



Universidad
Nacional
de Rosario

Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Psicología
Trabajo Integrador Final

El lugar del psicólogo en el acompañamiento de pacientes con cáncer

Modalidad de Presentación: Ensayo
Autora: Ali Nafdaf, Nair Ayelén
Legajo: A-1913/5
Docente Responsable: Ps. Correa, María Fabiana

Año: 2022

Agradecimientos

A mis padres, por darme la oportunidad de elegir camino, y andar.
A mi hermana, por caminar delante, a la par y detrás, cuando fue necesario. A mi familia, por ser parte.
A mis amigas de la vida, compañeras de estudio, y de trabajo, por alentar y acompañar cada

paso.

A los docentes de Vuestra Casa de Estudio, por brindar, en cada instancia, herramientas, saberes y, sobre todo por compartir la pasión y el amor por lo que hacen. A todos los que fueron parte de este largo caminar, porque como dice el tan conocido poema “caminante no hay camino, se hace camino al andar”.

Entonces, a todos aquellos que hicieron camino al andar conmigo, gracias. Para ustedes, es este reconocimiento.

Índice

1

Agradecimientos.....	Pág. 1
Resumen y Palabras Clave.....	Pág. 3
Introducción.....	Pág. 4

El inicio de un recorrido. La enfermedad y el Sujeto que padece.....	Pág. 4
Abriendo horizontes. Explorando Universos.....	Pág. 9
Reflexiones finales. Horizontes encontrados.....	Pág. 16
Referencias Bibliográficas.....	Pág. 18

Resumen

2

En el presente ensayo, se propuso indagar la labor de los psicólogos en el acompañamiento

y cuidados de los pacientes que padecen cáncer. Las últimas décadas han sido testigos de cómo, los psicólogos, han tenido mayor participación en el tratamiento y acompañamiento de dichas personas. Esto se debe, a que los impactos que genera la enfermedad, no solo se imprimen en el cuerpo, sino también, en el estado psíquico-emocional, en la vida social, en los modos de ser y habitar el mundo, y en todo lo que se refiere al sujeto. En consideración de ello, se partió del siguiente supuesto; el tránsito por la enfermedad, requiere, en la gran mayoría de los casos, de la intervención de los profesionales de la Salud Mental. Para su abordaje, se conceptualizó a la enfermedad como evento traumático, y al sujeto como un ser bio-psico-socio-espiritual, lo cual permitió contemplar la enfermedad y los tratamientos desde una perspectiva de la complejidad. Se incluyó, además, una descripción del quehacer de los psicólogos en Cuidados Paliativos. Para finalizar, se concluyó que el acompañamiento de estos pacientes es importante y de gran valor, pues permite el abordaje de ciertos aspectos, que en un tratamiento médico pueden resultar velados.

Palabras Clave: Cáncer, Acompañamiento Integral, Cuidados Paliativos.

La idea del cáncer como enfermedad terminal forma parte de nuestro mundo representacional, lo cual tiene su impronta considerable, y contribuye a que recibir el diagnóstico, transitar la enfermedad, las consultas y los tratamientos médicos, impliquen, en la mayoría de los casos, un impacto en la vida del sujeto así como de su entorno más íntimo. Impacto que se traduce en un quiebre en los modos de ser y habitar el mundo. En la manera de sobrellevar la existencia y que pone en jaque lo hasta ahora construido y sostenido por la persona.

Esto supone, además de los dolores y sentires propios de la enfermedad, situados a nivel de lo biológico y que se registran en el cuerpo, que la persona atraviesa una situación que tiene efectos en su estado emocional y psíquico, los cuales son consecuencia, entre otras cuestiones en juego relacionadas con la subjetividad de cada sujeto, de la carga simbólica negativa que tiene la enfermedad. Esto nos lleva a reflexionar sobre los costos emocionales que padecer la enfermedad imprime en el sujeto, en su entorno y en los efectos resultantes de esta situación.

Consideramos, a raíz de lo expuesto, que la Salud Mental es un pilar fundamental para poder afrontar la enfermedad, en virtud de ello, su abordaje también debe formar parte de las coordenadas a la hora de planear la terapéutica oncológica. Una persona que recibe la atención y el espacio para expresar sus emociones y conflictos psíquicos, será alguien provisto y preparado con un abanico más adecuado de herramientas para el tránsito por la enfermedad y sus tratamientos. Por eso, partimos del supuesto que en los casos que así lo requieran, el sujeto que padece cáncer, puede contar, junto con los tratamientos médicos específicos, con el apoyo y acompañamiento de los profesionales de la salud mental.

En función de esto, en el presente trabajo pretendemos abordar, a partir de la lectura de diversos autores registrados en libros, revistas y archivos documentados en páginas de internet, el papel de los psicólogos en el acompañamiento integral de los pacientes con diagnóstico de cáncer. Su rol desde la disciplina, su modo de trabajar y los beneficios que obtienen las personas de este tratamiento terapéutico. En el escrito, que presentamos bajo la modalidad de ensayo, se procede a presentar al cáncer como evento traumático, y al sujeto enfermo desde una concepción bio-psico-socio-espiritual. Se expone el trabajo de los profesionales, su lugar en el equipo de Cuidados Paliativos, y la importancia de los mismos en el marco de un tratamiento integral.

El Inicio de un Recorrido. La Enfermedad y el Sujeto que Padece. Del Cáncer. De Aquello de lo que se Habla y se Esconde.

El cáncer engloba un conjunto de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen, crecen y se diseminan por el cuerpo. (De Velasco y Puente, 2019, s/n) Este desarrollo anómalo puede producirse en cualquier parte del cuerpo e irradiar hacia otras zonas. Según la región corporal en la cual se produzca el mismo, se desarrollará un tipo diverso de cáncer.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye al cáncer dentro de las enfermedades que no se transmiten por contagio, (ENT), consideradas la principal causa de mortalidad en el mundo. Lo que nos lleva a la representación inmediata de una *enfermedad terminal* (Vidal y Benito, 2015, p. 231)

Si bien es cierto que la enfermedad puede llevar a la muerte de la persona que la padezca, en los últimos años, los diversos avances científicos y médicos han permitido el mejoramiento de las ya existentes modalidades terapéuticas y el surgimiento de otras novedosas que permiten transitar la enfermedad, lograr una mejoría en la calidad de vida de

los pacientes, e incrementar la sobrevida esperable. La enfermedad oncológica, no es,

4

grosso modo, un padecimiento que se cure al modo que lo hacen las infecciones, por ejemplo. Que una vez erradicadas la persona puede continuar con su vida como si no hubiese sucedido nada. No sucede así con esta patología. Por su parte, el cáncer tiene costos altísimos a nivel del psiquismo del sujeto que lo padece. Implica un largo trayecto que va desde los primeros estudios confirmatorios, el temido e inesperado diagnóstico que se clava como un puñal en las certezas de la persona, que ahora empiezan a resquebrajarse poco a poco, tratamientos –muchos de ellos nocivos- periodos de remisión, de recaídas, de rehabilitación y reinserción social. Siendo así que la enfermedad acompañara al sujeto durante un periodo de tiempo inestimable, periodo para el cual debe estar preparado.

