



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGIA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL:

Esquema corporal y cáncer en el devenir adolescente

Modalidad de escritura: Investigación bibliográfica (discusión entre autores)

Autor: Razetto, María Cecilia

Legajo: R-5096/2

Dni: 37.546.254

Docente Responsable: Torrilla Gabriela

Agradecimientos

A mi familia: a mi mamá, mi papá y mi hermano, por ser sostén, refugio y amor constante. Gracias por no soltarme nunca, por creer en mí incluso en los momentos en los que yo misma dudaba. Porque cada vez que tropecé y caí, estuvieron ahí, ayudándome a levantarme, sin dejarme bajar los brazos.

A mis amigas, por ser faro en la oscuridad, por su fe incondicional, por empujarme cuando el cansancio pesaba, y por acompañarme con tanta ternura y alegría en cada paso de este largo camino universitario.

A Gabi, mi tutora, por su calidez, su paciencia infinita y por cada palabra que supo orientar, cuidar y acompañar este proceso con tanto amor.

Y en memoria de aquellos que ya no están...Que este escrito sea una forma de honrar sus vidas y todo lo que dejaron en mí. Este trabajo es en su honor, y en agradecimiento por haber formado parte de nuestras vidas

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Objetivos.....	4
La representación social del cáncer.....	5
Duelo como pérdida de la salud en la adolescencia	9
Esquema corporal adolescente.....	13
Acerca del trabajo del psicooncólogo.....	18
Conclusión	21
Referencias Bibliográficas	23

Resumen

La presente investigación se propone indagar el impacto subjetivo que generan los tratamientos oncológicos en el esquema corporal de adolescentes diagnosticados con cáncer, desde una perspectiva psicoanalítica. A partir de una investigación bibliográfica, se abordan los efectos que la enfermedad y sus tratamientos producen en el cuerpo, la imagen de sí y la identidad del adolescente. Se concibe el cuerpo más allá de lo biológico, como una superficie simbólica atravesada por significantes. En este marco, el padecimiento oncológico no sólo impacta físicamente, sino que irrumpe en los procesos subjetivos de simbolización, alterando la vivencia del cuerpo y del lazo con los otros. Asimismo, se exploran, además, las representaciones sociales del cáncer, los procesos de duelo implicados y el rol del psicooncólogo como figura clínica que aloja al sujeto y a su sufrimiento, habilitando la palabra allí donde el dolor parece suspenderla. Desde esta perspectiva, se impulsa una práctica clínica ética, empática e interdisciplinaria, que no reduzca al paciente a su enfermedad, sino que le permita reinscribirse como sujeto deseante. Acompañar, en este contexto, implica no sólo contener, sino también escuchar lo singular, respetar los tiempos subjetivos y sostener el lazo allí donde la angustia irrumpe.

Palabras clave: cáncer, esquema corporal, adolescencia, duelo, psicooncología.

Introducción

La presente investigación bibliográfica se propone indagar acerca del impacto subjetivo que generan los tratamientos en el esquema corporal de adolescentes diagnosticados con cáncer. Para ello, se realizará una lectura crítica de distintos autores con el objetivo de localizar las relaciones-tensiones discursivas entre ellos.

La adolescencia se presenta como una etapa crucial del desarrollo, atravesada por diversas transformaciones físicas, psíquicas y sociales. Puede pensarse como un espacio de reestructuración subjetiva, donde el cuerpo ocupa un lugar central en los procesos de simbolización y construcción identitaria. La irrupción de una enfermedad como el cáncer, con sus efectos visibles e invisibles sobre el cuerpo, puede alterar profundamente esa construcción. El cuerpo adolescente, se ve ahora invadido, intervenido, fragmentado, alterado por la enfermedad y sus tratamientos, lo cual impacta en la imagen que el sujeto tiene de sí.

Frente a esta situación, surgen preguntas que guían el recorrido de este trabajo: ¿Qué ocurre con la imagen corporal? ¿Esa imagen inconsciente del cuerpo también se ve afectada, o permanece intacta? ¿Qué pasa con ese adolescente en pleno proceso de constitución subjetiva atravesado por una enfermedad crónica como el cáncer?

La relevancia de esta problemática radica en la necesidad de que, como profesionales de la salud, y en particular de la salud mental, se pueda reflexionar sobre las marcas que la enfermedad deja, no solo en el cuerpo, sino también en la identidad, el deseo y los vínculos. Se trata de ver más allá de la enfermedad, del padecimiento y reconocer al paciente como un sujeto deseante. La intervención, por tanto, implica sostener una escucha clínica que habilite la simbolización del dolor y la historización de esta experiencia traumática.

Desde esta perspectiva, se puede pensar al cuerpo más allá de lo biológico, es decir, como una superficie entramada por significantes. Este trabajo se propone analizar cómo los cambios físicos (ya sean temporales o permanentes), afectan la imagen del cuerpo que el adolescente tiene de sí, y cómo esa transformación repercute en su constitución subjetiva.

Asimismo, se abordarán las representaciones sociales del cáncer, los procesos de duelo implicados y el rol del psicooncólogo: una figura clave dentro de los equipos de salud interdisciplinarios, cuya tarea es acompañar al paciente, y a su familia a lo largo de todo el

proceso de la enfermedad. Una presencia que escucha, que aloja, que pone palabras allí donde el dolor amenaza con volverse silencio.

En definitiva, esta investigación busca aportar herramientas para una práctica más ética, humana y subjetivante, en la que el adolescente no quede reducido a su padecimiento, sino que pueda reinscribirse como sujeto deseante. Se trata, también, de abrir un espacio donde aquello que ha quedado suspendido por el dolor, esa palabra muda, pueda ser simbolizado.

Objetivos

Objetivo General:

Analizar el impacto subjetivo que generan los tratamientos de la enfermedad oncológica, en el esquema corporal de los pacientes adolescentes.

