



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL
***El oficio del psicólogo en intervenciones con pacientes
oncológicos*** Ensayo

Autora: Beatriz Isabel Sobreville

Legajo: S-1548/2

beatrizsobreville@gmail.com

Docente responsable: Camila Vera

Año 2022

Agradecimientos

A quienes reivindican y defienden la educación pública. A todas las personas que hacen posible que exista la Universidad Nacional de Rosario.

A la familia de sangre y a la elegida en la amistad cotidiana, por acompañarme y alentarme en todo momento a concretar este proyecto.

A Camila por la implicancia en mi proceso de aprendizaje.

Índice

Resumen	4
Palabras claves	4
Inicio de un recorrido: de la práctica al ensayo	5
La Psicooncología y los imaginarios del cáncer	6
Intervención y diagnóstico en un abordaje integral	8
El oficio de acompañar.....	10
Oficio y artesanía	11
El valor de situar las prácticas.....	14
<i>La interdisciplina como estrategia</i>	15
El duelo, el dolor que no analgesia	16
Trabajar con la finitud	18
Consideraciones finales	19
Bibliografía	21

Resumen

Este ensayo surgió en base a reflexiones sobre las prácticas del psicólogo en tratamientos con pacientes oncológicos. Se ha interrogado por las dimensiones que aporta la concepción de oficio diferenciada de la noción de rol; así como por los conceptos de salud y enfermedad que subyacen a las prácticas. La definición de sujeto, la dimensión creativa, la demanda, los derechos, son ejes que atravesaron los pensamientos y las preguntas que surgieron en la escritura, siendo las prácticas profesionales de la carrera el sustrato de la misma. La dimensión histórica, la dimensión territorial y la dimensión política guiaron el análisis. El objetivo fue construir un posicionamiento reflexivo que ubicó la importancia de pensar las intervenciones como prácticas situadas que constituyen procesos complejos. Se arribó finalmente a comprender que los acuerdos logrados acerca de los conceptos de sujeto y ética son necesarios para trabajar en conjunto y dar sentido a los abordajes. Además, que pensar la práctica de psicóloga en intervenciones con pacientes oncológicos como un oficio y no como un rol preestablecido, posibilita la escucha de posiciones subjetivas en las demandas.

Palabras clave

oficio - psicología - sujeto - salud - ética

Inicio de un recorrido: de la práctica al ensayo

Quizá la clínica deba establecerse en un pensamiento sin privarse de lo impensado. Decir: lo que pasa es lo que pensamos y es, también lo que todavía no podemos pensar sobre lo que está pasando.
(M. Percia, 2002)

Nace este escrito a partir de dos experiencias del último año de la carrera: la asignatura Intervenciones en Niñez y Adolescencia y las Prácticas Profesionales Supervisadas. Una práctica supervisada en el campo de la Psicooncología que sembró interrogantes en torno a los modos posibles de intervenir como psicóloga en tratamientos oncológicos. ¿Cómo se caracterizan las prácticas psicológicas? ¿Cuál es la especificidad de la profesión? ¿Qué puede aportar una intervención como psicóloga en un tratamiento oncológico? Interrogantes que se fueron entrecruzando con preguntas acerca de la creación y la concepción de la psicología como un oficio.

El contexto de este proceso que comparto fue un *venir entre* la formación académica y el ejercicio de la profesión. También fue un transitar inédito a nivel social, donde una pandemia requirió el cumplimiento de un *aislamiento social preventivo y obligatorio*. ¿Cómo pensar el cuidado y la salud en esta coyuntura? ¿De qué manera sostener los encuentros necesarios para mantenerse activo en el proceso de salud?

La muerte como posibilidad. El aislamiento y la soledad. El dolor de la enfermedad. Los duelos por lo que no podrá ser. Miedos de exponerse al contagio. Factores de riesgo. Tópicos que resonaban en mí durante el ensayo de la práctica como psicóloga. Acompañar pacientes oncológicos en un contexto de emergencia sanitaria me convocó a descubrir el carácter inédito de las intervenciones.

Las circunstancias de lo histórico obligan a los trabajadores de la salud y a la sociedad en general- a repensar las herramientas vigentes, a reafirmar algunas e inventar otras. La pandemia de Covid-19 complejiza las preguntas acerca de las intervenciones, así como los modos de pensar la prevención y los cuidados en el ámbito de la salud. ¿Se trata de adecuar las herramientas al nuevo contexto? ¿Es esto posible? ¿Cómo se contempla la prevención en el ámbito de la salud mental?

En este contexto, los pacientes oncológicos se incluyen en los considerados *grupos de riesgo*: personas que debido a su condición inmunológica tienen mayor probabilidad de contraer el virus; un riesgo mayor al que la población entera se encuentra expuesta. Lo real de la muerte se presenta magnificado. La paradoja de las asistencias que se vuelven riesgosas: ir al hospital, asistir a terapias inmunodepresoras como la quimioterapia. Riesgosas son también consideradas las reuniones sociales y las actividades grupales. Incluso las terapias individuales deben adecuarse para cumplir el aislamiento preventivo.

¿De qué manera se contempla la situación de quienes deben sostener tratamientos médicos crónicos en un contexto de emergencia sanitaria? ¿Qué es lo que define aquí la urgencia? ¿Cuáles son los parámetros para considerar una atención especial y otra postergable? ¿Cómo se logran los acuerdos sobre lo esencial y lo contingente de las atenciones en salud?

En esta coyuntura, las funciones de la psicología y los dispositivos para el ejercicio de las prácticas se pusieron en cuestión: ¿qué define como esencial la tarea del psicólogo? ¿cómo se sostienen los espacios de análisis? ¿debe ponerse en suspenso la clínica? ¿de qué modo es posible dar continuidad a lo grupal? Mediando entre lo íntimo y lo público, la virtualidad instaura *nuevas normalidades*. Así como se instauran nuevos sentidos en las

preguntas acerca de la salud; intentando superar la dicotomía orgánico-psíquico, recordando que la salud orgánica y la salud mental son modos de abordar la complejidad de lo humano. Se renuevan las discusiones acerca de la importancia de implementar políticas públicas de salud mental comunitaria, en un contexto que evidencia emergencias de graves padecimientos psíquicos. Las políticas de salud que abordan la prevención, ¿generan una distinción entre lo orgánico y lo psíquico? ¿valoran estos aspectos como interdependientes? ¿a qué otros riesgos -además de la enfermedad orgánica- nos expone una pandemia? Asocio la palabra ensayo al ámbito artístico: he ensayado músicas, danzas, pero no he experimentado el ensayo como modo de escritura. En el encuentro cotidiano con la acción de escribir busco perfeccionar una ejecución: la de plasmar mis interrogantes para que puedan ser compartidos. Ensayo también posibles respuestas y nuevas preguntas. Convocando lo creativo en mis ideas y mis palabras. Construyendo recorridos que, como una danza, una melodía, tomen lo dicho para invocar lo novedoso.

La psicooncología y los imaginarios del cáncer

Esto no es como el sida que le lleva regaetton. Esto hay que hablarlo con música de Wagner. Hay gente que me dice que tengo que dar la batalla. Que hay que pelearla. Estas frases bélicas a mí me cargan. Yo no las uso, yo simplemente me trato. Yo lo contengo, lo evaporo.
(P. Lemebel, 2014)

Históricamente el cáncer como enfermedad fue asociado a imaginarios relacionados con el dolor, la mutilación, el fin de la vida. En un pasado no muy lejano, un diagnóstico de cáncer era equivalente a un pronóstico de muerte próxima. Esta equivalencia en el pasado fue un real a partir del cual se construyó el imaginario de abordar la enfermedad como si de un enemigo se tratase: el tratamiento como guerra. Campañas de *lucha contra el cáncer*, noticias de quienes *han vencido o han perdido*, proponen a aquellos que atraviesan este padecer que se identifiquen con la figura épica de quien se enfrenta en combate: ideales de fortaleza, de lucha, de resistencia. La puesta en escena de una batalla puede convertir al protagonista en héroe (vencedor), pero también en perdedor (vencido). ¿Qué se le pide a quien atraviesa una enfermedad al decirle que debe pelear contra ella?