Esto contribuye a que la asociación entre *cáncer-enfermedad terminal* no haya podido deslindarse, pese a los notables avances antes mencionados. Por lo cual, en la actualidad, sigue generando un gran impacto en la vida de las personas que reciben el diagnóstico, repercutiendo en su ámbito familiar y social.

La palabra cáncer está cargada de un sinfín de significados ominosos, relacionados con las ideas de finitud, muerte, destrucción, que generan, además de los síntomas propios del cáncer como enfermedad situada a nivel físico, conmociones a nivel psíquico-emocional y social, ya que lo que se pone en juego es la propia vida y la posibilidad de un futuro.

Cáncer. La sola mención de la palabra conmueve todo el psiquismo de la persona. Luego de recibido el diagnóstico, ya sea que el mismo haya sido o no asumido por la persona, la palabra golpea al sujeto y da lugar a una serie de imágenes y representaciones asociadas a la misma. Aparecen los fantasmas de muerte, dolor, destrucción, invalidez, deterioro, pérdidas. Se moviliza todo un imaginario negativo al mismo tiempo en que la simbolización de la finitud comienza a irrumpir de forma materializada (Alizade, 2002, p.2) Ya no se trata de algo que podría ser algún día – los seres humanos somos los únicos vivos que tenemos la certidumbre de nuestra propia muerte, solo que no sabemos cuándo va a suceder, y frente a esta incertidumbre, que bien podría ser una especie de regalo frente a un designio inamovible que nos arrebatara la existencia, podemos pensar y planear un futuro, lo que permite ir dando sentido a nuestro estar en el mundo y hacerlo tolerable - si no algo que los pone frente a esa certidumbre incierta, esa finitud que parecía tan lejana. La llegada de la enfermedad los pone frente a la posibilidad de la muerte.

Todo esto implica una reorganización de la dinámica psíquica (Alizade, 2002, p.2) Necesaria por el hecho de que la enfermedad ha aparecido en la vida de la persona de manera inesperada. Dentro de los planes y proyectos, de la cartografía que la persona había delineado, algo irrumpe y diluye ese trazado.

Es por ello que se vuelve casi un compromiso, para con el paciente, la familia y aun, el equipo de profesionales oncológicos, plantearnos la importancia de acompañar la terapéutica oncológica con psicoterapia, con un acompañamiento que permita escuchar aquello que queda camuflado entre los tratamientos, pasillos y consultas médicas.

La imperiosa necesidad de erradicar lo más rápido posible el dolor orgánico, la terapéutica moderna, el deseo de salvar al paciente y la fantasía de volver a la vida hacen que se ponga en primer plano el tratamiento médico, y la urgencia de que la persona se *cure* lo más rápido posible. De esta manera, en muchas ocasiones, el paciente diagnosticado empieza a desdibujarse como sujeto total, deja de ser una persona para convertirse en un cáncer más. Como si la enfermedad, por sí sola, tuviese una existencia independiente del cuerpo que la aloja. Como si el impacto no se cobrase la totalidad del cuerpo, de la persona y de su forma de vida. (Schavelzon, 2002, p.11)

Luis Chiozza (1997, p. 19), sostiene que la enfermedad física es también una forma de lenguaje. Es forma de expresión, relato. Como tal, debe tener una significación, la cual debe ser buscada en tanto se curse, y debe poder ser resignificada a lo largo del camino. El cáncer se presenta de manera inesperada, produciendo un quiebre en la historia de la persona, pero sin lugar a dudas, la misma no es un acontecimiento aislado. Forma parte de

5

la biografía del sujeto, se inserta en ella, y como tal es necesario darle una significación. Hacerla ingresar en ese contexto que la resignifica.

Por ello es que la psicoterapia puede ser un instrumento más dentro del arsenal terapéutico con el que se aborda esta enfermedad.

Pero para eso, es necesario no separar la enfermedad de la persona que la padece. Retomamos lo arriba explicitado, no existe el cáncer por sí solo, existe un hombre enfermo, que recibe el diagnóstico de una enfermedad. Si se toma en cuenta al paciente con cáncer, entonces su aparato psíquico y su relación con la situación, sus actitudes, sus vínculos, todo eso empieza a ser trascendental. Y su abordaje se vuelve necesario.

Necesario para lograr una mejor respuesta de la persona ante el drama que se gesta frente a sí. Para que el proceso de enfermedad pueda ser transitado de manera que al sujeto le resulte tolerable dentro de sus límites, es fundamental una reorganización, donde ese acontecer extraño que se presenta bajo la forma de una patología, cuyo nombre contiene asociadas representaciones e ideas negativas, sea integrado a la historia de este sujeto. Forme parte de su biografía.

Es aquí, y en la medida de que el cáncer es mucho más que el nombre de una enfermedad crónica, si no que esconde un universo de sujetos y vidas posibles, donde el trabajo de los agentes de la salud mental, se vuelve compromiso.

¿Cuál es el paciente con que se trabaja? Del Sujeto como Totalidad.

Pensar el impacto que el cáncer tiene en el psiquismo y en la vida familiar, social y laboral de la persona, implica partir de una concepción de sujeto como ser bio-psico-social y espiritual, contemplando cada una de las dimensiones afectadas en este proceso. Además de lo biológico, de su ser corporal, el sujeto se mueve en un mundo humano, con valores y motivaciones, proyectos, sentidos, etc. Y todo ese conjunto se pondrá en juego al momento en que el diagnóstico irrumpa en la vida de la persona. (Bleger, 1965, p.62)

Sabemos que, durante mucho tiempo, la terapéutica aplicada al cáncer ha priorizado los tratamientos a nivel físico, incidiendo y atacando las áreas afectadas y limitándose a ellas. Consecuencia de un modelo médico hegemónico. El cual, si bien cuenta con una trayectoria innegable, hoy en día está siendo revisado críticamente y permite contemplar en los tratamientos muchas más áreas problemáticas. En ello, ha contribuido, una mirada más holística de los sujetos y terapéuticas, modelos mucho más amplios y la importancia de los cuidados paliativos, que, sin dudas, permiten moverse del tratamiento exclusivamente centrado en la enfermedad para tomar en consideración al sujeto en tanto tal y afirmar, a partir de estos movimientos, su calidad de vida.

Por ello, si partimos de un sujeto como totalidad, atravesado por su historia personal, la de quienes lo precedieron, los avatares propios del contexto en el cual está inmerso y la manera en que todo esto es asimilado y reconstruido a cada instante por el mismo, no podemos pensar la terapéutica del cáncer exclusivamente desde el modelo médico imperante que solo opera en y desde lo corporal-biológico. Se hace necesario, pensar en el impacto que desde el momento del diagnóstico se gesta en la persona, desde una

perspectiva que tenga en cuenta la totalidad de la misma.

