

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

**TÍTULO: Nombrar lo innombrable: los avatares ante el diagnóstico de cáncer**

**MODALIDAD DE PRESENTACIÓN:** Ensayo

**AUTOR:** Fassi, María Luz

**LEGAJO:** F-5354/6

**DOCENTE RESPONSABLE:** Ps. Correa, María Fabiana.

**AÑO:** 2021

***Agradecimientos***

*A mis padres, Sergio y Liliana por su apoyo y contención incondicional. A*

*mi compañero de vida, Santiago, por hacerme más liviano este caminar.*

*A mis tíos, Danilo y Mónica, por su presencia incondicional.*

*A mis amigas, por los momentos compartidos.*

*A María Fabiana Correa, docente responsable del presente trabajo integrador final, por compartir sus experiencias con generosidad y brindarme las herramientas necesarias para abordar la temática.*

*A las docentes del espacio TIF, Ivonne y Clara, por acompañarnos y propiciar el espacio para que el proceso de escritura sea más llevadero.*

*Y finalmente, no quiero dejar de agradecer a la Facultad de Psicología UNR la cual me brindó las herramientas que serán la base de mi formación profesional.*

## **Índice**

I. Resumen	1
II. Palabras claves	1
III. Ante la irrupción de un diagnóstico temido	2
IV. La imagen que devuelve el espejo	3
V. En búsqueda de otros modos de nombrarlo	5
VI. Frente a la inefable muerte	7
VII. Hacer del dolor una esperanza	10
VIII. Consideraciones finales	13
IX. Referencias bibliográficas	15

### ***I. Resumen***

El presente trabajo aborda la problemática de los eufemismos utilizados para nombrar a la enfermedad oncológica debido a los impactos subjetivos que la misma supone. Es de considerar que dicho diagnóstico impacta fuertemente en la vida de los sujetos que lo padecen y de su entorno familiar, produciendo un desequilibrio o una pausa en la vida de ellos. En cuanto a los impactos subjetivos, se abordan en el trabajo los que refieren a la imagen corporal, ya que la imagen que devuelve el espejo evidencia la presencia de la enfermedad, actuando como una herida narcisista que coloca al sujeto ante cierta vulnerabilidad. También se realiza un recorrido por las representaciones sociales que encarna la enfermedad, siendo la representación bélica del cáncer la de mayor pregnancia y determinando modos de actuar y sentir. Por otro lado, se conceptualiza la inminencia de muerte que aparece coagulada al diagnóstico mismo, evidenciándose a partir de las muertes parciales que atraviesa el paciente y que son producto de los cambios psíquicos y alteraciones corporales. Las anteriormente mencionadas, rememoran la propia finitud dando lugar al miedo a morir. Para finalizar, se destaca la importancia de la psicooncología en la atención integral del paciente con cáncer, resaltando la necesidad de un abordaje interdisciplinario, participativo e integral donde dicha área se encuentre presente, brindando apoyo psicosocial a los sujetos y su familia en las diversas fases de la enfermedad, así como también acompañar en la recepción del diagnóstico

### ***II. Palabras claves***

Diagnóstico de cáncer, imagen corporal, eufemismos, muerte, psicooncología.

### ***III. Ante la irrupción de un diagnóstico temido***

***Todo cambia en un instante.***

***Erice Juana, 2019.***

El presente trabajo pretende abordar los impactos subjetivos que produce el diagnóstico de cáncer en los sujetos que lo padecen y en su entorno familiar, desde una perspectiva psicoanalítica y de diversos aportes de la psicooncología. Los mencionados impactos pueden visualizarse atendiendo a los múltiples sustitutos semánticos que se ponen en juego ante dicho diagnóstico, los cuales están ligados a la imposibilidad de nombrar al cáncer en cuanto tal.

Para comenzar considero pertinente remitirnos a la definición de cáncer proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (2018), quien define a esta enfermedad como un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células. Por otro lado, resulta pertinente agregar los aportes del Diccionario de Oxford Languages (1989), quien la conceptualiza como mal que destruye o daña gravemente a la sociedad o a una parte de ella, ya que en esta definición se destaca el componente social refiriéndose al cáncer como un mal que destruye la vida del paciente y su familia.

La conceptualización anterior y tal como es tomada en el desarrollo del presente trabajo, permite pensar a la enfermedad como aquello que impacta en la vida del sujeto y de su entorno familiar, que irrumpe en ella, produciendo un desequilibrio. Siguiendo esta definición, el diagnóstico de cáncer podría pensarse como un real que irrumpe, colmado de múltiples preguntas. El mismo se inscribe como desalentador y es capaz de tomar el carácter de lo traumático, en tanto real inminente que desborda al sujeto.

Soler (2009) diferencia dos dimensiones a la hora de trabajar sobre el concepto de trauma. Sostiene que “hay siempre dos componentes: uno que es el golpe de lo real en

todas sus configuraciones y otro es lo que voy a llamar secuelas” (p.151) Cuando la autora habla de ‘golpe de lo real’ se refiere a aquello que no tiene correspondiente en el discurso, golpe fatal en la vida del sujeto. En este momento el sujeto no participa activamente, es algo que le sucede, que lo encuentra, como puede ser un diagnóstico de cáncer. Por otra parte, sostiene que “las secuelas son de la realidad en un segundo tiempo que no es el momento del encuentro, son las repercusiones subjetivas y la manera en que el sujeto lo toma, lo piensa” (p. 152). Este segundo momento estaría ligado a los impactos subjetivos ante el diagnóstico de cáncer, los cuales serán resignificados posteriormente.

