



Universidad  
Nacional  
de Rosario

**Facultad de Psicología**

Trabajo Integrador Final

Título:

***El diagnóstico de cáncer: ¿sentencia o punto de partida?***

Modalidad de presentación: Ensayo

Autor/a: Meda Ana Paula

Legajo: M-5636/7

Docente Responsable: Ps. María Fabiana Correa

Año: 2023

*Aprovecho estas líneas para expresar mi gratitud a todas aquellas personas que han hecho posible la conformación de esta labor ensayística. Muchas son estas personas y, por lo tanto, muchos son los agradecimientos que me siento animada a expresar. A mi madre, Belén, por su apoyo y contención incondicional. A mis abuelos, Edgardo y Yolanda, presentes en todo momento de mi vida. A mi compañero de vida, Bartolomé, por ser mi gran sostén en este proceso. A todos mis amigos facultativos, por los momentos compartidos y por animarme a seguir adelante en cada instante donde la incertidumbre y los miedos se hacían presentes. A María Fabiana Correa, docente responsable del presente Trabajo Integrador Final, por ser parte invaluable de este recorrido y por brindarme los recursos necesarios para abordar la temática. A los docentes del Espacio TIF, Mauro y Ana Clara, por ser parte fundamental del proceso de escritura. Y, sobre todo, a la Universidad Nacional de Rosario por brindarme las herramientas pertinentes para fundar las bases de mi futura profesión.*

3

## Índice

1. Resumen y palabras claves.....	4	2.
Introducción .....	5	3.
Desarrollo.....	7	
3.1 El crustáceo más temido. Entre lo ominoso y disruptivo del diagnóstico de cáncer.....	7	3.2
Lo intempestivo del anunciar traumático: el trauma psíquico y el trauma físico.....	9	
3.3 El duelo oncológico por la pérdida de la salud.....	12	
3.4 Psicooncología: del tratamiento del cáncer al tratamiento del sujeto y su proyecto de vida.....	15	
4. Consideraciones finales.....	18	
5. Referencias bibliográficas.....	20	
		4

## Resumen

El presente trabajo pretende abordar los aspectos fundamentales del diagnóstico de cáncer y su impacto psíquico tanto en el proyecto de vida como en el significado de la muerte de los sujetos que lo padecen. Para ello es menester hacer referencia a conceptos tales como lo ominoso, lo traumático, el duelo y la muerte que permite resaltar la importancia de la Psicooncología como campo interdisciplinario esencial dentro del abordaje integral del sujeto biopsicosocial y su familia. Así como también la intervención del psicooncólogo como sostén fundamental para la elaboración de la intempestiva noticia del diagnóstico; evitando que se naturalice el padecimiento, afianzando el deseo de vivir y posibilitando la constitución nuevos proyectos de vida.

**Palabras Claves:** Cáncer, Diagnóstico de Cáncer, Duelo, Psicooncología, Proyecto de vida.

5

## Introducción

Históricamente, y pese a los actuales avances en materia de investigación, las enfermedades oncológicas han sido relacionadas de manera directa a la muerte. En

América Latina en general, y en la Argentina en particular, las creencias y representaciones sociales en torno al diagnóstico oncológico y su impacto en el aparato psíquico constituyen un tema muy poco explorado.

En la sala de espera de un hospital, un hombre de 53 años aguarda los resultados de la radiografía pulmonar, mientras piensa: *“no lo puedo creer... es el fin de mi vida; pero tal vez me lo merezco por haber fumado tanto”*. Más tarde, en el mismo hospital, tras hacerse una revisión rutinaria con el ginecólogo una mujer exclama: *“me acababan de dar una cachetada y no me lo esperaba. Realmente, no sabía si preocupar a mi familia o no, pues aún tenía la esperanza de que me dijeran que no era nada, pero efectivamente el panorama no pintaba bien”*. En tanto, en el consultorio, la familia de un hombre internado por sangrado rectal y dolores abdominales recibe el diagnóstico del oncólogo: *“como lo suponía, los resultados de los estudios no son los mejores, pero efectivamente, por su edad y fortaleza, es una batalla que podría ganar”*.

Enfermar y recibir un diagnóstico de cáncer conlleva encontrarse, para el sujeto y su familia, con un mundo hasta ahora desconocido y, en muchas ocasiones, inesperado. El cáncer como situación amenazante puede presentarse como una realidad que nos toca vivir a partir del sufrimiento de otras personas -familia, amigos- próximas a nosotros, o bien, como la peripecia de la propia muerte; suponiendo, entonces, la ruptura del mundo interior que provoca la experiencia de la propia limitación e interrumpe la realización del proyecto de vida personal.

Asimismo, se puede pensar el diagnóstico de cáncer como el encuentro con lo ominoso, lo oscuro, lo complejo de elaborar. Se lo considera, a dicho diagnóstico, una de las situaciones más estresantes y temidas en la sociedad actual puesto que es la noticia misma la que devela la falla, la incertidumbre y el temor del propio sujeto, quien ve instalarse la amenaza de vida, la posibilidad de muerte y el fin de su existencia. Dicha situación suele generar diversos cambios conforme a la vulnerabilidad - *“se me cayó el mundo abajo”*, *“esto no me puede estar pasando a mí”*- y nuevos interrogantes - *“¿por qué a mí?, ¿qué hice para merecer esto?, ¿por qué ahora?”*- que parecieran, en la mayoría de los casos, no tener una respuesta aparente.

Los cambios a nivel personal, familiar, laboral, social y espiritual producto del diagnóstico de cáncer suponen un gran impacto que, por la naturaleza crónica de la enfermedad, la incertidumbre ante su evolución, los posibles efectos secundarios de los tratamientos y el significado social de la palabra cáncer, convierten a la enfermedad en la mayor fuente de sufrimiento psíquico, desequilibrio emocional y malestar psicológico. De igual manera, Kübler-Ross (1974) sugiere que dada la actitud de nuestra sociedad ante la salud y el culto a la juventud que, generalmente, prevalece en nuestros días, hemos desarrollado colectivamente una decidida aversión a la idea de la muerte y a cualquier tema relacionado con ella. Por tal razón, por ejemplo, se considera todavía inaceptable el hecho de que sea una persona joven quien se encuentre con la enfermedad. Sumado a esto, se tiende a ver a las personas que se enferman como incapacitadas o imposibilitadas en su quehacer, lo que conlleva a una concepción de la enfermedad como algo opuesto a la salud y no como elemento de un mismo proceso.

Por otro lado, el duelo ante las diferentes pérdidas y el modo en que el sujeto percibe y hace frente a su enfermedad varía según distintos factores, entre los que se mencionan el nivel de estabilidad emocional, la capacidad de resiliencia, la historia personal, las estrategias de afrontamiento, la personalidad, la red contención, la esperanza y el significado que le dé a la enfermedad, entre otras.

