otro”. Es de destacar que las operatorias psíquicas pueden pensarse articuladamente para considerar qué implicancias tienen en los diferentes registros que propone Lacan a lo largo de sus seminarios: Real, Simbólico e Imaginario.

Considerando lo planteado en “Estadio del espejo como formador de la función del yo (je)” (2012), el trabajo de asumir como propia la imagen que el espejo devuelve requerirá de tiempos lógicos que se instrumentarán bajo ciertas condiciones estructurales. En primer lugar, el niño se contemplará en el espejo. Se aísla aquí un objeto, ya que el pequeño es capaz de desprender de su cuerpo la mirada. Tenemos entonces construido el campo escópico. Esta mirada timonea el encuentro con los ojos de su madre, donde el niño podrá encontrar una confirmación (o no), que entre gestos y exclamaciones le retornen como “ese que está ahí sos vos y sos digno de ser amado”; significa que encontró una ecuación entre este rasgo que ella misma inscribe y un punto de su Ideal. En este punto seguimos hablando de un ideal, de una imagen. Posteriormente, es necesario encontrar ese hijo real que no es el de la foto, no es el de la imagen, no es el ideal. Por eso, un momento fundamental es el del encuentro con este hijo real. Luego del pasaje por el ideal, poder amarlo como es. En último lugar, la madre mira al hijo real. De esta manera es que ella se identifica con el niño en tanto identifica en él un rasgo.

La posibilidad de que esta imagen reflejada en el espejo se constituya en digna de ser amada depende del punto de mira de la madre, punto al que llamamos “Ideal del Yo”. Para poder reconocerse, el niño queda alienado al deseo del Otro. Se llama “Alienación” al primer tiempo constitutivo donde, respondiendo a esta identificación primordial, el niño hace de aquello que la madre quiere. Se es para el Otro. Hasta aquí, el niño identificó el otro y se identificó a sí mismo. Este cuerpo que, desde el punto de vista de su maduración neurológica, todavía es vivido como fragmentado queda, mediante esta operación, unarizado, anticipándose a lo biológicamente establecido.

Tal como lo plantea Freud (2012), las pulsiones autoeróticas se ordenan y, el yo tiene que ser desarrollado. Él dirá que “las pulsiones autoeróticas son iniciales, primordiales, por tanto, algo tiene que agregarse al autoerotismo, una nueva acción psíquica, para que el narcisismo se constituya” (p.74). Continuando con sus obras, en

“El Yo y el Ello”, Freud (2012f) plantea que “Donde ello era, el yo debe advenir”. Así es que hay una determinación, una decisión que tiene que tomar el niño de hablar, de desprenderse de su voz. “Yo” es una palabra que no se puede enseñar, debe advenir, sostiene Freud. Este “Yo” dicho por el niño lo estremece por entero. Se formaliza aquí el “Primer Anudamiento Subjetivo” donde la propia imagen del cuerpo se articula a la palabra “Yo” y a la realidad del organismo.

La estructura nos ofrece poder ubicar un anudamiento entre “Real, Simbólico e Imaginario”. Estos tres registros son diferentes modos de inscripción. Lo que se inscribe por la vía del lenguaje lo denominamos “Registro Simbólico”, a lo que se alista por el canal óptico lo nombraremos como “Registro Imaginario” (en los humanos es la marca del significante lo que causa lo imaginario), y el “Registro de lo Real” se plantea como aquello que no cesa de no inscribirse. Con el anudamiento de estos tres registros se monta así la estructura del “Nudo Borromeo” que Lacan desarrolla en el Seminario 23. Si uno de estos nudos se corta, se desanudan los restantes.

En conclusión, el psicoanálisis subraya que la constitución del sujeto está siempre marcada por el lenguaje, la figura del Otro, y los procesos de simbolización que tienen lugar en las primeras etapas del desarrollo. Es así que, en el contexto de la enfermedad, el niño no solo se enfrenta a un dolor físico, sino a un dolor psíquico asociado a la alteración de su propia identidad. Atravesar dicha enfermedad puede, por tanto, generar una serie de dificultades en la estructuración de su yo, con efectos en su autoestima, su capacidad para representarse a sí mismo, y su relación con el cuerpo.