Dichos impactos poseen la característica de lo diverso y dependen de cada sujeto en particular. Así, cada persona procesa y recibe el diagnóstico de una manera totalmente distinta, conforme a su subjetividad, afrontando la situación con los recursos psíquicos con los que cuente y mediante modalidades defensivas particulares. Entre las consecuencias psíquicas que pueden mencionarse se encuentran: temores, angustia, ansiedad, depresión, cambios en relación a su imagen corporal, entre otras.

Muchos de los diagnósticos de la enfermedad oncológica se encuentran acompañados por el factor sorpresa cuyas características están ligadas a lo novedoso, lo

2

irruptivo. Posterior al mismo, comienza a reorganizarse la vida del sujeto y su familia lo cual se da muchas veces en torno a la enfermedad.

Dados los impactos subjetivos que produce este diagnóstico, diversos son los sustitutos semánticos que se ponen en juego para nombrarla, eludiendo de este modo la palabra cáncer. Es por ello que algunos profesionales recurren a eufemismos, los cuales son definidos por el Diccionario de Oxford Languages (s.f.) como toda palabra o expresión más suave, decorosa con que se sustituye otra considerada tabú, de mal gusto, grosera o demasiado franca. Entre ellas encontramos aquellos que nombran al cáncer como larga y penosa enfermedad, enfermedad innombrable, enfermedad de larga duración, cruel enfermedad, de este modo, se utilizan diversos sustitutos semánticos cuyo fin apunta a evitar emitir un diagnóstico donde la palabra cáncer se encuentre presente. Estos eufemismos cristalizan las representaciones sociales que versan en torno a dicha enfermedad.

Cabe destacar que los mismos se desprenden del discurso médico siendo utilizados por los profesionales y por pacientes oncológicos con el fin de evitar nombrar al cáncer en cuanto tal, velando el real inminente que la enfermedad en sí misma supone.

Para Cruzado Rodríguez (2013), esta enfermedad se relaciona directamente con la psicología en el sentido en que genera muchas veces un importante sufrimiento psíquico, alcanzando niveles de malestar emocional y se acompaña a veces de trastornos psicopatológicos. Además, impacta en la vida del paciente y de su familia, produciendo diversas y variadas reacciones emocionales.

Como contrapartida de lo anteriormente mencionado, considero importante destacar a la psicooncología como aquella disciplina que brinda un espacio para trabajar las preocupaciones que versan en torno a la enfermedad, posibilitando poner en juego el deseo del paciente y permitiendo pensarse más allá de dicho diagnóstico.

Siguiendo esta línea, se pretende destacar la importancia de la psicooncología en la atención integral del paciente con cáncer contribuyendo a resaltar la necesidad de un abordaje interdisciplinario, participativo e integral donde dicha área se encuentre presente, posibilitando de este modo brindar apoyo psicosocial a los sujetos y su familia en las diversas fases de la enfermedad, así como también acompañar en la recepción del diagnóstico mismo.

#### ***IV. La imagen que devuelve el espejo***

***No somos nuestro cuerpo de carne y hueso, somos lo que sentimos y vemos de nuestro cuerpo.***

***Nasio Juan David, 2008.***

Los impactos subjetivos ante el diagnóstico de cáncer poseen el carácter de lo diverso y se encuentran ligados a la edad, sexo, situación familiar y situación laboral del paciente, enlazándose íntimamente a la subjetividad de quien lo padece.

3

En el presente trabajo integrador final se realizará un recorrido por los impactos subjetivos del diagnóstico en lo que respecta a la imagen corporal, considerando que en la enfermedad oncológica el cuerpo se encuentra implicado en su totalidad. Sin embargo, cabe destacar la existencia de otros, pero a los fines del ensayo, interesa abordar lo que respecta a la imagen corporal en la medida en la que cristaliza la premisa de trabajo.

En torno a la imagen corporal Jacques Lacan (1949) sostiene que el niño, a la edad de los dieciocho meses, asume jubilosamente la imagen que le devuelve el espejo, pero esta asunción jubilosa deviene posible gracias a un otro que lo sostiene. En este sentido, la imagen que le es devuelta le es dada como una Gestalt y es constituyente del sujeto mismo.

Lacan plantea esta elaboración para pensar la unificación del cuerpo ligado a lo imaginario. El niño mira el espejo, gira su cabeza buscando el asentimiento de quien lo sostiene y vuelve a dirigir su mirada al mismo, asumiendo su imagen jubilosamente. Esta imagen funciona como Gestalt en tanto unifica el cuerpo fragmentado del Infans y seguirá conservando esa función a lo largo de la vida del sujeto. Pero muchas veces, la imagen que devuelve el espejo refleja un cuerpo en falta, marcado por alopecias, cicatrices, y diversas cirugías como puede ser una mastectomía, evidenciando de este modo la presencia de la enfermedad oncológica. Estas faltas hacen estragos en el sujeto.

