



Universidad Nacional De Rosario: Facultad de Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

El después del tratamiento oncológico:
Reconstrucción subjetiva desde una perspectiva psicoanalítica

Autor/a: García, Melani Agustina.

Legajo: G-5910/2

D.N.I: 41.987.595

Docentes de comisión de trabajo práctico: Cánaves, Ma. Agustina; Del Ponte, Javier.

Docente responsable: Correa, Fabiana Maria.

Modalidad: Ensayo.



Agradecimientos

A la Universidad Nacional de Rosario y a la Facultad de Psicología, por la posibilidad de formarme en una institución que garantiza el acceso a una educación pública, gratuita y de excelencia académica.

A mi familia, por constituirse en el pilar fundamental y el sostén incondicional a lo largo de todo este proceso de formación.

A quienes, con su palabra y afecto, me acompañaron y enriquecieron este camino, permitiendo que este recorrido académico sea también una experiencia de crecimiento personal compartida.



Índice:

1. Resumen y palabras claves.....	3
2. Introducción.....	4
3. Desarrollo.....	6
3.1 Posibles traumas.....	6
3.2 Duelos e ideal del yo.....	7
3.3 Sobrevivientes.....	8
3.4 Aspectos simbólicos.....	10
3.5 Las palabras de la experiencia.....	12
4. Consideraciones finales.....	15
5. Referencias bibliográficas.....	18



1. Resumen

El presente ensayo aborda la problemática del vacío teórico y clínico en torno al periodo posterior al alta médica en pacientes oncológicos. Desde una perspectiva psicoanalítica, se cuestiona la noción de *cura* entendida como un retorno a un estado de equilibrio previo, y se propone la postcura como una etapa psíquicamente activa que exige un trabajo de elaboración subjetiva. A través de las categorías de análisis de *trauma*, *duelo*, *ideal del yo* e *imagen corporal*, se examina cómo las marcas del tratamiento y el miedo a la recurrencia persisten más allá de la recuperación biológica. La relevancia y pertinencia disciplinar de este estudio radica en la necesidad de una clínica que aloje la *palabra de la experiencia* allí donde el discurso médico tradicional suele producir un silencio, permitiendo al sujeto una reconstrucción simbólica y una re-investidura de su cuerpo transformado. El recorrido realizado permite situar que la cura no constituye un cierre definitivo, sino un proceso dinámico que requiere ser pensado, elaborado y acompañado.

Palabras clave: duelo, ideal del yo, imagen corporal, psicoanálisis, trauma.



2. Introducción

El presente Trabajo Integrador Final (TIF) se inscribe en el marco de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, y aborda como tema central el después del tratamiento oncológico. La experiencia del cáncer ha sido ampliamente documentada desde una perspectiva biomédica, con énfasis en la detección, tratamiento y supervivencia. También en lo que nos compete, desde la psicología, existen numerosos trabajos centrados en el proceso de enfermedad.

Tal es el caso de Gatto (2017) que, en su libro *Pensar el cáncer: consideraciones desde la psicooncología*, analiza la atención, enfermedad, interdisciplina y formación del psicólogo en psicooncología. También Chacón, Checchia y Ferro (2022), en su libro *El cáncer y las palabras*, exponen la experiencia clínica del cáncer a través de narrativas, a partir de una campaña del Instituto Alexander Fleming que reunió testimonios de 146 pacientes con distintos tipos de cáncer.

Sin embargo, existe un vacío teórico en torno al periodo posterior a la cura y, como expone Die trill (2022), el proceso de rehabilitación no acaba cuando finaliza el tratamiento médico. Hay consecuencias que permanecen una vez que el tratamiento ha finalizado y el sujeto debe volver a una cotidianidad que ya no es la misma, especialmente cuando hay marcas corporales visibles, como la pérdida de una mama, de cabello, cicatrices o alteraciones en la funcionalidad corporal.

