



Universidad
Nacional
de Rosario



Trabajo Integrador Final

LA TRANSFERENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER TERMINAL

ENSAYO

Autora:

Elorza, N. Raquel

Legajo E-0006/8

DNI 17792706

raelorza66@hotmail.com

Docente: Dr. Sebastián Grimblat

Año: 2025

Agradecimientos

A Anita, que me sostuvo aún cuando yo dudaba, a Daniel por compartir el amor y el psicoanálisis, al Dr. Sebastián Grimblat por su generosidad, lucidez y empatía, a la Dra. Luisina Bourband por su altruismo, a la Dra. M. Fabiana Correa por introducirme a la práctica de la psicooncología, a la Universidad Pública.

Índice

Resumen	4
Introducción	5
La transferencia según Freud	5
La transferencia según Lacan	6
Deseo del analista	6
Terminalidad y cáncer	7
La transferencia en pacientes terminales	7
El amor y la fe en los tiempos de la transferencia	8
Duelo y deseo del analista	9
Reflexiones finales	10
Referencias	11

Resumen

En este ensayo se exploran las particularidades de la transferencia en los pacientes con cáncer en la etapa terminal. Para ello se contrastan aspectos de la transferencia en situaciones ordinarias, con los modos que se despliegan en situaciones de terminalidad. La hipótesis que se plantea es que —a diferencia de lo que sucede en la clínica analítica convencional—, en los casos de pacientes terminales, a menudo se requiere de un proceso que ponga más acento en la intervención que en la abstinencia y esta cuestión acaba interpelando la práctica y la metodología. A partir de los trabajos de Freud y Lacan sobre la transferencia es posible notar que resulta legítimo —en esas situaciones— realizar un deslizamiento hacia éstas prácticas no tan convencionales del psicoanálisis, considerando tanto la posición del analizante como la del analista.

palabras clave: transferencia, terminalidad, cáncer, psicoanálisis

Introducción

Tempranamente Freud se encuentra en la clínica psicoanalítica con los que define como fenómenos transferenciales, primero como obstáculo cuando el paciente (por lo general la histérica) se enamora de la figura del "médico", luego como síntoma, y finalmente como motor de la cura. Es claro que Freud circunscribe la clínica principalmente a las neurosis. Sin embargo, hoy la clínica se ha extendido hacia diversos campos de la salud, incluso hacia aquellos pacientes que padecen patologías terminales. La hipótesis que plantea este trabajo, es que a diferencia de lo que sucede en la cura analítica convencional, donde el analizante pretende aliviar su sufrimiento, el paciente terminal, esté plenamente consciente o no de ello, requiere de un proceso clínico que interpela las categorías tradicionales de la cura analítica. A nuestro entender, todo el proceso reposa sobre el concepto de transferencia, ya que este interpela el sentido y la metodología clínica con pacientes terminales.

La transferencia según Freud

En *La dinámica de la transferencia* (1912), Freud explica por qué la transferencia surge necesariamente en toda cura analítica y cómo sin su presencia no hay análisis. Hay que recordar —dice— que está determinada por la acción de influencias experimentadas durante los primeros años de vida.

Acentúa la transferencia como repetición e indica que ésta permite el desplazamiento de representaciones inconscientes sobre el analista, facilitando la repetición hacia la figura del analista. Plantea la neurosis de transferencia como reactivación y repetición de la neurosis infantil.

En su ensayo *La iniciación del tratamiento*, dice:

Los enfermos conocen los sucesos reprimidos en su pensamiento, pero éste carece de un enlace con el lugar en el cual se halla contenido de algún modo el recuerdo reprimido. Para que pueda iniciarse alguna modificación es necesario que el proceso mental consciente haya penetrado hasta aquel lugar y haya vencido las resistencias de la represión.(Freud, 1913)

En *Recordar, repetir, reelaborar* (1914), señala que habría que suprimir las lagunas del recuerdo y vencer las resistencias de la represión.

Más adelante, en *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia* (1915) trata las dificultades en el manejo de la transferencia, entre ellas que el paciente se enamora del médico.