En el año 1800, el diagnóstico de cáncer se asociaba a un pronóstico de muerte. El diagnóstico no se revelaba al paciente sino solamente a la familia (Robert, Alvarez, Valdivieso, 2013). Los primeros tratamientos con quimioterapia combinados con radioterapia y cirugía datan de la década de 1950. Paralelamente se empieza a instalar la importancia de generar un diálogo abierto con el paciente sobre el diagnóstico y las terapéuticas posibles. La Oncología se constituye como la rama de la medicina especializada en el diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Los primeros registros relacionados a funciones de *apoyo psicológico* fueron los grupos de pacientes que se reunían a compartir sus vivencias. Los trabajadores sociales y las enfermeras fueron los primeros en atender problemas psicológicos y sociales de los pacientes oncológicos y sus familias. Luego se comenzaron a registrar investigaciones psiquiátricas sobre las adaptaciones psicológicas al cáncer y su tratamiento. Cuando estos grupos comenzaron a investigar junto a cirujanos, radioterapeutas y oncólogos, se empezó a

esbozar la Psicooncología, que se formaliza como especialidad en 1970 (Robert, Alvarez, Valdivieso, 2013).

6

Los inicios de la Psicooncología surgen en el campo de la medicina, teniendo como pilares las funciones de apoyo y asistencia; definiéndose como una *subespecialidad* de la Oncología. Su función es atender las respuestas emocionales de los pacientes, de sus familiares y del personal sanitario que les atiende; así como también se encarga del estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad del cáncer (Robert, Alvarez, Valdivieso, 2013).

Pareciera que las funciones del psicooncólogo así definidas se vinculan a tareas asistenciales, dirigidas a *aliviar el sufrimiento y optimizar la calidad de vida del paciente*. ¿No deberían estos objetivos atravesar transversalmente las acciones de todos los profesionales intervinientes? También se definen funciones *de colaboración* con los diferentes profesionales sanitarios, formando parte de equipos asistenciales (Die Tril, 2013). Estas definiciones dan cuenta de modos particulares de intervención, bajo lógicas que parecieran del orden de lo protocolar o normativo.

Otro de las funciones que se asignan al psicooncólogo es la de acompañar a los miembros de la familia del paciente -que se encuentran afectados de distintas maneras por la enfermedad y su tratamiento- en el proceso de aceptación y adaptación a las distintas fases de la enfermedad (Die Tril, 2013). ¿Será que aceptar la enfermedad tiene que ver con el adaptarse a las vicisitudes de los tratamientos para que puedan realizarse sin obstáculos? Desde esta lógica el psicooncólogo brindaría una asistencia a modo de mediador entre el personal médico y el tratamiento, encargándose de que no haya *impedimentos emocionales* en su ejecución.

Desde sus inicios, el tratamiento del cáncer ha sido abordado en mayor medida por la medicina tradicional. Se toma como eje de la práctica la *lucha contra* las células cancerígenas a través de los medicamentos; lo cual es una parte fundamental del tratamiento pero no la única. Abordar una enfermedad tan compleja como el cáncer tratando solamente el órgano enfermo presenta numerosos límites. En el uso del lenguaje bélico hay una imposibilidad de alojar las manifestaciones y efectos sobre la salud mental; como si no se tuviera derecho al miedo, a la angustia. Sostener el mandato de *lucha contra* la enfermedad puede llevar a un borramiento del sujeto, ya que se pierde la posibilidad de su expresión.

Entiendo que estos imaginarios se relacionan con los modos de presentar aquello que se entiende por salud. Y que las diversas perspectivas de tratamiento se irán definiendo en base a la construcción de ese concepto. La definición de salud de la OMS como *completo estado de bienestar, físico, mental y social*, aún opera como referencia. Si bien en su momento esta definición resultó un avance -al integrar al concepto de salud lo mental y lo social- generó críticas que posibilitaron incorporar otras dimensiones. Una de ellas tiene que ver con asociar la salud a la perspectiva de *sentirse bien o estar bien*. Otra crítica recae sobre la idea de completud: un completo estado, una adaptación completa. También es cuestionable el concepto estático en que se la presenta: ahistórica, fija (Ferrara, 1985).

En el imaginario de la *lucha contra el cáncer* se encuentran elementos de este modo de concebir lo sano: la búsqueda de bienestar como estado ideal, que sostiene la ilusión de completud. No se integra aquí la dimensión del conflicto, del malestar, ni la concepción histórica que da la dimensión de *proceso*. Se pierde de vista el enfoque antropológico, que

ubica lo humano como fundamento del hecho sanitario, reconociendo como determinante de las enfermedades las relaciones sociales que genera el sistema productivo (Ferrara,1985).

También se puede comprender la salud incorporando la noción de conflicto. En este punto considero valioso recuperar los aportes del Psicoanálisis en relación a la idea de que la contradicción y el malestar son constitutivos del psiquismo y del sujeto (Bloj, 1997). Esto

7

permite considerar un equilibrio dinámico, donde lo saludable no sea la ausencia de conflictos, sino los modos en que éstos se atraviesan. Las posiciones subjetivas, las relaciones, las problemáticas, se leen a través del tiempo, de la historia. La salud entendida como proceso implica múltiples variables en constante cambio y movimiento. Así, el desequilibrio es también parte del proceso y la enfermedad puede ser integrada en el fluir entre salud y enfermedad. De este modo, no hay nada que ganar ni que perder sino -como dice el poeta Lemebel- *simplemente tratarse*.

La salud en esta lógica es un término dinámico, un proceso incesante, cuyo eje central reside en lo histórico y lo social; debiendo el concepto ser elaborado para cada modo de producción. Para lograrlo, se debe ahondar en determinantes que se alejan de interpretaciones lineales, simples, de *la causa* (Ferrara,1985). Las definiciones sucesivas de salud que se desarrollan a partir de la dada por la OMS van rompiendo con la reducción biologicista y con la dualidad individuo-sociedad, “considerados ya no objetos diversos sino niveles de análisis distintos de un fenómeno de alta complejidad” (Stolkiner, 2012:61).

Estos desarrollos van produciendo pensamientos no causalistas ni dicotómicos que hacen eje en lo complejo. Pensar la salud implica pensar en un contexto más amplio. El contexto de salud no es algo estático sino un proceso con caracteres sociohistóricos. Nunca se logra un equilibrio total sino que continuamente el sujeto busca un equilibrio a partir de conflictos que aparecen en cada momento para resolver: el sujeto no es pasivo.

Alojar el conflicto, pensar la salud como construcción colectiva, constituye asimismo un trabajo preventivo. Ya que la salud como práctica social vincula la posibilidad de que una población adquiera una posición activa para la resolución de sus problemas (Bloj, 1997). Es necesario entonces que otros interlocutores dialoguen con los discursos médicos y psicológicos: saberes construidos en torno a lo territorial, lo histórico, lo político. Incorporar el concepto de salud entendida como práctica social implica considerar un sujeto activo, implicado en un contexto amplio y diverso que lo incluye como protagonista.

¿De qué maneras se incluye al paciente oncológico en el tratamiento de su cáncer?
¿Se considera en las intervenciones una posición activa del sujeto tratado? ¿Existen valoraciones sobre el hecho de que no hay dos diagnósticos idénticos cuando se contemplan las singularidades?