Conforme a la complejidad de la enfermedad, se hace imprescindible su abordaje desde un enfoque biopsicosocial; allí, la Psicooncología, como sostén de cara al diagnóstico oncológico busca hacerse presente desde el primer momento en que a la persona se le comunica la noticia, puesto que llegado a ese punto lo único que importa para el paciente es

el discurso médico: qué dice y cómo lo dice. Sin embargo, es preciso aclarar que, en la mayoría de los casos, los pacientes suelen llegar al psicooncólogo en diferentes momentos de la vida, con un importante monto de angustia, dudas, preguntas, autoreproches y, fundamentalmente, desinformados acerca de su estado actual, del proceso de tratamiento que podrían tener que transitar, su posible recuperación y el pronóstico de su enfermedad. De modo tal que la Psicooncología podría concebirse como una red de soporte segura tanto para el paciente y su entorno, así como también para el personal de salud que, muchas veces, evita ser explícito y da exhaustivos rodeos a la hora de transmitir la noticia.

Teniendo en cuenta la existencia de ciertos sucesos que tienen lugar en la etapa posterior al diagnóstico de cáncer, podemos decir que dichos sucesos condicionan las diferentes acciones y decisiones tomadas por el paciente. Es por ello que el propósito de este ensayo se basa en reflexionar sobre el diagnóstico de cáncer y su impacto tanto en el proyecto de vida como en el significado de la muerte. Para ello será necesario localizar las posibles representaciones en torno al cáncer para un sujeto y su entorno y el modo en que lo ominoso y lo traumático de la noticia están implicados en un proceso de duelo.

7

## Desarrollo

### **3.1. El crustáceo más temido. Entre lo ominoso y lo disruptivo del diagnóstico de cáncer.**

*“Hasta tanto tratemos a una dada enfermedad como a un animal de rapiña, perverso e invencible, y no como a una mera enfermedad, la mayoría de los enfermos de cáncer, efectivamente se desmoralizarán al enterarse de qué padecen”.*

*Susana Sontag, 2003<sup>1</sup>*

Desde tiempos inmemorables, cáncer ha sido la palabra que más remite a la enfermedad oncológica. A causa de su nominación proveniente del latín cangrejo, el cáncer se refiere a una úlcera maligna que, al igual que el animal, exhibe el mismo patrón obstinado de invasión y adherencia a los tejidos. A partir de ello, se piensa que eruditos tales como Hipócrates y Galeno tuvieron razones suficientes para establecer las comparaciones pertinentes entre la enfermedad y el animal. Dicho paralelismo se instaura a causa de los siguientes motivos: porque el tumor canceroso es duro como el caparazón del cangrejo, porque el cáncer avanzado duele como cuando el cangrejo atrapa a su víctima con sus pinzas y, finalmente, porque una vez que te alcanza, el cangrejo no te suelta.

Con el pasar de los años, se hizo notable que este crustáceo era más frecuente de lo que parecía ser. Hoy en día, el cáncer es una de las patologías con mayor recurrencia a nivel mundial, ya que alrededor de diez millones de habitantes son diagnosticados de cáncer por año. De igual modo, es menester reconocer que mueren más personas por enfermedades cardiovasculares que por cáncer pero, aun así, en la actualidad sigue siendo una enfermedad tabú puesto que socialmente se la relaciona a tratamientos dolorosos y muerte inminente.

En términos epidemiológicos, según la Organización Mundial de la Salud (2021), el cáncer es la segunda causa de mortalidad a nivel mundial, produciendo la muerte de uno de cada ocho hombres y una de cada once mujeres diagnosticados con algún tipo de enfermedad oncológica. Asimismo, conforme a los porcentajes registrados en otras investigaciones referidas a la misma organización, se observa que un tercio de las muertes por cáncer se deben a factores de riesgo modificables, como el tabaquismo, la obesidad, el consumo nocivo de alcohol o las infecciones. Por lo que, si se realiza un diagnóstico precoz y se evitan retrasos significativos en el mismo, muchos tipos de cáncer, como los de mama, cuello uterino y colorrectal, son curables.

Desde el punto de vista de la medicina se puede considerar al cáncer como un trastorno caracterizado por la alteración del equilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular. Implica un crecimiento celular descontrolado, pérdida de la diferenciación celular y capacidad para invadir los tejidos adyacentes y organizar metástasis en cualquier parte del organismo y en cualquier momento de la vida.

Según De la Garza y Juárez (2014) “el cáncer es una enfermedad provocada por un grupo de células que se multiplican sin control y de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos” (p. 17). En la misma línea, Macarulla y Ramos (2009) exponen que estas células pueden agruparse, formando un tumor benigno que no tiene capacidad para invadir órganos vecinos o a distancia. Por el contrario, un tumor es maligno, cuando tiene la capacidad de invadir otros tejidos liberando parte de las células tumorales al torrente sanguíneo o linfático. Mediante este proceso, se pueden formar lesiones a distancia llamadas metástasis.

Una célula sana puede convertirse en cancerígena, pero ese proceso no es algo que pueda ocurrir de forma repentina; es decir que puede demorarse durante años, ya que implicaría la alteración de ciertos genes, una mutación. En definitiva, el cáncer no es una enfermedad en el sentido infeccioso de la palabra, provocada por un patógeno que nos ataca, sino un mal funcionamiento de nuestras propias células que provoca que nuestro

<sup>1</sup> Sontag, S. (2003): *La enfermedad y sus metáforas*. El sida y sus metáforas, Buenos Aires, Taurus.

cuerpo se vuelva contra nosotros mismos, generando una serie de consecuencias que pueden resultar fatales.

Además de las perturbaciones a nivel corporal, el cáncer es una de las enfermedades de más alto impacto psicológico, que trae aparejadas una serie de consecuencias psíquicas como ansiedad, depresión, insomnio, entre otros; involucrando, a su vez, modificaciones en la esfera personal pertinente a las relaciones de índole marital, familiar, laboral, económico, social y sexual; lo que nos hace sostener una mirada biopsicosocial del tema. De igual manera, observamos que dicha enfermedad se caracteriza por ser un proceso dilatado en el tiempo, en el que la persona tiene que enfrentarse a múltiples situaciones estresantes que comienzan cuando se exponen los primeros signos sintomatológicos antes de que el diagnóstico se confirme y, posteriormente, a la asunción del mismo.

Pese a que se hallan, además del cáncer, otras enfermedades crónicas que generan sufrimiento similar o incluso mayor, estas últimas no logran causar el terror que causa la palabra cáncer. Ninguna evoca tantas imágenes de deterioro, de sufrimiento y de soledad; por lo que se piensa que el significado que denota la palabra cáncer tendría que ver no solo con el sufrimiento que genera el padecimiento en sí, sino también con el imaginario que socialmente se tiene de la misma.

En este aspecto, las enfermedades no son solo hechos biológicos sino también una red de significados que se construyen socialmente desde el discurso, así como también la salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (s.f) como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Por lo que es preciso entender que aunque hay quienes sostienen que las armas, al igual que algunas palabras, las carga el diablo, cáncer es una palabra y no una sentencia de muerte.

Ahora bien, existen múltiples eufemismos que se utilizan en el mundo para evitar mencionar semejante palabra pero, aunque la utilización de estos eufemismos parezca ser tranquilizadora, la inminencia del diagnóstico genera en el sujeto los mismos efectos psíquicos que, en muchos casos, producen una ambigüedad que no permite la elaboración de la noticia, en tanto quien la recibe comienza a preguntarse si es más grave un pólipo, un tumor o un sarcoma que el cáncer.