Hemos de sospechar que todo lo que viene a perturbar la cura es una manifestación de la resistencia. Pero la resistencia misma no crea este amor, lo encuentra ya ante sí y se sirve de él exagerando sus manifestaciones.

Este sentimiento amoroso se deduce de la reactualización de antiguos amores infantiles.(Freud, 1915)

Según concluye, se repite sin saber que se repite ya que no tardamos en advertir que la transferencia no es en sí misma más que una repetición, y la repetición no es más que la transferencia del pasado olvidado (Freud, 1915).

La manera de convertir la compulsión a la repetición en una vía de acceso al recuerdo, deviene del manejo de la transferencia que opere el analista.

Cuando el analizado repite, éste obtura su capacidad de recordar, configurando un fenómeno que afecta a todas sus actividades y también a su relación con el analista, produciendo así, la neurosis de transferencia. Esta neurosis artificial puede ser curada por el trabajo del analista ya que, tanto recordar como repetir, son producciones de lo reprimido. Es el analista quien debe hacer surgir las representaciones reprimidas para que sean accesibles a la interpretación.

En otro momento, en *Más allá del principio del placer* (1920), afirma que para comprender esta obsesión por la repetición, manifestada en el tratamiento psicoanalítico

de los neuróticos, hay que liberarse, ante todo, del error que supone creer que en la lucha contra las resistencias, se combate contra una resistencia de lo inconsciente. Lo inconsciente, es decir, lo reprimido, no presenta resistencia alguna a la labor curativa; no tiende por sí mismo a otra cosa que a abrirse paso hasta la conciencia (Freud 1920). De allí que todo lo que obture la vía de acceso al inconsciente se llamará resistencia, y es necesario encontrar su origen. Esta relación entre transferencia y resistencia es lo que estudiará Freud a partir de 1928.

Si lo inconsciente busca abrirse paso hacia lo consciente, la resistencia al análisis revela que el sujeto no puede satisfacerse con su placer porque hay un más allá de éste al que continúa sometido.

Sin abandonar el terreno de la transferencia podemos decir que la mirada está puesta ahora en el analista a quien se le adjudica aquello de lo cual el sujeto no quiere saber más.

En Construcciones en análisis (1937), plantea que la interpretación no es lo único en el acto del analista: “su tarea es hacer surgir lo que ha sido olvidado a partir de las huellas que ha dejado tras sí, o más correctamente, construirlo”.

La transferencia según Lacan

Para Lacan (2014) el inconsciente es un lugar de saber. Para comprender su idea de transferencia es necesario entender su posición acerca de lo que es el inconsciente y por qué dice que está estructurado como un lenguaje.

Sólo captamos el inconsciente cuando es explicado en esa parte de él que se articula en palabras, se podría decir que es el efecto del significante sobre el sujeto. Es un saber que determina al sujeto aunque éste no lo sepa, Si el inconsciente es “el discurso del otro” ,” hay que ver en el inconsciente los efectos de la palabra sobre el sujeto (Seminario 11 pág 126)

Este saber inconsciente, existe también en la vida cotidiana, aparece en los lapsus, los fallidos, los sueños y participa de los síntomas. En cualquiera de sus manifestaciones suponen una significación, pero el sujeto no sabe acerca de ella y vacila, ¿qué es esto que escapa de mi comprensión y sin embargo me determina? Ese desconocimiento genera angustia, y cuando se origina una pregunta, produce una demanda de análisis.

Es el punto de partida de una transferencia, el sujeto comprende que hay algo que no sabe y le supone ese saber al analista.

En el Seminario 8 (1991), Lacan dice que por el sólo hecho de que hay transferencia, estamos implicados en la posición de ser aquel que contiene el *agalma* (brillo fálico). Si el inconsciente es el lugar del Otro, el sujeto del que habla Lacan, es el sujeto de análisis. Lo que se construye en la transferencia es ese sujeto y por lo tanto éste es un efecto de la transferencia.