Intervención y diagnóstico en un abordaje integral

Quizás un día se declare el derecho a la irreductibilidad (...) Una convicción, hilada entre cercanías, que impida que se condenen sensibilidades a tener que cargar con identidades que estrechan el porvenir.
(M. Percia, 2019)

Se puede decir que al intervenir se toma parte en un asunto; se instaura un espacio intermedio, se abren espacios de intersección, se introducen cambios. La intervención puede asociarse así a una mediación aunque también a una intromisión (Maltaneres, 2009).

Intervenir implica un hacer, un poner en práctica de los saberes de los cuales se es portador. Como psicóloga, este hacer se funda en la intención de producir transformaciones subjetivas y vinculares, y para eso se piensan acciones que conformarán estrategias de intervención (Bixio, 2009). Considero interesante recordar que transformar no significa suprimir, sino que se buscan cambios de algo que ya existe y que no será eliminado en su totalidad.

Los *sentidos* de la intervención se vinculan a perspectivas epistemológicas que se nombran como *normativas* o *críticas*. Cuando se interviene con perspectivas normativas se

8

lo hace a través de pautas homogeneizadoras: una misma intervención para todos los casos. Por ejemplo: a todos los pacientes con cáncer se les prescribe tratamiento psicológico. Sin interrogar acerca del sujeto en cuestión, se supone como regla que eso *debe* hacerse. Desde un paradigma crítico, en cambio, se contemplará la diferencia: dando lugar a lo singular, a lo heterogéneo. En el ejemplo anterior, se indagará si existe una demanda del paciente, si hubo un pedido enunciado por él o por terceros.

Al recibir en una consulta como psicóloga a una persona que ha sido diagnosticada de cáncer, ésta contará con un pronóstico médico y un tratamiento ordenado según la afección. Su preocupación seguramente estará centrada en el cuerpo orgánico, en los síntomas clínicos evidentes. ¿Qué podría ofrecer desde mi especificidad? Contando con herramientas del psicoanálisis, plantearía una clínica de la escucha y la palabra. A diferencia de la evidencia médica, lo evidente de los procesos psíquicos se observa en sus efectos: las manifestaciones del inconsciente se expresan en el cuerpo, en el lenguaje, en las acciones. No intento con esta diferenciación pronunciar la dicotomía mente-cuerpo, sino enfatizar la importancia de sostener la unidad dialéctica psico-somática.

Se pueden relacionar modos de construir un diagnóstico con modos diversos de intervención; tomando como guía ciertas preguntas acerca de los conceptos en que se funda, las dimensiones que se incluyen en su armado. Es importante explicitar estos elementos en los equipos de trabajo, en el diálogo entre distintas disciplinas. En el abordaje de pacientes oncológicos, el diagnóstico está fuertemente signado por la evidencia médica: el cáncer.

La persona que recibe un diagnóstico médico porta esa certeza, luego de realizar múltiples estudios de su cuerpo que evidencian fallas orgánicas. Ahora bien, ¿qué elementos se tendrán en cuenta en un diagnóstico psicológico? Partiendo de la base de que nuestra especificidad se constituye en torno a los aspectos psíquicos del sujeto, la escucha se centrará en las defensas operantes, las diferencias entre imagen corporal y esquema corporal, las fantasías y ligazones entre representaciones.

Indagar acerca de cómo se ha vivenciado la construcción diagnóstica podría dar lugar a lo singular del proceso: ¿qué efectos han dejado las intervenciones en lo corporal? ¿se cuenta con hipótesis propias construidas en torno a la enfermedad? Desde el psicoanálisis, el interés estará centrado en las formaciones y efectos del inconsciente, y la propuesta clínica en la asociación libre y la escucha analítica. Si bien hay situaciones compartidas por quienes atraviesan una misma enfermedad, se valora recuperar lo singular de cada experiencia.

El diagnóstico puede ser considerado como el primer tiempo de una intervención (Bloj, 2009). Para conformar estrategias posibles, las acciones se pensarán partiendo de este momento inaugural. Desde una perspectiva normativa, mediante el diagnóstico el sujeto pasa a ser objeto de clasificación. Se sostiene una certeza: ante la mirada clasificante el paciente es nombrado como *un cáncer de...* Así el diagnóstico otorga entidad a la

enfermedad y a quien la padece. Como correlato, a cada diagnóstico *le corresponde* un tratamiento determinado. No se generan aperturas a otras posibilidades, el diagnóstico es certeza inmutable e incuestionable.

Ocasionalmente la clasificación es enunciada por un saber que se considera *experto* en cierta materia, y que por lo tanto suele no interesarle generar diálogos con otras disciplinas, dificultando así el trabajo en equipo. De igual modo, se piensan intervenciones a partir de decisiones que se toman *en nombre de* la disciplina que detenta el saber y que por tanto lo considera eminente. Así muchas veces se toman definiciones antes de conocer al

9

paciente y sus circunstancias, transmitiendo *información universal* que no se liga al proceso singular (Bloj, 2009).

Existen otras perspectivas donde el diagnóstico no constituye una clasificación o sanción definitiva, sino que se construye a partir de hipótesis provisorias de trabajo. “Se compone un tejido de los elementos que aportan a la construcción de cada diagnóstico particular” (Bloj, 2009: 25). Esto no significa que no haya certeza alguna, sino que se trabaja con concepciones abiertas a la problematización, operando el diagnóstico como guía de las intervenciones. Se toma como sustrato la reconstrucción de lo histórico, haciendo lugar a la dimensión social y a las particularidades de las experiencias; generando intercambios entre disciplinas diversas. En esta lógica no se define de una vez y para siempre, sino dentro de un proceso de trabajo que considera modos colectivos del pensar (Bloj, 2009).

Así concebido, el diagnóstico no es una clasificación sino un ordenamiento simbólico, un instrumento provisorio con el fin de orientar; una hipótesis que se construye estando en permanente reformulación (Bloj, 2009). Desde esta perspectiva, los elementos que se considerarán para elaborar un diagnóstico psicológico incluirán -además del cuadro orgánico- categorías relacionadas al psiquismo (mecanismos, defensas, recursos de afrontamiento) y también contextuales-sociales (redes de contención, situación económica, familiar, laboral).

La imagen del tejido hace referencia a un entrelazar, a una unión que da sentido. Un sentido que se construye a través del tiempo, así como ocurre con las intervenciones, que no son de una vez y para siempre, sino que se acompañan en el marco de un proceso de trabajo. ¿Existe un modo único de acompañar a alguien que recibe un diagnóstico de cáncer? ¿Cómo construir mediaciones entre las certezas que obturan y las incertidumbres que angustian? ¿De qué modos se leen las demandas de quienes requieren tratamiento psicológico?

El oficio de acompañar

Posición incómoda la de escuchar más allá de lo que los individuos quieren decir.
(D. Kaplan, 2020)

Considero que el encuentro del psicólogo con el paciente representa un encuentro entre dos seres, uno que sufre y otro que acoge el sufrimiento, donde hay una búsqueda de simbolizar, de otorgar sentido a través de la palabra. Nasio plantea que “el psicólogo sería un intermediario que acoge el dolor inasimilable del paciente y lo transforma en un dolor

simbolizado, permitiendo así otorgar sentido a eso que en sí mismo no tiene sentido alguno” (Nasio, 1996:21).

En una derivación, un profesional de cierta disciplina deriva a un paciente cuando considera que requiere de conocimientos no específicos de su materia. ¿Cuándo se produce una derivación al área de Psicología? En general esto ocurre ante la escucha de manifestaciones de su malestar. En el ámbito de la oncología, suele tratarse de malestares que no pueden tratarse con analgésicos, malestares que *exceden* lo que la medicina puede abordar.