Objetivos Específicos:

- Indagar las representaciones sociales del cáncer y su influencia en la percepción que los adolescentes tienen sobre la enfermedad y su cuerpo.
- Comprender los distintos tipos de duelo que atraviesa el adolescente frente a la pérdida de la salud, y la alteración de su cotidianidad.
- Explorar y analizar, qué se entiende por esquema corporal en la adolescencia y qué sucede con las alteraciones causadas por la enfermedad.
- Reflexionar sobre la importancia del acompañamiento del psicooncólogo en el proceso de la enfermedad.

La representación social del cáncer

*Nos habitan restos de un pasado que jamás serán pasado,
porque se actualizan en actos y pensamientos
que guían el curso de nuestras decisiones.
Somos en parte, aquello que perdimos.
Gabriel Rolón*

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el cáncer es una de las principales causas de mortalidad entre niños y adolescentes en todo el mundo. Se estima que cada año aproximadamente doscientos setenta y cuatro mil niños de entre 0 y 19 años, reciben un diagnóstico de cáncer. Teniendo esto presente, consideramos necesario y primordial, comenzar definiendo qué se entiende por cáncer, para luego, poder determinar cómo las representaciones sociales impactan en la percepción de la enfermedad.

La palabra cáncer, según el Instituto Nacional del Cáncer, “es una enfermedad por la que algunas células del cuerpo se multiplican sin control y se diseminan a otras partes del cuerpo”. De la mano de esto, y tomando las palabras del Dr. Chiozza (2010):

Podemos decir que un cáncer está constituido por un conjunto de células que dejan de obedecer a las restricciones impuestas por el organismo pluricelular del cual forman parte y se multiplican de manera incontrolada y en lugares en los que no deberían hacerlo (p. 33)

De este modo, podríamos afirmar, que es una enfermedad caracterizada por un crecimiento y desarrollo anormal de las células, las cuales pierden la capacidad de morir de manera programada y se replican de forma indefinida. Esta multiplicación anormal, puede convertirse en masas conocidas como tumores; a los cuales, se lo suele diferenciar en benigno o maligno, y es a este último al que se considera cáncer. Según *Pediatric Cancer Research Foundation* (2024):

En el caso de los pacientes adultos, el cáncer suele estar causado por el envejecimiento natural, el estilo de vida o factores ambientales. Décadas de exposición a los rayos UV o al humo del cigarrillo, por ejemplo, pueden provocar la acumulación de mutaciones genéticas, que aumentan el riesgo de cáncer con el tiempo. Los niños también pueden desarrollar cáncer debido a la exposición a carcinógenos. Sin embargo, en muchos casos, las mutaciones cancerígenas se producen de forma espontánea e impredecible. Esto supone

un desafío durante el diagnóstico, ya que los padres pueden ser menos propensos a notar o reportar ciertos síntomas. (párrafo 6)

Esto permite evidenciar porque existen diferencias significativas entre el cáncer en adultos y en adolescentes. Estas diferencias se manifiestan tanto en los tipos de cáncer más frecuentes, la forma cómo se manifiesta, el tratamiento, y las respuestas del organismo frente a dichos tratamientos.

Históricamente el cáncer fue considerado una enfermedad que inevitablemente estaba asociada a la muerte. Mencionar la palabra cáncer para muchas personas sigue siendo complejo, debido a las connotaciones negativas que acarrea. Aún hoy, se siguen utilizando eufemismos, metáforas para no nombrarlo, ya que, al hacerlo, se le da entidad e importancia a la enfermedad, la cual evoca a lo impensado, lo incurable, y nos muestra la posibilidad de estar próximos a la muerte. Por lo que, y siguiendo esta línea de trabajo, es preciso tener presente que se entiende por representación social. En palabras de Jodelet (1986), es:

La manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. (...) Concierno a la manera como nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria. (...) En pocas palabras, el conocimiento “espontáneo”, “ingenuo”. Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos, y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, de los pensamientos que recibimos y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es en muchos aspectos, un conocimiento socialmente elaborado y compartido. (p. 473)

Es decir que se trata de una construcción social de la realidad. Es importante entonces pensar cómo el sujeto percibe la enfermedad, cómo le da significado, para poder entender la forma que tiene de posicionarse frente a ella. En este sentido, es posible afirmar que la manera en la que se piensa una enfermedad, y de este modo, en la que se piensa el cáncer en sí mismo, va a depender de varios factores como, por ejemplo: momento histórico en el que se encuentra, el nivel sociocultural de los sujetos, el estado emocional tanto del paciente como de sus familias; de los conocimientos tanto científicos como populares que tenga una comunidad, así como las creencias que se tienen frente a la enfermedad misma.

Toda persona que atraviesa una enfermedad, necesita tiempo para poder denominarla, ponerla en palabras, para simbolizar, entender lo que le está pasando e ir reconstruyendo la representación subjetiva de su padecer. En efecto, podríamos afirmar que las interpretaciones que los sujetos hagan sobre la pérdida de la salud, afectarán su estado de ánimo, su comportamiento, su rutina, así como también alterará su bienestar físico, psíquico y social.

Desde tiempos inmemorables, el cáncer, no sólo fue sinónimo de sufrimiento y dolor, sino también de muerte, mutilación, incapacidad, pérdidas, y estigmatización, lo cual suele desestabilizar el proyecto de vida que tienen los sujetos. Por lo que, la significación negativa de esta enfermedad, y el miedo que ocasiona, hace que en muchos casos se retrase el diagnóstico, y, por consiguiente, el tratamiento. La representación social del cáncer, por lo tanto, es compleja y multifacética, afectando cómo se sienten, actúan y transitan los sujetos la enfermedad. En este sentido, recibir el diagnóstico de cáncer, representa uno de los momentos de mayor impacto emocional y subjetivo en la vida de los adolescentes y sus familias.