Podríamos pensar al cuerpo como superficie que recibe marcas significantes, las cuales repercuten en la imagen corporal de cada sujeto, configurándose como uno de los motivos por los cuales evitan mirarse al espejo o ser mirados, señalados por otros. Este cuerpo posee múltiples atravesamientos, algunos de ellos del orden imaginario, otros del simbólico. Se podría pensar los atravesamientos simbólicos a partir de las marcas del lenguaje en el cuerpo, siendo el Otro quien lo construye. De este modo no cabría la posibilidad de un cuerpo único, universal, se trataría, por el contrario de un cuerpo

subjetivo, propio. “Es pues el lenguaje quien nos atribuye un cuerpo y después nos lo otorga al unificarlo”. (Soler, s.f., p.3). De este modo, el cuerpo se inscribirá como territorio de encuentros, de conflicto y goces

Resulta pertinente establecer una distinción entre esquema corporal e imagen corporal, en tanto, dicha imagen se encuentra ligada al orden imaginario. En este sentido Doltó (1986) sostiene

El esquema corporal es el mismo para todos los individuos, la imagen del cuerpo por el contrario, es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia. De ello resulta que el esquema corporal es en parte inconsciente, pero también preconsciente y consciente, mientras que la imagen del cuerpo es eminentemente inconsciente ( p.18)

A partir de ello podemos pensar a esta imagen del cuerpo como síntesis de nuestras experiencias emocionales.

La enfermedad oncológica imprime marcas sobre el cuerpo lo que implica una modificación en la imagen corporal. Esta imagen se ve distorsionada, modificada, y

4

marcada muchas veces por la caída de cabello y por diversas cirugías. Esta pérdida de cabello pone en evidencia la presencia de la enfermedad, provocando la mirada del otro. En palabras de Colette Soler (s.f.) “el cuerpo se presenta a recibir la marca significativa, a ser un lugar de inscripción a partir del cual podrá ser contado como tal” (p.3).

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

Para tapar o velar las marcas que imprime la enfermedad sobre la imagen corporal, muchos pacientes recurren a maquillajes oncológicos, los cuales permiten devolver las expresiones a un rostro marcado por la caída de cejas, pestañas y cambios en el cutis. Se podría inferir que mediante el maquillaje se intenta tapar aquello que no es posible simbolizar, lo ominoso en palabras de Freud (1993) .

Ante este estado de cosas, puede sostenerse que la enfermedad de cáncer actúa como una herida narcisista que coloca al sujeto ante cierta vulnerabilidad. En este sentido Freud (1993) plantea “es sabido que la persona afligida por un dolor orgánico y por sensaciones penosas, resigna su interés por todas las cosas del mundo exterior que no se relacionen con su sufrimiento”(p.6). De este modo, el diagnóstico al irrumpir en la vida del paciente implicaría una ruptura a su narcisismo, lo cual, lo llevaría a resignar el interés por los objetos exteriores con el fin de volverla sobre sí mismo para resarcir esa herida narcisista.

## ***V. En búsqueda de otros modos de nombrarlo***

***El lenguaje es el bien más precioso  
y a la vez más peligroso  
que se ha dado al hombre.***

***Hölderlin Friedrich, 1830.***

El diagnóstico de la enfermedad oncológica conlleva una connotación negativa asociado a muerte, sufrimiento, angustia y dolor. Es por ello que al momento de nombrarla se ponen en juego diversos sustitutos semánticos o eufemismos con el fin de atenuar los impactos subjetivos que dicho diagnóstico supone.

Cabe destacar que alrededor de la enfermedad oncológica se fueron cristalizando diversas representaciones sociales, las cuales se hicieron hegemónicas y normativas. Éstas tienen en común la connotación negativa de la enfermedad. Es por ello que cuando el sujeto recibe el diagnóstico de cáncer, no solo se encuentra con este real inminente de la enfermedad sino también con aquellas representaciones sociales que versan en torno a la misma. Jodelet (1986) sostiene que “las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas (...) imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado” (p.472).

5

Las representaciones sociales de una enfermedad son determinantes de los comportamientos culturales sobre la misma; allí confluyen los conocimientos científicos como populares, valores y creencias que determinan la reacción de la sociedad y de cada individuo frente a la enfermedad. Dichas representaciones están compuestas por creencias sobre las causas, los síntomas, la cronología, las consecuencias y la curación de las mismas. Las anteriormente mencionadas, se organizan y construyen a partir de dos procesos fundamentales los cuales son la objetivación y el anclaje. La objetivación es un proceso a través del cual los grupos sociales construyen un saber común basado en intercambios y opiniones compartidas. El anclaje por su parte, se inscribe como segundo eslabón necesario para la creación de las mismas, este se caracteriza por ser un proceso mediante el cual se trata de enraizar la representación en el espacio social para darle uso en la cotidianidad (Jodelet, 1986).

De este modo podríamos pensar que cuando el sujeto recibe el diagnóstico de cáncer, se ponen en juego múltiples representaciones sociales ligadas a la enfermedad misma. La mayoría de ellas se encuentran relacionadas a muerte, sufrimiento y cirugías. Las mismas, al estar ancladas en lo social nos competen a cada uno de nosotros, nos atraviesan y es a partir de ellas que pensamos y concebimos la realidad. El sujeto que padece dicha enfermedad no las desconoce, viéndose obligado a hacerle frente a ellas y a la enfermedad misma. Sin embargo, dichas representaciones sociales del cáncer y del enfermo oncológico varía en función de la pertenencia a determinadas categorías o grupos sociales (sexo, edad, nivel de estudios y tipo de relación con enfermos oncológicos).

Del cúmulo de representaciones sociales que la enfermedad oncológica supone, la que posee mayor pregnancia es la representación bélica del cáncer. Por ello se espera

que los pacientes que la padecen “le den batalla”, “luchen contra ella”, “que ganen esta pelea” lo cual implica el uso de un lenguaje bélico alrededor del diagnóstico de cáncer. Es a partir de esto que los pacientes no solo reciben un diagnóstico desalentador que pone en jaque su vida, implicando una reorganización personal y familiar, sino que también se espera de estos determinadas actitudes, emociones, o comportamientos frente a ella.