Se observa que la demanda de ayuda no siempre surge del paciente sino que a veces se origina en algún familiar, allegado, o incluso en el profesional tratante. Muchas veces el malestar es mayor en quienes acompañan a la persona que en la persona misma. Los pedidos a veces son poco claros e inespecíficos, y requieren de un trabajo de

10

acompañamiento para que sean formulados. No toda manifestación de malestar constituye una demanda, y no toda demanda es directa. ¿Todas las personas que atraviesan un proceso de enfermedad requieren un espacio de atención psicológica?

Carballeda plantea que “la demanda se encuentra también traspasada por los diferentes montajes discursivos que suponen una construcción simbólica de la profesión o disciplina que la está llevando a la práctica. En otras palabras, el perfil de la oferta construye la demanda” (Carballeda, 2008:42). ¿Cuáles son las *ofertas terapéuticas* que se le ofrecen a un paciente oncológico? ¿Qué tipos de demandas se atribuyen a los profesionales de la salud mental?

Desde la perspectiva del psicoanálisis, la consulta o pedido se dirige desde un registro imaginario. La demanda se construye en ocasiones con el propio sujeto. La tarea consistirá en descifrar de qué se trata: ¿se demanda una ayuda, un análisis, un freno a las intervenciones? No sería entonces demanda cualquier pedido enunciado por cualquier actor, sino que en ese pedido se lee algo que va más allá de la necesidad: se escucha una posición subjetiva.

Vislumbro aquí una diferencia de lo que más adelante desarrollaré en relación a las nociones de *oficio* y *rol*, que se vincula a lo que mencioné anteriormente como perspectivas *normativa* y *crítica*. El rol sería el imaginario atribuido socialmente a la función de psicóloga: quien resuelve todo aquello que se lee como impedimento del orden de lo psíquico. El oficio en cambio construye esa función desde una especificidad pero de manera artesanal, de acuerdo a la singularidad con la que se encuentra en la demanda.

Una de las especificidades de la psicología es la *escucha diferencial*, donde la palabra no queda ceñida a la literalidad de lo dicho. “Posición que, inevitablemente, nos conduce a traspasar lo que los *yoes* proclaman” (Kaplan, 2020:123). El trabajo consiste entonces en escuchar más allá del pedido manifiesto. Las palabras entendidas como portadoras de significantes manifiestan que la demanda no implica el pedido de satisfacer una necesidad. En el discurso del sujeto pueden mezclarse enunciados que no son propios, siendo parte del trabajo distinguir lo propio de lo ajeno en sus pedidos.

Lo importante de estas nociones y distinciones es que configuran el modo en que el sujeto es comprendido, escuchado, y también las acciones que delinearán los tratamientos posibles de su padecer. En un contexto donde la enfermedad somática se ubica en primer plano es interesante observar que los modos de respuesta a las demandas también se corresponden con la idea de cuerpo que se sostiene. Y si se comprende que el cuerpo no es meramente el organismo, sino que se construye como efecto del lenguaje, “el modo de

respuesta necesariamente considerará a la subjetividad producto de la inscripción de estos significantes y de la historia por estos dibujada” (Kaplan, 2020:113).

Se van delimitando así conceptos clave que irán definiendo modos diferenciales de las intervenciones: salud, enfermedad, demanda, cuerpo, historia, subjetividad. En el campo que me ocupa, los diálogos y acuerdos que se produzcan en torno a esos conceptos son fundamentales para el armado de las estrategias. En particular los logrados con el discurso médico, ya que es el hegemónico en cuanto al cáncer como enfermedad orgánica.

Oficio y artesanía

Sería infame un trabajo en el que la voluntad de crear no pudiera ejercerse nunca.
(G. Mistral, 1979)

11

A partir de este contrapunto de sentidos, de modos de concebir el diagnóstico, las demandas y las intervenciones, resulta pertinente desarrollar la diferencia entre rol y oficio. La noción de *rol* del psicólogo se vincula a la función presupuesta en un tratamiento, la que opera en el imaginario social. El concepto de rol implica el papel que el profesional *representa* en la sociedad, como miembro de ella (Menin, 1999). Simbólicamente la función del psicólogo puede ligarse al abordaje de todo aquello que supone la complejidad de *lo psíquico*. En el contexto de un tratamiento oncológico, se relaciona con el despejar las manifestaciones psíquicas que irrumpen e interrumpen el mismo.

La perspectiva del rol plantea entonces funciones determinadas, modos de intervenir, acciones delimitadas por la función asignada socialmente. Un ejemplo de esto lo observamos en las situaciones donde el psicólogo es convocado por colegas médicos excepcionalmente en momentos donde éstos se encuentran con impedimentos para ejecutar acciones que consideran necesarias para tratar el cuerpo enfermo: el paciente se resiste a tomar la medicación, o no quiere que lo inyecten porque teme a las agujas, o se niega a someterse a una intervención quirúrgica, etc.

Se plantea que “en el campo de la Oncología, las consultas con el psicólogo se solicitan ante determinadas manifestaciones psíquicas del paciente con las que no pueden manejarse los profesionales y el personal paramédico a cargo de su tratamiento” (Chevnik, 1996:171). En estos casos, pareciera que las intervenciones requeridas están ligadas a la búsqueda de adherencia al tratamiento. No hay necesariamente un interés de incorporar una opinión o de elaborar estrategias conjuntas, sino que se busca que ciertas manifestaciones psíquicas no perturben o interrumpan las indicaciones médicas. Creo que aquí el imaginario operante en relación a la función del psicólogo es el de aquel que despeja las problemáticas emocionales, quien resuelve las resistencias del sujeto tratado.

Proponiendo otros sentidos, la noción de *oficio* en la práctica como psicóloga introduce una perspectiva que resalta la dimensión creativa de las intervenciones. Considero que la creación y el oficio en el abordaje de una enfermedad -el tratamiento- puede encontrar similitudes con la producción de una artesanía. Una artesanía es una pieza que se caracteriza por ser única; no hay dos iguales. Y si bien pueden hacerse piezas parecidas, la diferencia con el trabajo en serie es justamente que cada cual tendrá una particularidad singular. La artesanía es un objeto cultural que varía según el contexto social, los recursos y la historia del lugar donde se realiza, ¿no son éstas las mismas dimensiones que se reflejan

en las intervenciones?

El psicólogo, como artesano en el ejercicio de su oficio, domina técnicas e imprime valores simbólicos e ideológicos en sus prácticas. ¿Y por qué es que resulta importante pensar estas perspectivas? Porque las distintas posturas que se asuman en relación a lo dado, a la norma, propondrán distintos modos de dar lugar al conflicto, las contradicciones, las fisuras. Y también será diferente la manera en que se haga lugar a la palabra del sujeto con el que se trata. La definición de sujeto constituye un posicionamiento ideológico, epistemológico y teórico, a partir del que se configura el tratamiento.

¿Cómo conciben al sujeto tratado los profesionales de un equipo? ¿Se construyen las representaciones *imaginando* a ese otro sobre el que se ejerce la intervención o se le da participación en el armado de la misma? Pueden proponerse tratamientos predeterminados, sin lugar para alojar lo singular, o construir formas que alojen las demandas del sujeto con quien se trabaja.

La perspectiva del oficio se asocia al paradigma crítico y se sostiene en el paradigma de la complejidad. Haciendo intervenir las dimensiones singular, institucional y social, promueve una participación activa de los sujetos (Bloj, 2009). Es justamente este registro de

12

lo singular y la participación activa lo que posibilita comprender qué es lo que necesita esa persona, en ese momento, ante esa circunstancia.

Así las prácticas no responden a patrones estandarizados; no hay resoluciones escritas de antemano ni válidas para toda situación. Esto no significa que se deba crear absolutamente todo cada vez, porque existen herramientas ya construidas a partir de las experiencias y saberes acumulados. A partir de esa base es que, en cada contexto, según la historia y con los recursos disponibles, se creará una intervención. Y en ella estará impresa la impronta particular de quienes ejerzan esa práctica, de quienes participen en ella.