Para que el niño pueda integrar estos cambios de manera saludable, es crucial que se le brinden espacios terapéuticos que favorezcan la escucha, la simbolización y el encuentro con su subjetividad, en lugar de reducirlo a un simple “cuerpo enfermo”. En este sentido, el trabajo psicoanalítico, especialmente en el contexto de la psicooncología, tiene como objetivo permitir al niño elaborar y reelaborar estos cambios a través de una intervención que no se reduzca a aspectos cognitivos y conductuales, sino que también tenga en cuenta los aspectos simbólicos y emocionales.

Es fundamental considerar al niño como un ser en construcción y a los adultos como factores vitales en dicho proceso, quienes dejan marcas, huellas y pueden trabar o desligar diferentes operaciones psíquicas internas. Siguiendo a Esteban Levin (2020), “el ideal de los padres en relación a sus hijos es un hecho que estructura y decanta no solo el imaginario parental sino, fundamentalmente, la experiencia infantil del niño” (p.36).

El cáncer y su estigma

El origen del término “cáncer” proviene de la antigua Grecia con Hipócrates, quien usó la palabra griega “*kajkivoc*” (karkinos) para describir el aspecto de ciertos tumores. Este término fue adoptado y sistematizado por Galeno, quien también lo usó para describir enfermedades malignas. La palabra ha perdurado a través de los siglos y sigue usándose hoy en día en el campo de la medicina.

Según el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA), en Argentina se diagnostican anualmente alrededor de 1.320 casos nuevos de cáncer en menores de 15 años. Las leucemias son las más frecuentes, con entre 450 y 520 casos por año, representando aproximadamente el 35% de los diagnósticos. Más de la mitad de estos casos logran curarse con tratamientos intensivos en instituciones de alta complejidad y con profesionales especializados. El diagnóstico precoz, un tratamiento adecuado y los avances médicos son las claves para que el cáncer infantil tenga cura en el 65% de los casos.

Al momento del diagnóstico, se genera un gran impacto emocional, no solo para el enfermo sino para el entorno familiar, y al comenzar con el tratamiento de la enfermedad oncológica, se expone al niño a procedimientos dolorosos como hospitalizaciones, cirugías, radioterapia, quimioterapia, entre otras, que van manifestando también cambios en la imagen corporal.

Para los padres, aceptar la realidad de la enfermedad de su hijo supondrá una experiencia muy difícil e implicará atravesar períodos de gran confusión. En el caso de la existencia de hermanos, los mismos también estarán profundamente afectados por su hermano, y por la ruptura temporal de la vida familiar que puede involucrar.

La enfermedad seguramente implicará modificaciones en la dinámica familiar, debido a las variaciones de las relaciones entre los diferentes miembros de la misma. Esto, a su vez, puede traer algún desequilibrio en la estructura a nivel social, psicológico y económico.

La complejidad de las pruebas diagnósticas, de los tratamientos, las particularidades del lenguaje y conocimientos explícitos que se manejan, pueden generar sentimientos de desorientación y ansiedad tanto en el paciente como en la familia. Una vez obtenido el diagnóstico, los primeros días consecuentes serán especialmente difíciles de sostener, ya que en el transcurso de los mismos no sólo se debe asimilar el diagnóstico sino todo lo que el mismo conlleva, como la comunicación al niño y a la familia, cambio de residencia de ser necesario, gestiones laborales y económicas, nuevas rutinas, entre otros.

Al mismo tiempo, la adaptación a la enfermedad variará según los casos y provocará distintas reacciones entre los miembros de la familia, sin descartar que puedan surgir tensiones y malestar entre los mismos. Sumado a todo este difícil proceso, las esperas de los resultados durante las distintas fases del tratamiento podrán aumentar el estrés, ya que el final del proceso de cada fase implica pasar a la fase siguiente que es nuevamente territorio desconocido. Por otro lado, una vez iniciado el tratamiento, los efectos secundarios de la medicación generarán, muy probablemente, malestar en el niño, lo cual podrá ocasionar aún más intranquilidad en sus familiares.

Podemos considerar a la enfermedad oncológica como una “amenaza en lo real” en términos lacanianos. Ante tal conmoción cada sujeto, cada familia, transitará la situación en su singularidad. Desde lo individual, lo singular de cada historia, con los recursos propios de cada sujeto, las posiciones subjetivas, la afectividad y las percepciones.

Susan Sontag en *La enfermedad y sus metáforas* (1980) señala cómo las enfermedades graves, como el cáncer, están cargadas de significados metafóricos que pueden estigmatizar al paciente. En el caso de los niños, estas metáforas suelen amplificarse debido a los significados proyectados por los adultos. Esto puede afectar tanto la construcción de la subjetividad infantil como los procesos simbólicos que permiten al niño dar sentido a su experiencia.