Las preguntas ¿Desde dónde el analista responde en la transferencia? y ¿Qué provoca el analizante en el analista? le van a servir para desplegar la introducción del

Deseo del analista

Lacan puso al analista en el centro de la interpelación al interrogar la posición desde la cual se lee. *Si hay resistencia es la del analista* (Seminario 2, 2014). Porque los sujetos resistimos todos. No queremos saber nada de eso que nos divide, que nos interpela. El analista se resiste a interrogar la posición desde la cual analiza.

En la economía del sujeto, el deseo del analista sería aquella posición que en algún punto comanda la posición de lectura y la práctica clínica.

Es necesario que el analista sepa que la función del deseo se instala en el plano del amor, porque es sobre esta topología donde la transferencia puede inscribirse. En la medida en que el deseo interviene en el amor y es lo que esencialmente se pone en juego en él, el deseo no concierne al objeto amado.

Desde esa posición puede pensarse el deseo del analista como el deseo de que haya análisis y para que eso ocurra, es necesario sostener el vacío como un espacio fecundo. Vacío de los sentidos que trae el analizante, vacío de las propias resonancias contratransferenciales del analista, vacío de todas las resistencias que pueda identificar (la resistencia es la resistencia del analista).

Terminalidad y cáncer

En los últimos años, el cáncer se ha convertido en una de las principales enfermedades a nivel mundial, afectando tanto a pacientes, familiares y trabajadores de la salud en general. Ante este panorama, la psicooncología se ha posicionado como una disciplina fundamental en el abordaje integral de la enfermedad, a través de la atención psicológica, se busca mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y su entorno, tanto durante el tratamiento como en la etapa de sobrevivencia.

En una situación de terminalidad, parafraseando a Freud podemos decir que el examen de realidad nos ha mostrado que el objeto amado ha empezado a desdibujarse y advierte que éste examen no puede completarse inmediatamente, su ejecución deberá producirse —como en el duelo— pieza por pieza ya que se ha perdido como objeto de amor. Si bien en sí mismo este modo no es patológico (siempre dependerá del tiempo que lleve asumir esta pérdida), es durante este proceso en donde podemos intervenir. Ya que también —dice Freud— la libido se aferra a sus objetos y no quiere abandonarlos, aunque el sustituto ya esté aguardando (1915, p 310, 311). En ese proceso, la intervención del psicoanalista resulta pertinente ya que ayuda al paciente a poner el foco en esos nuevos objetos que aguardan, dándole protagonismo a todo aquello que también forma parte de la vida de un enfermo de cáncer. Aun cuando se trate de enfrentar la muerte.

La transferencia en pacientes terminales

Un enfermo con cáncer terminal se encuentra con lo siniestro (unheimlich). Aquello que le era familiar (su cuerpo) se ha vuelto extraño. En cuanto a esto ¿es necesario que pueda volver a investir objetos que puedan conectarlos con su deseo?.

Freud, en una entrevista¹ concedida en su casa de los Alpes suizos, al periodista George Sylvester Viereck, en 1926, nos ayuda a pensar acerca de esta cuestión:

Es posible que la muerte en sí no sea una necesidad biológica. Tal vez morimos porque deseamos morir. Así como el amor o el odio por una persona viven en nuestro pecho al mismo tiempo, así también toda la vida conjuga el deseo de la propia destrucción. Del mismo modo como un pequeño elástico tiende a asumir la forma original, así también toda materia viva, consciente o inconscientemente, busca readquirir la completa, la absoluta inercia de la existencia inorgánica. El impulso de vida o el impulso de muerte habitan lado a lado dentro nuestro. La muerte es la compañera del Amor. Ellos juntos rigen el mundo. Esto es lo que dice mi libro: Más allá del principio del placer. En el comienzo del psicoanálisis se suponía que el Amor tenía toda la importancia. Ahora sabemos que la muerte es igualmente importante. Biológicamente, todo ser vivo, no importa cuán intensamente la vida arda dentro de él, ansía el Nirvana, la cesación de la fiebre llamada vivir. El deseo puede ser encubierto por digresiones, no obstante, el objetivo último de la vida es la propia extinción.