El cáncer no afecta a un cuerpo aislado, tomado como soma, afecta a una persona, y por lo tanto, el abordaje del mismo debe serlo desde una mirada integral. Integrando y haciendo participe a una clínica que pueda dar lugar a la palabra del sujeto. Como expresa Bleger (1965) no se trata de un rechazo de la medicina, si no de partir de la premisa de que “todo fenómeno humano es siempre y al mismo tiempo biológico, psicológico y social” (p. 57). Los profesionales de la salud mental, psicólogos, a lo que deben apuntar es a reintroducir la dimensión subjetiva de cada paciente. Lugar que el discurso médico, en contadas ocasiones, ha contribuido a velar en la medida en que se limitan a trabajar con la

6

enfermedad. Como si el cáncer existiera por sí solo, con independencia del cuerpo perteneciente a la persona que lo aloja. Cuerpo que, por otro lado, está tomado por la historia de cada sujeto. No se trata de un cuerpo meramente biológico, que responde sin más a mecanismos preestablecidos de raigambre biológico. Cada cuerpo, está atravesado y sostenido por y desde la biografía de cada sujeto.

La percepción de la realidad es propia de cada ser humano. La construcción de la misma tiene que ver con la historia, personalidad, grupo de pertenencia, modos de relacionarse de cada persona, entre otros factores. Es por esto que el modelo terapéutico propuesto para el abordaje de quien transite la enfermedad debe partir de una visión bio psico-socio-espiritual. Esto implica, contemplar no solamente la enfermedad a nivel físico, ocupándose de los impactos que se producen y perciben en el soma, si no, incluir también, y sobre todo, las huellas que la enfermedad imprime a nivel psíquico, las reacciones emocionales, las dificultades que genera el tránsito por la misma, los sufrimientos que pasan desapercibidos tras el dolor corporal, el duelo por lo que se pierde, las reacciones en el grupo de pertenencia, los sentimientos asociados, las pérdidas de capacidades laborales, los valores, creencias, ideologías que sostienen a la persona y que muchas veces pueden ser de utilidad para reforzar sus recursos y permitir de esta manera, dar lugar al afrontamiento y adaptación a la enfermedad.

El paciente debe ser visto como un sujeto en su totalidad y no como un caso, es decir, no se trata de la enfermedad cáncer, si no, de la persona que la padece. El sujeto con el que se trabaja es alguien que ha recibido un diagnóstico. En este punto, el cáncer como enfermedad se corre, para dar lugar al sujeto que lo padece y que padece de otras cuestiones asociadas o no con este evento.

El Cáncer como Evento Traumático.

La enfermedad oncológica, por su incidencia y prevalencia, por sus características de gravedad, por las de sus tratamientos y también por su significado cultural, en el cual se presenta y se imprime en el imaginario social como una enfermedad terminal, conllevan a la conceptualización de la misma como un acontecimiento traumático que impacta en la vida de quienes la padecen, genera efectos emocionales y psicosociales, y en consecuencia, intentos de elaboración que se traducirán en conductas ajustadas o desajustadas a la situación, y qué se extenderá e impactará dentro de su grupo familiar y de pertenencia (Vidal y Benito, 2008, p. 212). Cada paciente, en función de sus recursos, intentará asimilar la nueva realidad para así poder acompañar, o no, el tránsito de la misma.

El diagnóstico de cáncer no implica solamente la aceptación de una enfermedad orgánica que supone, además, una serie de tratamientos para ser sobrellevada. Cuando una persona recibe el diagnóstico de cáncer, recibe también una carga de significados que

deberá asimilar y que lo llevaran a acomodar y reacomodar toda su vida. Significados que ponen en jaque su historia, y que lo llevan a enfrentarse a la posibilidad de una muerte anticipada. Muerte que amenaza desde lo lejano, pero que en el instante que recibe el diagnóstico se le presenta como una posibilidad ineludible. Como una sentencia que lo pone frente al límite temporal de que ya no queda más tiempo para eso que podía ser.

Retomamos las ideas de Lily Bleger (1965, p. 81) al decir que los seres humanos somos seres que nos movemos en dirección hacia un futuro posible. Todo lo que somos hoy, está pensado como la base y la formación para el mañana. Imaginamos y vivimos futuros posibles, en un presente lleno de objetivos para una vida que no es la de hoy, es la que esperamos alcanzar.

Precisamente el diagnóstico de cáncer viene a poner en jaque este modo, deja al hombre sin uno de los puertos que más lo movilizan: la espera de un futuro. Para todos los seres humanos es fundamental contar con un proyecto de vida para poder soportar el

7

malestar en la cultura. Enmarcar todas sus acciones y deberes dentro de un proyecto que de sentido a lo que hace. Cuando el cáncer aparece y golpea este proyecto, el sujeto sufre un impacto que exigirá una remodelación.

Como expusimos anteriormente; en sí misma y más allá del diagnóstico de quien la reciba, la palabra cáncer carga con toda una serie de significados ominosos: muerte, sentencia, destrucción física, etc. Por su parte los pacientes, se ven invadidos por miedos derivados de la misma enfermedad, pero también de toda esta carga significante; la pérdida de autonomía, la dependencia que pudiesen significar para otras personas, el deterioro físico, la posibilidad de mutilaciones, pérdidas de su cuerpo o deformación del mismo, el posible abandono de sus seres queridos, la discriminación social que podrían recibir, miedo a la muerte, y la imposibilidad de continuar con los planes que tenían. Es una enfermedad que cumple con los criterios de intensidad y extensión en el tiempo, propias de los acontecimientos traumáticos (Vidal y Benito, 2008, p. 212)

Se agrega, a este panorama, la dificultad que tienen tanto los pacientes como su entorno afectivo, así como el mismo médico –muchas veces- de emplear la palabra cáncer, de poder utilizarla en lo coloquial del recorrido, por toda su significación y el gran impacto que produce. Es como si la misma estuviese signada por ese pensamiento mágico que hace creer que no debe nombrarse algo para que no acontezca. O que su pronunciación traerá aparejadas terribles consecuencias (Vidal y Benito, 2008, p. 10) Sin embargo, la enfermedad ya está instalada y esta dificultad no hace más que bloquear las posibilidades de aceptación y trabajo. No poder, siquiera, nombrar aquello que se padece, acota bastante el trabajo de elaboración. Es no dar lugar, no darle espacio a que la enfermedad deje de ser una tragedia externa, para pasar a formar parte del sujeto y su historia. La posibilidad de elaborar un acontecimiento traumático también está en relación con poder ligar las cargas afectivas y darle una salida que no resulte iatrogénica.

Pero, más allá de que el cáncer cumple con las condiciones para ser considerado un evento traumático en sí mismo, no hay que olvidar que el impacto que tenga en cada persona es relativo y depende siempre y en todo caso de las características e historia de vida que se pongan en juego.

Por eso, resulta interesante introducir y desarrollar el concepto de *vulnerabilidad somática* (Gatto, 2015, p. 151) Porque pensar los efectos emocionales del cáncer, implica tomar en consideración la relación entre el enfermar y el psiquismo. Innegablemente una enfermedad que tiene un imaginario tan impactante como el caso del cáncer tendrá sus consecuencias en las personas, pero es necesario considerar también que hay ciertas

características propias de cada sujeto que aumentan el riesgo de enfermar o de padecer ciertos trastornos, o incluso de agravar enfermedades preexistentes.

Brevemente, expondremos la conceptualización del psiquismo para poder representar mejor el concepto de *vulnerabilidad somática*, lo haremos desde la exposición de Marcelo Gatto (2015, p.151), quien utiliza y desarrolla este concepto de Zukerfeld (1999).