En palabras de Levin (2008) “cuando el saber médico, terapéutico, clínico o educacional le pone nombre al malestar, utilizan diferentes palabras para nombrar lo imposible, lo que se actúa, lo que se mueve sin imagen del cuerpo” (p. 97). Formas de denominar aquello que no tiene ni pensamiento ni representación.

Si bien entendemos que cada caso y situación es particular, en la mayoría de las personas que reciben un diagnóstico de cáncer, éste produce un impacto que trasciende la conmoción física. Se crea un clima afectivo complejo de cuestionamientos y cambios profundos en los diversos contextos de los que forma parte el paciente. La reacción inmediata ante el diagnóstico es de incredulidad, aturdimiento, miedo, tristeza, ansiedad, culpa, cólera, entre las más comunes. Por lo que es necesario un trabajo de elaboración, representación y de simbolización de lo que está aconteciendo.

En particular, el adolescente diagnosticado con cáncer se enfrenta, por un lado, al desafío inherente a la transición del desarrollo de la infancia a la adolescencia; por otro lado, y sumado a esto, a un diagnóstico que transforma su vida, y la pone en riesgo, acompañado de un tratamiento invasivo. La pérdida de independencia, la incertidumbre sobre el futuro, los cambios físicos (que pueden impactar en su autoestima), el tiempo alejado de la escuela y de otras actividades pueden generar sentimientos de aislamiento en un momento en que la conexión con sus compañeros es crucial para su sentido de identidad.

Por lo que podríamos afirmar que es una realidad que se instala disruptivamente con pérdidas sucesivas, en tanto constituye un imposible de simbolizar, lo que se podría denominar como “lo traumático”; debido a que hay ausencia de palabras: hay un imposible decir. Produce una ruptura en la continuidad de la vida: hay un antes y un después del hecho traumático.

Según el diccionario de Laplanche y Pontalis (2013):

El trauma tiene que ver con un acontecimiento de la vida del sujeto, caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. En términos económicos el traumatismo se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y de su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones. (p. 447)

Trauma entendido como evento que irrumpe en la cotidianeidad al tratarse de un suceso repentino, intenso y perturbador que, en palabras de Freud (1926), genera una “angustia automática”. El autor sostiene que “el factor determinante de la angustia automática es una situación traumática, y esta es esencialmente, una vivencia de desvalimiento del yo frente a una acumulación de excitación, sea de origen externo o interno, que aquel no puede tramitar” (p. 77).

En esta etapa del desarrollo, el adolescente está atravesando una serie de transformaciones simultáneas: la construcción de su propia imagen, la definición de su identidad, la búsqueda de independencia, la construcción de lazos con pares y figuras significativas, la planificación de su futuro y el descubrimiento de su sexualidad. Por lo tanto, el diagnóstico de una enfermedad oncológica puede afectar profundamente este proceso de subjetivación.

Por lo tanto, se debe tener en cuenta que la adolescencia es un período del ciclo vital en donde la reestructuración psíquica y subjetiva se produce con la adquisición de autonomía, logro que significa crecimiento e independencia de los padres. Por el contrario, la enfermedad y su tratamiento, suele dejar al adolescente oncológico en un estado de pasividad y dependencia debido a los cuidados que necesita. Esto conlleva a reorganizar nuevamente su cotidianeidad, sus proyectos, y a cambiar la prioridad y la estructura de su día a día. Tiene que hacer un verdadero reaprendizaje, e integrar el proceso de la enfermedad en su vida.

Duelo como pérdida de la salud en la adolescencia

*Nuestra infancia pasada siempre está,
conservada en sus más ínfimos detalles.
Todo lo que hemos sentido, percibido, querido,
desde nuestro primer despertar,
vive hoy en nosotros y nos hace actuar.*
Juan David Nasio

En primer instancia, el duelo puede concebirse como un proceso de adaptación, mediante el cual el sujeto se enfrenta a una pérdida significativa e importante. En palabras de Freud (1915), es “por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (p. 241).

Si bien el autor habla de persona amada o abstracción, el duelo puede aplicarse a todas las circunstancias de la vida donde una persona se enfrenta a la ausencia de algo significativo, siempre que se pierde aquello que tiene valor, real o simbólico, consciente o no para quien lo pierde. En el contexto de esta investigación, por ejemplo, la pérdida de la salud, conlleva también una alteración en su cotidianeidad, su independencia, y en todos aquellos aspectos de la vida que se ven afectados por la enfermedad. Se trata de pérdidas que confrontan al sujeto con la angustia, y los miedos, reforzados por los lazos libidinales que el sujeto tiene con ese objeto. Por tanto, podríamos pensar el duelo y el trabajo psíquico que eso implica, como estructurante del psiquismo, ya que, el ser humano a lo largo de su vida se enfrenta a distintas pérdidas, las cuales van a conformar su devenir psíquico. Según Gómez Sancho (2018) “Toda pérdida significativa entrafia la necesidad de un duelo” (pag. 135).