Es así como, desde un posicionamiento epistemológico psicoanalítico, este trabajo aborda como problema central el periodo posterior al tratamiento oncológico donde se propone conceptualizar la *postcura* como el fenómeno central de estudio, el cual es leído a partir de categorías conceptuales claves como trauma, definido por Freud (1984) como aquel exceso de estímulos que desborda la capacidad de respuesta del aparato psíquico al no poder ser ligado o representado simbólicamente. Asimismo, se recurre a la noción de duelo entendida como la reacción necesaria ante la pérdida (Freud, 1979a), en este caso del cuerpo tal como era conocido antes de la enfermedad, proceso que exige un arduo trabajo de desinvertidura libidinal. Finalmente, se analiza el ideal del yo (Freud, 1986) como esa instancia normativa y modelo de perfección que entra en conflicto con la imagen corporal, la cual, según Figueroa Varela et al. (2017), constituye una construcción



emocional y simbólica que suele verse alterada por las huellas físicas del tratamiento, impactando directamente en la identidad del sujeto.

En síntesis, este trabajo busca problematizar la idea de la cura como un punto de llegada, proponiendo, en cambio, una mirada clínica que reconozca la postcura como una etapa psíquicamente activa y conflictiva, que merece ser pensada, acompañada y elaborada. Se considera, entonces, que el periodo posterior al alta médica no puede pensarse como un simple *después cronológico* del tratamiento, sino que debe abordarse como un tiempo subjetivo en el que se juegan elaboraciones complejas.

3. Desarrollo

3.1 Posibles traumas

El tratamiento oncológico no puede pensarse de forma lineal ni universal. Se trata de un proceso singular, donde para algunas personas que han atravesado esta experiencia, la finalización de las intervenciones no marca el cierre del proceso, sino la apertura de un nuevo momento: el del después. Un tiempo muchas veces invisibilizado, pero que en la vivencia subjetiva puede estar cargado de interrogantes, miedos y marcas persistentes.

En este sentido, Marcelo Gatto (2017) advierte que el paciente con cáncer no solo sufre una afección biológica, sino una irrupción en la continuidad de su vida psíquica. La experiencia oncológica deja marcas que a veces se graban más allá del tiempo del tratamiento, y muchos pacientes siguen sin poder alojar lo vivido. Aun cuando la medicina declara el alta, el aparato psíquico puede continuar enfrentando lo que no ha podido ser elaborado: el miedo, la transformación corporal, la amenaza de muerte.

Entonces, es fundamental darle visibilidad al después que puede marcar el inicio de un proceso psíquico profundamente complejo. En ese momento, la estructura psíquica debe inscribir las huellas que la enfermedad y sus tratamientos han dejado en el cuerpo. En este después, donde ya no hay quimioterapia ni cirugías, puede emerger con fuerza lo que se define como trauma.

Según Freud (1984), el trauma no se define únicamente por el impacto de un acontecimiento externo, sino por la imposibilidad de ser tramitado psíquicamente, es decir, por la ruptura que produce en el aparato psíquico. Así, en "Más allá del principio del placer" se plantea que "el carácter esencial del trauma consiste en ser un exceso de estímulos que sobrepasa la capacidad de respuesta del sujeto" (Freud, 1984, p.26). Este exceso no logra ser ligado psíquicamente, es decir, no consigue articularse ni inscribirse a nivel representacional dentro del aparato psíquico, y por ello retorna de forma compulsiva en recuerdos, sensaciones o representaciones. En este sentido, en el caso de personas que han atravesado un cáncer con intervenciones corporales profundas, las marcas físicas (cicatrices, órganos extirpados, etc) pueden operar como restos traumáticos. Esto significa que funcionan como puntos de fijación pulsional que, al ser percibidos, activan

constantemente la vivencia de amenaza, pérdida o dolor, especialmente cuando no han podido ser simbolizadas e incorporadas a la historia del sujeto.

Investigaciones recientes han validado esta idea, mostrando que los supervivientes de cáncer pueden experimentar síntomas de estrés postraumático, especialmente después del tratamiento. La revista *Gaceta Médica* (2024) subraya que el miedo constante a la recurrencia, la ansiedad ante los exámenes de control y la dificultad para procesar lo vivido son manifestaciones comunes de este trauma.

Este desarrollo permite visibilizar una dimensión frecuentemente invisible del proceso oncológico: la del después. Un tiempo donde el tratamiento ya ha concluido, pero la experiencia vivida insiste, a veces de manera silenciosa, otras, de forma intrusiva y desbordante. El miedo a la recurrencia, la persistencia de marcas físicas y la dificultad para procesar lo ocurrido no constituyen meros efectos residuales, sino posibles manifestaciones de un trauma que no logró ser simbolizado en el transcurso del proceso médico que debe ser visualizado y tratado. El después no es un epílogo, sino una escena clínica en sí misma, con sus propios ritmos, riesgos y posibilidades. Y en ese espacio aún sin nombre, hay mucho por trabajar.