El psiquismo opera con magnitudes de energía que son procesadas con diversos destinos, ligadas y traducidas en representaciones que permiten que sean elaboradas. Siendo este el caso ideal. Pero puede suceder que ciertas magnitudes no sean ligadas y procesadas según lo esperado y cuya única alternativa sea acumularse y descargarse en reacciones somáticas o actos. Aquí entraría a jugar el concepto de *vulnerabilidad somática*, que implica un modo de funcionamiento psíquico caracterizado por una pobreza o merma de recursos internos. Supone, entre otras limitaciones, una dificultad de simbolización y de recursos para afrontar los sucesos estresantes, baja tolerancia para hacer frente a las pérdidas significativas, y otras condiciones que no hacen más que entorpecer las posibilidades de elaboración y/o de afrontamiento.

Para determinar que un sujeto tiene *vulnerabilidad somática*, se tienen en cuenta tres variables fundamentales: calidad de vida, acontecimientos traumáticos que se han

8

vivenciado y las redes vinculares. La calidad de vida supone la percepción subjetiva que el propio paciente tiene de sus vivencias, de cómo logra expresarlas y de que siente respecto de las mismas. Los acontecimientos traumáticos tienen sus inicios en los primeros años de vida, muchos de los cuales, no se llegan a indagar, no obstante, es necesario rescatar aquellos que el paciente menciona para conocer el impacto y la forma en que los ha podido sobrellevar. Finalmente, las redes vinculares tienen que ver con los vínculos que la persona ha ido forjando, con la calidad y dimensión de los mismos.

Siempre se toma en cuenta el caso por caso y se parte de la premisa de que cada paciente es único y tiene una historia singular.

Es necesario postular que “Todos somos potencialmente vulnerables, y esto va a depender de si el desvalimiento, el déficit del procesamiento (...), en parte condicionado por nuestra estructura, en parte dado por lo adverso, es circunstancial o ha predominado a lo largo de nuestra vida” (Gatto, 2015, p. 157) Es decir, si partimos del supuesto de que todos tenemos posibilidad de desarrollar una vulnerabilidad, podemos, iniciada una modalidad terapéutica psicológica, determinar si la misma ha sido reforzada por el impacto recibido desde el diagnóstico o si es lo predominante en los modos de afrontamiento del sujeto. Sin duda, el tipo de abordaje será diverso en cada caso. En el primero, se podrá trabajar con el impacto de la enfermedad, con lo que la misma ha generado y permitir que el sujeto pueda lograr el afrontamiento de la misma, para lo cual será indispensable lograr el refuerzo de todos sus aspectos sanos. En el segundo, será tarea primordial, trabajar con las modalidades estructurales propias de esa persona, con su vulnerabilidad de base, que ha sido su *modus operandi* durante toda su vida, para así lograr una modificación que le permita responder a la enfermedad de una manera más beneficiosa, a partir del encuentro de herramientas y recursos propios. Sin embargo, pese a la diferencia que adopte el abordaje, en ambos casos encontraremos dificultades para aceptar la enfermedad, y sobreponerse al quiebre que ha causado la misma. Por ende, se trabajará a partir de la formación y las herramientas que permitan a los profesionales, o mejor dicho, que permitan al sujeto enfermo, descubrir o reforzar aquellos recursos empobrecidos a fin de que logre la aceptación de la enfermedad, así como la fuerza necesaria para sobrellevar el tránsito por la misma.

Abriendo Horizontes. Explorando Universos. Hacia un Abordaje Posible. Psicoterapia de Pacientes con Cáncer.

Como expusimos, las últimas décadas han sido testigos del surgimiento de diversos movimientos sociales y culturales, más humanistas, que fueron el disparador para la expresión de enfoques que conciben al ser humano como un sujeto integral, es decir, determinado y constituido por múltiples variables siempre en juego. Lo cual, llevado al terreno de la medicina en general, ha propiciado modificaciones y mejoras complementarias en lo que respecta a la concepción de las enfermedades, de los pacientes, y en consecuencia de los procesos terapéuticos. En lo que a nosotros concierne, ha permitido contribuir al tratamiento del cáncer y reflexionar sobre la importancia del acompañamiento psicológico de estos pacientes. El bienestar psíquico resulta de una relevancia inestimable para asegurar un recorrido lo más armonioso posible. Que el sujeto pueda transitar los diversos momentos de su padecimiento, depende, entre otros factores, de la posibilidad de abordar su enfermedad también desde el ámbito psíquico, sin desentender la importancia de los síntomas y molestias orgánicas, pero abriendo puerto a un dolor que ya no es físico, si no, también, emocional. Por otro lado, el abordaje psicológico resulta de gran valor pues, el pronóstico de una enfermedad siempre se ve modificado por el terreno subjetivo del paciente, es decir, por su propia constitución, por la manera de afrontar dificultades y su capacidad de resolverlas, su posición frente a la vida y a la muerte, entre otros.

9

Por eso, postulamos que acompañar los tratamientos oncológicos, con psicoterapia, resulta de gran valor.

Trabajar en la manera de afrontar los sucesos traumáticos que se presentan en la vida, requiere que se reflexione sobre el concepto de vulnerabilidad, para poder elaborar técnicas y estrategias que, en caso de encontrarnos con ella, permitan que la persona pueda reparar en esos aspectos que no contribuyen a su estado, y que pueda sino modificarlos, reforzar aquellos otros que sean propicios para el logro de objetivos terapéuticos que impliquen una mejoría. Se tratará, como en la clínica, de un trabajo conjunto, donde el espacio cedido permitirá poner en palabras lo que le sucede, elaborarlo, reparar en los recursos, modificarlos, mejorarlos e incorporar otros posibles modos de abordar la enfermedad.

Además, se incorporó el concepto de calidad de vida que permitió ampliar los horizontes a la hora de pensar las intervenciones médicas. Ya no se trata solo de curar y salvar al paciente sin importar las consecuencias, ahora se pone de relieve la calidad de la vida, las oportunidades y la calidad de morir (Buceta y Pucheu, 2015, p. IX) Por lo que, privilegiar los deseos y voluntades de los sujetos y sus familiares se vuelve parte integrante de las intervenciones. Aparecen los límites al quehacer profesional y la necesidad de priorizar a los pacientes.

El cómo curar se vuelve fundamental. Y en este cómo, el espacio psicológico de la escucha aparece en escena. De lo que se trata es de escuchar aquello que duele en la persona, de aquel dolor que reclama ser atendido, pero no desde la medicina, porque no se trata más de ese dolor corporal, físico, sino un dolor en su dimensión de sufrimiento. De lo que se trata es de preguntarnos que duele cuando duele (Montaña, 2015, p. 53) La tarea de los profesionales debe permitir alojar ese dolor, darle su espacio y permitir que el mismo sea incluido en el tratamiento del paciente.