Podríamos decir que el duelo es por tanto un proceso normal, único e intransferible. En este sentido, todas las situaciones de la vida, en mayor o en menor medida implican un duelo, ya que toda transformación supone una pérdida; implica un trabajo de adaptación y reorganización del aparato psíquico. Supone resignificar aquello que se ha perdido. La dificultad del duelo radica en que el curso de la vida continúa, independientemente del dolor psíquico que lo acompaña

En este sentido, Kübler-Ross (2005) describe distintas etapas que suelen caracterizar el proceso de duelo:

Las cinco etapas —negación, ira, negociación, depresión y aceptación— forman parte del marco en el que aprendemos a aceptar la pérdida de un ser querido. Son instrumentos para ayudarnos a enmarcar e identificar lo que podemos estar sintiendo. Pero no son paradas en ningún proceso de duelo lineal. No todo el mundo atraviesa todas ni lo hace en un orden prescrito. (p. 15)

Cabe destacar que, no existe una forma universalmente válida de tramitar el duelo, ni un tiempo predeterminado para llevarlo a cabo. Es singular y propio de cada sujeto. Este carácter singular del duelo se manifiesta especialmente en la adolescencia, donde aparece lo que se conoce como duelo evolutivo, una forma de duelo propio de esta etapa. Según Gómez Sancho (2018):

No hay pérdidas afectivas fuera del sujeto, sino dentro de él, que se deben a situaciones recónditas, incluso inconscientes, producidas durante su evolución normal. Son pérdidas “internas”, que no se reconocen fácilmente, como, por ejemplo, cambios psíquicos, transformaciones del esquema y de la vivencia del propio cuerpo, acceso a nuevos estadios de la mente y alejamiento de antiguas etapas del desarrollo. (p. 131)

Se trata entonces de una etapa atravesada por múltiples crisis: de identidad, autoestima, por el propio cuerpo, los vínculos y el futuro; todas ellas, crisis propias del desarrollo. Se trata de formar nuevos lazos con esa nueva imagen de sí mismo que está emergiendo. Es un período cargado de contradicciones, crucial para la vida del ser humano y para la reestructuración del psiquismo. No obstante, según Nasio (2013):

¿Por qué el duelo de la infancia es tan lento y progresivo? Porque, para dejar atrás la infancia, el adolescente debe volver a ella sin cesar, y sin cesar revivirla, en la frescura de los nuevos encuentros. Por lo tanto, el joven avanza gradualmente hacia su madurez recordando el pasado innumerables veces y dejándolo volver en acto una y otra vez. Cada retorno al pasado, y cada retorno del pasado marcan un paso hacia adelante, dando lugar a un micronacimiento. (p. 60-61)

Esto implica que, se trata de una pérdida y una ganancia: por un lado, dejar ir todo lo perteneciente a la infancia, pero por otro, tiene que invertir libidinalmente y de manera constante, esos objetos para poder resignificarlos y adaptarse a la nueva situación que se le presenta.

Ahora bien, ¿cuáles son los duelos a los que se enfrenta el adolescente durante

este período de su vida? Según Aberastury y Knobel (1984) podríamos hablar de tres grandes duelos: la pérdida de la condición de ser niño; el duelo por la dependencia de los padres y, en tercer lugar, el duelo por el cuerpo infantil. Es en este último, en el que nos vamos a detener y explayar un poco más, por ser pertinente a este trabajo. Durante la infancia, el sujeto construye una imagen corporal que le permite ubicarse con relación a las personas que lo rodean, así como le permite reconocerse y percibirse. Sin embargo, en la adolescencia, dicha imagen se verá necesariamente modificada como efecto de los cambios biológicos que emergen con el inicio de la pubertad. En este proceso, los adolescentes se enfrentan, sin haberlo elegido y de manera repentina, al desarrollo hormonal, a las transformaciones en los caracteres sexuales secundarios, así como a la emergencia de nuevos deseos y conductas sexuales.

Así, el duelo durante el proceso adolescente requiere de un trabajo psíquico complejo; es un período difícil ya que el yo de ese sujeto se encuentra confundido y ambivalente frente a todos los cambios que se le presentan y que se le exigen para lograr su propia transformación y dar paso a su identidad.

Sumado al duelo evolutivo de la adolescencia, podemos hablar en este contexto, de otro tipo de duelo, que según Kübler-Ross (2005), en los pacientes que están enfermos (o en sus allegados) suele darse lo que se conoce como duelo anticipatorio o preparatorio, para lo cual agrega:

Anticipar una pérdida es una parte importante de experimentar esa pérdida. A menudo pensamos que forma parte del proceso que realizan nuestros seres queridos cuando se enfrentan a su propia muerte. Pero, para los que sobrevivirán a la pérdida de un ser querido, es el principio del proceso de duelo. Esta anticipación puede ayudarnos a prepararnos para lo que nos espera, pero deberíamos ser conscientes de que la anticipación de un acontecimiento puede tener tanta fuerza como el acontecimiento propiamente dicho. (p. 13)

Si bien la autora lo desarrolla en un contexto de pérdida de una persona con una enfermedad terminal, también es posible aplicarlo a situaciones en las que el paciente enfrenta la pérdida de su salud, o de su cotidianeidad. Podríamos definirlo como una reacción que se presenta por adelantado cuando una pérdida se percibe como inevitable; es decir, nos anticipamos a aquello que podemos perder. Es un duelo preparatorio para aquello que está por venir. A diferencia del duelo normal, que ocurre después de una pérdida real, y que generalmente disminuye en intensidad con el tiempo, el duelo anticipado

se experimenta antes de que la pérdida ocurra, y puede variar, aumentando o reduciéndose cuando la pérdida parece inminente. Se lo asemeja al duelo normal, por la similitud de sensaciones y emociones que se experimentan. En este sentido, se lo podría pensar además como el inicio del trabajo de duelo.

Esquema corporal adolescente

*Todo ser viviente debe morir un poco todos los días.
Es decir, debe mutar; padecer la pequeña muerte
celular que renueva y da vida.
Nosotros, los adultos, perdemos cada día un poco de
nosotros mismos, de manera incesante e inadvertida.
Cuánto más terrible ha de ser este fenómeno en el
adolescente, en quien todo tiene que cambiar a la vez,
violentamente: el cuerpo debe desmembrarse, la infancia
irse, y la cabeza, mareada debe reconquistar penosamente
su poder sobre el cuerpo.*

Juan David Nasio

Aunque todas las etapas de la vida pueden entenderse como transiciones, la adolescencia adquiere una relevancia especial, debido a los nuevos procesos que emergen en este período, ya que es un momento de reestructuración psíquica. Nasio (2013), define a la adolescencia como “un pasaje obligado, el pasaje delicado, atormentado, pero también creativo, que se extiende desde el fin de la infancia hasta las puertas de la madurez” (p. 15). Son cambios que se suceden progresivamente y que cada sujeto lo vivirá de manera diferente según su propia historia.