Conforme a lo anteriormente mencionado, podemos considerar al cáncer, y más precisamente al diagnóstico de cáncer, como aquel significante<sup>2</sup> que evoca, en la mayoría de los casos, una metáfora de sufrimiento y dolor donde se ponen a prueba los recursos tanto intelectuales como emocionales del sujeto. En este sentido, la palabra cáncer se inscribe como un real imposible de significar, abriendo canales representacionales y afectivos que invaden el psiquismo, ocasionando diversas fantasías y ansiedades tanto paranoides como depresivas. El impacto significativo de la noticia amenazante desestabiliza y encomienda un reajuste de la dinámica psíquica tanto para el sujeto que recibió la noticia como para los seres pertenecientes a su entorno significativo.

Podemos pensar, entonces, que es ese preciso momento de la confirmación del acontecer diagnóstico -o, si se quiere, unos minutos antes cuando el sujeto se encuentra en la sala de espera del hospital, mientras le realizan los estudios clínicos por aquel mal presentimiento, o más aún, dentro del consultorio, escuchando las palabras del médico que le confirma las sospechas de lo que ahora efectivamente es un diagnóstico - cuando lo ominoso de la situación se hace presente y todo lo que hasta ahora era familiar se torna desconocido.

Desde esta perspectiva, se hace posible considerar la existencia de un estrecho vínculo entre la noción de *lo ominoso* planteado por Freud (2013, a) en el año 1919 y el diagnóstico de cáncer. Puesto que el primero de estos términos, en alemán, se presenta como una conjunción entre lo familiar (*heimlich*) y lo desconocido (*unheimlich*), en tanto que lo que conocemos se vuelve extraño y perturbador. Lo ominoso nos muestra, a partir del

<sup>2</sup>Lacan (2007) define al significante como: “*el significante es lo que representa al sujeto para otro significante, no para otro sujeto*” (p.53)

diagnóstico oncológico, que lo que conocemos desde siempre ha cambiado: es un presentimiento de que las cosas no van a volver a ser nunca iguales.

Asimismo, en diversas traducciones, como la de Amorrortu, lo ominoso surge como lo siniestro, caracterizado por un tinte amenazador. Es por ello que sugerimos al diagnóstico como el escenario próximo donde se conjugan estas dos cuestiones; por un lado, la idea de lo ominoso como presagio o anticipación de la mala noticia que se le presenta al sujeto, ya no como intuición, sino como una verdad que se impone; y por otro, la idea de que eso que se anticipa es algo terrorífico, amenazador e inevitable.

En este sentido, cabe destacar que lo ominoso del diagnóstico de cáncer tiene tanto un tiempo como un lugar. El tiempo es un instante, el cual puede ser pensado desde la categoría temporal proveniente del griego “*kairós*”. El *kairós*, a diferencia del tiempo secuencial (*cronos*), representa un instante fugaz, un momento adecuado en el que algo importante sucede. Por otro lado, el lugar se encuentra, a mi pensar, en una vacilación entre la reintegración y el rechazo del objeto de la reciprocidad imaginaria; es decir, que hay algo en ese preciso momento del acontecer diagnóstico que no se reintegra al yo pero que tampoco se rechaza, lo cual podemos reconocer como el instante de vacilación en que lo ominoso del diagnóstico de cáncer se hace presente.

El pavor interno producto de lo siniestro del diagnóstico se hace presente en nuestra vida cotidiana mostrándonos la posibilidad de muerte, perturbando nuestra rutina y nuestra salud a través de una sensación de estupefacción amenazante.

Por su parte, Lacan (2021) en su seminario sobre *la angustia* dictado entre los años 1962 y 1963, retoma el concepto de Freud y reflexiona sobre la experiencia de lo ominoso como producto de la aparición sorpresiva de un objeto en el lugar que debería estar ocupado por el soporte imaginario de la castración. La vivencia ominosa y la angustia (tradicionalmente comprendida como el efecto de un vacío o ausencia) son entendidas por Lacan como consecuencias de una presencia excesiva que debe ser comprendida como el develamiento de un objeto que debía permanecer oculto bajo una representación imaginaria

de la falta.

Como mencionamos, Lacan asemeja lo ominoso a la angustia, en tanto comparten el mismo mecanismo. Ambos surgen ante la presencia de algo que debería haber permanecido en las sombras y, en este sentido, es la presencia lo que perturba al sujeto, puesto que tanto la angustia como lo ominoso se anuncian bajo la dimensión de algo que no es engañoso. Lacan es muy claro: la angustia es lo único que no engaña. Esta dimensión de la certeza está ligada a que la angustia es señal de lo real que se presentifica.

Finalmente, la lectura del seminario permite realizar una segunda asociación entre la angustia y el diagnóstico, en tanto la primera opera en forma de presagio, de señal, incluso cuando aquel *"tengo cáncer"* no puede ser dicho por el medio de la palabra. Eso que no puede ser dicho torna al cuerpo inhabitable. Sin lugar a duda, no es el cáncer lo específicamente ominoso, sino la aparición de ese saber que acarrea, de eso real que aunque no haya dudas de su presencia no puede ser explicado por la vía de la palabra.

### **3.2 Lo intempestivo del anoticiar traumático: el trauma físico y el trauma psíquico.**

*"Uno puede protegerse del peligro exterior mediante la huida, mientras que la huida no vale nada frente al peligro interior".*

*Sigmund Freud, 2013.<sup>3</sup>*

<sup>3</sup>Freud, S. (2013) Inhibición, Síntoma y Angustia. En *Obras completas*. (vol. 20., p.p. 71-161). Amorrortu.

El diagnóstico de cáncer se presentifica como una noticia intempestiva que trastoca lo conocido y crea desafíos para los que el sujeto no estaba preparado. Aquellos desafíos y su elaboración implican la puesta en acto de emociones intensas y sentimientos dolorosos.

Cuando las intensidades de estas emociones se salen de los valores fisiológicos habituales, se presentan desórdenes emocionales que pueden constituir una posterior elaboración de padecimientos tales como la ansiedad, la depresión y el duelo. Según E. Kendel (2001), el estado emocional de los humanos está compuesto por un elemento evidente caracterizado principalmente por las sensaciones físicas y otro caracterizado por un sentimiento concreto (por ejemplo, cuando se tiene la sensación de "pesadez" en el corazón, concretamente se siente miedo: es decir, se interpreta una sensación). El término emoción a menudo es usado para referirse sólo al estado corporal (como por ejemplo una alteración en la frecuencia cardíaca y respiratoria, la contracción y relajación involuntaria de los músculos faciales y la emisión de sonidos), mientras que el término sentimiento se refiere únicamente a una sensación concreta como pueden ser el miedo, la alegría, la ira, la tristeza, el placer o la ansiedad.

El diagnóstico, cuál tsunami, revuelca a la persona que hasta entonces reposaba pacíficamente en la playa; amenaza con ahogarla y arrasa con todos los lugares habituales donde está hacia pie. Análogamente a ello, el diagnóstico puede impactar como una piedra en un estanque, la cual expande su intensidad como ondas concéntricas que alcanzan gradualmente a todo el núcleo familiar, los amigos, los colegas y hasta el equipo de salud. De cualquier forma, ante tal magnitud de oleaje el sujeto pierde todo punto de referencia y orientación en cuanto a lo que escucha y puede comprender. Así, el intelecto se nubla, se pierde toda objetividad, toda lucidez y resulta imposible encontrar una solución.