Por ello, considero fundamental evitar demonizar al cáncer ya que de lo contrario implicaría entenderlo como algo frente a lo cual el paciente tiene que combatir, siendo un héroe si logra vencerlo o por el contrario perdiendo la batalla contra el enemigo si no puede hacerlo. También, si lo elevamos a la categoría de demonio, le brindamos una existencia superior, apareciendo dicha enfermedad como terrible.

Desde la perspectiva de las representaciones sociales, se puede afirmar que mientras la salud es valorada y enaltecida, la enfermedad, por el contrario, se ha definido como lo despreciable y lo que hay que evitar.

Según Organización Mundial de la Salud (1948) la salud fue definida como un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Esta definición implicó en su momento una mayor amplitud al considerar los aspectos mentales y sociales, sin embargo, se destaca la idea de pensar a la salud como un estado.

Por el contrario a la definición mencionada anteriormente, se inscribe como necesario pensar a la salud como proceso y no como algo dado o acabado. Concebirla

6

como un proceso implica reconocer las múltiples variables intervinientes sujetas a cambios constantes.

En este sentido, la enfermedad oncológica se entiende como una perturbación en este “estado” de completo bienestar, produciendo dicho diagnóstico un desequilibrio en las aristas físicas, mentales y sociales del sujeto que lo padece y su familia, enmarcada en un contexto sociohistórico determinado.

Este contexto socio-histórico, en el cual nos encontramos inmersos, construye imaginarios sociales que organizan los modos de percibir lo que acontece en la realidad. Cabe destacar que las enfermedades son percibidas como negativas en este imaginario social que predomina en la actualidad. Sin embargo, en la enfermedad oncológica a esta percepción negativa que supone toda enfermedad, se adhiere el hecho de que puede implicar la muerte.

A diferencia de lo que ocurre con otras enfermedades, en la enfermedad oncológica el diagnóstico se encuentra coagulado con la posible muerte apareciendo esta sin velo y evidenciándose a partir del desgaste del cuerpo y de los tratamientos que la misma implica, los cuales conlleva una cuota de sufrimiento.

## **VI. Frente a la inefable muerte**

***Prepararse para aceptar  
un hecho irreversible como es la muerte  
es un trabajo arduo y difícil.***

El abordaje de pacientes con enfermedades graves como es la enfermedad oncológica, supone un vínculo estrecho con la muerte y las fantasías que la misma conlleva. Cuando el paciente recibe el diagnóstico de cáncer advienen a su mente diversas representaciones sociales sobre la enfermedad y los fantasmas que la misma supone.

La enfermedad oncológica conlleva un trabajo de duelo ya que supone un desequilibrio en la vida del sujeto y de su familia. Cabe destacar que, para iniciar dicho trabajo, no es condición necesaria la pérdida real del objeto, sino que también la misma puede ser de naturaleza más ideal en tanto todo duelo implica un proceso de adaptación ante una serie de pérdidas reales o imaginarias.

Siguiendo esta línea podríamos pensar que un paciente oncológico atraviesa una serie de duelos, como es el duelo por la modificación en la imagen corporal (el duelo por la pérdida de cabello y, por ejemplo, por una mastectomía) así como también podemos dilucidar diversas pérdidas como lo son aquellas que atañen a la salud, a la estabilidad, a la seguridad, entre otras.

Para abordar las conceptualizaciones de duelo considero necesario remitirnos a lo planteado por Freud en *Duelo y Melancolía* (1992). Sostiene que “el duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que

7

haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (p.241). Freud sostiene que el trabajo del duelo no se ejecuta de una vez, sino que se realiza pieza por pieza conllevando un gran gasto de tiempo y energía de investidura. Mientras se realiza este proceso, el objeto perdido continúa en lo psíquico.

Por otro lado plantea que, en una serie de casos, la pérdida es de naturaleza más ideal ya que el objeto no está realmente muerto. Dentro de ella podemos ubicar a las pérdidas del objeto de amor, a las del estado de salud, las de la homeostasis de la vida del sujeto, entre otras.

Cabe destacar que la vida del hombre está marcada por duelos de diversa índole, ya que dicho proceso va más allá de la muerte, incluyendo cada situación que implique una modificación en la vida del sujeto, un desequilibrio y que suponga cambios que debe enfrentar.

En la enfermedad oncológica no solo hay pérdida externa del objeto, sino también pérdidas internas como lo son los cambios psíquicos y alteraciones en la imagen del cuerpo. Sin embargo, estas pérdidas externas no se deben a un objeto total, sino que se deben a muertes parciales, por lo que cada intervención realizada, conlleva un duelo por la pérdida en sí misma. Siguiendo esta línea Gómez Sancho (s.f.) sostiene “bien reales son aquellas muertes parciales, correspondientes a amputaciones corporales derivadas de accidentes o por intervención quirúrgica en enfermedades graves.” (p.132).

De igual modo, podríamos pensar que la enfermedad oncológica coloca al paciente cara a cara con la muerte, demostrándole de ese modo la finitud de su vida. Es por ello que a los fines del ensayo deviene fundamental la distinción entre *miedo a la muerte* y *miedo a morir*.