3.2 Duelos e ideal del yo

Freud (1979a) describe el duelo como la reacción frente a la pérdida. En este caso, después de un tratamiento oncológico podríamos pensar que lo perdido es el cuerpo tal como se conocía antes del cáncer. Esto se articula con la investigación de Lizana et al. (2020), quienes exploran los duelos en el cuerpo y la subjetividad de las mujeres con cáncer de mama. Su estudio cualitativo resalta cómo las pérdidas de la feminidad y la sexualidad, ligadas a las transformaciones corporales, generan un proceso de duelo que requiere ser elaborado.

En este punto, se articula lo que se conoce como ideal del yo. Freud (1986) explica que el ideal del yo se conforma como una instancia normativa que representa las exigencias del superyó, y que actúa como modelo de perfección al que el yo aspira. Dice: "Lo que el sujeto proyecta como su ideal de perfección es en realidad el sustituto del narcisismo perdido de la infancia" (Freud, 1986, p.43). En el caso de personas que han atravesado un tratamiento oncológico con consecuencias visibles sobre el cuerpo, puede pensarse que el ideal del yo —construido en torno a



ideales culturales de belleza, salud y completitud— entra en conflicto con la nueva imagen corporal, generando sentimientos de insuficiencia, vergüenza o alienación.

Aquí resulta central situar el concepto de imagen corporal, trabajado por Figueroa Varela et al. (2017), quienes afirman que ésta no solo involucra una representación perceptiva del cuerpo, sino también una vivencia emocional y simbólica del mismo, construida en relación con el entorno social, la cultura y la historia subjetiva. En su revisión sistemática, concluyen que “las mujeres con cáncer de mama presentan una imagen corporal alterada debido a los cambios físicos producidos por el tratamiento, lo cual impacta directamente en su identidad y bienestar psicológico” (Figueroa Varela et al., 2017, p.8).

La persona luego de un tratamiento oncológico que conlleva marcas corporales, se enfrenta a que su cuerpo cambia. Es fundamental remarcar que esta etapa conlleva un duelo, entendido no como una fase predecible dentro de una secuencia, sino como un trabajo psíquico necesario que exige la desinvestidura libidinal del cuerpo y el ideal de salud que se tenía. Esta labor puede ser una crisis subjetiva que demanda una intervención terapéutica. La meta no es restaurar el cuerpo perdido, sería imposible, sino ayudar a construir o facilitar la re-investidura libidinal del cuerpo transformado, ayudando al sujeto a simbolizar las marcas de la enfermedad.

3.3 Sobrevivientes

La noción de *sobrevivientes* invita a dividir la palabra. Sobre-vivientes, una experiencia sobre aquellos que viven, una experiencia plenamente subjetiva que se busca conocer en su singularidad, no a través de protocolos cerrados y absolutos, sino alojando la palabra de la experiencia. De este modo, lo que es esencialmente único se vuelve accesible al conocimiento.

A pesar de no existir un criterio único y estandarizado para la definición de qué es un sobreviviente de cáncer, es posible rastrear recortes realizados por diferentes investigaciones para aproximarse a su noción. Cheriff dos Santos considera que la fase de supervivencia es conocida como “supervivencia permanente” (2020, p. 2) pero que aún no se cuenta con protocolos estandarizados,

factor que obstaculiza el acceso a tratamientos y genera desigualdades en la atención y la denominada cura.