La enfermedad del cáncer está ligada a construcciones sociales que cada sujeto tomará (o no) para construir su versión singular de lo que ésta significa y representa en su propia historia. Así como no existen momentos idénticos, tampoco existen sujetos iguales y, por ende, no existen experiencias que coincidan en un todo en los procesos de salud enfermedad. Este hecho se valora cuando se piensan modos de intervención y abordaje, ya que los tratamientos estarán trazados a partir de estrategias generales pero matizados según su destinatario. Se trata entonces de que el diseño adquiera *dimensión humana*, en semejanza a quienes está destinado.

Plantear una acción circunstanciada implica justamente contextualizar el momento de quien está atravesando el proceso. Construir herramientas prácticas a partir de la dialéctica acción-reflexión, haciendo lugar a lo particular de cada experiencia, reconstruyendo historias: teniendo en cuenta lo singular y también la dimensión social. El modo surgirá del entendimiento del sujeto y de la noción de salud que se construya. La práctica del psicólogo desde la perspectiva del oficio entiende al sujeto como un ser complejo y diverso en cuanto a sus aspectos; único en cuanto a su forma de ser, historia y etapa en la que se encuentra.

De esta manera se generan abordajes que incorporan distintos saberes con perspectiva de integrarlos. Entre esos saberes, se encuentra uno que es fundamental: el saber que posee el propio sujeto sobre sí mismo. Así como los profesionales tratantes son expertos en relación a la enfermedad, el paciente es experto en todo lo concerniente a sus necesidades; por lo que es fundamental que su saber sea escuchado y tenido en cuenta. Es prioritario que la palabra propia tenga lugar en las decisiones, tanto como las variables del

contexto y la historia singular.

Ampliar el marco, incorporar analizadores, incluir lo contextual, poner en diálogo los saberes, dar lugar al conflicto, al malestar, las contradicciones. De esta manera se contempla la perspectiva del oficio: promoviendo la participación activa, posibilitando la emergencia del sujeto. En esto se refleja el valor simbólico e ideológico de la práctica, y la noción de salud como práctica social, vinculada a la posibilidad de sostener una posición activa en la resolución de los problemas (Bloj, 1997). Convoca a resignificar la historia y reconocer los saberes propios. También a ejercer el derecho de tomar decisiones sobre la propia enfermedad y su tratamiento, dimensión que muchas veces no se toma en consideración ya que ciertos profesionales suelen decidir por el paciente.

Acompañar a una persona en un tratamiento oncológico implica -para todos los que intervienen- un desafío frente a lo que cada uno piensa. La intención de querer curar, la omnipotencia de creerse artífice de la cura, puede llevar a que el sujeto quede borrado. Suele suceder a veces que el paciente no quiere: no quiere tratarse, no quiere hacer terapia, no quiere atenderse con cierto profesional, etc.; o que el paciente no cree: en el tratamiento, en la terapia, en los profesionales, etc. Consecuencia de esa ilusión de omnipotencia, a veces estos *no querer / no creer*, no se escuchan.

El concepto de abstinencia sirve para pensar los límites de los saberes y de las intervenciones. Así como la abstinencia es importante en la escucha del paciente, lo es así

13

mismo en el trabajo con otros, en la conformación de grupos de abordaje terapéutico. El saber disciplinar tiene límites, y es necesario practicar la abstinencia para poder dialogar. La omnipotencia impide la escucha; y sin escucha, no hay posibilidad de intercambios. El sufrimiento conmueve, enfrenta a las personas a interrogantes complejos. Reconocer los límites de los saberes y de las intervenciones posibilita acompañar con humildad, disminuyendo la sobreexigencia, las expectativas de *hacer todo bien*, de ocupar lugares de *saberes eminentes*.

Considero que, así como la abstinencia es necesaria en cuanto a reconocer los límites del propio saber, también debe estar presente para reconocer los límites de las intervenciones, cuando estas ya no producen el efecto deseado en el tratamiento. Es por eso que valoro la postura crítica de la perspectiva del oficio, que plantea que el proceso de la intervención se relanza en espiral, evaluando cómo se inscribieron las prácticas, “apuntando a producir un movimiento constante de retroalimentación del desarrollo de trabajo” (Bloj, 2009:29).

El valor de situar las prácticas

Cuando creíamos que teníamos todas las respuestas, de pronto, cambiaron todas las preguntas.
(M. Benedetti)

Me resulta de utilidad introducir en este punto tres ejes a partir de los cuales pensar las intervenciones: el eje histórico, el eje territorial y el eje político. Estos ejes permiten definir las prácticas situadas: propuestas de abordaje en función de contextualizaciones -históricas, territoriales y políticas- donde los actores toman una posición ética en relación al sujeto de sus prácticas y a los objetivos de las mismas. Entiendo la posición ética como la forma en la que se enfrentan las propias responsabilidades hacia el otro, basada en el

principio del semejante (Bleichmar, 2007). ¿Qué responsabilidades se asumen en las intervenciones con pacientes oncológicos?

La dimensión histórica puede ser definida como un constante contrapunto entre las representaciones pasadas, presentes y futuras, que permite reflexionar acerca de las prácticas en su actualidad (Bloj, 2009). Ubico el registro de la dimensión histórica en la posibilidad de leer las marcas singulares del sujeto con quien se trabaja -sus trayectorias de vida, sus etapas- en un contexto histórico más amplio. Éste incluye la historia del territorio, que es el lugar o los lugares donde esa biografía se desarrolla, la dimensión espacial que habitan los grupos sociales en un momento dado.

El territorio como dimensión es construido como consecuencia de un proceso histórico, en el cual los aspectos económicos y socioculturales se interrelacionan (Bloj, 2009). Se define por características fundamentalmente humanas que se juegan en un espacio geográfico. Los territorios tienen marcas propias de los despliegues del tiempo y de las disputas de poder de las personas e instituciones que lo constituyen; por lo tanto, también se entrelazan con lo político. Surge así que estas dimensiones de análisis se presentan en conjunto: lo histórico se vincula a lo territorial y a lo político.

Al escuchar el relato de una persona que está atravesando un tratamiento oncológico, estos ejes posibilitan generar preguntas ordenadoras: ¿Cómo es el relato acerca de su historia? ¿Cuál es el contexto histórico en que se ha constituido? ¿Qué territorios ha habitado? ¿El tratamiento le requiere que se desplace o que se radique en otro lugar? ¿Qué implicancias tienen estos cambios? ¿Cuáles son las políticas vigentes que lo amparan en

14

cuanto a la posibilidad de acceder a un tratamiento y sostenerlo?

Las responsabilidades respecto al otro -la posición ética- se ubica entonces considerando estas dimensiones al momento de construir tratamientos posibles: conocer quién es el otro, cuáles son sus marcas singulares y atravesamientos socioculturales. Este posicionamiento es concordante con el *movimiento de clínica ampliada*, donde el sujeto enfermo y su familia se alojan en la red sanitaria con mirada social, cultural, histórica, subjetiva y biológica. Desde la clínica ampliada, la clínica del sujeto incluye la dolencia, el contexto y el propio sujeto (De Sousa Campos, 2001).

Las políticas de salud, las disposiciones y marcos legales vigentes, son un insumo imprescindible para las prácticas y estrategias de intervención, ya que condicionan las posibilidades de tratamiento. En el campo de la oncología, entiendo que el acceso a la salud como derecho se lee a través de la dimensión política. Existe una legislación vigente que regula y garantiza los derechos básicos de los pacientes, así como también lo relacionado al ejercicio profesional. La Ley Nacional N°26529 regula los derechos del paciente en su relación con los profesionales de la salud.