Mencionado esto, podemos pensar a la adolescencia de diferentes maneras: como etapa, fase evolutiva, momento, pasaje, transición, crisis, revolución subjetiva, mutación. Si bien estas palabras las podemos tomar como sinónimos, aunque sean abordadas desde diferentes autores, apuntan todas más o menos a lo mismo: se trata de una fase de grandes cambios, donde se produce una asimilación tanto del cuerpo, como de sus nuevas funciones, así como de recreación de la identidad. Según Dolto (1990):

No existe una edad precisa, que establezca la fecha de esta fase del desarrollo del individuo. (...) Es una fase de mutación. Es tan capital para el adolescente confirmado como el nacimiento y los primeros quince días de su vida lo son para el niño pequeño. (...) El adolescente pasa por una muda respecto de la cual nada puede decir, y es, para los adultos, objeto de un cuestionamiento que, según los padres, está cargado de angustia o pleno de indulgencia. (pp. 11-12)

Por lo tanto, podríamos preguntarnos, ¿cuándo acaba la infancia y cuándo empieza la adolescencia? Uno de los criterios para señalar el fin de la infancia e inicio de la nueva etapa es la irrupción de las transformaciones corporales en la pubertad. Esta etapa, hace referencia a los cambios físicos y hormonales que aparecen en el final de la infancia, que permiten la transformación del cuerpo infantil, en un cuerpo adulto. La adolescencia, por otro lado, se inicia con la pubertad, pero se constituye por otros procesos que suceden a la vez: implica modificaciones corporales, psicológicas, intelectuales y sociales, inherentes al desarrollo de los individuos en esta etapa. Según Bleichmar (2010):

La adolescencia es un periodo en el cual ya han culminado las tareas de la infancia y se abre un intervalo hacia la adultez. Categoría que alude al tiempo en el cual se despliegan los modos de definición más o menos estables de la identidad sexual, y a la recomposición de las formas de identificación. (p. 7)

Por lo tanto, podríamos afirmar que la elección del objeto sexual y la progresiva autonomía respecto a la autoridad de los padres representan desafíos centrales en la adolescencia. Si bien algunas elecciones objetales se instauran durante la infancia, en la pubertad estas deben ser reactivadas en un segundo momento del despertar sexual, apuntando ahora a un objeto externo al ámbito familiar. En este proceso, se pone en juego una revisión profunda de la identidad personal, una transformación de la propia imagen y el desarrollo de nuevas formas de vinculación, tanto en el plano interpersonal como social.

La magnitud de los cambios corporales que suceden en la pubertad tiene como consecuencia un aumento en el interés y la preocupación del adolescente por su propia imagen. Pero ¿qué pasa cuando este esquema corporal en reestructuración, en reconstrucción, es atravesado por una pérdida como es la salud del cuerpo, en caso de pacientes oncológicos? ¿Qué tipo de huellas o marcas deja en el esquema o en la imagen corporal el cáncer?

Para comenzar a abordar éstas cuestiones, es necesario considerar que el cuerpo, es el medio de comunicación con el mundo, y es una construcción que tiene lugar en la relación con otro; es gracias a ese Otro que libidiniza al bebé, que lo habla, que lo mimó, que ingresa a la cultura. Es justamente la palabra, esa palabra que viene de ese Otro, la que va a tener un rol primordial en la organización de la imagen del cuerpo. Según Levin (1991):

No nacemos con un cuerpo constituido, el mismo debe constituirse. El cuerpo humano por serlo y para serlo, depende para su subsistencia de Otro (que en un primer momento

encarna la madre como función), ya que cuando nace, el niño nace inmaduro, prematuro, sin mielinización de las vías nerviosas, y sin el Otro no se podrá constituir en un cuerpo subjetivado. (p. 47)

Por lo que se puede decir que el cuerpo es efecto del lenguaje y no al revés, es decir, el cuerpo existe gracias a que hay lenguaje y a que hay un Otro que lo lleva a cabo. El cuerpo es una superficie compuesta de múltiples marcas significantes, y son esas marcas las que crearán la imagen corporal. Pero ¿qué sucede con esa imagen cuando irrumpe una enfermedad como el cáncer? En realidad, no es la aparición de la enfermedad en si lo que modifica la imagen corporal; sino que dicha transformación dependerá de cómo los padres (o personas significativas del entorno) transmitan palabras, emociones y sentidos en relación con la enfermedad. Esas marcas discursivas y afectivas dejarán huellas más o menos duraderas en el psiquismo del sujeto. De acuerdo con lo antedicho, y tomando las palabras de Levin (1991):

El Otro de quien el niño depende, tiene la función de presentarle el cuerpo ¿pero de qué manera lo hace? Es el Otro que va creando en ese puro cuerpo “cosa”: agujeros, bordes, protuberancias, tatuando de este modo un mapa corporal producto del deseo del Otro, que lo erogeniza, lo pulsionaliza, es decir, le crea en el cuerpo una falta, una manera, una forma de faltarle algo. Estas faltas primordiales, generan la caída de ese cuerpo “cosa”, “carne”, puro real, que al caerse se reencuentra sujeto al Otro. Estas marcas, estas maneras de faltarle algo en el cuerpo, lo transforman en un cuerpo erógeno y simbólico. (p. 47)