En cuántos casos, el encuentro con lo siniestro es la oportunidad para iniciar una batalla para salir de allí y en cuántos implica una señal de que la vida toca su final. Cualquiera de las dos instancias son pertinentes para que el deseo del analista viabilice la instalación de la transferencia.

¹ Se creía perdida pero en realidad se encontró que había sido publicada en el volumen de Psychoanalysis and the Fut, en New York en 1957.

Un punto que habrá que considerar cuidadosamente en el trabajo analítico es el tratamiento sobre la repetición. Lo que el paciente repite en análisis es —al decir de Lacan— no una reedición de los conflictos de la infancia sino una neocreación. Yendo aún más allá —siguiendo a Bleichmar— veremos que no sólo puede repetirse lo vivido sino también aquello que se hubiera deseado vivir, lo que se hubiera esperado, o aquello postergado.

La actitud del analista también es importante ya que él mismo puede por igual facilitar, contrariar, estimular o refrenar el deseo del analizante. no debiera consistir en , incitaciones o apoyos (en cualquiera de sus formas) tendientes a que el paciente tenga el coraje de afrontar el obstáculo, como tampoco sería recomendable adoptar una actitud glacial e indiferente

Según Green (2011) —en todo caso—, lo importante de alcanzar es esa actitud de “neutralidad benévola”, (pág 62), que no es complicidad, ni un dejarse ganar por desalientos o irritaciones (ya que esto incrementaría las inhibiciones del paciente), sino también la benevolencia en cuanto a la receptividad y disponibilidad del analista para con sus propias producciones inconscientes, (que no sólo deberá tolerar sino también entender).

Este difícil y paradójico trabajo es el que permitirá la expresión de un despliegue transferencial intenso (aunque sea negativo) y que el analista pueda tener acceso a los movimientos que lo animan, dispensándolo de discursos artificiales o pseudo tolerantes que los analizantes podrían vivir como artificiales.

Esto ya lo anuncia Lacan cuando considera la cura sin proponer como debe ser el sujeto, no hay ningún tipo de regla moral a la que atenerse, en tanto el analista considere el deseo del sujeto.

La definición lacaniana de cura huye deliberadamente de todo lo que se considera normatividad. Es decir, en la versión lacaniana de la cura no hay ninguna norma de cómo debe ser el sujeto empíricamente después de curado. No hay ninguna referencia a trazos de la personalidad, a comportamientos sociales, a normas morales, etc. La definición está estrictamente relacionada con la puntualización que el lacanismo hace acerca de cómo funciona el sujeto

El amor y la fe en los tiempos de la transferencia

Es indudable que en la cuestión de la transferencia se juega algo de la fe.

En la Biblia se puntualiza como una (...) expectativa segura de cosas esperadas, la demostración evidente de realidades, aunque no se contemplan. (Hebreos. 11:1)

La fe es anterior al milagro —dice Dessal—, como lo es en la relación analítica, donde la creencia en el síntoma (que siempre quiere decir algo), es previa a toda demostración.

(...) Debes creer que es una orden implícita, no pronunciada, sin la cual no se inicia el juego. Jesús se dirige a nosotros demandando que renunciemos al pecado. No todos están dispuestos a seguirlo, si ese es el precio de la salvación. (...) Sabe que muchos hombres se resisten a abandonar su satisfacción en aras de una promesa que se les antoja sin avales. Ese Dios, como el analista, invita a una apuesta que, en efecto, carece de garantías.(Dessal, 2025)

Una enfermedad terminal enfrenta al paciente con numerosas pérdidas, y con la percepción de su propia finitud. Advertir que la propia muerte es una realidad cercana es traumático, y procesarlo requiere de un intenso trabajo psíquico. Freud, en *De guerra y muerte* (1915), expresa que en el ser humano coexisten dos actitudes contrapuestas ante la muerte. Por un lado, sabemos que la muerte es el desenlace necesario de toda vida y tendríamos que estar preparados y considerarla como algo natural e inevitable, pero también hay una tendencia a no hablar de ella. No hay inscripción de la propia muerte en el inconsciente. Siempre que hablamos de la muerte hablamos de una muerte que es otra, respecto de la propia.