En el artículo 2 de la mencionada ley se reglamenta lo que se denomina *autonomía de la voluntad*, y que determina que el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, tiene derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial, o retiro de medidas de soporte vital. Tiene derecho a recibir información, así como a no recibirla; también a pedir que dicha información se transmita en forma escrita, con el fin de realizar interconsultas (Ley Nacional N°26529, 2009). ¿Se informa acerca de esto a los pacientes? ¿Qué resistencias se presentan al ejercicio de estos derechos?

Un hecho político clave de este momento histórico es la puesta en vigencia de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657-sancionada en el año 2010- a partir de la cual se

legítima el vínculo de la salud mental con el acceso a derechos humanos y sociales. Se propone así una ética particular desde la cual la salud mental se define como *proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos*. El padecimiento mental se entiende como un proceso complejo determinado por múltiples componentes: no se relaciona unívocamente con la enfermedad orgánica.

En clave con el paradigma de la complejidad, esta ley promueve abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, ya que reivindicar el acceso a derechos requiere la articulación de diversos campos de acción. El derecho al bienestar psíquico está relacionado con derechos humanos básicos que incluyen la satisfacción de necesidades materiales, acceso a vivienda, trabajo, alimentos, educación, salud, tiempo libre, etc.

En esta lógica el campo de la salud mental es un campo en disputa en cuanto a sus posibles sentidos. ¿Cómo se ven reflejados estos derechos en los conceptos de salud que sostienen las prácticas? ¿Cómo influyen en la construcción de diagnósticos? ¿Qué ocurre cuando se crean estrategias de intervención sin tener en cuenta estas dimensiones?

La interdisciplina como estrategia

La interdisciplina como estrategia se ubica en primer plano ante la necesidad de afrontar lo complejo. Múltiples disciplinas que abordan el mismo objeto comparten un hacer, pero no necesariamente un marco conceptual. Pensar colectivamente generando intercambios entre saberes es la intención del trabajo interdisciplinar. En un abordaje integral, el trabajo interdisciplinario permite articular la diversidad de discursos intervinientes,

15

posibilitando llegar a conceptualizaciones comunes para construir estrategias compartidas. ¿Qué acuerdos son necesarios para que el abordaje conjunto sea posible? Según el posicionamiento que los profesionales definan, se posibilitará o no el diálogo entre ellos, se tendrán en cuenta opiniones diversas a las propias, o se formarán equipos con jerarquías definidas. Considero que la jerarquía no constituye un problema en sí misma, ya que da cuenta de una organización; lo que puede obstaculizar las estrategias tiene que ver con jerarquías estancas, que no se modifiquen según los objetivos de cada momento. Hay un acuerdo que es fundamental para poder generar la interdisciplina: reconocer la incompletud del propio campo disciplinar para dar respuesta a un problema complejo (Stolkiner, 2021, 16m10s). En relación a la organización jerárquica, creo en la importancia de reconocer que habrá momentos en que cierta disciplina sea la más competente para liderar ciertos abordajes, y luego será otra la que ocupe esa posición.

Para que sea posible trabajar con otros es necesario reconocer la incompletud del propio saber; que es un modo de reconocer la falta, que no se puede en soledad, que no se sabe todo. A su vez, facilitar la comprensión de los otros requiere de algún modo reconocer que esos otros, con otros recorridos y saberes, tienen algo que enseñar, y también son capaces de comprender otras posturas. Desde una posición omnisciente, no hay posibilidad de escucha.

Las reuniones de equipo son analizadores desde donde observar estas articulaciones: ¿hay diálogo o exposiciones de saberes? ¿se producen intercambios o control entre disciplinas? ¿existe liderazgo móvil o las funciones son fijas? Las disciplinas presentes ¿son heterogéneas? ¿Se incorporan los saberes no disciplinares?

No será indiferente intentar crear un abordaje en conjunto con profesionales que

conciban la salud sin considerar el acceso a derechos. La construcción de un diagnóstico que no incluya lo sociohistórico evidenciará falencias en las estrategias. Es necesario que las propuestas sean posibles: sería un sinsentido proponer un tratamiento que la persona no pueda costear económicamente, o que implique traslados que no pueden asegurarse. Lo mismo si no se contemplan dimensiones contextuales, como las redes de contención afectivas y de cuidados necesarios.

Así como el concepto de salud conlleva acuerdos en cuanto a la complejidad de su definición, considero que ocurre algo semejante en torno a los procesos de duelo y las consideraciones del dolor. Cuando un paciente refiere un dolor, ¿cómo se escucha esto desde las distintas disciplinas? Puede ocurrir que ciertos profesionales de la salud refieran que hay dolores que son *imposibles*, o que hay calmantes que son *infalibles*; sin embargo, la persona insiste en ese sentir. El uso de placebos demuestra que a veces el dolor no es objetivo ni tiene una causa unívoca. ¿Qué saberes aporta la Psicología sobre los dolores que no encuentran referencia en lo corporal ni tratamiento en el vademecum, los que incluso a veces no encuentran palabras para ser nombrados?

El duelo, el dolor que no analgesia

¿Qué me queda de mí si me salgo de mí, si me arrojó de mí, si salto, si falto?
(G. Ferro, 2010)

Trabajar con el dolor es una constante en los abordajes de tratamientos oncológicos, y el imaginario operante presenta que los psicólogos saben qué hacer con él. “Sobre todo con el padecer subjetivo, con el dolor y la angustia que los analgésicos no calman” (Kaplan, 2020:39). Una enfermedad somática que genera dolor orgánico, presenta también otros 16 dolores que no encuentran analgesia posible desde un tratamiento químico, relacionados con los procesos de duelo.

¿Qué se duela cuando se enferma de cáncer? Se puede pensar que lo más irruptivo de la enfermedad es el encuentro con un cuerpo *en falta*: alopecia, intervenciones quirúrgicas, cicatrices, cambio de color de la piel, etc. Marcas que son significantes ante las miradas de los otros. Pérdidas reales y también imaginarias. Registros de *fallas* en el cuerpo y sus funciones, así como en los vínculos y en los proyectos personales. Atravesar ciertas fases de la enfermedad implica que la persona ya no pueda realizar algunas tareas cotidianas sin ayuda, así como que tenga que abandonar ciertos hábitos que le impiden sostener funciones sociales.

Se ha mencionado que ciertas perspectivas construyen narrativas donde el padecer se minimiza o se evita; como las terapias que alientan a no dar lugar a las emociones de tristeza, ubicando al paciente como *guerrero* que debe *luchar contra* su enfermedad y vencerla. Estas construcciones exigen una impostura de los procesos vinculados al duelo, ya que duelar implica reconocer la pérdida, aceptar la falta. El duelo exige un trabajo de elaboración acerca de lo perdido, y ese trabajo requiere tiempo y energía psíquica. La imagen de quien está en proceso de duelo está en las antípodas de la imagen del héroe, que resuelve en lo instantáneo y posee energías ilimitadas.

Un sujeto que está atravesando un trabajo de duelo no tiene energía psíquica disponible para ocuparse del mundo externo como lo hacía habitualmente. Al manifestarse la pérdida, suelen aparecer sentimientos de culpa y autorreproches. Es necesario dar lugar a estos procesos, acompañarlos y observarlos. Hay quienes ocultan estos sentires por

considerarlos inapropiados, o por temor a sentirse rechazados o incomprendidos por el entorno. La negación del sufrir no genera bienestar, sino que traslada el padecer de la superficie a lo profundo. Negar la pérdida puede proporcionar un alivio transitorio, pero también impedir la transformación necesaria para seguir viviendo.

Aceptar una pérdida no es un proceso que se realice solamente a nivel racional; no se trata meramente de convencerse de ello a fuerza de voluntad. En el trabajo con personas que padecen enfermedades orgánicas, resulta necesario incluir la configuración psíquica de la enfermedad, lo que desde la teoría psicoanalítica se llama el *orden fantasmático*, para diferenciarlo de la realidad lesional, el *orden biológico*. Si bien se parte del saber que somos una unidad indivisible, entender que existen registros inconscientes del cuerpo ayuda a comprender las vivencias de pérdidas. Los conceptos de *esquema corporal* e *imagen corporal* permiten establecer diferencias en cuanto a lo meramente orgánico, visible, posible de poner en palabras, y lo inconsciente, invisible, indecible.