Por tanto, la concepción de cuerpo que vamos a poner en juego aquí, es la de un cuerpo representado, simbolizado, cuerpo pulsional, cuerpo erógeno, cuerpo tomado por el lenguaje y transformado por él. Para dilucidar esta cuestión, partiremos por definir brevemente, qué es el esquema corporal, a diferencia de la imagen corporal, y cómo se constituye cada uno de ellos, para poder determinar su afectación o no, ante la enfermedad oncológica. Según Nasio (2008):

El Esquema corporal es, pues, una representación interna, preconsciente, del cuerpo, pero de un cuerpo mudo, fuera de la relación con el Otro, de un cuerpo que no está investido por la libido y que no ha entrado en la dinámica libidinal. El Esquema corporal es la representación interna que todos tenemos del cuerpo en su función eminentemente motriz y en su cualidad de objeto que ocupa un lugar en el espacio entre otros objetos. Para

formularlo brevemente, definamos el Esquema corporal como la representación espacial y funcional del organismo (p. 116)

En definitiva, podemos decir que, el esquema corporal es el conocimiento inmediato de nuestro cuerpo, en función de la interrelación de sus partes y, sobre todo, de la relación con el espacio que lo rodea. Tiene que ver con lo que vemos, tocamos y portamos genéticamente; con aquello que compartimos como seres humanos y que nos identifica como especie. Sobre este concepto, podríamos afirmar que tiene un carácter evolutivo, el cual va a ir cambiando a medida que el sujeto crece, así como también va a ir cambiando la imagen corporal que lo acompaña. Desde que nace, el niño percibe sensaciones de satisfacción o insatisfacción, de dolor, entre otras, y es gracias a estas que se va armando la representación de su propio cuerpo. Podríamos pensarlo como el vehículo donde se conforma nuestra imagen corporal. Imagen inconsciente, singular que va a depender de cómo el Otro historice, y libidinice al niño, lo que va a dar lugar a esas primeras impresiones.

Durante la adolescencia, la apariencia física y la imagen que una persona proyecta al mundo juegan un papel fundamental, ya que a través de esa imagen el individuo busca sentirse validado, pertenecer a un grupo y ser deseado.

En este sentido, cuando esta reorganización subjetiva ocurre en el contexto de una enfermedad como el cáncer, el impacto sobre la imagen de sí, es aún más disruptivo. El adolescente se enfrenta, por un lado, la pérdida del cuerpo infantil sano y, por consecuencia, los cambios en el esquema corporal propios del desarrollo. Por otro, se enfrenta a la pérdida de la salud, a un estado corporal cambiante según los tratamientos a los que es sometido. Aparece, entonces, el desafío de un cuerpo que es intervenido, doliente, medicalizado. El cuerpo se vuelve objeto de observación, despojado muchas veces de la dimensión subjetiva.

Desde esta perspectiva, es posible afirmar que la enfermedad introduce lo real del cuerpo, es decir, aquello que no puede simbolizarse, que escapa de la representación. Sin embargo, el impacto y la reacción ante los cambios en su apariencia física varían según múltiples factores. Entre ellos se encuentran el tipo de cambio físico que se experimenta, la ubicación del tumor, el grado de discapacidad asociada (si la hubiera), la respuesta del entorno, el apoyo social percibido, el acceso a los tratamientos y, especialmente, el significado personal que cada individuo atribuye a esa alteración física.

Por lo tanto, el hecho de recibir un diagnóstico de cáncer, marca un antes y un después en la vida de los pacientes. Los cambios se producen, no sólo a nivel físico,

producto de la enfermedad, sino también a nivel psíquico, por el impacto que este cambio acarrea. Una vez recibido el diagnóstico, es necesario comenzar con el tratamiento correspondiente, el cual suele generar efectos secundarios inevitables sobre el cuerpo. Algunos de estos efectos son temporales, como la caída del cabello, la pérdida de peso, o la alteración en la piel, y las uñas; mientras que otros pueden dejar huellas permanentes, como las marcas o cicatrices que deja la cirugía. Algunos de estos cambios afectan principalmente la dimensión estética del cuerpo, es decir, su apariencia externa, mientras que otros pueden implicar secuelas físicas duraderas que alteran funciones corporales o generan malestar persistente. En cualquier caso, estos efectos se inscriben en el cuerpo y en la subjetividad, y su impacto dependerá no sólo de su gravedad objetiva, sino también del modo en que cada sujeto los simbolice y los integre en su experiencia.

De este modo, podemos pensar que en la enfermedad oncológica el cuerpo queda marcado: por los tratamientos, las reconstrucciones estéticas y los múltiples procedimientos médicos que atraviesa, lo cual conlleva consecuencias subjetivas que varían en cada caso. Cada persona responde de manera singular frente al diagnóstico y al tratamiento; y si bien el cambio corporal impacta en todos en mayor o menor medida, no todos lo vivencian ni lo significan de la misma manera.

Como mencionábamos, durante la adolescencia se transita por un periodo lleno de avatares. Uno de los aspectos que puede ser considerado primordial, es el proceso de duelo que se vive ante las distintas pérdidas que debe enfrentar el adolescente durante esta etapa. En muchos casos, se ve obligado a hacer un duelo de su cuerpo anterior, no solo del cuerpo infantil, como es esperable en esta etapa, sino de una corporalidad que ya no podrá recuperar. Se trata de una pérdida simbólica donde se pone en juego, el deseo, la identidad que estaba en formación, y la posibilidad de habitar el cuerpo como propio.

En este punto, hay que afirmar que, la enfermedad impacta no sólo sobre el cuerpo, sino también sobre la subjetividad, los vínculos y la forma de estar en el mundo. Ante esta complejidad, la figura del psicooncólogo surge como un integrante esencial del equipo interdisciplinario de salud, cuya presencia ha ido ganando espacio y reconocimiento en los últimos años.