Por otro lado, según Kaplan (2020), “ante lo real de una patología y un diagnóstico, las palabras y miradas del Otro, encarnadas en los otros significativos, los padres, facilitan o impiden que la enfermedad se constituya en traumática” (p.88). Entonces, desde una perspectiva psicoanalítica, el trabajo del psicooncólogo no solo busca desmitificar la enfermedad, siguiendo el planteamiento de Sontag, sino también brindar un espacio donde el niño pueda simbolizar su vivencia. Esto implica trabajar con los registros imaginario y simbólico, ayudando al niño a construir narrativas que le permitan procesar el impacto del diagnóstico, el tratamiento y los cambios corporales. Tal como plantea Lorena Aguirre (2021), “es preciso entonces poner en palabras, alcanzarle a ese pequeño sujeto infantil elementos simbólicos (palabras, gestos, objetos, etc.) que lo ayuden a no precipitarse al vacío del sinsentido” (p.132).

Sontag (1980) argumenta que las metáforas que rodean al cáncer contribuyen a una visión cultural de la enfermedad como algo maligno, un castigo o enemigo. Estas construcciones sociales generan sufrimiento adicional para los pacientes, que no solo deben enfrentarse a la enfermedad física sino también a la estigmatización y culpabilización social. Por lo tanto, una forma de aliviar su sufrimiento es reconocer y eliminar estas metáforas, abordando la enfermedad libre de juicios.

Este enfoque tiene implicaciones profundas para el rol del psicooncólogo, ya que su trabajo implica desactivar estas metáforas cargadas de culpabilidad y crear un espacio de apoyo psicológico donde el paciente pueda experimentar su enfermedad sin

la presión de estar "luchando" contra ella de manera heroica o sintiendo vergüenza por lo que está atravesando.

De esta manera, el profesional debe estar atento a cómo los padres y cuidadores manejan las metáforas asociadas a la enfermedad, ya que estas pueden influir en la percepción que el niño tiene de sí mismo y de su cuerpo. En este sentido, despojar la enfermedad de connotaciones estigmatizantes y trabajar con las proyecciones parentales resulta crucial para preservar la identidad y subjetividad del niño durante el proceso oncológico.

De este modo, se vuelve indispensable contemplar al niño como un sujeto activo, capaz de construir sentido y simbolizar su experiencia, más allá de las etiquetas que la enfermedad pueda imponerle. Tal como expresa Kaplan (2020), "si admitimos que es el mundo de las palabras el que crea el mundo de las cosas, entonces existen tantas maneras de expresar el dolor y referirse a él como existen lenguas y discursos" (p.41).

El juego como herramienta terapéutica

Freud (2012d) dice que "los niños repiten en el juego todo cuanto les ha hecho gran impresión en la vida y, de ese modo abreaccionan la intensidad de la impresión y se adueñan, por así decir, de la situación" (p. 16). Realiza una observación de un niño de un año y medio de edad que, jugando con un carretel al que había atado un hilo, lo arrojaba de su cuerpo y lo volvía a traer. Cuando lo arrojaba lejos de su cuerpo decía "o-o-o-o" (que significaba "Fort", "se fue") y, al acercarlo, saludaba su aparición con un amistoso "Da" ("acá está"). Ese era el juego completo, el desaparecer y volver, pero sin dudas el mayor placer se manifestaba cuando aparecía nuevamente el carretel.

En la lectura de Freud (1920), este niño simboliza con dicho juego la ausencia de la madre. A través del *Fort-Da*, y en la medida en que el niño puede simbolizar la presencia-ausencia, esto da un indicador para considerar que ya se considera a él mismo como separado del cuerpo de la madre. De esta manera ya se ha puesto en marcha la cadena significante.

Clemencia Baraldi (2005) plantea que es importante que sepamos qué estamos diciendo cuando decimos juego. La función central del jugar es poder hacer activamente lo que se sufrió pasivamente. Entonces, ya no es la mamá la que deja al niño, sino que ahora será el niño el que deja a su madre. De esta manera, fabrica un juguete, es decir, el carretel ya no es más un carretel sino otra cosa. Hay una fabricación del objeto, y esto tiene un valor metafórico. Tenemos, de esta manera, un sujeto en relación a un objeto.