Gatto (2017) cuestiona el concepto de *curación* que propone el discurso médico hegemónico, como aquel discurso de la enfermedad - véase, no del sujeto ni de la salud - que fracciona con su mirada al enfermo y lo reduce en su condición humana a síntomas y trastornos orgánicos que deben ser restituidos. En este sentido, se concibe la curación como “la recuperación de la salud [...] como una ilusoria vuelta a un estado de equilibrio anterior” (2017, p.74). ¿Cómo pensar en que una enfermedad y tratamientos tan invasivos a la totalidad del sujeto puedan ser revertidos? Medin (2025) declara que “los sobrevivientes de cáncer tienen un riesgo aumentado, entre 3 y 20 veces mayor que el de la población general, de presentar con el paso del tiempo otras enfermedades malignas” (p.22), por lo que se observa que, desde el punto de vista netamente biologicista, la perspectiva simplista de un restablecimiento ideal no es posible. Por otro lado, no se mencionan las transformaciones a nivel subjetivo, afectivo y social, donde toda la vida del sujeto en tratamiento se ve revolucionada con nuevas rutinas, nuevos espacios, nuevas personas a su alrededor, discursos que puede o no entender, procedimientos que pueden incomodar y nuevas experiencias corporales, sensaciones, pensamientos que deben encontrar lugar en la red simbólica para ser integradas.

Gatto (2017) propone, en cambio, pensar la salud - enfermedad como un proceso flexible en constante transformación y ajuste, con niveles intermedios relativos y dinámicos. Esta perspectiva articula a la persona con su medio, con los factores históricos y sociales que la intervienen, y con su singular psiquismo. Sólo desde esta perspectiva multidimensional se puede pensar en pacientes curados, que no vuelven a ser exactamente lo que eran, sino una versión de sí mismos que atravesó y simbolizó de una u otra manera un acontecimiento que pone en jaque el uso de todos los recursos del sujeto. Medin pone énfasis en “la cura psicológica que debería reflejar diferentes aspectos subjetivos como resiliencia, autonomía, independencia y autoestima” (2025, p.6). Y son estos modos de vivir *después* de la enfermedad y el tratamiento lo que resulta interesante conocer.

Se colocan estos planteos en tensión con los postulados de la OPS (2025) en su estudio sobre la salud mental de los sobrevivientes de cáncer. Destacan la falta de información que tienen estos sujetos luego de su enfermedad y señalan la importancia de pensar que sobrevivir el cáncer es el comienzo de un camino, que

debe ser llevado adelante por la persona, en conjunto con un sistema de apoyo interdisciplinario que promueva y refuerce los vínculos. De esta manera, los hallazgos evidencian la necesidad imperante de acompañar a los sobrevivientes en construir y transitar su cura como *proceso*, sin encerrarse en la dualidad de vivir una vida normal, al tiempo que deben continuar sus estudios de seguimiento. Ante el vacío de acompañamiento formal que sobreviene al alta médica y el silencio que el discurso biomédico produce sobre la dimensión subjetiva, los sobrevivientes se ven impulsados a construir sus propios modelos explicativos para dar cuenta de los aspectos biopsicosociales que los atraviesan.

3.4 Aspectos simbólicos

Al abordar la experiencia de los sobrevivientes de cáncer o como este trabajo invita a pensar, el después del tratamiento oncológico, es necesario ir más allá de los efectos fisiológicos o médicos y considerar los aspectos simbólicos implicados en este transitar. La enfermedad y la supervivencia constituyen acontecimientos que interpelan la identidad, la temporalidad y los lazos del sujeto con el entorno. Si bien, como vimos, las investigaciones suelen centrarse en las secuelas físicas, diversos estudios subrayan la presencia de malestares emocionales, como la ansiedad y la depresión (Izurieta-Pacheco, 2025). Estos malestares no pueden pensarse aislados del modo en que cada sujeto significa su experiencia de enfermedad y supervivencia, proceso que conlleva un trabajo psíquico complejo. En este sentido, es importante concebir la experiencia de supervivencia como un camino largo y la mitigación de otros impactos, tanto emocionales como económicos y sociales que resultan de la situación en su conjunto (Cheriff dos Santos, 2018).

Siguiendo por esta línea, Rossell et al. (2022) plantean que la vida más allá del cáncer implica un proceso de reconstrucción simbólica, donde el sujeto busca reconfigurar su identidad y su lugar en el mundo. Y un modo posible de elaborar esta experiencia es a través del acompañamiento de otros pares, con quienes comparten trayectorias similares. Este intercambio adquiere un valor simbólico particular: permite resignificar el sufrimiento al transformarlo en una experiencia tramitable y de apoyo a otros, lo cual puede pensarse como una forma de *retribución* que refuerza la continuidad del lazo social.