Todo esto sucede tanto a nivel psíquico como físico. En lo que atañe al último,

cuando nos encontramos frente a una situación considerada peligrosa se activa el sistema de alarma del cerebro que se encarga de asegurar la supervivencia de la especie; por lo que ante un estímulo emocional como claramente lo es el diagnóstico de cáncer, el denominado sistema límbico produce una serie de respuestas autonómicas (cambios en la respiración y aumento de la presión arterial) que afectan directamente al sistema endocrino y al sistema nervioso autónomo.

En 1883, James Papez (1929) propuso que la estructura de origen cortical que se encarga de representar y determinar los sentimientos es el lóbulo límbico. Esta estructura fue identificada previamente por Paul Broca. El término de sistema límbico fue acuñado por Paul McLean, quien lo consideró así debido a que se incluían partes del hipotálamo, el área septal, el núcleo accumbens, las áreas neocorticales y la amígdala.

El traumatismo físico como acontecimiento exterior y el traumatismo psíquico como lo interior, se diferencian en que el segundo no es consecuencia mecánica del primero, sino que actúa movido por una excitación endógena desencadenada por el primero. Es decir que la eficacia del acontecimiento va a depender de las fantasías y del momento pulsional que desencadenen.

Evidentemente, se puede establecer una clara asociación entre la noción de trauma psíquico y el diagnóstico de cáncer, siendo que el tomar conciencia de una inminente realidad como lo es el diagnóstico de cáncer nos lleva a pensar en el carácter traumático de esta noticia.

La noción de trauma psíquico se presenta en la obra freudiana desde su origen, inmiscuyéndose en la mayoría de los ensayos y pensamientos del fundador del psicoanálisis, pero a medida que se modifica la teoría, también se modifica el concepto de trauma. De igual manera, la vasta obra del creador del Psicoanálisis puede ser pensada en tres momentos, que se distinguen por el modo en que se abordan la causación del síntoma neurótico, la etiología sexual y los mecanismos psíquicos.

El primer momento puede situarse entre los años 1895 y 1897, y es aquel en el cual Freud se sirve de la teoría de la seducción para dar cuenta de la etiología del síntoma. En este punto, se considera al trauma como un hecho realmente acontecido, hallándose en el origen de toda neurosis (Freud, 1992). El segundo momento de la teorización del trauma refiere a la explicación de las psiconeurosis a partir de la defensa y de la idea de conflicto,

11

en la cual se va vislumbrando que el acontecimiento que se creía originaba el trauma de las pacientes correspondía en verdad a una realidad psíquica que pertenecía al plano de la fantasía. Finalmente, el tercer y último momento - que será en este escrito de vital importancia - puede situarse aproximadamente hacia 1920, cuando Freud comienza a producir una modificación radical en su teoría, reformulando la noción de angustia y reconsiderando la etiología sexual. Se basa para esto en la articulación con la represión a la luz del fundamental complejo de castración. El dualismo pulsional prima en los escritos de la época, distinguiéndose fundamentalmente la pulsión de vida y la pulsión de muerte, y comienza a vislumbrarse una nueva tópica psíquica, con un aparato compuesto por tres instancias: Yo, Ello y Superyo. Todos estos cambios posibilitaron que Freud repensara la noción de trauma.

Es entonces en *“Más allá del Principio de Placer”* donde Freud (1992) intenta crear una representación simplificada del organismo vivo utilizando como herramienta una vesícula indiferenciada de sustancia estimulable. “Para subsistir, tal vesícula debe rodearse de una capa protectora, una barrera cuya función consiste en filtrar los volúmenes de estímulos provenientes del mundo externo” (p.27)

La lógica del trauma entonces se explica por la perforación de esa barrera de protección antiestímulo que Freud claramente delimita, generando una perturbación en la economía energética del organismo psíquico. El aparato se ve de repente inundado por una enorme cantidad de excitación no tramitada, produciéndose de forma inmediata la

suspensión del Principio de Placer, en pos de tramitar y elaborar dichos montos de energía. El proceso de elaboración requiere un amplio gasto económico para el aparato, que parece empobrecerse para tramitar el trauma.

Más tarde en *"Inhibición, Síntoma y Angustia"* (Freud, 1992) el concepto de trauma cobra importancia en relación a la angustia automática, precursora de la angustia señal, afirmando que la angustia es la reacción originaria frente al desvalimiento en el trauma. En dicho texto, Freud describe dos modalidades de presentación de afecto: angustia señal y angustia automática. La primera se produce frente a una situación de peligro, siendo en este caso la angustia una expectativa del trauma y una repetición amenguada de él (recurso del yo para evitar un desarrollo mayor de angustia); la segunda se desarrolla frente a una situación traumática como aquel afecto que aparece repentinamente sin mediación o representante psíquico con cual asociarse.

Claro está que cuando la angustia señal funciona permite la posibilidad de anticipación del yo ante un peligro, poniendo en juego mecanismos defensivos que le permiten cierta evitación de la situación, pero cuando no funciona confronta al sujeto y a su familia a un montón de cuestiones. Es así que consideramos que, frente a una urgencia subjetiva como es la noticia de un diagnóstico oncológico, la señal angustiosa estuvo en falta (falló) y el arrasamiento del sujeto se hizo evidente.

La angustia automática, que ahora se presenta absolutamente desamarrada, en un desborde - o como también suele decirse *"a cielo abierto"* - ataca al sujeto y lo deja en suspenso, absolutamente desorientado y extraviado, padeciendo lo que Freud en su texto *"Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia"*, denomino como equivalentes de la angustia que se relacionan en lo corporal con la sudoración, la taquicardia, el ahogo, vértigos y los temblores.

Por su parte, Mauricio Tarrab (2005) en un escrito titulado *"Seudónimos de la angustia"* da indicios acerca de lo que caracteriza a dicho afecto:

Pero los analistas, desde Freud hasta aquí, tenemos una idea de lo traumático que no necesariamente coincide con lo dramático o lo trágico. Hemos sido enseñados por la clínica que la angustia puede irrumpir en la vida de alguien a partir de episodios mínimos, intrascendentes: un ruido, el rostro de un desconocido, una música un domingo por la noche, el comentario inadvertido de un amigo, la mirada triste de alguien, algo casi nada nos toca levemente y a partir de allí irrumpe lo insoportable, algo incomprensible que cuando lo sufrimos podemos encontrarle ningún sentido. Quien está angustiado solo sabe que está

12

concernido profundamente por ese sentimiento, que debe hacer algo con eso que le agarra las tripas, que le hace marchar intensamente el corazón, que le hace pensar cosas insensatas, es decir que eso que llamamos angustia invade tanto su cuerpo como su pensamiento. La experiencia subjetiva de la angustia no deja a quien la experimenta ninguna duda, aunque no sabe qué sentido tiene lo que le pasa, sabe que debe hacer algo para que eso cese. (pp.127-128).