Acerca del trabajo del psicooncólogo

*La ciencia moderna
aún no ha producido
un medicamento tranquilizador tan eficaz
como lo son unas pocas palabras bondadosas.
Sigmund Freud*

El diagnóstico de una enfermedad como el cáncer irrumpe de forma traumática en la vida del sujeto. Su impacto afecta al cuerpo en todas sus dimensiones: lo fragmenta, lo invade, lo modifica y con ello transforma también la imagen que el sujeto tiene de sí. Por lo tanto, el rol del psicooncólogo no se limita a una intervención puntual, sino que implica un acompañamiento constante a lo largo de todas las etapas del proceso oncológico: desde el diagnóstico, pronóstico, y el tratamiento, pasando por posibles recaídas, hasta el final de vida. Como plantea Nasio (2008):

Sabía que el dolor se irradia a aquel que lo escucha. Sabía que, en un primer momento, mi función debía ser la de aquel que, por su sola presencia – aunque sea silenciosa – podía disipar el sufrimiento recibiendo sus irradiaciones. Y que esta impregnación, más allá de toda comunicación verbal, podría precisamente inspirarme las palabras más convenientes para expresar el dolor y, por fin, aliviarlo. (p.15)

Desde esta perspectiva, la tarea del psicooncólogo consiste en alojar al sujeto y su dolor a través de la escucha, posibilitando que el sufrimiento se exprese y se transforme en palabra. Así el paciente, no es concebido como un receptor pasivo de cuidados, sino como un sujeto deseante, atravesado por significantes que le otorgan sentido a lo que le ocurre. No se trata de eliminar el dolor, sino de estar con él, atravesarlo y transformarlo en algo que pueda ser propio, habitable.

El abordaje terapéutico, por tanto, consiste en acompañar al sujeto a resignificar ese cuerpo marcado por la enfermedad. Lo que se busca, es que el paciente no quede reducido a su padecimiento, sino que pueda reinscribirse como sujeto, recuperando un lugar activo frente a lo que le sucede. En este sentido, es clave considerar las representaciones sociales de la enfermedad que cada paciente trae consigo, ya que estas influyen en la manera en que el sujeto se posiciona frente al cáncer, frente al tratamiento y frente al equipo de salud.

Si los profesionales no indagan estas representaciones, se corre el riesgo de no comprender en su totalidad el recorrido subjetivo del paciente, generando desencuentros entre la vivencia de la enfermedad y las intervenciones terapéuticas propuestas.

Además, ésta enfermedad confronta al sujeto con distintas formas de pérdida: de la salud, de su cuerpo, de sus proyectos e incluso de la cotidianidad. Frente a esto, el psicooncólogo debe reconocer la red de contención del paciente —familia, amigos, allegados— para planificar estrategias de intervención conjuntas. A su vez, es clave fortalecer el vínculo con la institución y los profesionales tratantes, contribuyendo a crear un entorno de cuidado donde el paciente pueda habitar nuevos espacios, simbólicos y reales, que lo sostengan durante el proceso. Se trata de que el paciente pueda historizar lo vivido.

Dado el carácter multifactorial de la enfermedad, es evidente que su abordaje no puede quedar en manos de una sola disciplina. Elichiry (2009) habla de la interdisciplinariedad, la cual:

Incluye intercambios disciplinarios que producen enriquecimiento mutuo y transformación. Estos intercambios disciplinarios implican además interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas a través de la reciprocidad entre esas áreas, con intercambio de instrumentos, métodos, técnicas, etc. Al incluir el vocablo *inter* lo ubicamos como nexo del cual se espera una cierta totalidad. (p. 4)

Esto implica la articulación de diferentes áreas y profesionales de la salud como psicooncólogo, médico oncólogo, oncopediatra, médico paliativo, enfermera, cirujano, gastroenterólogo, kinesiólogo, psiquiatra, nutricionista, entre otros, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, atendiendo sus emociones, y trabajando con el impacto que genera tanto en él/ella, como en su familia. Este abordaje interdisciplinario permite a los profesionales mantenerse en sintonía con el curso de la enfermedad y con las diversas consecuencias que esta puede implicar: en el cuerpo, en la subjetividad y en los vínculos. Consecuencias que no siempre son visibles, pero que demandan una escucha atenta, una presencia que habilite sentido, incluso allí donde el dolor parece no poder decirse.

Desde esta perspectiva, el equipo interdisciplinario puede pensarse como un conjunto de profesionales de diferentes áreas, que trabajan de forma articulada y cooperativa. Cada integrante aporta los conocimientos, métodos y herramientas de su disciplina, teniendo siempre presente la posibilidad creadora que ofrece el encuentro con el

otro. Se aspira a un enriquecimiento mutuo, donde la colaboración entre los distintos saberes no solo potencia la intervención, sino que parte de la convicción de que ninguna disciplina por sí sola es suficiente para abordar la complejidad del sufrimiento humano.

En el marco interdisciplinario de la intervención, el psicooncólogo ocupa un lugar particular: no busca negar ni minimizar el sufrimiento, sino alojarlo en su dimensión simbólica. Su función es habilitar el espacio para que ese dolor, inicialmente mudo y crudo, pueda ser nombrado. Como expresa Nasio (2009): “Atribuir un dolor simbólico a un dolor que es en sí puro real, emoción brutal, hostil y extraña, sigue siendo finalmente, el único gesto terapéutico que lo haga soportable” (p. 21)

Desde allí, el trabajo clínico no se limita a intervenir sobre el cuerpo enfermo, sino a acompañar al sujeto en el difícil trayecto de historizar lo vivido, de construir sentido donde antes solo había impacto, y de hacer del padecimiento algo que —aunque duela— pueda ser habitado.