Desde una lectura freudiana de “Psicología de las masas y análisis del yo” (1979b), puede pensarse que el proceso de *reconstrucción simbólica* descrito por Rossell et al. (2022) se sostiene en nuevas formas de identificación que emergen en el vínculo con otros pares. Estas identificaciones, lejos de implicar una disolución del yo en la masa, operan como una vía de reinscripción simbólica: permiten al sujeto reconocerse en el otro y resignificar su experiencia a partir de un lazo común. En este sentido, el grupo de pares funciona como una *masa simbólica* que no es una multitud donde el individuo se pierde. Es un grupo de pares que no borra la singularidad, sino que la posibilita, promoviendo una elaboración compartida del sufrimiento y una reafirmación del lazo social.

Por otro lado, Cheriff dos Santos (2020) reconoce que algunas de las principales cuestiones mencionadas no son incluidas sistemáticamente en protocolos de tratamiento al cáncer. Suelen incluir menciones sobre el dolor, la fatiga, limitaciones y cambios en el sueño, la nutrición, la excreción y las funciones sexuales. Esto da cuenta de la dimensión no simbolizada de ciertos padecimientos y frustraciones corporales. Se visibiliza una tensión entre lo biológico y lo subjetivo: lo que no es nombrado ni reconocido, como se postuló, puede permanecer como resto no elaborado.

Uno de los puntos de importancia para reflexionar esta tramitación simbólica de la experiencia es cómo el sujeto se posiciona para afrontar el sufrimiento asociado. Nandakumar (2018) menciona como una de las posibilidades el ubicarse en un lugar de atenciones privilegiadas que, *a posteriori*, es difícil de abandonar. Se nombra como algunos sobrevivientes se sienten parte de un club donde se los trataba como superestrellas. No obstante, desde la salud mental, se considera que es necesario un acompañamiento para elaborar cierta reorganización de la economía libidinal tan centrada en el propio sujeto de la enfermedad como mecanismo de defensa frente al malestar. El acompañamiento integral requiere una transición simbólica, que podría ser pensada como un trabajo psíquico de reinención de la posición subjetiva, donde la persona deje de ser un cuerpo gestionado por la institución médica, para volver a ser un sujeto que decide sobre su propia vida y vínculos. Este tránsito supone abandonar el lugar del paciente para ocupar el de sujeto, proceso que aún no está previsto en las políticas sanitarias ni protocolos médicos tradicionales. Durante el tratamiento, el sujeto se encuentra inmerso en un entorno altamente regulado: los cuidadores, médicos, enfermeros



gestionan su cuerpo, organizan su agenda, su tiempo, actividades, su vida cotidiana. Esta etapa genera una identidad funcional como paciente, donde la autonomía queda supeditada a la atención profesional y rutinas clínicas.

Al finalizar el tratamiento y recibir el alta médica, el sujeto se enfrenta a la tarea de reconfigurar su identidad, esta vez sin que exista un acompañamiento formal que lo guíe. Ahora debe ocupar la posición de sujeto autónomo, reconstruir sus vínculos, retomar su vida familiar y social, y al mismo tiempo resignificar el cuerpo y la memoria de la enfermedad. Este proceso subjetivo merece ser reconocido y sostenido por políticas de salud que consideren esta dimensión de la cura, o como se viene planteando, *el después*.

3.5 Las palabras de la experiencia: Análisis de una narrativa de la postcura.

Para ilustrar la complejidad psíquica del periodo posterior al tratamiento, se tomará como eje una narrativa del libro de Chacón, Checchia y Ferro (2022) que reunió testimonios de 146 pacientes. Uno de ellos fue Analía, una mujer de 46 años que, tras atravesar una mastectomía, quimioterapia y radioterapia, se enfrentó al desafío de reintegrarse a su vida laboral.

Su historia permite visibilizar cómo el alta médica no coincide necesariamente con el tiempo subjetivo de elaboración, puesto que, al retomar su puesto de responsabilidad, experimentó una profunda dificultad para readaptarse al ritmo previo. Las intervenciones de su jefe, quien le señalaba errores y falta de atención, reforzaron en ella una sensación de insuficiencia que puede leerse desde la tensión entre el Ideal del Yo profesional, construido sobre la eficiencia y la completitud, y un yo que aún procesa el impacto traumático de la enfermedad.