El peligro de la realidad con la que se encuentra el sujeto frente al diagnóstico podría ser pensado, desde la perspectiva freudiana, como un exceso de excitación que tiende a producir el desamparo. En este sentido, el desamparo es visto como aquel aspecto traumático de la pérdida que, a nivel económico, propicia el encuentro confrontativo del sujeto con una cantidad de excitación. Frente a la falta de recursos ante tales excitaciones que no le permiten responder adecuadamente, el sujeto se vuelve víctima de un martirio imposible de soportar.

A los ojos de Freud, el desamparo es considerado el ejemplar de la situación traumática originaria y, para nosotros, el anotar diagnóstico su reanimación. El trauma aparece estrechamente vinculado a la represión primordial o primaria y la reactivación del desamparo se va a producir, aunque con diferentes magnitudes, en los sujetos que sientan

el impacto del acontecimiento como un eco de su antiguo trauma. Frente al diagnóstico de cáncer, algo de lo irreductible de la pulsión, de lo no ligado a ninguna representación o significativa procura perforar la barrera protectora, que, al verse dañada, hace surgir la angustia de muerte como respuesta.

A la sensación de desamparo se suma lo indecible, la incertidumbre que no termina de ser expresada por la palabra, y ante la cual la única respuesta posible es la angustia. Es el desvalimiento lo que devela la angustia. En estos momentos, la certeza se impone y tanto el diagnóstico como la angustia se presentifican, sin duda alguna, en el cuerpo.

Ante la imposibilidad del decir y de elaborar aquello que ha generado la rotura de la barrera de protección, acontece una perturbación en la economía energética del sujeto ya que el incremento de las magnitudes de estímulos rompe con la homeostasis del psiquismo. En este instante, coinciden el peligro externo y el peligro interno, por lo que el aparato psíquico se encuentra en un estado de desvalimiento debido a que el Principio de Placer se encuentra suspendido mientras la energía perturbadora del trauma se está ligando.

Para finalizar, es menester entender que, en el caso de pacientes oncológicos, el psicólogo no debe poner el acento tanto en el diagnóstico como acontecimiento traumático sino en lo que el sujeto sienta de ese hecho; en cómo se posiciona el sujeto frente a ese hecho ya que la incidencia traumática que impactará en el ser del paciente dependerá, entre otras cosas, de los recursos con los que este cuenta para elaborar el acontecimiento. Y en este sentido, la terapia como función ortopédica, le dará al sujeto la oportunidad de responder como no lo hizo en el momento en que le comunicaron la noticia.

### **3.3 El duelo oncológico por la pérdida de la salud.**

*“Todos tenemos adentro una insospechada reserva de fortaleza que emerge cuando la vida nos pone a prueba”.*

*Isabel Allende, 2009.<sup>4</sup>*

Hay situaciones que quedan grabadas en la memoria, tatuadas sin tinta por el resto de nuestros días, las cuales no se reducen necesariamente a la vida y al nacimiento sino también al dolor, la enfermedad y las pérdidas que dicha vida implica. Respecto a ello, es posible pensar sobre la existencia de una serie de pérdidas que caracterizan la experiencia vital de las personas diagnosticadas de cáncer y que, en su mayoría, comienzan con la pérdida de la salud.

<sup>4</sup> Allende, I. (2009). *La isla bajo el mar*. De bolsillo.

Cuando se goza de un bienestar físico, psicológico y social se dice que se tiene salud; así es como esta se convierte en un tesoro preciado por la humanidad. Pero, ¿qué sucede cuando se hace presente una enfermedad, cuando una persona recibe un diagnóstico oncológico? En tales circunstancias, es notable que la persona comience a experimentar una gran incertidumbre por lo que puede venir acompañado de dicha enfermedad; que sienta la amenaza tanto de su autonomía como de sus capacidades, del estilo de vida que lleva y, sobre todo, que experimente, quizás por primera vez, el hecho de ver amenazada su propia vida.

La sensación de vacío que se experimenta cuando se escucha el diagnóstico provoca que el paciente perciba su vida bajo amenaza y como resultado sobrevenga el dolor que conlleva colocarse en contacto con su propia vulnerabilidad tanto física como psíquica. El vacío puede enfrentarlo a la soledad y, al mismo tiempo, rodearlo de injustos discursos - *“no bajas los brazos, ya va a pasar”*, *“solo es cuestión de tiempo para que estés*

*mejor*”- que impulsan a lo productivo, que no permiten que el sujeto se detenga.

Por lo general, en los pacientes oncológicos, las posibilidades de pérdidas son muy variadas y dependen no solo del momento en el que se encuentre el individuo (diagnóstico, tratamiento, supervivencia o terminal) sino también de la magnitud del dolor que implica afrontarlas y del significado que para cada sujeto tengan. Puesto que si bien no ha elegido enfermarse, el afrontamiento de la enfermedad es, en cada caso, diferente y algunos de los pacientes pueden decidir cómo posicionarse respecto a ella. Sin embargo, las pérdidas que en este escrito convocan parten de la fase inicial del diagnóstico, momento preciso en que la persona entra en contacto con el duelo por la pérdida de su propia salud.

Al recibir la noticia, la primera reacción suele ser de shock emocional. La persona se queda bloqueada, conmocionada y es incapaz de tomar decisiones o demandar mayor información al respecto. En este particular momento, el sujeto entra en un proceso de duelo que se caracteriza por una serie de emociones, pensamientos, sentimientos, actitudes y conductas que algunos autores como Elizabeth Kübler-Ross (2016) han distinguido como etapas pero que, lejos de constituir un proceso secuencial, se establecen como un proceso dinámico caracterizado por experimentar cierta negación ante la noticia -“*aun no creo que esto sea verdad*”, “*es como si estuviera viviendo una pesadilla*”- y, junto a ella, la búsqueda de explicaciones.

En un principio, la autora mencionada considera que la vivencia del paciente suele centrarse en las pérdidas, con lo cual el estilo de afrontamiento que escoja para esta fase será determinante de cara a la posterior elaboración del duelo; puesto que si adopta una perspectiva de control, este será consciente de que las decisiones a tomar son sus elecciones; teniendo la capacidad de afrontar de mejor manera el proceso de la enfermedad y las pérdidas que esta conlleva. Sin embargo, si por el contrario, el paciente asume que ha perdido su autonomía y que no está en sus manos tomar las decisiones, le resultará difícil poder adaptarse al resto del proceso. De igual modo, es preciso aclarar que la elección de un estilo de afrontamiento u otro por parte del paciente depende de variables personales y factores de riesgo, como pueden ser un rol familiar de alta responsabilidad, duelos recientes, trastornos psicológicos, el apoyo social percibido, las condiciones económicas o la situación vital actual, entre otras.

Posteriormente, es posible que no tarden en hacerse presente los sentimientos de hostilidad e ira por ser esa persona, y no otra, a quien le ha tocado padecer esta pérdida; así como también, la necesidad de transitar por un periodo de negociación ya sea con el médico tratante o con la divinidad misma, que se expresan a través de promesas fantasiosas a cambio de asegurar su salvación: “*Le prometo que, si me salvo, le pondré a mi hijo su nombre*”, “*Iré peregrinando hasta la iglesia para agradecerle a Dios*”.