Frente a la proximidad del encuentro con ese real, aparecen entonces algunas preguntas respecto a la función del analista en una situación de terminalidad, porque *más allá de cualquier contexto desfavorable, que obviamente no debe ser desatendido, la perspectiva psicoanalítica tiene como objetivo analizar el impacto psíquico de las vivencias* (Grimblat 2019) ¿Se trata de ayudar al paciente a morir o a prolongar la existencia? ¿A qué suponemos que el paciente está dispuesto a aferrarse? Cualquiera que sea su elección sabemos que no podemos apartarnos de la Ética del deseo, sin embargo ¿significa eso avanzar sin cuestionar la “orden implícita” que fuerza la orientación pulsional? Evidentemente no. Aquí es posible pensar otro aspecto de la transferencia. A diferencia de las situaciones no terminales, en las que el analista debe soportar la transferencia y maniobrar con ella, en las situaciones de terminalidad está invitado —además— a actuar. En estos casos podría pensarse que la tarea del analista sería la de ayudar al paciente a procesar la trama defensiva que construyó ante esa situación traumática que representa ese encuentro lo real. En estos casos está invitado a actuar como un interlocutor frente a la impotencia que el sujeto presenta, a su dolor, ira o desmentida y devolverlo al examen de realidad para ayudarlo a metabolizarla, en la medida en que la fortaleza de su yo se lo permita. Podrá también apelar a veces a la desmentida —compartida entre paciente y analista— para permitir un impasse entre el impacto del diagnóstico y la necesidad de enfrentar el tratamiento sin que el analizante se precipite hacia la depresión, la desesperación o la desesperanza. En suma, tratar de encontrar algo de brillo fálico de dónde aferrarse.

Si todo esto representa un gran trabajo sobre el cual el analista debe pensar, es también oportuno preguntarse sobre su posición en cuanto a cómo sobrellevar la pérdida en el caso de la muerte del paciente.

Duelo y deseo del analista

¿Muere algo en el analista cuando la vida del paciente que viene acompañando llega a su fin? Todo final de análisis supone el atravesamiento de alguna zona de duelo. En el caso particular de un analista que ha soportado (como dijimos más arriba) la transferencia de un modo (que podríamos nominar como) más activo, la pregunta resulta pertinente.

Si lo que se construye en la práctica clínica, es un sujeto de análisis —viabilizado por el deseo del analista, el deseo de que haya análisis—, la diferencia entre un final de análisis y la muerte de un paciente terminal, desde la perspectiva del analista es que en el primer caso, más que pérdida hay una transformación, un cambio de posición en quien se acompañó durante el proceso de cura, en el segundo, la pérdida es real y lo enfrenta con una situación de duelo.

Grimblat (2019) recorriendo la cuestión de la abstinencia que plantea Freud “*En la medida de lo posible, la cura analítica debe ejecutarse en un estado de privación —de abstinencia—*” (1993 [1918-1919], p.158; cursivas en el original) subraya las primeras palabras: “en la medida de lo posible”, y dice que esto deja abierto al criterio del psicoanalista cuando esta regla fundamental no puede ser cumplida en su totalidad. Para nosotros vale esta cuestión tanto para la abstinencia, como para la aceptación del inevitable lazo que se genera en una situación de terminalidad, en tanto se trata de un tránsito común entre dos seres humanos: analista y paciente.

Está claro que ante esa muerte el analista enfrenta una situación no convencional de duelo, mediatizada por las herramientas de que dispone para sostener la abstinencia. La muerte siempre es un enfrentamiento con lo imposible de simbolizar. Nos remite a la castración, a la segunda muerte según Lacan, que para el analista equivaldría a la efectiva inscripción de la castración, en una máxima anticipación respecto de la muerte natural, la primera muerte.