Estos fallos evidencian la insistencia de un resto que interfiere en la cotidianidad de la etapa posterior al tratamiento. Este punto se vuelve aún más claro con el testimonio de Violeta, otra mujer que atravesó la misma enfermedad, quien la describe como una “sombra vista por el rabillo del ojo” (Chacón et al., 2022, p. 167). Al igual que Analía, experimentaba una profunda dificultad para concentrarse, describiendo el esfuerzo de sostener la jornada laboral como “escalar el Everest” (p. 166). Esta metáfora no debe leerse simplemente como una fatiga física residual del tratamiento, sino como el emergente de un agotamiento psíquico derivado de la

tarea de sostener un Ideal del Yo de eficiencia. Ambas mujeres sienten la necesidad imperiosa de demostrar que son las mismas, como si no hubiese pasado nada, pero sienten el deseo de encontrar un espacio donde no sea necesario ocultar su historia personal. Este actuar *como si nada hubiese pasado* puede pensarse, siguiendo la observación clínica, como un síntoma de un duelo detenido. Al intentar sostener un Ideal del Yo inalterado, el sujeto se ve impedido de realizar el trabajo de desinversión del objeto perdido (su cuerpo y vida anterior).

Un punto nodal del relato de Analía es el consejo recibido por una amiga ante una nueva búsqueda laboral: "Mañana, en la entrevista de trabajo, no digas que tuviste cáncer" (Chacón et al., 2022, p.177). Esta sugerencia de ocultamiento no debe leerse meramente como una sugerencia pragmática para obtener un empleo, funciona como un potente recordatorio de la alteridad que el cáncer introdujo en su identidad y como un síntoma social de la época actual. Esta indicación de ocultamiento revela una sociedad que, como señala Die Trill (2022), tiende a huir de todo lo que sea enfermedad y deterioro, priorizando una imagen de salud, juventud y rendimiento constante. En este contexto, el sobreviviente de cáncer se encuentra ante una encrucijada subjetiva: para reinsertarse laboral y socialmente, debe ocultar las marcas de su historia, produciendo una identidad dividida.

Esta división implica que el sujeto se vea forzado a construir una máscara de normalidad para satisfacer las demandas del entorno y los ideales culturales de completitud. Por un lado, debe presentarse como un individuo *sano* y productivo, por otro, carga en soledad con la elaboración de un trauma que aún insiste en su aparato psíquico. El secreto opera aquí como una barrera que impide la ligadura simbólica de la experiencia en el lazo con los otros; al no poder nombrar lo vivido por temor al estigma o la discriminación, el sujeto queda alienado en una posición de falsa completitud que agota.

No obstante, que la narrativa culmine con el deseo de Analía de encontrar un espacio donde no sea necesario ocultar su historia marca, entonces, un punto de resistencia ética: es la búsqueda de un lugar donde su identidad no tenga que estar escindida y donde *la palabra de la experiencia* pueda circular sin censura.

Finalmente, el secreto no solo protege al sujeto de la discriminación externa, sino que también funciona como un mecanismo que cronifica el vacío de acompañamiento. Al silenciar la enfermedad en el ámbito público, se invisibiliza la necesidad de protocolos de seguimiento subjetivo, dejando al sobreviviente en una



soledad radical frente a sus miedos y sus marcas. La verdadera integración social en la postcura no debería exigir el olvido o el ocultamiento, sino la posibilidad de habitar un lazo social que aloje la singularidad de quien ha sido transformado por la experiencia oncológica.

4. Consideraciones finales

A lo largo de este trabajo, se ha buscado desarticular la idea de la cura oncológica como un cierre definitivo o un retorno a un estado previo de equilibrio. Desde una perspectiva psicoanalítica, se ha indagado y reflexionado que el cese de las intervenciones biológicas no coincide necesariamente con la resolución de los conflictos psíquicos; por el contrario, puede marcar el inicio de una nueva etapa.

En primer lugar, el recorrido realizado invita a pensar que el trauma en la experiencia oncológica existe. Las marcas en el cuerpo y el miedo a la recurrencia operan como restos que sobrepasan la capacidad de respuesta del sujeto, exigiendo un trabajo de ligadura para que esas huellas dejen de ser una amenaza constante y se integren en la historia personal.