También es probable que el sujeto tenga que pasar por episodios de depresión dado que a medida que asume la realidad de la pérdida, le aparecerán sentimientos de pena, dolor, nostalgia, tendencia al aislamiento y pérdida del interés por lo cotidiano. No obstante, si el sujeto llega al punto de aceptación y comprensión tanto racional como emocional de su pérdida, se incorporará en un estado de mayor calma en el cual podrá tomar las decisiones adecuadas sobre los psicofármacos o farmacoterapia, los cambios en la actividad física, la

14

alimentación, su estilo de vida y los cuidados generales que debe tener para favorecer el tratamiento y por lo tanto, el control de la enfermedad. Por tales razones, se puede afirmar que un sujeto que ha asumido la aparición de la enfermedad cáncer, puede tener una participación más activa en lo que atañe a su propio tratamiento.

En relación con ello, Freud (1992) nos orienta para poder precisar al duelo como un estado afectivo normal (o reacción) que se produce ante una pérdida significativa. En estos términos, el duelo oncológico se presenta como un proceso naturalmente necesario (y no patológico), que la persona deberá atravesar desde el momento en que se le informa del diagnóstico para poder adaptarse a la nueva situación vital tras la pérdida. De igual modo,

como se mencionó con anterioridad, la pérdida de la salud y de lo corporal, no son las únicas pérdidas posibles, sino algunas de las que se pueden enumerar dentro de este escrito. Asimismo, es posible destacar las pérdidas referentes al miedo tanto a morir como de perder la estabilidad, la independencia y la seguridad; la pérdida de la rutina, de la intimidad, la sexualidad y finalmente, del rol que se sostiene tanto en el sistema familiar como en el mundo laboral y social.

El llevar adelante un trabajo de duelo le da la posibilidad al sujeto que ha recibido el diagnóstico de inscribir los acontecimientos penosos, de tomar noticia de aquello que le acontece sin tratar de enmascarar u ocultar el hecho puesto que, como se sabe, lo que no se elabora se repite. Es un proceso que posibilita elaborar aquello que genera tanto dolor por carecer de respuesta o explicación coherente. Sin embargo, se puede considerar que el atravesamiento del duelo y su salida es algo más complejo que la mera superación del dolor, ya que además de un gasto de tiempo implica una ardua tarea energética en la cual el aparato psíquico se ve forzado a dismantelar pieza por pieza los lazos que unen al sujeto con aquello que ha perdido, para así volver a investir amorosamente, es decir, a otorgar su energía libidinal, otra vez al mundo exterior.

En virtud de esto, Freud (1992) en "*Duelo y Melancolía*" expone:

El examen de la realidad ha demostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda la libido de sus enlaces con ese objeto. A ello se opone una comprensible renuencia; universalmente se observa que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, ni aun cuando el sustituto asoma. Esa renuencia puede alcanzar tal intensidad que produzca un extrañamiento de la realidad [...]. (p. 242)

Más adelante, en el mismo texto, el autor hace referencia sobre los tipos de duelos que un sujeto puede atravesar en su intento de asumir la pérdida. Distinguiendo el trabajo del duelo normal (análogo a una aflicción) de la melancolía, (que haría referencia al duelo patológico); estableciendo que la diferencia entre los dos radica en que la persona bajo los efectos de un duelo denominado normal observaría el mundo pobre y vacío debido a la falta del objeto querido, mientras que la persona melancólica o bajo los efectos de un duelo no resuelto, se vería a sí misma como pobre y vacía.

De esta forma, Freud establece una diferencia de orden temporal y en este sentido, el duelo normal se caracterizaría principalmente por ser una reacción proporcionada y adecuadamente esperada a la pérdida que ha tenido lugar. No obstante, la posibilidad de desarrollar un duelo patológico dependerá de la intensidad y las características de la reacción emocional del individuo. Este último tipo de duelo, surge en el momento en el que el individuo es incapaz de adaptarse emocionalmente a la ausencia de aquello que era significativo para él y, a diferencia del duelo normal, la duración y sus consecuencias suelen ser imprevisibles.

Por último, es menester aclarar que no existirían maneras correctas o incorrectas de transitar un duelo, puesto que cada duelo es diferente y es un proceso que no debería ser interrumpido o influenciado médicamente. El tiempo que cada uno requiere para procesar lo que está ocurriendo también suele ser muy variado. Es necesario que cada sujeto que atraviesa este proceso, se encuentre con su propia pérdida, intente atender sus necesidades y deseos expresandolos a través de la palabra. Esta palabra que se intenta

15

hacer presente, es recibida por un otro que se aproxima, que ofrece su escucha. La función del psicooncólogo es una función de acompañante que aloja, que invita un decir con el propósito de que el sujeto reconstruya parcial y simbólicamente algo de esa pérdida que se impuso.

### **3.4 Psicooncología: del tratamiento del cáncer al tratamiento del sujeto y su proyecto de vida.**

*“La cuestión no es qué enfermedad tiene una persona, sino quién es la persona que ha sucumbido a la enfermedad”.*  
*Atribuido a Oliver Sacks, 2015<sup>5</sup>*

Teniendo en cuenta lo reproducido con anterioridad, y conforme a la complejidad de la enfermedad oncológica, puede afirmarse que la vida cotidiana de quienes la padecen se ve desbordada en poco tiempo por lo que se considera que, mientras la persona lidia con el diagnóstico, el tratamiento y sus respectivos duelos, es de suma importancia que se sienta acompañada por la familia, así como también, que cuente con ayuda terapéutica que procure aliviar su sufrimiento y priorizar su calidad de vida.

Llegado a este punto, se vuelve necesario hacer referencia a la interdisciplina que en este escrito nos compete. La Psicooncología es concebida por Cruzado (2003) como un:

campo interdisciplinar de la Psicología y las Ciencias Biomédicas dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como a la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad. (p. 12).

De este modo, el fin último de dicho campo es lograr una mejor calidad de vida a través de un abordaje personalizado del cuidado emocional, psicológico y espiritual del paciente y su familia, así como también, brindarle acompañamiento y orientación a la familia, psicoeducar a todos los partícipes de este proceso, dar apoyo emocional y contención tanto al paciente y a su entorno como al equipo tratante, evaluar las necesidades psicosociales, tratar las alteraciones psicológicas asociadas a la enfermedad, facilitar la rehabilitación y reinserción social del paciente y, por último, favorecer las habilidades comunicativas entre los participantes y el equipo tratante con el fin de posibilitar un abordaje integral del paciente oncológico.

Asimismo, cabe destacar que la Psicooncología comprende al cáncer (tanto en sus causas como en su evolución) como una enfermedad multifactorial, lo cual implica que sus intereses no se focalicen en la enfermedad que aqueja al paciente sino en el propio individuo como ser biopsicosocial. Por lo que toda intervención que se realice en este ámbito buscará aliviar los síntomas psíquicos y tratar de alcanzar una mayor humanización de los tratamientos.

En este sentido, es el psicooncólogo quien intenta hacerse presente desde el primer momento en que a la persona se le comunica la noticia, puesto que llegado a ese punto lo único que importa para el paciente es el discurso médico: qué dice y cómo lo dice. Cuando el profesional interviene comunicando el diagnóstico inaugura en el paciente la posibilidad de hablar sobre padecimiento y de las implicancias que la enfermedad cáncer de ahora en más tendrá en su vida. No obstante, pocas son las veces que un paciente oncológico solicita una consulta psicológica por lo que, con frecuencia, se advierte que son los familiares o alguien del equipo tratante quien lo propone.