Este tipo de dolor sufriente es siempre subjetivo, tiene que ver con la historia de cada

uno, con las marcas propias, se anuda a relatos, recuerdos, sensaciones, afectos, lo que determina que no pueda ser abordado desde la perspectiva de la medicina tradicional, donde un medicamento pretende modificar la escala de dolor y hacerlo tolerable, donde existen fórmulas y resultados universales que pueden e intentan ser aplicados en todos los casos. Cuando lo que irrumpe es el sufrimiento, las medidas universales pueden permitir, en el mejor de los casos, un alivio momentáneo, una sedación del padecimiento que implica haber silenciado el dolor. El sufrimiento puede ser débil, pero su raíz continúa extendiéndose en los universos subjetivos del paciente, a la espera del momento para aparecer de nuevo. Si no se trabaja desde la raíz, el dolor persiste, y sentencia a la persona a un sufrimiento psíquico que dificulta cada vez más el tránsito por la enfermedad. Por eso, se hace necesario abrir un espacio personal de escucha, donde se permita la circulación de la palabra, donde la palabra pueda alojar ese dolor sufriente que no encuentra filtración posible, y donde, el sujeto, en la medida que depura su dolor, pueda comenzar a notar mejoras en su estado general.

Una vez que permitimos que el dolor ingrese en el discurso, algo de ese dolor se modifica (Montaña, 2015, p. 54)

El no tratamiento de este dolor, el no poder acompañar la dimensión doliente del paciente oncológico tiene un impacto negativo en su calidad de vida y también golpea la dinámica del grupo familiar.

Sabemos que las psicoterapias se han asociado siempre al campo de la Salud Mental. Pero si tomamos en cuenta que las personas que padecen una enfermedad orgánica sufren un menoscabo en su bienestar integral, lo que genera en cada paciente un tipo de sufrimiento, el complementar los tratamientos médicos con psicoterapia resulta de gran valor (Vidal y Benito, 2008, p. 210)

Son múltiples y variadas las modalidades terapéuticas que hoy en día se expanden en el mundo de la Psicología. Todo profesional, escoge una de esas modalidades para dar

10

un encuadre a su trabajo, se apoya en un cuerpo teórico y técnico que le permite abordar la problemática humana en todos sus aspectos. Del mismo modo, el paciente que padece de cáncer, puede recibir un tratamiento psicoterapéutico basado en alguna de esas perspectivas teóricas. Sostenemos, como afirma

Marcelo Gatto (2017, p. 70), que lograr una mejora en la calidad de vida, un tránsito digno por la enfermedad y el bienestar del sujeto no se logra con acciones y palabras bienintencionadas, o por lo menos, esto no es suficiente. Todas las acciones que se ejecuten deben estar enmarcadas en teorías y prácticas que permitan trabajar con el psiquismo, y que favorezcan el rescate de los aspectos saludables de cada persona para lograr la elaboración de la situación y la construcción de algo nuevo con este suceso que ha irrumpido en su vida. Por ende, una formación adecuada es requisito fundamental para poder desempeñar este papel.

Caminos Cruzados. Pensar la Clínica de Pacientes con Cáncer.

Desde larga data, la medicina ha seguido un modelo centrado en el estudio de un objeto, las enfermedades en el hombre. Considerado objetivamente, el ser humano pierde las características que lo hacen ser persona. Es despojado de lo particular y se transforma en un objeto de estudio. Así, durante mucho tiempo, se han operado recortes teóricos y prácticos necesarios, que han llevado a que cada parte del organismo sea considerado un segmento aislado y cada enfermedad un ente con existencia autónoma. La patología tiene una realidad independiente y el ser humano queda segmentado y reducido a un órgano,

tejido, lesión, etc.

Si bien la medicina tiene una trayectoria que no puede cuestionarse, sí podemos interrogar los modos en que se procede. En nuestro caso, preguntar por el sujeto enfermo, por sus necesidades emocionales y por su mundo interno es una manera de poner bajo la lupa el modelo médico-hegemónico y así continuar con el trabajo extenso que desde hace tiempo viene promoviendo una mirada más integral de los pacientes y de las enfermedades, lo cual deriva en tratamientos más contemplativos. Partimos, entonces, del supuesto siguiente; toda patología orgánica se asienta sobre un cuerpo que pertenece a una persona que vive en un mundo, con su subjetividad y su universo social y de valores. Por ende, el tratamiento que reciben las personas con cáncer, debe suponer un cruce de caminos. Diversas disciplinas que trabajen en pos del acompañamiento del paciente y de su grupo en el discurrir de la enfermedad. El médico oncólogo, y su equipo, se abocarán al cuidado del paciente con los tratamientos requeridos para aliviar su dolor físico, para poder tratar el cáncer desde lo orgánico, pero también se debe contemplar la posibilidad de sostener desde lo psíquico este malestar. Pensar que, tras ese dolor orgánico, que, sin dudas, reclama su atención y cuidados, se esconde un dolor psíquico y emocional que también espera ser atendido.

No es una novedad esta posibilidad. Las interconsultas a profesionales de la Salud Mental son frecuentes, y el surgimiento de disciplinas y profesionales abocados al cuidado de los aspectos psíquicos forman parte de la extensa historia del cáncer. Porque con el tiempo, se ha comprendido que una persona emocionalmente sostenida podrá tener otros recursos que le permitan afrontar la enfermedad de una manera mucho más adaptativa. Si bien los tiempos que corren tienen aires beneficiosos para pensar en el logro de una atención totalmente integral de las personas con padecimientos orgánicos todavía es mucho el camino que queda por recorrer y son muchos los interrogantes que pueden seguir haciéndose para contribuir a la construcción de nuevas miradas y modelos integrales centrados en el hombre como sujeto enfermo y sufriente.

¿Cuándo son requeridos los psicólogos?

11

Cuando lo que duele, deja de ser orgánico. Cuando el dolor que aparece, reclama otra atención, es decir, supone algo que no puede ser paliado plenamente desde lo médico. Cuando la persona o su familia se sienten abatidas por la enfermedad, sienten un peso que no pueden cargar y descargar con los recursos habituales. Cuando las formas de vida, la rutina, el quehacer diario se quiebran y pasa a primer plano la atención médica, entonces la pérdida de lo que conformaba a la persona empieza a hacer ruido y a sonar estrepitosamente. Cuando algo estorba las posibilidades de aceptar la enfermedad, los tratamientos y las prescripciones médicas. Cuando emergen las angustias propias de la situación, los duelos anticipados, las pérdidas... En resumidas palabras, cuando aparece en escena el sujeto sufriente (Gatto, 2017, p. 76)

Ahí es cuando podemos hablar de un cruce de caminos, de interdisciplina, es decir, de la colaboración de diferentes saberes en virtud de un objetivo. La Interdisciplina surge ante la necesidad de dar lugar a una mirada mucho más abarcativa de la problemática. En este contexto, cuando aparece un sufrimiento que la medicina no logra resolver, cuando la medicina se pone en jaque ante algo que no opera desde lo biológico, la interconsulta a Salud Mental se vuelve una necesidad. Retomamos el decir de Gatto, Marcelo (2017, p. 76), cuando aparece este sufrimiento que habla desde otro lugar, que quiere hacerse escuchar, es cuando emerge el sujeto. Y será precisamente la intervención psicológica la que permita

rescatar lo subjetivo en el ámbito médico, que muchas veces, tiende a dejarlo en suspenso. Se trata, de poder reencontrar, reconstruir a la persona que habita bajo la mascarada de la enfermedad, de correrse un poco del cáncer, tomado como entidad absoluta, para poder encontrar a quien lo padece, y recordar siempre, desde la posición ética que exige la labor profesional, que se trabaja con personas y universos subjetivos.