En cuanto al primero Freud (1992) sostiene que el hombre suele reducir la muerte al carácter de contingencia. Es de considerar que la muerte propia posee la característica de lo irrepresentable, lo cual implica que nos comportemos como si la misma no existiera, tendiendo a eliminarla de la vida. Este miedo a la muerte, habita de manera latente en cada uno de nosotros ya que al poseer la misma el carácter de lo irrepresentable, es imposible concebirla como tal.

En cuanto al segundo, el *miedo a morir*, se pone en juego cuando la muerte, que en un primer momento aparecía como lejana, irrumpe en nuestras vidas apareciendo de manera inminente. Allí algo de nuestra cotidianidad nos rememora la propia finitud. En lo que refiere a la enfermedad oncológica, el recuerdo de esta finitud podría estar dado por las diferentes muertes parciales por las que atraviesa el paciente oncológico, como puede ser pérdida del cabello, las alteraciones en la imagen corporal, las diversas cirugías, entre otras. Se podría inferir que este miedo sucumbe ante un diagnóstico de cáncer, ya que la muerte aparece con todo su esplendor. En palabras de Freud (1992) "Por lo general, destacamos el ocasionamiento contingente de la muerte, el accidente, la contracción de una enfermedad, la infección, la edad avanzada, y así dejamos traslucir nuestro afán de rebajar la muerte de necesidad a contingencia" (p.291). Cabe destacar que en los pacientes que se encuentran cursando por una enfermedad oncológica la muerte aparece cada vez más próxima y casi sin velo, con todo su esplendor, como real inminente.

8

Siguiendo esta línea, podríamos pensar a la muerte propia como real inminente que desborda al sujeto, así como también el diagnóstico de cáncer ya que ambos suponen una pausa, un desequilibrio, una perturbación en la vida del mismo. Siguiendo a Gómez Sancho (s.f.) podríamos plantear que la conciencia concibe la finitud de nuestra vida, no así el inconsciente, el cual se presenta como inmortal. El autor sostiene, "de los numerosos procesos de duelo que debemos enfrentar, el más doloroso se refiere a la finitud de nuestra vida y la de los seres queridos". (p.130)

La muerte de personas amadas, así como también diversas situaciones vitales conlleva un proceso de duelo. Él mismo no tiene un tiempo establecido o determinado ya que es personal y subjetivo, influyendo también la carga libidinal del objeto perdido. Gómez Sancho (s.f.) sostiene que un duelo acaba cuando la persona es capaz de pensar en el muerto, de recordarlo sin dolor, y es capaz de volver a investir sus emociones en la vida y en los vivos.

El autor menciona tres etapas del duelo. Sostiene que los primeros momentos corresponden al choque inicial. La primera reacción suele ser el rechazo, la incredulidad de pensar que la situación no es real. En palabras del autor: "los primeros recursos para contener tal derrumbe son el grito y la palabra" (p.177) haciendo referencia a la necesidad de manifestar lo que acontece. Plantea que el grito es el antídoto más primitivo que tienen los hombres para actuar ante el dolor, al que posteriormente se le adhiere la palabra, las

cuales intentar armar un puente entre la realidad conocida antes de la pérdida y la realidad desconocida de hoy. En este primer momento se encontraría la recepción del diagnóstico por parte del paciente oncológico, lo cual implica un derrumbe en su vida. Cabe destacar que, ligado a este diagnóstico de cáncer, sobreviene el rechazo de la enfermedad y la incredulidad de la misma.

La segunda etapa, la central, es el estado depresivo del duelo. En esta etapa se recuerda a la persona fallecida. Gómez Sancho (s.f.) sostiene

La fase depresiva del duelo también recuerda a veces a la melancolía. Tienen un sentimiento común el sentimiento de dolor moral y de culpabilidad. (...) igual que el caso de la melancolía, el estado depresivo del duelo hace que la persona totalmente ocupada por su objetivo, viva replegada sobre sí misma. Toda la atención, toda la energía se concentra sobre el objeto perdido (p.183).

En esta segunda etapa podríamos localizar los momentos vividos por el paciente posterior a la recepción del diagnóstico, ya que éste se encuentra muchas veces replegado sobre sí mismo y sin miramiento hacia el futuro. Toda la energía se concentra sobre el objeto perdido, pudiendo ser la salud en sí misma, así como también la pérdida de un objeto parcial por alguna intervención quirúrgica.

Finalmente, Gómez Sancho (s.f.) menciona la etapa final del duelo, caracterizada por el miramiento hacia el futuro y el interés por nuevos objetivos. De este modo, el sujeto

9

es capaz de volver a sentir nuevos deseos y de expresarlo, manifestándose el final del duelo por la capacidad de amar nuevamente. En este momento el paciente oncológico puede invertir nuevos objetos, como por ejemplo su salud, e invertir su energía en la recuperación de la enfermedad. En esta etapa, comienzan los tratamientos oncológicos y junto a ello la posibilidad de pensarse más allá del diagnóstico mismo.

Es de considerar que ante este diagnóstico y la inminencia de la muerte que se presenta junto a él, los sujetos que lo padecen, así como también sus seres queridos, recurren a diversos cultos religiosos con el fin de velar este real inminente. Siguiendo esta línea, Freud (1976) sostiene que el ser humano cuando se siente gravemente amenazado pide consuelo y es preciso disipar los temores que la vida inspira. De este modo, crea un tesoro de representaciones que se sostiene por la necesidad de volver soportable el desvalimiento humano.

El autor establece que las creencias religiosas le brindan al hombre la posibilidad de sobrellevar la vida y sus vicisitudes. Las anteriormente mencionadas, no son decantaciones de la experiencia ni resultados del pensar sino que son ilusiones, cumplimientos de deseos antiguos, urgentes e intensos. De este modo, recurrir a ellas sería un proceder histórico de saber-hacer frente al miedo a morir.