Consecuentemente, en la mayoría de los casos los pacientes suelen llegar al psicooncólogo recién diagnosticados o luego del tratamiento (derivados por sus médicos)

<sup>5</sup> Sacks, O. (2015). *Un antropólogo en Marte*. Anagrama

con un importante monto de angustia, dudas, preguntas, culpas y desinformados acerca de

su situación actual, el proceso de tratamiento que podrían tener que transitar, los efectos secundarios, las alternativas terapéuticas para controlarlos y el pronóstico de su enfermedad. De modo tal que la Psicooncología se convierte en un espacio seguro tanto para el paciente y su familia como para el equipo tratante que muchas veces, busca expresar sus dudas y elaborar sus temores.

En vista de que cada paciente vivencia el transcurso de su enfermedad de una manera particular, es imprescindible que el abordaje de las personas con cáncer sea lo más personalizado posible, teniendo en cuenta la singularidad del sujeto y el tipo de cáncer que padezca. En este sentido, los beneficios de la ayuda psicológica para dichos pacientes pueden variar según la fase de la enfermedad o según los problemas específicos que afecten a cada persona.

El rol del psicooncólogo dentro de la fase inicial del diagnóstico consiste, entre otras cosas, en dar soporte tanto al paciente como a la familia. Colaborando para que el mismo exprese y normalice las reacciones emocionales exponiendo el hecho de que son reacciones comunes de experimentar en una situación como ésta y que, por lo tanto, forman parte del proceso de adaptación al diagnóstico. En esta fase también se facilita la comprensión de la información al igual que se intentan deshacer falsos mitos que podrían crear miedos infundados.

Por otro lado, el psicooncólogo también puede acompañar a transitar el proceso del tratamiento, en el cual es probable que el paciente se enfrente a diversas modalidades del mismo, como lo son las cirugías, la quimioterapia, la radioterapia, la inmunoterapia y que consecuentemente padezca efectos secundarios tales como fatigabilidad, vómitos, caída del cabello, entre otros. En este punto, la tarea del profesional será trabajar con la parte subjetiva que estos efectos implican y conceder las herramientas que ayuden a reducir su impacto para así facilitar el seguimiento del tratamiento con una mayor calidad de vida.

En términos generales, se tratará de promover las potencialidades de cada persona para sobreponerse a la adversidad, así como también, acompañarla a recoger y reflexionar sobre la información para tomar las decisiones necesarias en torno a su tratamiento y a la vida cotidiana (como organizar las tareas y roles familiares, de qué manera hablar del cáncer con los hijos y amigos, si hay que dejar o no de trabajar y demás).

Se hace fundamental que el profesional procure facilitar la comunicación familiar ya que es habitual que el paciente quiera hablar de algún tema que le preocupa (el dolor, la muerte, el futuro, etc.) y los familiares lo rechacen porque no saben cómo abordarlo, o por el contrario, puede ocurrir que para evitar hacerle daño recurran al silencio lo cual termina afectando las relaciones interpersonales. A veces la familia no sabe cómo ayudar y tiene la sensación de no estar preparada para afrontar la situación, pero desde la Psicooncología se organiza cómo y cuándo abordar estas cuestiones: el lugar, el momento y el motivo. Se facilita la comunicación basada en el respeto y se posibilita que cada persona exprese lo que necesita.

El acompañamiento en este punto consiste en decidir qué información se da a cada persona y en facilitar herramientas de asertividad: saber responder a las peticiones positivas y las negativas manteniendo el respeto y la dignidad. Todo ello contribuye a mejorar el clima familiar y potencia una posición activa del paciente.

Al mismo tiempo, la labor empática del psicooncólogo también se fundamenta en el intento de que cada paciente quebrante la creencia de que la enfermedad cáncer es sinónimo de muerte, de manera tal que se haga conocedor de sus posibilidades de supervivencia. Se trata de evitar que se naturalice el padecimiento a partir de afianzar el deseo de vivir, superando el malestar y reinventándose para construir criterios de vida donde la muerte forme parte.

El sentir del paciente es tan importante como su estado físico, por lo que comprender que desde el rol del psicooncólogo se pretende prolongar la vida sería un grave error. En todo caso, la ambición de este campo es dar sentido a la vida del paciente a partir de habilitar la escucha y la circulación de la palabra, para aliviar el sufrimiento y posibilitar las herramientas que inciten al paciente a la elaboración de un nuevo proyecto de vida.

Conforme a ello, Arboccó (2014) expone que el proyecto de vida es un plan que una persona se traza para conseguir objetivos en la vida, es un camino para alcanzar metas. Le da coherencia a la existencia y marca un estilo en el actuar, en las relaciones y en el modo de ver los acontecimientos. En otras palabras, es una herramienta orientadora que sirve para definir en dónde está posicionado actualmente el paciente en su vida, hacia dónde quiere llegar y de qué manera lograrlo.

Usualmente, en la elaboración del proyecto de vida intervienen temáticas tales como la vocación, los modelos, la adquisición de actitudes, el sentido de vida, los objetivos (a corto, mediano y largo plazo), una clara planificación, una buena dosis de motivación y otros aspectos tanto sociales como personales que se van formando de manera progresiva pero que muchas veces se pueden considerar truncados cuando se hacen presentes enfermedades neoplásicas como el cáncer.

Asimismo, dicho autor también considera que las personas que buscan elaborar su proyecto de vida utilizan sus experiencias previas, sus posibilidades y las alternativas concretas que les ofrece el ambiente. Todo proyecto, independientemente de lo pequeño o grande que sea, le permite al sujeto sentirse competente convirtiéndose entonces en un factor protector de problemas como la apatía, la depresión y la baja autoestima.

De esta manera, la incertidumbre del futuro que puede ocasionar la enfermedad cáncer se transforma en una invitación a salir de esa vorágine en la que el paciente está instalado; a establecer un nuevo orden y, por lo tanto, a emprender un camino de autoconocimiento y reflexión sobre las decisiones que aguardan a futuro.

18

### Consideraciones finales

*“Es muy importante que hagas lo que de verdad te importe...  
Sólo así podrás bendecir la vida cuando la muerte esté cerca”.*  
Elisabeth Kübler-Ross, 1994<sup>6</sup>.

En Argentina, las creencias y representaciones sociales en torno al diagnóstico oncológico y su impacto en el aparato psíquico constituyen un tema muy poco explorado, de modo tal que es menester expresar los intereses que en este escrito convocan para reflexionar; no solo sobre el hecho de que el paso del tiempo no pudo corromper la solidez significativa que descansa en lo que concierne a la enfermedad oncológica, sino también sobre relación existente entre las nociones de crustáceo y cáncer, que desde sus inicios, dieron origen una analogía que aún actualmente sostiene el nexo entre el cáncer y el sufrimiento. Sufrimiento que no refiere solo a la dolencia misma, sino también al imaginario social y que, a su vez, posibilita indagar sobre la numerosidad de variables que determinan la manera en que puede reaccionar un individuo ante dicha noticia.