¿Qué puede aportar un psicólogo, desde su formación, su saber y el camino realizado, para acompañar el tránsito por esta enfermedad?

Sobre todo, se trata de ofrecer el espacio de la escucha y el decir, para que la persona pueda poner en palabras aquello que se ha generado desde la irrupción de la enfermedad en su vida. Se trata de escuchar que duele cuando duele. Y poder escuchar ese dolor que se desprende del sufrimiento físico.

Sera fundamental, para esto, considerar que, cuando la persona nos habla de su dolor, muchas veces da lugar a un discurso que aloja algo que no compromete solo a la parte de su cuerpo relacionada con la enfermedad o los tratamientos recibidos. Ese decir exige a los profesionales que escuchen al sujeto que habla tras la enfermedad. Dar lugar a las historias, miedos, angustias y ansiedades que la situación ha generado y develado y que tras el abordaje de la patología han sido relegadas. Sostener la posición de escucha atenta, reclama recordar que toda vivencia es subjetiva, procede de las historias que cada quien lleva consigo, de los eventos que han producido marcas y que son constitutivos de ese sujeto. Por eso, ese dolor es propio. Es parte de la persona. No es un dolor universal que puede ser tratado con medicamentos. Es un padecimiento que reclama su lugar. Y desde su posición, el profesional se encuentra con recursos y herramientas para permitir que ese padecimiento tenga su lugar, al tiempo que brinda al sujeto la posibilidad de aparecer en escena y le permite, merced a este trabajo donde la palabra dice más de lo que nombra, modificar algo de lo que aparece. Ya que cuando ese dolor puede ser puesto en palabras, puede ser escuchado desde otra dimensión, algo de aquello que duele se modifica. Ya no es el mismo dolor del que se queja. Algo más puede aparecer y ser atendido (Montaña, 2015, p. 54).

En la medida en que algo se modifica, también se propicia que el paciente pueda apropiarse de esta enfermedad que lo ha invadido. Pueda incluirla en su biografía y así hacerla parte de su historia... El camino no es fácil. Ya que la persona deberá incorporar en los eventos de su vida, y de su rutina aquel enemigo extraño que intenta desalojar. Es por eso que el lugar de la palabra cobra una importancia tan trascendental, puesto que solo en la

12

medida en que pueda manifestar su propia vivencia de la enfermedad, en que pueda ponerle palabras y nombrar todo aquello que acontece como un rayo, es que todo comienza a tomar forma y organizarse. Ya no se hablará del cáncer como esa enfermedad autónoma, si no de su vida en relación a esta enfermedad. Es menester recordar que los que sufren son los sujetos. La persona tras el diagnóstico. En contadas ocasiones, la enfermedad, tomada en sí misma, se constituye en un velo que cubre al sujeto y lo desdibuja. Por eso hablamos de reencuentro. Y por eso nos apoyamos en la práctica discursiva, ya que es la palabra la que permite la emergencia del sujeto, y con esto, la apropiación de esta vivencia y la oportunidad de volver a tomar las riendas de su historia.

Las diversas psicoterapias apuntan a un fortalecimiento yoico, para que la persona logre descubrir de entre sus recursos, cuáles son los más aptos para elaborar el problema y dar lugar a su afrontamiento (Buceta y Pucheu, 2015, p. 249)

El objetivo fundamental es disminuir el sufrimiento psíquico de la persona frente a la enfermedad y todo lo que la misma ha desatado, ya que el cáncer carga en sí la amenaza

del fin de la vida, y esto, es sumamente caótico para quien recibe el peso del diagnóstico. Retomamos las ideas previas, el cáncer es vivido como un acontecimiento traumático, como tal, produce un fuerte impacto en el psiquismo de las personas y por eso mismo debe trabajarse para que, de alguna manera, pueda elaborarse. Las modalidades terapéuticas apuntan al sujeto, al impacto y a su manera particular de realizar el afrontamiento. Una vez que el impacto acusa recibo y se desatan las respuestas propias que cada quien da ante el ataque, se intentara trabajar para que esas reacciones se ajusten a la situación, para que la persona puede responder a las demandas que se plantean, y para permitirle, que los caminos que tiene por delante, cuenten con un sostén para su dolor. Se trabaja, además, en atenuar el dolor que surge desde las profundidades del psiquismo, de ese dolor que enmudecido impacta en la vida de aquellos que lo padecen, y que se deja oír en sus decires y en sus silencios. Solo en la medida que el sujeto recibe una devolución al sonido de sus palabras, que dejan de ser mudas, y son sostenidas como enunciados lleno de significación, solo así puede paliar el sufrimiento que se ha desatado y reparar en sí mismo como sujeto, ahora fortalecido y así poder encontrar o reencontrar sus aspectos más sanos. De esta manera, en tanto se conduce al fortalecimiento del paciente, este se encuentra mejor posicionado para dar respuestas y conductas que se adecuen a la situación y que mejoren, en la medida de lo posible, su calidad de vida. Todo esto influye notablemente en la capacidad del sujeto para la toma de decisiones. En tanto se siente mejor, el sujeto será capaz de tomar decisiones que sean favorables para sí, mantenerlas en el tiempo o modificarlas cuando sea necesario (Vidal y Benito, 2015, p. 249) Lo cual, tendrá una incidencia significativa para sobrellevar la enfermedad y los tratamientos de la misma.

Para el logro de lo cual, el profesional, desde su lugar de escucha, brindara el espacio para que el sujeto pueda abreaccionar el dolor mediante el curso de las palabras, a través de la fluidez de su decir. Al partir de una escucha empática, despojada de todo prejuicio, intentará comprender, acompañar, lo que el sujeto vivencia, al mismo tiempo que mantiene la distancia necesaria para formularse una representación adecuada de las situaciones y, las intervenciones que sean apropiadas a ellas. Se buscará, junto con el paciente, el rescate de sus aspectos más sanos, de aquellos recursos que yacen olvidados tras la coalición que represento el diagnóstico, de sus fortalezas, de todo aquello que le permita el reencuentro del sí mismo, que, a su vez, será el bastión para atravesar, dignamente, la enfermedad.

Hablar de dignidad, en los pasillos de una enfermedad terminal, es introducirnos, en la sala de cuidados paliativos. Donde un humo de resignación, difumina el valor de los mismos, y los presenta como el quehacer último en los tratamientos oncológicos – y de otras enfermedades crónicas graves. La importancia de ellos, nos lleva a su necesaria mención, y

13

a una reflexión sobre su inclusión desde el inicio mismo de los tratamientos. Cuidados paliativos no debería pensarse como el recurso al que se llega cuando todo lo intentado no ha podido modificar el resultado esperable de una enfermedad, si no la modalidad imperante desde el diagnóstico, para que el acompañamiento del paciente sea integral desde el principio. Los cuidados paliativos buscan asegurar la calidad de vida, y hacia ellos debe apuntar toda terapéutica que vaya en pos de un sujeto enfermo.