Para poder jugar debemos ubicar al menos un par de significantes, un Fort para un Da y viceversa. Además, para que haya juego es fundamental la construcción de una ficción, aunque sea muy precaria. Justamente este niño del que Freud habla sabe que el carretel no es su madre, sin embargo, mientras juega se lo cree. Esta ficción se desarrolla en un tiempo y en un espacio, que van a ser los herederos de antiguas operaciones psíquicas por las cuales el niño expulsó lo que le era lejano, allí donde incorporó la voz. En ese momento fundó un interior y un exterior.

Otro elemento necesario para el "jugar" es la repetición. Baraldi (2005) plantea que el juego es "un intento de ingresar al placer lo que no se inscribe rápidamente por la vía de dicho principio" (p.114), y fundamentalmente que "el jugar domestica lo traumático". Lo traumático puede ser cualquier cosa que el niño, por determinadas circunstancias de la vida, no puede inscribir. El juego se repite en un intento de inscribir lo que no cesa de no inscribirse. Los niños vuelven al mismo juego para "salir diferente", que es lo mismo que ocurre cuando piden que les contemos cuentos. "¿Por qué hay que contar siempre el mismo cuento de la misma manera? Precisamente para que cada cosa vaya a su lugar, se inscriba y el niño pueda salir diferente" (p.115).

Por otra parte, hay un gozar que no puede desconocerse. Un gozar de aquello que no ingresa al principio de placer. El punto es si este goce es lo que va a permitir el ingreso a la escala fálica, a lo que finalmente se inscribe, o va a quedar como puro goce masoquista. Esto también sería un riesgo, quedarse atrapado en una repetición que

no permita la elaboración. Una situación traumática es una situación sin inscripción. Aquello que no se inscribe, no cesa de no inscribirse, está en un presente continuo.

Un niño que juega está en condiciones de pasar del “yo soy” al “yo pienso”. Será jugando que el niño desplegará el lenguaje y constituirá su universo simbólico. Con la llegada de la escolaridad el juego podrá utilizarse como recurso. Tanto en el juego como en el aprender será necesario ubicar un sujeto en relación a un objeto mediatizado por una ficción y avalado por un marco de lenguaje en el seno de una recurrencia, que será necesaria para que el juego y el aprender dejen su impronta en el infante.

Tal como expresa Levin (2020)

al jugar se protegen, piensan y, como es de mentira, crean otra escena. Se dan cuenta de que la fantasía puede ser real y, al mismo tiempo, lo real la limita hasta hacerla existir como escenario subjetivo. Damos lugar a lo imposible para que la escena propia de la niñez sea posible. (p. 23)

Se intenta recuperar lo infantil de la experiencia a través del acontecimiento que implica jugar, esencial para la puesta en juego de la plasticidad simbólica y la constitución de la subjetividad.

En el contexto del tratamiento oncológico, el juego adquiere un valor terapéutico crucial, ya que posibilita que el niño simbolice las experiencias traumáticas asociadas a la enfermedad como los procedimientos médicos invasivos o los cambios corporales. Desde la perspectiva psicoanalítica, el juego no solo es un medio para observar y analizar el mundo interno del niño sino también una herramienta para intervenir en él.

El juego actúa como puente entre los registros imaginario y simbólico, permitiendo al niño apropiarse de su experiencia en un espacio intermedio entre la realidad y la ficción. De este modo, el profesional interviene directamente en este espacio para ofrecer al niño nuevas herramientas simbólicas que le ayuden a abordar lo insoportable de manera subjetiva, alojando su sufrimiento de un modo singular y creativo.

En el marco de pensar un posible abordaje a una situación clínica que presente esta problemática, es fundamental considerar qué intervenciones son posibles por parte del analista, desde la transferencia. Freud (2012a) plantea que “en la cura analítica la transferencia aparece como arma más poderosa de la resistencia” y, que “la intensidad y la tenacidad de la transferencia es un efecto y expresión de la resistencia”. (p 102)

A su vez, Freud (2012a) distingue entre transferencia positiva (de sentimientos tiernos) y transferencia negativa (de sentimientos hostiles). Esto genera una lectura que necesariamente va acompañada de la “contratransferencia” y los efectos que la misma genera en el analista. Transferencia mediante, el niño podrá ubicarse en un terreno infantil, logrando existir por fuera de su patología. Estas ideas se retoman en “Recordar, repetir y reelaborar”. Allí, Freud (2012b) las considera como pasos necesarios en la dirección de una cura, que permiten visibilizar que eso traumático (real) que no cesa de no inscribirse, pueda tramitarse.