A partir del recorrido realizado, podemos sostener que el hombre ante el

diagnóstico de cáncer y la inminencia que la muerte supone, recurre a diversos cultos religiosos o creencias ya las mismas posibilitan volver a velar lo real de la muerte que se revela. Cabe destacar que estas representaciones religiosas le brindan al hombre la posibilidad de negar la muerte propia y mantenerla lo más lejano posible de su persona. También le brindan al sujeto la posibilidad de pensarse más allá de la muerte y asegurar su trascendencia después de la vida.

### **VII. Hacer del dolor una esperanza**

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

***Levin Esteban, 2000.***

La psicooncología se define según Cruzado (s.f.) como un campo interdisciplinar que surge a partir de la estrecha vinculación entre la psicología y las ciencias biomédicas dedicada a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de la enfermedad oncológica. La misma se inscribe como la disciplina que permite abordar las preocupaciones en torno a la enfermedad, su sufrimiento y el malestar emocional que conlleva.

Vilallonga (2018), por su parte, cita la definición de Psicooncología de la Dra. Jimmie Holland, su fundadora, quien la entiende como el campo de estudio e intervención en los

10  
trastornos psicosociales asociados al diagnóstico y el tratamiento de cáncer en el paciente y sus familiares.

Siguiendo la conceptualización anterior podemos considerar que la tarea del psicooncólogo no se agota en lo singular del paciente, sino que incluye también el entorno familiar del mismo. Dentro de las actividades desarrolladas por ellos se destacan la contención y acompañamiento al paciente y a su entorno familiar, el desarrollo de actividades ligadas a favorecer la comunicación del paciente, su familia y el equipo interdisciplinario, así como también promover las potencialidades de cada persona para salir fortalecido de la experiencia de atravesar la enfermedad oncológica. El psicooncólogo desempeña su quehacer laboral junto a otros profesionales de la salud con el fin de posibilitar un abordaje integral del paciente oncológico

En este marco, la comunicación del profesional con el paciente y su familia a lo largo del proceso terapéutico se inscribe como fundamental. En ella intervienen una multiplicidad de aspectos verbales y no verbales como la empatía, la contención y el respeto por el paciente, siendo éste indispensable y trascendiendo de este modo el hecho de transmitir información. No obstante, la comunicación no se reduce al simple hecho de transmitir información ya que si la reducimos a este plano la despojamos de su contexto humano, de la interrelación personal que debe primar en nuestra relación con los

pacientes. Un factor a resaltar en la comunicación profesional-paciente es el tono utilizado a la hora de comunicar, ya que la diferencia del mismo, puede hacer que el significado de las palabras cambie completamente.

En este contexto de comunicación, es de considerar la diferencia entre *la comunicación con el paciente y la comunicación al paciente*. Ya que, en la primera, se pueden dilucidar dos sujetos que se inscriben como participantes activos en la relación profesional-paciente, aportando a la misma su singularidad, volviéndola única y particular. En lo que respecta a la segunda, se trataría de una relación donde prevalece un participante activo, generalmente el profesional y un receptor pasivo, el paciente, cuya actividad se ve restringida a recibir la información brindada por el primero. Se podría inferir que en ella se acentúa el desvalimiento del paciente oncológico ya que no hay lugar para los interrogantes que puedan surgir de la información brindada y tampoco un espacio para abordar aquello que preocupa, angustia o a lo que el paciente teme. Esta relación psicólogo-paciente, así como también médico-paciente se inscribe como única y singular, debido a que en ella intervienen características propias de cada sujeto.

Siguiendo a Maglio (2017) la comunicación en esta relación profesional-paciente debe situarse en un proceso de empatía, en el sentido de querer al otro y mirar a través de él. El autor sostiene “es fundamental desarrollar en nuestra relación con los pacientes las tres C: comunicación, confianza y comprensión” (p.97). En este marco, la relación profesional-paciente debe pensarse como un puente, el cual requiere de ambas partes para que se sostenga.

A partir del recorrido realizado, deviene necesario traer a consideración la premisa de la cual partimos para preguntarnos ¿no es producto de esta dificultad para comunicar que el profesional, al momento de brindar un diagnóstico de cáncer, recurre a diversos eufemismos para evitar nombrarlo como tal? ¿qué fantasmáticas operan en estos profesionales que evitan nombrarlo? Quizás las fantasmáticas que operan en ellos están

11

marcadas y atravesadas por las múltiples representaciones sociales que la enfermedad oncológica supone, imposibilitando de este modo nombrar al cáncer como tal y utilizando diversos eufemismos en el momento de brindar el diagnóstico. Es por ello, que resulta fundamental deconstruir las representaciones bélicas que giran en torno a la enfermedad oncológica con el fin de devolverle el estatuto de enfermedad y poder entenderla como proceso. Considero que, al momento de brindar un diagnóstico como éste, la empatía cobra un lugar fundamental, dejando de lado el mero hecho de transmitir información y prevaleciendo la idea de que nos encontramos frente a un sujeto sufriente, que recibe un diagnóstico desalentador.