La Dignidad en Sala. Cuidados Paliativos.

Cuando el quehacer médico choca con el límite que impone la enfermedad, debe renunciar a todos aquellos tratamientos que no produzcan beneficios para el paciente y que

resulten nocivos para lo que denominamos su calidad de vida.

Durante mucho tiempo, el médico, formado bajo el modelo de la medicina hegemónica tradicional, ha visto la muerte como la declaración del fracaso de la medicina y también de sí mismo. Esta derrota, es una herida narcisista muy difícil de aceptar, lo que ha llevado a que muchas veces, sin intenciones, se cometiesen imposiciones médicas que terminaban perjudicando a aquellas personas que ya no podían resistir la enfermedad, ni los tratamientos correspondientes. Actualmente se utiliza el término *encarnizamiento terapéutico* para hacer mención a esa obstinación médica de continuar con los tratamientos pese a la negativa que impone la realidad y muchas veces, el propio sujeto junto a su familia (Pucheu, 2015, p. 20)

No obstante, los diversos avances en materia de derechos y perspectivas sociales y humanísticas, entre ellos los modelos bioéticos (Lazzari, 2015, p. 29), han sido los impulsores para el surgimiento de modalidades de atención que priorizaran ante todo la calidad de vida de las personas, porque se entiende que vivir dignamente, también implica morir en las mismas condiciones. Desde estos paradigmas, el límite a todo intento terapéutico solo es tal cuando se trata de la enfermedad, no del sujeto que la padece. Cuando se recupera la subjetividad perdida, y emerge la persona enferma, toda tentativa que busque aliviar el dolor, es una medida terapéutica que no debe ser ignorada. Es a partir de estas evidencias que surgen, paulatinamente, los Cuidados Paliativos.

En la actualidad, los mismos han tomado tal relevancia y ha sido tan positivo el impacto logrado en las personas, que se trata un proyecto de ley para que los mismos sean reconocidos y se garantice el acceso de las personas tanto en instituciones públicas como privadas, y que se encuentren, además, entre las prestaciones que garantizan las obras sociales de medicina prepaga. Lo que sin dudas, supone un avance más en materia de derechos –que implica el reconocimiento a nivel de la comunidad- y en la conceptualización holística del paciente.

Los cuidados paliativos se presentan como

la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento grave relacionado con la salud debido a una enfermedad severa, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores. (Asociación Internacional de Hospicio y Cuidados Paliativos [IAHPC], 2018, s/n), y específicamente,

desde esta modalidad de atención se intenta aliviar el sufrimiento producido por la enfermedad o su tratamiento, previniendo y tratando los síntomas físicos como el dolor, los síntomas emocionales como la angustia, los problemas o necesidades sociales como el aislamiento y los espirituales como la necesidad de trascendencia, esperanza, propósito y significado, que aparecen en los enfermos y sus familiares o cuidadores. (AA VV, 2019, p. 18).

Diremos, a partir de estas definiciones, que esta modalidad de atención y cuidados no aplica solo al paciente sino a una unidad conformada por ellos, su familia o cuidadores y el equipo médico tratante. En virtud de la complejidad que tiene el objetivo fundamental, entendemos que, para su logro, será fundamental una labor conjunta, un trabajo

14

interdisciplinario donde se presenten los profesionales de las diversas disciplinas necesarias para conducir al bienestar y respeto hacia la vida y dignidad de la unidad que así lo requiere. La posibilidad de esta empresa requiere de la presencia y retroalimentación de tres pilares; *control de síntomas*, que incluyen todas aquellas medidas destinadas a disminuir el dolor tanto corporal como emocional, desde los analgésicos más potentes de la industria hasta las palabras más amables y cuidadas. El logro de una *comunicación eficaz* resulta indispensable no solo para transmitir información, para mantener al paciente, y a su familia continuamente

al tanto de todo lo que acontece, si no, y fundamentalmente lograr una buena comunicación es la base de una relación terapéutica confiable. El asegurar a la unidad de Cuidados Paliativos la comunicación adecuada y la escucha atenta de todo lo que tengan para comunicar es lo que genera un clima de confianza y permite que la labor de los profesionales fluya y se realice con el apoyo de los destinatarios. Finalmente, y entre las dos anteriores, se sitúa el que los profesionales siempre, desde el lugar en que ejerzan su labor, sean capaces de brindar *apoyo emocional*, independientemente de si su tarea concierne a los órganos, a la parte jurídica, o a la emocional. Dar un sustento emocional garantiza que la persona y el grupo que recibe los cuidados se sienta contenida, aumenta la confianza en el profesional y genera un clima mucho más amable, si se lo contempla en relación a la situación que se está transitando. (Gatto, 2017, p. 111).

Con lo requerido para realizar la tarea y en tanto forma parte de un equipo interdisciplinario, el psicólogo, no debe concurrir de manera ocasional ante el desborde emocional de un paciente, si no, estar presente en esta fase signada por el cáncer, y contribuir con un tratamiento terapéutico específico que atienda a las necesidades de cada sujeto enfermo. La tarea fundamental, será paliar, disminuir, atenuar el padecimiento y permitirle, a la persona, la generación de nuevos significados que la ayuden a allanar el camino para afrontar la enfermedad y prepararse, llegado el caso, para el final. Es importante recordar que, si bien los Cuidados Paliativos se asocian con los cuidados que se reciben en la etapa final de una enfermedad, los mismos pueden, - y podríamos reflexionar sobre la importancia de su inclusión como una modalidad terapéutica necesaria para el paciente recién diagnosticado -, aplicarse desde el inicio en que se recibe el diagnóstico de una enfermedad crónica. Es menester hacer esta mención porque los Cuidados Paliativos se asocian rápidamente con el fin de la vida, y en realidad, los mismos tienen que ver con la vida. Con vivir la mejor vida posible cuando se está enfermo.

Entonces, como objetivo general, los Cuidados Paliativos se proponen disminuir el dolor que la enfermedad y los tratamientos han generado en los pacientes, y las repercusiones que esto ha producido en sus grupos allegados. En un nivel más específico, los profesionales de la salud mental deben poder trabajar con el sujeto en tres dimensiones:

- El cuerpo, la imagen corporal, las heridas narcisistas que quedan tras amputaciones o cirugías. La aceptación de un cuerpo que ya no es el mismo, que lleva las marcas de la enfermedad en cada centímetro de su extensión. Las disminuciones, inhibiciones que se han generado, las sensaciones que emergen. Se trata de abordar las significaciones que el sujeto puede brindar, en relación a su cuerpo, a su propio sentir sobre estos sucesos corporales.
- El poder, en el sentido de ser un sujeto útil, tenido en cuenta y respetado. El lugar en la sociedad, en su familia. En este punto, se abocarán a que la persona pueda seguir manejando ciertas áreas de su vida, se intentara reforzar el proyecto de vida.
- Finalmente, lo que toca a la propia muerte. La elaboración, el duelo anticipado, la resolución de proyectos, etc.