Asimismo, el presente escrito permite poner de relieve que el duelo no se limita a la pérdida de lo que se considera salud, sino a la pérdida de la imagen corporal previa. El conflicto entre el ideal del yo y un cuerpo marcado por el tratamiento podría generar una crisis que requiera una nueva investidura libidinal. No se trata de volver a ser quien se era, pero tampoco del cliché de construir una nueva versión de sí mismo. Si en la inmediatez del alta el sujeto intenta actuar *como si no hubiese pasado nada*, la apuesta clínica consiste en posibilitar que sí pase algo: que la pérdida de la imagen corporal previa sea reconocida y tramitada. No se trata, entonces, de alcanzar una *nueva versión* idealizada, sino de propiciar una re-investidura libidinal de un cuerpo ahora marcado por la experiencia. Esto implica que el sujeto pueda simbolizar las huellas del tratamiento, integrando el impacto traumático como parte de su historia singular, permitiendo así una reconfiguración identitaria que no reniegue de lo vivido, sino que lo aloje en una nueva trama de sentido.

Otro punto central es la transición del lugar de *paciente* al de sujeto. Se observó que, mientras el sistema médico regula y gestiona el cuerpo durante la enfermedad, el *después* deja al sobreviviente en un vacío de acompañamiento formal. En este contexto, los grupos de pares surgen como un espacio vital de identificación simbólica, donde el sufrimiento individual puede transformarse en un lazo social que sostiene la subjetividad. La postcura no debe ser una carga que el sujeto lleve en soledad, oculta bajo el velo del secreto social.

Los grupos de pares no pueden seguir siendo alternativas azarosas o externas al sistema; deben ser reconocidos como herramientas clínicas. Solo a



través de un acompañamiento integral que aloje la palabra y la angustia frente a los controles de seguimiento, podremos evitar que el sobreviviente quede atrapado en una identidad escindida entre su historia de dolor y la exigencia social de productividad. A diferencia de la medicina, centrada en restituir los parámetros orgánicos, la apuesta analítica busca una clínica que no solo salve vidas, sino que permita que esas vidas sean nuevamente deseadas y simbolizadas por quienes las transitan.

A su vez, este ensayo invita a pensar la necesidad de interrogar la función ética del profesional de la salud mental en el acompañamiento de la postcura. Si bien el discurso médico hegemónico, en el mejor de los casos, cumple su función al restituir los parámetros orgánicos, suele operar reduciendo al sujeto a sus síntomas y trastornos biológicos. En este escenario, el rol del analista no debe limitarse a la mitigación de cuadros psicopatológicos tradicionales, sino que debe orientarse a alojar la palabra de la experiencia allí donde el saber médico produce un silencio. Más allá de la escucha, la responsabilidad ética del analista no radica en una asistencia, ayuda o búsqueda de bienestar normativo a comparación del saber médico. Por el contrario, se trata de una ética del caso por caso, donde la función del analista es hacer lugar al resto traumático que el discurso médico no puede nombrar. La intervención analítica no busca *asistir* al sobreviviente para que vuelva a su vida previa, sino posibilitar un espacio de ligadura simbólica donde el sujeto pueda apropiarse de sus marcas y reconstruir su posición subjetiva frente a la enfermedad. En la apuesta por alojar la palabra de la experiencia, su función es posibilitar a que las nuevas sensaciones corporales, pensamientos y cambios en la rutina encuentren un lugar en la red simbólica del individuo para que puedan ser integradas y adquirir un sentido propio.

El analista debe intervenir en la tensión entre la *vida normal* y la persistencia de los estudios de seguimiento. Estos controles médicos no son meros trámites biológicos; son momentos de reactivación de la angustia y del miedo a la recurrencia. La función ética del profesional es transformar esa espera pasiva y amenazante en una escena de elaboración activa. Al reconocer la legalidad psíquica del sufrimiento derivado de la incertidumbre médica, el analista permite que el después deje de ser un tiempo de parálisis y se convierta en un proceso flexible y dinámico de ajuste constante entre el sujeto, su historia y su medio social.