Tal como plantean los fundamentos del psicoanálisis, podemos tomar conocimiento de las formaciones del inconsciente, a través de chistes, lapsus, sueños y actos fallidos. Considerados elementos a analizar en el marco del tratamiento, además es necesario pensar en intervenciones que generen la implicancia de otras disciplinas para realizar así un abordaje interdisciplinario de la problemática que se presenta.

Conclusiones finales

Si elegimos esta profesión es porque intentamos introducirnos en el sufrimiento del otro. Para introducirnos en el sufrimiento del otro somos sensibles a él. Ser sensible al otro implica poder introducirnos en esa historia e intentar producir una diferencia.

Esteban Levin

A partir del recorrido realizado, podemos decir que el rol del psicooncólogo infantil, enfocado desde una perspectiva psicoanalítica, implica una práctica artesanal, donde cada intervención debe sostenerse en el deseo de hacer lugar al sujeto, respetando su singularidad y sus tiempos de elaboración. El profesional no se relaciona con un diagnóstico o una enfermedad sino con un niño que atraviesa una experiencia subjetiva compleja y singular. No se trata de imponer significantes ajenos, sino de escuchar los propios del niño, facilitando que su relato emerja y pueda apropiarse de su historia sin ser apresurado.

El cáncer infantil, además de las transformaciones físicas que conlleva, supone una irrupción en la subjetividad del niño y su entorno. La incertidumbre, el temor, la desconfianza y otros afectos invaden al niño y a su familia, pues deben enfrentarse a un mundo desconocido que implica hospitalizaciones, tratamientos invasivos, cambios en la imagen corporal y una reconfiguración de la vida cotidiana. Se trata de una invasión no solo en el cuerpo biológico sino también en el psiquismo y el lazo social. Ante este panorama, la intervención psicoanalítica se vuelve fundamental, no solo como un espacio de contención, sino como un dispositivo que permita poner en palabras la experiencia, alcanzando a ese pequeño sujeto infantil elementos simbólicos que lo ayuden a no precipitarse al vacío del sinsentido.

La palabra, en este contexto, se vuelve una herramienta central: desocupa lo que el cuerpo oculta y le otorga una significación que trasciende lo meramente orgánico. En este proceso, lo real, lo imaginario y lo simbólico se anudan, permitiendo que el niño pueda encontrar un modo singular de transitar la enfermedad sin quedar alienado a ella. Al nombrar el malestar, se lo sustrae del anonimato y se lo eleva a la condición subjetiva, posibilitando que el niño se reconozca más allá de su diagnóstico.

Frente a este tipo de patologías, es indispensable un abordaje interdisciplinario que contemple no solo el tratamiento médico, sino también el acompañamiento psíquico. Existe un cuidado del cuerpo biológico, pero también debe existir un cuidado subjetivo, aquel que se construye con las palabras, la mirada, el trato, la ternura y la ficción. Fortalecer la idea de un cuidado integral implica no reducir al niño a un organismo enfermo sino ofrecerle un tránsito humanizante a lo largo del tratamiento. Esto significa rescatar su subjetividad en cada etapa del proceso, asegurando que su voz sea escuchada y que su vivencia no quede relegada a los discursos adultos que muchas veces intentan definir su experiencia desde afuera.

En este contexto, el juego emerge como una herramienta terapéutica insustituible. Jugar es salir del diagnóstico y construir una experiencia más allá de él. Eso permite que circule la deuda simbólica, y con ella, lo amoroso en juego. El sujeto infantil necesita del juego, la cultura, el arte, la literatura y el humor para construir borde y hacer este mundo más habitable. Tal como señala Esteban Levin, jugar permite que lo imposible se haga posible, que el niño cree otra escena donde la enfermedad no lo defina por completo.

Jugar es, en sí mismo, un acto de resistencia subjetiva ante la enfermedad. Es el camino terapéutico que ningún niño puede transitar solo, siempre es en transferencia, en vínculo con otros, sirviéndose de palabras, gestos y objetos que se invisten de significación. En la clínica psicoanalítica, el juego no solo permite observar y analizar el mundo interno del niño, sino que es, ante todo, un medio de intervención que le permite

tramitar lo traumático desde un lugar activo, en lugar de quedar atrapado en una posición pasiva frente a lo que le sucede.