Reflexiones finales

A lo largo de este ensayo hemos desplegado algunos de los fundamentos que sustentan un modo de transferencia que se presenta en situaciones de terminalidad, particularmente con patologías del cáncer. Nuestro interés ha estado centrado en señalar las particularidades que tiene la transferencia en estas condiciones.

La mayor parte de los abordajes teóricos consultados sobre la transferencia como concepto clínico, poco dicen acerca de lo imposible (en términos de la experiencia real) de alcanzar un nivel de abstinencia total. En cambio, se acentúa que el esfuerzo del analista nunca debe cejar en el intento. Podríamos decir que en la transferencia ordinaria hay una negatividad que está muy poco acentuada y lo que está jerarquizado es el inalcanzable objetivo de mantenerla incontaminada. La diferencia respecto de la transferencia en situación de terminalidad, deberíamos pensarla en términos de la inversión de estos aspectos. Lo que está jerarquizado es la autorización para que se contamine (el analista tiene que actuar) y lo que se deja en un plano más impreciso es la cuestión de la abstinencia en términos netos. Está claro que las aplicaciones en la clínica van a depender de cada caso y de cada profesional. Pero lo que resulta inevitable para el analista es el encuentro con algo de lo real, frente a lo que debe intervenir, porque la situación de terminalidad coloca al analista no solamente frente a la muerte del paciente, al final del análisis (por esta causa), sino también a su propia finitud. Enfrentándolo de la manera más cruda con la castración.

Toda la subjetividad construida en análisis desaparece con la muerte del paciente, pero no todo desaparece. El analista necesita —entonces— enfrentar este horror narcisista ante la muerte, para poder alojar a alguien que va a morir. Ese también es un espacio vacío que tiene que dejar.

Siguiendo esta misma línea de razonamiento, es posible reconocer una diferencia entre ambos modos de transferencia, en relación al funcionamiento esperable del espacio de supervisión. En el modo de transferencia ordinaria, el esfuerzo de abstinencia tiene un efecto sobre la subjetividad del analista, por lo que Lacan ve en el espacio de supervisión, también un espacio de re-subjetivación. En el espacio de supervisión asociado con situaciones de transferencia en pacientes terminales, es deseable que se encuentre considerada la posibilidad de elaborar —para el analista— algo de lo que la experiencia del acompañamiento terminal, le haya afectado, más allá de lo que pueda trabajar en su espacio de análisis personal.

Referencias

- Bleichmar, S. (2011) La construcción del sujeto ético. Clase del 25 de septiembre de 2006. Paidós.
- Dessal, G. (2025) El manicomio global. <https://www.facebook.com/gustavo.dessal.18>
Paralelismos y contrapuntos
<https://www.facebook.com/gustavo.dessal.18/posts/1680046672922150>
- Freud, S. (1912) Sobre la dinámica de la transferencia. Amorrortu. Obras completas. Tomo XVIII
(1913) *La iniciación del tratamiento*. Amorrortu. Obras completas. Tomo XII.
(1914) *Recordar, repetir, reelaborar*. Amorrortu. Obras completas. Tomo XII.
(1915) *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*. Amorrortu. Obras completas. Tomo XII.
- Freud, S. (1915) *De guerra y muerte*. Amorrortu. Obras completas Tomo XIV.
(1915) *La transitoriedad*. Amorrortu. Obras completas Tomo XIV.
- Freud, S. (1920) *Más allá del principio del placer*. Amorrortu. Obras completas. Tomo XVIII
- Freud, S. (1937) *Construcciones en análisis* Amorrortu. Obras completas. Tomo XXIII
- Green, A. (2011) Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo. Amorrortu.
- Grimblat, S. (2019) *Vigilar y alimentar. Postfacio*. Laborde Editor
- Lacan, J. (2014) *Seminario 2 - El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*. Paidós.
- Lacan, J. (1991) *Seminario 8 - El deseo y su interpretación*. Paidós.
- Lacan, J. (2019) *Seminario 10 - La angustia*. Paidós.
- Lacan, J. (2019) *Seminario 11- Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.