Resulta imperativo que las políticas de salud pública y la práctica clínica dejen de considerar el periodo postratamiento como un simple intervalo cronológico. En última instancia, el desafío clínico y social radica en evitar que el sobreviviente quede atrapado en una soledad radical o en la exigencia de un olvido imposible. La verdadera integración no requiere borrar las huellas del cáncer, sino posibilitar un lazo social que aloje la singularidad de la experiencia vivida. Se trata, pues, de transitar desde la mera supervivencia biológica hacia una existencia subjetiva plena; allí donde el sujeto, dueño de sus marcas y de su historia, puede finalmente transformar el impacto del trauma en un nuevo deseo de porvenir.



5. Referencias bibliográficas:

- Chacón, A., Checchia, S., & Ferro, N. (2022). *El cáncer y las palabras: Ni héroes, ni víctimas, ni guerreros*. Grijalbo.
- Cheriff dos Santos, A. T., Silva, R. P. da, Almeida, L. M. de, Bosi, M. L. M., Menezes, M. de F. B. de, Skaba, M. M. V. F., Nigenda, G., Arruda, C. A. M., Pinheiro, C. P. O., González-Robledo, M. C., & Knaul, F. M. (2020). *Cancer survivorship needs in Brazil: Patient and family perspective*. *PLOS ONE*, 15(10), e0239811. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239811>
- Die Trill, M. (2022). Huímos socialmente de todo lo que sea enfermedad y deterioro. <https://www.lavozdegalicia.es/noticia/lavozdelasalud/enfermedades/2022/09/26/maria-die-trill-psicooncologa-huimos-socialmente-enfermedad-deterioro/00031664208959871823945.htm>
- Figueroa Varela, M. R., Valadez Sierra, M. D., Rivera Heredia, M. E., & Montes Delgado, R. (2017). Evaluación de la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama: una revisión sistemática. *Universitas Psychologica*, 6 (4), 1–12. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.eicm>
- Freud, S. (1979a). Duelo y melancolía. En *Obras Completas*, Vol. XIV. Amorrortu.
- Freud, S. (1984). Más allá del principio del placer. En *Obras Completas*, Vol. XVIII. Amorrortu.
- Freud, S. (1979b). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras completas*, Vol. XVIII. Amorrortu.
- Freud, S. (1986). El yo y el ello. En *Obras Completas*, Vol. XIX. Amorrortu.
- Gatto, M.(2017). *Pensar el cáncer: consideraciones desde la psicooncología*. Letra viva.
- Izurieta-Pacheco, A. C., Noyd, D. H., Challinor, J., Rossell, N., Olarte-Sierra, M. F., Bastardo Blanco, D., Zubieta, M., George, N. B., Perez-Jaume, S., Felip-Badia, A., Trigoso, V., Loggetto, P., Gonzalez, V., Frias, C., Rincon, S., Ortiz, R., Fuentes-Alabi de Aparicio, S., & Vásquez Ponce, L. (2025). Childhood cancer survivors in Latin America:



Insights into health outcomes and information needs. *Pediatric Blood & Cancer*, 72(9), e31833. <https://doi.org/10.1002/pbc.31833>

Lizana, M. F., Pizarro, M., Vidal, F., & Morales, M. (2020). Duelos en el cuerpo: discursos y subjetividad de mujeres que participan en un grupo de apoyo orientado al cáncer de mamas. *Liminales. Revista de investigación social y humanística*, (18), 115-131.

Medin, G. (2025). Sobrevivientes. Aspectos médicos y psicológicos. Clase 1 y 2. Universidad ISALUD. Departamento de educación a distancia.

Organización Panamericana de la Salud (2025). Salud mental y acceso a información sobre efectos tardíos, desafíos para los sobrevivientes de cáncer infantil en América Latina. Recuperado de <https://www.paho.org/es/noticias/13-6-2025-salud-mental-acceso-informacion-sobre-efectos-tardios-desafios-para> el 14 de julio de 2025.

Rojo, L. (2024). Calidad de vida y bienestar: el doble desafío de las supervivientes de cáncer de mama. *Gaceta Médica*.

Rossell, N., Olarte-Sierra, M. F., & Challinor, J. (2022). *Survivors of childhood cancer in Latin America: Role of foundations and peer groups in the lack of transition processes to adult long-term follow-up. Cancer Reports*, 5(6), e1474. <https://doi.org/10.1002/cnr2.1474>