Es importante resaltar que, en lo que respecta al abordaje del paciente oncológico, el trabajo interdisciplinario se inscribe como fundamental, ya que se concibe al sujeto como unidad biopsicosocial incorporándose en ella la arista espiritual lo cual posibilita asegurar la trascendencia y volver soportable el desvalimiento humano. Siguiendo esta línea, Elichiry (2009) sostiene que la interdisciplina surge ante problemas cada vez más complejos ya que el trabajo interdisciplinario posibilita la integración y producción de conocimientos. No obstante, los profesionales que se propongan trabajar interdisciplinariamente deben renunciar a la creencia de que el saber de una disciplina resulta suficiente para dar cuenta de una problemática compleja. Es por ello que el trabajo interdisciplinario avanza hacia un enriquecimiento disciplinar al incorporar otros puntos de

vista sobre la situación, lo cual permite formular nuevos interrogantes. Por lo tanto, de lo que se trata es de desafiar a la propia disciplina para ponerla a trabajar.

Este trabajo interdisciplinario cobra especial importancia en lo que respecta a la enfermedad oncológica ya que la misma conlleva importantes cambios en las aristas biológicas, psicológicas y sociales. La enfermedad se manifiesta en principio en la arista biológica, por ello el paciente debe contar con el acompañamiento de su médico oncólogo para poder abordar los avatares que la enfermedad supone. También, dicha enfermedad impacta a nivel psicológico manifestándose en los diversos cambios que debe enfrentar el paciente entre los que se encuentran los duelos oncológicos, las alteraciones en la imagen corporal, la angustia, el cimbronazo emocional, entre otras. Finalmente, el impacto a nivel social está dado en la medida de que el entorno familiar participa en el proceso de salud enfermedad del paciente. En este nivel también se localizan las representaciones sociales de dicha enfermedad.

Siguiendo lo anteriormente mencionado, deviene necesario realizar un trabajo interdisciplinario para poder abordar al paciente en su totalidad sin fragmentarlo en las aristas constitutivas de este. En este marco, la comunicación se inscribe como fundamental pero la misma no sólo debe llevarse a cabo de manera bidireccional, es decir entre el profesional y el paciente, sino también debe ser pensado de manera amplia e incluir a los demás profesionales que formen parte del equipo interdisciplinario.

Considero que el desafío en materia de comunicación es hacerse entender por el paciente y poder entenderlo, hablar en un lenguaje que tenga sentido para ambos, y cuando no haya palabras, encontrar la manera de comunicarse. Es por ello que deviene fundamental comprender que toda comunicación es personal al implicar el encuentro de dos subjetividades. Allí, la pregunta por el cómo transmitir determinado tipo de información debe funcionar como orientadora en nuestra labor. Cabe destacar que establecer una

12

comunicación plenamente humana requiere de tiempo, introspección, comprensión de uno mismo, así como también poner en juego aquellas capacidades para interpretar las actitudes propias y las de los demás.

### **VIII. Consideraciones finales**

***Conozca todas las teorías.  
domine todas las técnicas,  
pero al tocar un alma humana  
sea apenas otra alma humana.***

***Jung Carl Gustav, 1950.***

La premisa que organizó y guio el desarrollo del presente trabajo fue que dados los impactos subjetivos que produce el diagnóstico de cáncer, diversos son los sustitutos semánticos que se ponen en juego para nombrarla, eludiendo de este modo la palabra cáncer.

Es de considerar que el diagnóstico de cáncer irrumpe en la vida del sujeto y de su entorno familiar, produciendo un desequilibrio. Al encontrarse ligado al factor sorpresa impacta fuertemente en la vida de los sujetos que lo padecen, dando lugar al cimbronazo emocional. Los mencionados impactos poseen el carácter de lo diverso enlazándose íntimamente a la subjetividad de quien lo padece.

Uno de los impactos subjetivos del diagnóstico de cáncer se visualiza en la imagen corporal ya que en la enfermedad oncológica el cuerpo se encuentra implicado en su totalidad. En este sentido, la imagen que devuelve el espejo recuerda o refuerza la presencia de la enfermedad denotando un cuerpo marcado por cicatrices, alopecias y diversas cirugías. Podemos sostener que las modificaciones en la imagen corporal hacen estragos en la vida del sujeto ya que al evidenciar la falta provoca una herida narcisista en quien lo padece, lo cual repercute en el modo de vincularse consigo mismo y con los otros. Se podría inferir que estas faltas que evidencia el cuerpo intentan ser veladas recurriendo a pelucas, turbantes o maquillajes oncológicos con el fin de ocultar la presencia de la enfermedad.

Cabe destacar que el diagnóstico de cáncer trae aparejada una doble cuestión: por un lado, se encuentra ligado a la muerte apareciendo ésta como real inminente y desbordando al sujeto. Por el otro, el mencionado diagnóstico, se encuentra coagulado a múltiples representaciones sociales ligadas a sufrimiento y pérdidas, las cuales no son desconocidas por parte del sujeto y determinan el modo en el que es concebida la enfermedad. En este sentido, profesionales y pacientes recurren a diversos eufemismos con el fin de evitar nombrar al cáncer como tal, lo cual posibilita colocarle un velo a lo doloroso, lo traumático y mortífero ligado al diagnóstico mismo. Este uso de eufemismos, cristalizaría las múltiples representaciones sociales que encarna la enfermedad oncológica, siendo estos sustitutos semánticos una formación de compromiso para brindar un diagnóstico de cáncer sin nombrarlo como tal. Esta imposibilidad de nombrarlo, se

13

encuentra en íntima relación con las fantasmáticas que la enfermedad oncológica supone, las cuales están ligadas a las representaciones sociales que dicha enfermedad implica.