En el duelo algo de la subjetividad se modifica, se desgarrar. Atravesar un trabajo de duelo, sus elaboraciones, permite la recomposición subjetiva (Elmiger, 2010). ¿De qué se trata esto? De que si bien lo perdido no se recupera, el sujeto vuelve a encontrarse con algo de lo propio, a rearmar sus recursos para hacer frente a la pérdida. A partir de estas articulaciones entre trabajo de duelo y subjetividad se puede plantear que “un duelo subjetivado deja como saldo mayor pacificación de la subjetividad y los duelos desubjetivados dejan como saldo mayor pathos, más sufrimiento” (Elmiger, 2010:17).

En quien padece la enfermedad del cáncer, la dolencia excede lo orgánico. Se trata entonces de dar lugar al sujeto y sus expresiones, a su historia singular, sus verdades, para así posibilitar que se reconstruya lo dañado. Desde la perspectiva de oficio de la psicología se buscará construir abordajes que incorporen perspectivas contextuales y recuperen el valor de la palabra propia.

Aquí también, los modos posibles de acompañar los procesos de duelo serán 17

determinados por las concepciones de salud que se sostengan. Recuperando la noción de clínica ampliada, la clínica del sujeto incluye la dolencia, el contexto y el propio sujeto (De Sousa Campos, 2001). Por eso el abordaje interdisciplinario será fundamental para escuchar la complejidad que implica escuchar a alguien que expresa un dolor. Muchas veces el paciente mismo insiste en requerir analgesias para malestares inherentes al proceso de duelo. La posibilidad de integrarlo como parte de su desarrollo, ayuda a poner freno a las demandas que insisten en acallar sus expresiones.

Trabajar la finitud

Si quieres soportar la vida, prepárate para la muerte.
(S. Freud, 1915)

Uno de los momentos más complejos acontece cuando los médicos diagnostican la irreversibilidad del cáncer, sugiriendo el inicio de lo que se denomina cuidados paliativos. La palabra *paliativo* nombra aquello que alivia los efectos de algo. Los *cuidados paliativos* intentan aliviar el sufrimiento efecto de la enfermedad o su tratamiento. Trata de situaciones que aparecen en los enfermos y en sus familiares o cuidadores: síntomas físicos como el dolor, o emocionales como la angustia. También problemas sociales como el aislamiento y espirituales como la trascendencia.

No es casual que sea en este ámbito donde aparezca como necesidad la intervención de otros saberes que acompañen al discurso médico. En los inicios de la oncología, la probabilidad de morir ante la emergencia de un cáncer era muy alta. La función de curar, guía de la intervención médica, se veía frustrada ante la baja efectividad de los tratamientos o la inexistencia de los mismos. Desde el discurso médico se sugería no hablar sobre la inminencia de la muerte; se recomendaba no comunicar el diagnóstico al paciente. Con el tiempo, otros discursos comenzaron a acompañar estos procesos: grupos de pacientes, enfermeros, trabajadores sociales, ofrecían otras miradas y otras palabras. Se descentra así la problemática del órgano enfermo para poner en escena otras perspectivas donde el sujeto tuviera voz.

La fase de cuidados paliativos constituye un momento del tratamiento en que se problematiza la interdisciplina. Se produce aquí un pasaje clave: de tratar para curar a tratar para paliar. En este punto la demanda de saberes diversos es fundamental, así como la puesta en juego de las leyes y derechos de los pacientes. Se prioriza el trabajo en equipo, la asistencia personalizada e integral. El objetivo es mejorar la calidad de vida, no solo del paciente sino también de sus familiares y cuidadores.

Si bien se asocia la atención paliativa a la asistencia del paciente al final de la vida, también puede iniciarse desde el diagnóstico de una enfermedad crónica. Los pacientes pueden recibir cuidados paliativos en todos los niveles de atención (Biondi et.al, 2019). ¿Cuál es el grado de conocimiento que se tiene acerca de esta asistencia? Dado que los mismos implican la puesta en marcha de redes de trabajo y dispositivos especializados, ¿cómo se accede a los mismos?

El costo económico que acarrea la asistencia de cuidados paliativos ubica la dimensión política en cuanto a la posibilidad de ser beneficiario de los mismos como un derecho. Si bien el acceso a cuidados paliativos es una obligación legal, declarado como derecho humano y presente en nuestro marco regulatorio a nivel provincial y nacional, ¿es factible que pueda brindarse una asistencia personalizada e integral en cualquier territorio?

Se ha planteado que la experiencia de la muerte es similar a la del nacimiento, y que

1

8

“las cosas *del más allá* (de la muerte) no son asuntos de creencia sino de conocimiento” (Kübler Ross, 2008:6). A través de la historia de la humanidad la dimensión espiritual ha sido integrada en la tradición de saberes acumulados y transmitidos de generación en generación. Pero lo espiritual como dimensión, que escapa a la experiencia material e intelectual, es resistido en los espacios académicos. El desarrollo espiritual ha quedado ligado de un modo despectivo al ámbito de lo religioso. Sin embargo pareciera que se valida en el momento en que la muerte se presenta como posibilidad. Mientras los discursos científicos pueden ofrecer alternativas, prometer la recuperación, la espiritualidad se deslegitima. Pero cuando la ciencia no encuentra respuesta o agota sus opciones de tratamiento, ahí se pone en valor como si fuera un último recurso, y no una dimensión más del desarrollo personal.

A partir de la recuperación de ciertas prácticas ancestrales como la meditación, se acepta la posibilidad de incorporar otros registros, que no son novedosos sino que recuperan saberes ancestrales y que tienen efecto en el bienestar de los sujetos; siendo legitimados como *complementarios* al tratamiento médico tradicional. Considero que lo espiritual es un aspecto que se relaciona con el significado y el propósito que cada persona puede darle a su vida. No hay una sola manera de expresarlo, sino que cada quien lo hace de modo singular:

la música, el arte, el amor a la naturaleza, una causa que brinde un propósito de vida, son algunos de sus modos. Cada persona hará su tránsito singular, marcado por su historia, su contexto y los recursos con los que cuente para afrontar las situaciones. Como parte de esos recursos, se intentará integrar las herramientas que ayuden a atravesar las experiencias dolorosas. No se trata de negar ni desconocer realidades, sino de ampliar el registro sensible y sensitivo. Ser respetado en los propios valores y creencias, es un derecho.

Resulta interesante la idea de *buen morir*, asociada a los momentos de fin de la vida. En nuestra cultura esta noción aún genera cierta incomodidad, ya que la sociedad occidental presenta como tabú a la muerte y sus rituales. Culturalmente la muerte es algo a evitar y –tal como se ha mencionado- suelen operar imaginarios de quienes *pelean contra* la muerte, de quienes la *vencen*, de quienes son *derrotados por* ella.

En los momentos donde el proceso de enfermedad es irreversible y el deterioro del cuerpo se acelera, la posibilidad de dejar de enfrentarse a lo inevitable propicia un disponerse a acompañarlo de la mejor manera posible. Una manera es evitando que la persona sea objeto de *obstinación terapéutica* por parte de los médicos; que su cuerpo no sufra dolores evitables, que se propicie la compañía de seres queridos, y que sea posible elegir el lugar donde pasar el final de la vida. Para que esto sea factible, es necesario que quienes participen de ese proceso acepten la muerte como parte de la vida. El trabajo con los propios límites, con la propia finitud, es fundamental en todos quienes participen en abordajes oncológicos.