Conclusión

Cada año, según la Sociedad Argentina de Pediatría, se diagnostican alrededor de cuatrocientos mil casos en pacientes entre 0 y 19 años. En nuestro continente se estima que al menos veintinueve mil niñas, niños y adolescentes menores de 19 años resultarán afectados por algún tipo de neoplasia al año, y cerca de diez mil fallecerán a causa de esta enfermedad. La incidencia de cáncer pediátrico en nuestro país es aproximadamente de ciento cuarenta nuevos casos por cada un millón de niños entre 0 y 14 años por año, según datos del ROHA (Registro onco-pediátrico argentino). Esta cifra, más allá del dato estadístico, representa múltiples historias en transformación, vidas en pausa, dolor buscando ser dicho. Además, marca para mí, la elección de una especialidad dentro de la salud mental, que es la psicooncología.

Recibir un diagnóstico de cáncer lleva al sujeto no solo a resignificar su vida, sino también a resignificar su modo de vivirla. El adolescente se ve enfrentado a un cambio abrupto que lo enfrenta a múltiples pérdidas: físicas, vinculares, identitarias. Su cuerpo, en pleno proceso de constitución simbólica, es intervenido, fragmentado, dolido.

Nuestra función como psicooncólogos consiste en alojar el dolor, escuchar su singularidad, habilitar un espacio donde el sufrimiento encuentre su inscripción. Acompañar es también sostener el deseo del otro en medio de la angustia. Se trata de trabajar con lo que no se puede anticipar ni controlar, de respetar los tiempos subjetivos, de reconocer que el paciente tiene el derecho a decidir cómo desea vivir su enfermedad y cómo transitar incluso el final de su vida. Podríamos pensar nuestro rol también como un puente: entre pacientes, entre instituciones, entre palabras que aún no han sido dichas.

A lo largo de este trabajo pudimos ver y entender que el dolor es parte constitutiva y esencial de la vida del ser humano. Pero ¿qué podemos hacer con ese dolor? ¿Cómo acompañamos a ese sujeto a encontrar su voz?

Sabemos del poder de la palabra para generar transformaciones subjetivas. Esa es mi apuesta: posibilitar un cambio de posición frente al sufrimiento, poniendo palabras al miedo, al silencio, a lo impensado. No intervenimos desde un supuesto saber sobre la muerte. Por el contrario, lo hacemos desde la vida y por la vida, intentando sostener al sujeto hasta el último instante.

Finalmente, se reafirma la necesidad de pensar la atención oncológica desde una perspectiva integral e interdisciplinaria, que contemple al paciente como sujeto activo. Apostar una práctica que no se olvide del sujeto, de su deseo ni su voz, es apostar por una

forma de cuidado que dignifica. Porque acompañar no es curar, sino estar ahí, cuando la palabra se vuelve necesaria para sostener la vida, incluso cuando duele.

En esta experiencia de escritura aparece una certeza: nuestra práctica tiene sentido cuando logra habilitar el lazo, cuando somos parte de algo que deja una huella en el otro. Y tal vez sea en ese espacio incierto entre el padecimiento y la cura, entre lo físico y lo simbólico, en ese “entre” que se crea en el encuentro entre paciente y terapeuta, donde (si alguien se siente verdaderamente escuchado) el tratamiento comience, por fin, a tener sentido.

Referencias Bibliográficas

- American Cancer Society. *Tipos de tratamiento*. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento.html>
- Aberastury, A., & Knobel, M. (1984). Capítulo III. In *La adolescencia Normal*. Paidós: España.
- Bleichmar, S. (2010) *La subjetividad en riesgo*. 2ºed. 1er reimp. Buenos Aires, Topia Editorial.
- Chiozza, L. (2010) *Cáncer: ¿por qué a mí, por qué ahora?* - 1a ed. - Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Denise, J. (1986). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. Barcelona, Paidós.
- Dolto, F. (1986) *La imagen inconsciente del cuerpo*. 1er ed. Castellana. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Dolto, F. (1990) *La causa de los adolescentes*. 1er ed. Barcelona, Editorial Seix Barral S.A
- Elichiry, N. (2009) *Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educativa*. Buenos Aires: Manantial (Capítulo 9).
- Kübler-Ross, E. (2005). *Sobre el duelo y el dolor*. España, Ediciones Luciérnaga.
- Gómez Sancho, M. (2004). La pérdida de un ser querido, el duelo y el luto. Capítulo 5. Madrid: Arán Ediciones.
- Laplanche y Pontalis (2013). *Trauma, traumatismo (psíquico)*. Buenos Aires, Paidós.
- Levin, E. (1991) *La clínica psicomotriz. El cuerpo en el lenguaje*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión SAIC.
- Levin, E. (2008). *La imagen corporal sin cuerpo*. Angustia, motricidad e infancia. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 10, núm. 1, enero-junio, 2008, pp. 91-112
- Nasio, J. (2008) *Mi cuerpo y sus imágenes*. 1er ed. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Nasio, J. (2009). *El dolor de amar*. Barcelona, Editorial Gedisa.
- Nasio, J. (2013) *Como actuar con un adolescente difícil: consejos para padres y profesionales*. 1er ed. 3ºreimp. Buenos Aires, Paidós
- Pediatric Cancer Research Foundation (2024). *Comprender las diferencias entre el cáncer pediátrico y el cáncer en adultos*. Recuperado de: <https://pcrf->

kids.org/2024/03/27/understanding-the-differences-between-pediatric-adult-cancers/

- Sigmund, F. (1917). *Duelo y melancolía*. En Obras completas. Buenos Aires, Amorrortu Editores. Tomo XIV
- Sigmund, F. (1925-1926) *Inhibición, síntoma y angustia*. En Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu Editores. Tomo XX
- Sociedad Argentina de Pediatría. *15 de febrero: día internacional del cáncer infantil*. Recuperado de: <https://back.sap.org.ar/novedades/535/15-de-febrero-dia-internacional-del-cancer-infantil.html>