Las anteriormente mencionadas, no son desconocidas por el paciente y es por ello que el quedarse sin palabras al momento de recibir el diagnóstico, así como también el romper en llanto, podrían leerse como una forma de manifestación ante el desequilibrio y el derrumbe que implica en la vida del sujeto, reflejando los impactos subjetivos de dicho diagnóstico.

En este marco, considero fundamental evitar demonizar al cáncer devolviéndole la categoría de enfermedad, para atenuar, de este modo, la magnitud de los impactos subjetivos que dicha enfermedad supone. Derribar la narrativa bélica que se encuentra ligada a la enfermedad oncológica, posibilita dejar de pensarlo como una batalla o una lucha al que hacerle frente y permite devolverle el estatuto de enfermedad.

Ahora bien, quien recibe el diagnóstico debe atravesar no solo el cúmulo de representaciones sociales que la enfermedad oncológica supone, sino también otros

avatares como son los duelos producto de las muertes parciales, las modificaciones en la imagen corporal, entre otras.

Siguiendo esta línea el acompañar a los pacientes oncológicos y a su familia por el curso de la enfermedad se inscribe como fundamental, ya que posibilita deconstruir las representaciones sociales ligadas a la enfermedad oncológica. También permite abordar aquello que preocupa, angustia, o a lo que el paciente teme, poniendo en juego la singularidad y subjetividad de cada uno.

Es importante destacar que la comunicación es una herramienta fundamental, no solo porque posibilita brindar la información necesaria al paciente sobre la enfermedad, sino también porque nos permite transmitir mediante ella empatía, miramiento por el paciente y tranquilidad. Las palabras que usemos, el tono de voz y nuestra postura al transmitir la información, serán fundamentales y dejarán una huella muy importante en la vida del sujeto y de su entorno familiar. Considero que la comunicación tiene el poder de hacer que una persona se sienta capaz de afrontar las dificultades, rompiendo los límites que se pone a sí misma. En este contexto, el empatizar con el paciente se inscribe como fundamental, intentando comprender lo que pasa por su cuerpo, indagando sobre sus preocupaciones, sus miedos y temores, también ofreciendo un espacio y brindando nuestro acompañamiento a lo largo del proceso.

Para culminar el desarrollo del presente Trabajo integrador final, retomo lo dicho por Freud (1991) en relación a la comunicación, el autor sostiene “Mediante palabras puede un hombre hacer dichoso a otro o empujarlo a la desesperación (...) las palabras despiertan sentimientos y son el medio universal con que los hombres se influyen unos a otros” (p.15).

### ***IX. Referencias bibliográficas***

Cruzado Rodríguez, J. A. (2013). Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer. Madrid. Ed. Síntesis

Cruzado, J. A. (s.f.). La formación en psicooncología. Volumen 0, Núm. 1 (pp.9-19). Universidad Complutense. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0303110009A/16373>

Diccionario de Oxford Languages. (1989). Definición de cáncer. Editorial Oxford University Press: Oxford, Reino Unido. Disponible en: <https://dictionary.cambridge.org/es/diccionario/ingles/cancer>

Diccionario de Oxford Languages. (s.f.). Definición de eufemismos. Editorial Oxford University Press: Oxford.

- Dolto, F. (1986). *La imagen Inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós
- Elichiry, N. (2009). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En *Escuela y aprendizajes. Trabajos de Psicología educacional*. Buenos Aires: Manantial.
- Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. En *Obras Completas: volumen XIV (pp.65-98)*. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1976). El porvenir de una ilusión. En *Obras Completas: volumen XXI (pp.1-57)* Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1991). Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. En *Obras completas: volumen XV (pp. 13-21)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1992). De guerra y muerte. Temas de actualidad. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. En *Obras Completas: volumen XIV (pp.273-304)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1992). Duelo y Melancolía. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. En *Obras Completas: volumen XIV (pp.235- 255)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez Sancho, M. (s.f.) El duelo como fenómeno antropológico. El luto. El duelo normal: las fases del duelo. En *El duelo y el luto*. Ciudad de México: Manual Moderno
- Jodelet, D. (1986) La representación social: fenómeno, concepto y teoría. En *Pensamiento y vida social*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1949). Estadio del espejo como formador de la función del yo (je). *Escritos 1*. Zurich. Recuperado de <http://www.psiaudiovisuales.com.ar/wp-content/uploads/El-estadio-del-espejo-como-formador-de-la-funcion00F3n-del-yo.pdf>
- Maglio, P. (2017). El arte de comunicar. *La medicina entre la biología y la biografía*. Buenos Aires: Gador.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional: Nueva York, Estados Unidos. Recuperado de: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf?ua=1#:~:text=LOS%20ESTADOS%20partes%20en%20esta.social%2C%20y%20no%20solamente%20!a](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1#:~:text=LOS%20ESTADOS%20partes%20en%20esta.social%2C%20y%20no%20solamente%20!a)
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Cáncer, datos y cifras. Página oficial de la OMS. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/cancer/es/#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20es%20un>

[%20proceso,en%20puntos%20distantes%20del%20organismo](#)

Soler, C. (2009). *¿Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista?* Buenos Aires: Letra viva.

Soler, C. (s.f.). *El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan*. París. Recuperado de <https://agapepsicoanalitico.files.wordpress.com/2013/07/colettesoler/elcuerpoenlaensenanzadejacqueslacan.pdf>

Vilallonga, J. S. (2018). *¿Qué es la Psicooncología?* Psicología en Cáncer. Barcelona. Disponible en: <https://psicologiaencancer.com/es/que-es-la-psico-oncologia/>