De esta forma, el impacto psíquico de la noticia devela al diagnóstico de cáncer como un acontecimiento trascendental que acerca al sujeto con lo real, lo traumático y le demuestra que no está exento de la posibilidad de morir. En este sentido, el diagnóstico se inscribe como un imposible de significar, abriendo canales que invaden el psiquismo con la idea de un anoticiar que más que una palabra, para muchos, se vuelve una sentencia.

La intensidad de los acontecimientos, además del impacto que tienen por sí mismos, está dada por la sucesión de una serie de experiencias que producen un efecto traumático en la medida en que no son posibles de simbolizar en ese momento. Por lo cual, puede afirmarse que habría una conexión referida al acontecimiento traumático ligado al “accidente” que dará lugar a la línea de asociaciones que posibilita el trabajo del psicooncólogo respecto a la elaboración y simbolización.

El talante amenazador que constituye la situación es distinguible: en el momento en

que al sujeto se lo diagnostica con cáncer este se acerca de manera sorpresiva con lo ominoso, lo cual hace que se manifieste el presentimiento y, por tanto, el terror inevitable de que las cosas no van a volver a ser como antes. De esta manera, es el encuentro con lo siniestro lo que realza el carácter traumático de la noticia, en tanto el aparato psíquico no se encuentra preparado para tramitar el desmesurado monto de excitación que se presenta a razón de la repentina perforación de la barrera antiestímulo.

Finalmente, es posible dilucidar que gran parte de la situación depende de la intensidad del acontecimiento traumático, la extensión temporal del mismo, las características de afrontamiento del individuo y la inserción o apoyo familiar y social con el que cuenta. Abriendo la posibilidad de reflexionar sobre la probable asociación entre el diagnóstico de cáncer y la reanimación de la situación traumática originaria, caracterizada fundamentalmente por el desamparo.

En relación a lo ya mencionado, se hace menester enfatizar en la pregunta que interpela el presente ensayo, una pregunta que hace referencia al porqué del cáncer funcionando como un acontecimiento traumático en algunos casos y, por el contrario, como un acontecimiento que permite un replanteamiento del futuro abriendo camino a una mirada distinta tanto sobre el sí mismo como sobre la enfermedad.

Por otro lado, y pese al imaginario social que se destaca con anterioridad, el cáncer no es un enemigo que ataca desde afuera sino más bien una afección que surge en el interior de un sujeto y que en muchos casos se asemeja a una serie de enormes olas oceánicas creadas por un disturbio submarino. De tal modo que la enfermedad es comprendida como una manifestación del ser biopsicosocial y espiritual, que a su vez sufre las consecuencias de ser educado a partir de una lógica lineal, donde se enfatiza en la causa y el efecto como dos conceptos consecutivos tales como pensar que "*el cigarrillo causa cáncer*". Por lo cual, se hace difícil ver al sistema como un todo integrado y

<sup>6</sup> Kübler-Ross, E. (1994). *La rueda de la vida*. Ediciones B.

19

reflexionar acerca de que el cáncer podría no sólo reducirse a eso, sino a una constelación de elementos que se relacionan.

De este modo, concebir la realidad en términos lineales de causa y efecto, o a la enfermedad como mero producto de una conducta, es anular la posibilidad de excepción que permiten pensar que hay sujetos que no fuman y aun así pueden desarrollar cáncer. Por lo que se comprende que la enfermedad cáncer no son solo hechos biológicos sino también una red de significados que se construyen socialmente desde el discurso.

Ahora bien, desde otra perspectiva se puede inferir el hecho de que, llegado a determinado punto, poco importa si el sujeto presenta pensamientos lineales o supone al cáncer como efecto de su conducta si tiene la posibilidad de transitar y elaborar el dolor que significan las diferentes pérdidas que comienzan por la de su estado de salud y continúan con los cambios psíquicos que lo acompañan.

Atravesar el dolor que se presentifica con el diagnóstico es fundamental para que el sujeto pueda inscribir los acontecimientos penosos sin tratar de enmascarar los hechos y, más adelante, volver a otorgar su energía libidinal al mundo exterior. Asimismo, es necesario que, en el transcurso de este proceso, el sujeto se encuentre con su propia pérdida intentando atender sus necesidades y deseos a través de la puesta en acto de un quehacer psicooncológico que lo aloje y le permita simbolizar mediante la palabra; para que, poco a poco, el paciente se encuentre en condiciones de reinsertarse socialmente y por tanto de ir reconstruyendo un nuevo proyecto de vida.

Acorde a lo anteriormente formulado, es fundamental enfatizar no solo en el rol del psicooncólogo quién, entre otras cosas, acompaña y contiene a los pacientes en las diferentes etapas de su enfermedad sino también, en lo que la Psicooncología como campo interdisciplinario tiene para ofrecer a través del trabajo conjunto con diversas disciplinas.

Aquí se buscará apostar no solo la mejoría del cuerpo físico sino también la posibilidad de aliviar el sufrimiento psíquico y a una mejor calidad de vida tanto para el paciente como para la familia, además de lograr un punto de encuentro donde circule la comunicación y empatía entre los profesionales del equipo tratante y entre estos y el paciente o su entorno más significativo.

20

#### Referencias bibliográficas

Allende, I. (2009). *La isla bajo el mar*. De Bolsillo.

Arboccó, M. (2014). La importancia del proyecto de vida. *Diario Oficial El Peruano*, p. 12, 27 de diciembre del 2014.

Cruzado, J. (2003). La formación en psicooncología. *Psicooncología*, 0, (1), 9-19.

De la Garza Salazar. J., Juárez Sánchez. P., (2014). El cáncer. La ciencia a tu alcance. México.

Freud, S (1992). Duelo y Melancolía. En *Obras completas*. (vol. 14., p.p. 235-256). Amorrortu.

Freud, S. (2013,b). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras completas*. (vol. 20., p.p. 71-161). Amorrortu.

Freud, S. (1992). Más allá del principio de placer. En *Obras completas*. (vol. 18., p.p. 1-62). Amorrortu.

Freud, S. (1992, a). Lo ominoso. En *Obras completas*. (vol. 17., p.p. 215-251). Amorrortu.

Kendel, E., Shwartz, J., Jessell, T. (2001). *Principios de neurociencia*. MGH.

Kübler-Ross. E., Kessler, D. (1969). *Sobre el duelo y el dolor*. Ediciones

Luciérnaga. Kübler-Ross, E. (1994). *La rueda de la vida*. Ediciones B.

Lacan, J. (2007). *Mi enseñanza*. Paidós.

21

Lacan, J. (2021). *Seminario 10: La angustia*. Paidós.

Macarulla, T., Ramos, F., (2009). *El médico en casa: comprender el cáncer*.

Amat, S.L. Organización Mundial de la Salud (s.f.) *Salud Mental*. Recuperado de:

[https://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](https://www.who.int/topics/mental_health/es/)

Organización Mundial de la Salud. (2021). Cáncer, datos y cifras. Página Oficial de la

OMS.

Recuperado

de

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Papez, J. W. (1967). *Comparative neurology; a manual and text for the study of the nervous system of vertebrates*. New York, Thomas Y. Crowell company.

Sack, O. (2015). *Un antropólogo en Marte*. Anagrama.

Sontag, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas*. El sida y sus metáforas. Taurus.

Tarrab Mauricio (2005). Seudónimos de la angustia. *Psicología*. *BelloHorizonte*,

11(17), 126-131.