Las intervenciones terapéuticas deben apuntar a aliviar un padecimiento que se hace intolerable, que se conjuga con los dolores propios de la enfermedad y de la certeza de su cronicidad, de esas certidumbres que una vez instaladas son insoportables y recurrentes. Por ende, se deben enfocar en permitirle al paciente enfrentar las dificultades propias de la

enfermedad, y de cada etapa que transita y elaborar los significados que tengan que ver con el final de la vida.

Sera fundamental, lograr una comunicación empática con el paciente, para permitir el

desarrollo de una relación terapéutica, en la cual el enfermo no se sienta juzgado, sino siempre apoyado, acompañado y contenido en este proceso. La persona transita, desde el diagnóstico, toda una serie de eventos que producen cambios en su manera de ser y estar en el mundo, de participar y socializar. Lo cual genera efectos emocionales que pueden no estar siendo expresados o elaborados de manera eficaz. Por eso, contribuir desde la formación de profesionales de la salud mental, permite brindar ese espacio de escucha y cuidados, donde el sujeto sienta que puede dar lugar a sus emociones y pensamientos, donde se sienta alojado, y eso lo habilite a expresarse libremente. (Gómez y Mazzulla, 2015, p. 217).

También las intervenciones apuntan a la contención que pueda ser necesaria para la familia y/o cuidadores, ya que ellos son inevitablemente atravesados por la enfermedad, que desde que se ha instalado en la vida de uno de ellos, ha producido un quiebre en la dinámica que sostenían como grupo, ha puesto en jaque los roles que cada uno de los miembros había asumido y también los enfrenta con la posibilidad de la muerte, lo que pone en escena la propia mortalidad. Contenerlos, y prestarle el sostén necesario, será fundamental para que puedan elaborar ellos también esta situación y así, poder acompañar al enfermo desde el lugar que se les permita y puedan ellos mismos, permitirse.

Reflexiones Finales. Horizontes Encontrados.

El sufrimiento no es una pregunta que exige una respuesta, no es un problema que exige una solución, es un misterio que exige una presencia.

Anónimo, quoted in Wyatt J. Matters of Life and Death, Leicester-1998.

A lo largo del trabajo, realizamos un breve recorrido por los pasillos de una enfermedad crónica, el cáncer, por su impacto en las personas, y en función de ello, de la importancia que acredita que el tratamiento de esta enfermedad sea acompañado por una terapéutica psicológica que contemple al sujeto en aquellas dimensiones que quedan postergadas desde el abordaje de la medicina clásica abocada al estruendo del cuerpo. Se comprende así, la importancia que tiene que el estado emocional sea integrado en las coordenadas terapéuticas. Lo expuesto aquí nos permite reparar en la relevancia que el estado psíquico de la persona tiene desde el momento mismo del diagnóstico y justificar así, su inclusión en los planes de tratamiento. Cuando se confirma esa evidencia que cala en lo más hondo de las profundidades del alma humana, desde ese momento en que la certeza recibe un nombre, desde el instante en que la persona lleva la etiqueta de un tipo de tumor que se aloja en algún segmento de su universo corporal, es cuando todo lo que es como sujeto entra en escena. Empieza a desdibujarse el horizonte de lo que hasta ese entonces se tenía por seguro, o, por lo menos, de los planes del mañana. Todo aquello que la persona había proyectado e imaginado, todo aquello en lo que justificaba su esfuerzo y sacrificio diario empieza a perderse, a opacarse. Y en el centro de la escena se inscribe una palabra: Cáncer.

A partir de esto, se nos puso de manifiesto que el tránsito por la enfermedad no implica solo un tratamiento médico, ya que, en muchos casos, y en función de las necesidades y elecciones de la persona fue de gran importancia un acompañamiento que pueda velar y rescatar lo que la urgencia de la medicina biológica deja al margen. El sujeto, el universo que lo rodea y aquello que él había sido hasta ese momento, y lo que podría ser, también juegan sus cartas. Así, aquel supuesto que fue el punto de partida, que dio inicio a este recorrido, nos permite fundamentar la importancia de este acompañamiento.

Al mismo tiempo, la escritura nos lleva a entrever y a reflexionar sobre el *después de la enfermedad*, sobre aquello que espera al sujeto luego del tránsito por la misma. Su reinserción en una sociedad que ha dejado de ser lo que era, sus modos de encarar y pararse en el mundo, que también han sufrido cambios, evoluciones. En los casos más favorables, la persona puede volver a su vida. Esto es disparador de ciertos interrogantes, que pueden abrir futuros puertos de investigación, de redacción y proyectos. ¿De qué vida se trata ahora? ¿Qué lugar lo aguarda y cuáles son las herramientas que requiere para enfrentarse a esta situación? Pensamos que la labor a realizar es importante e incluye el trabajo de diversas disciplinas que puedan encontrarse y dar lugar a un permanente diálogo. Entre ellas, nuevamente, la del ámbito de la salud mental.

Este escrito nos condujo a ubicar la importancia de la Salud Mental en el contexto de una enfermedad orgánica, de lo significativo del acompañamiento psicológico, de la relevancia que ocupa el sujeto que padece, y del lugar que como profesionales podemos ocupar. ¿Y cuál es este lugar? Aquel que, como dice el epígrafe, desde el sufrimiento, exige una presencia, nuestra presencia.

Precisamente porque el horizonte al que aspiramos desde el inicio debe ser aquel donde un sujeto sufriente encuentre abrigo en la palabra, donde su palabra encuentre forma en la escucha y donde todo esto, encuentre lugar y contención en aquellos que nos formamos para ello. Avanzar en este sentido, es entender que el dolor sufriente no se encuentra solo en el consultorio, sino en cualquier sitio que nos permitamos habitar.

Referencias Bibliográficas.

AA VV. (2019) *Manual de Cuidados Paliativos para Cuidadores*. Instituto Nacional del Cáncer. Libro Digital. Recuperado de [manual-de-cuidados-paliativos-para-cuidadores.pdf \(salud.gob.ar\)](http://manual-de-cuidados-paliativos-para-cuidadores.pdf(salud.gob.ar))

Alizade, A. (2002) Reflexiones sobre el cáncer. *Actualidad Psicológica. Volumen (298)* pp. 2-4

Bleger, J., Bleger, L., Langer, M., Luchina, I. y Schavelzon, J. (1965) *Psicología y Cáncer*. Editorial Paidós.

Buceta, E. y Pucheu, M. (2015) *Psicooncología para el tercer Milenio*. Librería Akadia Editorial.

Chiozza, L. (1997) *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*. Alianza.

De Velasco, G. y Puente, J. (16 de diciembre 2019) *¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla?* SEOM Sociedad Española de Oncología Médica. Recuperado de ¿Qué es el cáncer y cómo

[se desarrolla? - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019](#)

Gatto, M. (2017) *Pensar el cáncer: consideraciones desde la Psicooncología. Selección de conferencias*. Letra Viva

IAHPC, Asociación Internacional de Hospicio y Cuidados Paliativos (2018) *Definición de cuidados paliativos basada en el Consenso Global*. Recuperado de <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>

Schavelzon, J. (2002) La psicooncología en el tratamiento del cáncer. *Actualidad Psicológica*. Volumen (298) pp.9-11

Vidal y Benito, M. (2008) *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer*. Editorial Polemos.