Consideraciones finales

Yo vivo de preguntar, saber no puede ser lujo.
(S. Rodríguez)

Inicié este ensayo con una pregunta que guió mis reflexiones: ¿qué puede aportar una intervención como psicóloga en un tratamiento oncológico? Lecturas de un momento histórico donde emerge la necesidad de concebir nuevos modos de instalar los cuidados, de inventar dispositivos para sostener vínculos vitales, de rever las herramientas construidas en torno a la salud mental. Interrogantes acerca de las intervenciones y las invenciones. 19 Indagaciones sobre diversos modos de escucha y registros del malestar. Entendiendo que intervenir implica un poner en práctica de los saberes que portamos, me pregunto acerca de las definiciones que sustentan las intervenciones; considerando que estas reflexiones brindan posibilidades en el terreno de la acción. Como psicóloga, reivindico en mi hacer la intención de producir transformaciones subjetivas y vinculares, y para eso es que me interesa conformar estrategias, pensar acciones posibles. El diagnóstico entendido como primer momento de las intervenciones fue un elemento a partir del cual pude asociar distintos modos de concebir la salud. Comprendido como un ordenamiento simbólico, una guía de hipótesis provisionarias en permanente reformulación, en concordancia con un proceso donde la enfermedad es integrada y el ser humano es concebido producto de la dialéctica de cuerpo y de palabra. Es por esto que los modos en que el cáncer se nombre, los imaginarios que en torno a la enfermedad se construyan, tendrán efecto en sus modos de abordaje. A la construcción de la enfermedad como enemigo, de la salud como estado completo de bienestar, se contraponen la idea de equilibrio dinámico, de proceso. La salud así entendida busca integrar la idea de conflicto, la contradicción, suponiendo que no se trata de evitar el malestar sino de incorporarlo como inherencia de nuestro psiquismo.

En este proceso entonces se amplía la perspectiva del órgano enfermo como blanco, buscando incluir otras dimensiones de análisis. Se incorpora al abordaje terapéutico el saber del sujeto sobre sí mismo y también se da lugar a los saberes no disciplinares. La psicología aporta una especificidad de la escucha, entendiendo que los relatos brindan sentido en las experiencias de los padecimientos, y por eso se valora el acompañar en la construcción de narrativas biográficas que signifiquen las vivencias dolorosas.

La perspectiva del oficio me permitió considerar el valor de situar las prácticas a través de tres dimensiones fundamentales: histórica, política y territorial. Los sujetos, las disciplinas, las instituciones, están atravesadas por estos ejes, así como los conceptos de salud y enfermedad que se toman como referencia. Considero que contemplar las marcas históricas y singulares, el contexto social, el territorio, así como reconocer el límite de las prácticas, constituyen responsabilidades que se asumen en las intervenciones. También el conocer las políticas vigentes que posibilitan u obstaculizan el acceso a los tratamientos; así como informar acerca de los derechos de los pacientes y procurar que se reconozcan e implementen.

La cualidad artesanal del oficio también recuerda que no hay un camino único fijado ni una meta adonde necesariamente se debe llegar. Las estrategias ayudan a *aproximarse* a ciertos objetivos proyectados. Recordando que el trabajo en salud por su condición de complejidad es intersectorial y que se necesita partir desde la condición de heterogeneidad para organizar acciones singulares.

En función de lo desarrollado considero que la reflexión acerca de las concepciones de sujeto, salud, enfermedad, repercute en las intervenciones. Que incorporar las dimensiones de lo histórico, lo político, lo territorial, permite situar las prácticas y ubicar la noción de oficio, constituyendo así un posicionamiento ideológico y ético. Que los acuerdos logrados acerca de los conceptos de sujeto y ética son acuerdos básicos necesarios para trabajar en conjunto y dar sentido a los abordajes.

Pensar la práctica de psicóloga en intervenciones con pacientes oncológicos como un oficio y no como un rol preestablecido posibilita la escucha de posiciones subjetivas en las demandas. Habilitar espacios con lógicas diferenciales propicia encuentros subjetivantes. Así, la perspectiva del oficio define una ética que trasciende el ejercicio técnico de la práctica: constituye un posicionamiento frente a un otro que sufre.

20

Referencias bibliográficas

Biondi et al. (2019). *Manual de cuidados paliativos para cuidadores*. Libro digital, PDF. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer. <https://bancos.salud.gob.ar/>

Bixio, C. (2009). Estrategias de intervención psicológica en Bloj, A. (comp.) *Intervenciones en Psicología Educativa* (57-77). Rosario: Laborde.

Bleichmar, S. (2007). *La construcción de legalidades como principio educativo* (video) https://www.youtube.com/watch?v=mu7Fua__m18

Bloj, A. (1997). Prevenir ¿práctica privativa del campo de la salud? en Menin, O. (comp.) *Problemas de aprendizaje, ¿qué prevención es posible?* (39-52). Rosario: Homo Sapiens.

Bloj, A. (2009). Tres momentos para pensar las intervenciones del psicólogo educacional. Diferentes perspectivas de abordaje en Bloj, A. (comp.) *Intervenciones en Psicología Educativa* (17-30). Rosario: Laborde.

Carballeda, A. (2008). *Los cuerpos fragmentados*. Sarandí: Paidós.

Chevnik, M. (1996). La interconsulta médico psicológica. Entre la medicina y el psicoanálisis, una mediación posible en Bekei, M. (comp.) *La interconsulta médico-psicológica* (169-183). Buenos Aires: Lugar.

De Sousa Campos, G. (2001). *Gestión en salud – En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial

Die Tril, M. (2013). *Intervención Psico-Oncológica en el Ámbito Hospitalario*. Revista Clínica Contemporánea, Nro. 4 : 119-133

Elmiger, M. E. (2010). *La subjetivación del duelo en Freud y Lacan*. Revista Mal-estar e Subjetividade, Nro. 10: 13-33.

Ferrara, F. (1985). *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires: Catálogos.

Freud, S. (2000). *Obras Completas Vol. XIV*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Kaplan, D. (2020) *Cuerpos que duelen*. Buenos Aires: Letra Viva

Kübler-Ross, E. (2008). *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Luciérnaga.

Lemebel, P. (2014). *Conversaciones por chat, Entrevistado por Catalina Mena*. Revista Santiago, Nro. 1153 : 54-61.

21

Ley N°26529. *Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud*. Congreso Nacional, República Argentina, 21 de octubre del 2009.

Ley N°26657. *Derecho a la protección de la salud mental*. Congreso Nacional, República Argentina, 25 de noviembre del 2010.

Maltaneres, V. (2009) ¿Qué significa intervenir como psicólogos en el campo de la educación? en Bloj, A. (comp.) *Intervenciones en Psicología Educativa* (47-56). Rosario: Laborde.

Menin, O. (1999). El oficio del psicólogo educacional en Menin, O. (comp.) *El oficio del psicólogo educacional* (5-8). Rosario: CG.

Mistral, G. (1979) *Grandeza de los oficios*. Santiago de Chile: Andrés

Bello. Nasio, J.D. (1996) *El libro del dolor y del amor*. Barcelona: Gedisa.

Percia, M. (07 de marzo de 2002). *Acaecer en la clínica*. <https://www.elsigma.com/>

Percia, M. (14 de septiembre de 2019). *Vidas después: 14 derechos venideros para estar en común*. <https://idepsalud.org/>

Robert, V., Álvarez, C., Valdivieso, F. (2013), *Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial*, Revista Médica Clínica Las Condes, Nro. 24: 677-684

Stolkiner, A., Ardila Gomez, S. (2012). *Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social / Salud colectiva latinoamericana*, Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, Nro. 23 : 57-67

Stolkiner, A. (2021). *Interdisciplina entre la epistemología y las prácticas* (video) <https://www.youtube.com/watch?v=VRARIs3dPfl>