Aún en situaciones límite, donde lo real se impone y la posibilidad de un entramado simbólico se ve amenazada, la apuesta al psicoanálisis sigue siendo posible. Como sostiene Gerez Ambertín (2020),

el psicoanálisis es, a más de cien años de su aparición, un arma cargada de futuro. Su bala de plata sigue siendo la palabra que, aunque intencionalmente opacada por las imágenes, o peor, por las pastillas, alimenta, sostiene y trabaja la subjetividad... a pesar de todo. (p. 194)

En un contexto donde la medicina tiende a hegemonizar los abordajes, es fundamental relanzar el deseo de cada profesional que se desempeña en los escenarios institucionales, apostando a lo humano, a lo ético, al encuentro, a la empatía y al cuidado colectivo. Se trata de ofrecer un freno a la lógica hegemónica, haciendo lugar al sujeto, a contracorriente, permitiendo que el niño pueda sostenerse en su deseo y en su propia historia.

Apostar a que los niños no pierdan la dimensión de la infancia, aún en las situaciones más adversas, es un acto de compromiso con la vida en su sentido más profundo. Porque la infancia no es solo un período biológico sino una construcción simbólica, un espacio donde se inscriben huellas que marcarán al sujeto de por vida. Preservar este espacio, garantizar que el niño no quede reducido a su enfermedad, es el desafío fundamental de la psicooncología. Como señala Lorena Aguirre (2021), “no podemos cambiar el mundo, pero podemos apostar a trabajar y cambiar una situación específica, a nuestro alcance, con acciones mínimas, pero no menores” (p.17).

Desde esta perspectiva, el trabajo del psicoanalista no se mide en términos de “éxito” o “cura”, sino en la posibilidad de abrir un espacio donde el niño pueda transitar su enfermedad sin quedar reducido a ella. Hacer lugar al sujeto implica, entonces, sostener la apuesta por la palabra, por la escucha, por el lazo y por la construcción de un sentido propio que le permita al niño existir más allá del diagnóstico.

En este sentido, resulta pertinente recordar las palabras de Elisabeth Kübler-Ross (2004): “El conocimiento va muy bien, pero el conocimiento solo no va a sanar a nadie. Si no se usa la cabeza, el alma y el corazón, no se puede contribuir a sanar ni a un solo ser humano” (p.225). Con ello, reafirmamos que el ejercicio de la psicooncología no solo debe sostenerse en el saber teórico, sino también en la sensibilidad y el compromiso ético con la subjetividad del niño. Solo desde esta mirada integral es posible acompañar su proceso de una manera que lo humanice, lo subjetive y le permita, aun en la adversidad, conservar su derecho a la infancia.

Referencias bibliográficas

- Aguirre, L. (2021). *¿Qué hace un psicoanalista en un hospital? Infancias, adolescencias y Salud Mental*. Buenos Aires: Noveduc.
- Alvarez, C., Robert, V. y Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Condes*, 4, N° 24, 677-684.
- Baraldi, C. (2005) *Mujeres y Niños... ¿Primero?: Los primeros tiempos de la Constitución Psíquica del niño. Tratamiento del Autismo y la Psicosis en la infancia*. Rosario: Homo Sapiens.
- Capafons, A., Cely-Aranda, J. y Duque Aristizábal, C. (2013). Psicooncología pediátrica. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 9(2), 289-304. <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v9n2/v9n2a05.pdf>
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós
- Freud, S. (2011). Tótem y Tabú. En *Obras Completas. (Tomo XIII)*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1913/1914).
- Freud, S. (2012a). Sobre la Dinámica de la transferencia. En *Obras Completas. (Tomo XII)*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1912).
- Freud, S. (2012b). Recordar, Repetir y Reelaborar. En *Obras Completas. (Tomo XII)*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (2012c). Introducción al narcisismo. En *Obras Completas. (Tomo XIV)*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (2012d). Más allá del Principio de Placer. En *Obras Completas. (Tomo XVIII)*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1920)
- Freud, S. (2012e). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras Completas. (Tomo XVIII)*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1921).
- Freud, S. (2012f). El Yo y el Ello. En *Obras Completas. (Tomo XIX)*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923).
- Janin, B. (2013). *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños*. Buenos Aires. Noveduc.
- Kaplan, D. (2020) *Cuerpos que duelen*. Buenos Aires: Letra Viva
- Lacan, J. (2002). Estadio del espejo como formador de la función del yo (je). *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno
- Levin, E (2020) *Pinochos: marionetas o niños de verdad. Las desventuras del deseo*. Buenos Aires: Noveduc
- Nasio, D. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Buenos Aires: Paidós.
- Sontag, S. (1980) *La enfermedad y sus metáforas*. Ciudad: Taurus