Facultad de Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Alteraciones:

una exploración sobre cáncer

Docente tutora: Dra. *Ana Luisa Hounie*

Docente revisora: Mag. *Verónica Pérez Horvath*

Facultad de Psicología

Universidad de la República

30 de octubre, 2016

Autor:

Rodrigo Andres Villalba Repetto

C.I: 4.902.523-9

Índice

Resumen: 1
Capitulo1: Introducción 2
Capítulo 2: El cáncer desde diversas perspectivas 5
2.1. Una perspectiva médica: 5
2.2 Una perspectiva psicológica: 9
2.3 Otras perspectivas: 12
2.3.1 Perspectiva socio-técnica: 13
2.3.2 Perspectiva antropológica: 16
Capítulo 3: Una perspectiva psicoanalítica 20
3.1 El Yo y los fenómenos psíquicos: 21
3.2 Organismo y cuerpo: 22
3.3 Una lectura desde Lacan 26
3.4 Otras intervenciones 34
Conclusión: 37
Referencia bibliográfica 40

Resumen:

El presente trabajo consiste en la revisión de conceptos, perspectivas, aportes que permitan pensar las circunstancias que configuran la situación de las personas con cáncer. Se pensarán procesos relacionados al diagnóstico y a los tratamientos. A su vez se identificarán los aspectos en la relación que mantiene con “otros” (en cuanto a sus funciones y lugares que ocupan o pueden ocupar) en el contexto de la situación de cáncer. Asimismo, se trabajarán elementos en torno a las intervenciones que se realizan ya sea desde la posición profesional como no profesional (amistad y otros) considerados en este trabajo. Para este fin se contará con el apoyo de diversos campos disciplinarios teniendo al psicoanálisis como teoría de referencia principal.

Palabras clave: Cáncer, Relación con el otro, Psicoanálisis, Intervenciones.

Capitulo1: Introducción

La presente elaboración reúne intereses que me han interpelado desde hace algunos años y que se han acrecentado en el transcurso por la Facultad de Psicología. Alguna de las principales interrogantes de las que hablo son: ¿Qué se pone en juego en la relación con el otro? Y ¿Qué se produce en el "entre" que compone una relación? Tales preguntas me han convocado a una intensa y gratificante búsqueda hacia el conocimiento. A su vez me han guiado a reflexionar sobre el lugar que ocupan las relaciones en momentos adversos por los que atraviesa el sujeto. A esto se le suma que este año he comenzado a participar en una fundación que se dedica al acompañamiento de personas con cáncer (Fundación Clarita Berenbau en más F.C.B) por lo que me he aproximado al dolor y al sufrimiento que atraviesan estas personas y sus familiares. También he conocido alegrías y enseñanzas que provienen de dicha situación. La propia fundación en un ejemplo de ello ya que fue organizada por la madre de la periodista, comunicadora, escritora y actriz uruguaya Clara Berenbau. Me propongo en este trabajo cuestionar ¿a qué nos referimos cuando hablamos de cáncer?

El objetivo será pensar la situación de la persona con cáncer desde distintas perspectivas, entre ellas: la médica, la psicológica, la socio-técnica, la antropológica y la psicoanalítica. Me interesa revisar particularmente los aspectos que se ponen en juego en la relación de la persona diagnosticada de cáncer con otras personas que acompañan, sostienen e intervienen en esta situación, atendiendo a la función que éstas adquieren en dicha relación. Para este fin se proponen cuatro capítulos que buscarán complementariedades y diferencias que aportan a la temática. Durante el desarrollo del texto, el lector se percatará de que se mantienen varios usos relativos a palabras tales como "intervención", "otro", "situación", "sujeto", "cuerpo". Esta aclaración se realiza ya que dichos términos connotan significados diferentes según se lo piense desde las diversas perspectivas que se señalarán en el correr de esta producción teórica.

Realizaré una aclaración del contexto de significación en el que se considerarán las primeras tres nociones. En los primeros capítulos nos referiremos a "intervención" y "otro" según las referencias proporcionadas a partir del diccionario de la Real lengua española [RAE] (2005). Por intervención se alude a "tomar parte en un asunto". Dicha acepción emerge en relación con la etimología de la palabra, proviene del latín intervenire y alude a la acción o efecto de venir entre (Diccioinario etimológico, 2001-2016). Para el vocablo "otro" utilizaremos en principio el siguiente significado: "distinto a la persona que habla" (RAE, 2005, s.p). Ubicaremos en la apertura del trabajo al otro como aquella figura — médico, psicólogo, psicoanalista u otra persona exterior al sujeto— que se hace presente durante el trascurso de la enfermedad. Por situación nos

referimos a un “conjunto de factores o circunstancias que afectan a alguien o algo en un determinado momento” (RAE, 2005, s.p). Es así que entendemos al cáncer como una situación.

En esta dirección se iniciará el segundo capítulo abordando la perspectiva médica por considerarla en nuestra sociedad occidental el discurso dominante que versa sobre la salud y la enfermedad. Se pretende ampliar la mirada médica sobre el cáncer atendiendo a las diferentes definiciones que de él se tienen, procurando la comprensión desde la medicina. Asimismo, se comenzará por revisar concepciones de enfermedad y cuerpo. Se incluirán también las intervenciones respectivas como lo son: diagnóstico y tratamiento. Las preguntas que guiarán este apartado son: ¿qué es el cáncer? ¿A qué entidad aludimos con este nombre? ¿Qué concepciones están presentes en las intervenciones que se realizan desde el campo médico? ¿En dónde interviene la medicina?

Posteriormente se trabajará en base a los desarrollos de la Psicología en este ámbito específico de intervención, por consiguiente, se presentarán algunos aportes de la Psico-oncología. Se finalizará con dos perspectivas que aportan otra mirada para así complejizar la temática; se abordará la perspectiva socio-técnica y antropológica. La primera nos permitirá pensar de otra manera las circunstancias de la enfermedad y del cuerpo en el ámbito biomédico, más concretamente la relación entre tecnología y sociedad. En este punto una pregunta sobre la que reflexionaremos será ¿qué consecuencias conlleva para los pacientes oncológicos la implementación en los tratamientos los desarrollos de la biomedicina? La segunda perspectiva circunscribe estas relaciones según la mirada del hombre occidental de la sociedad actual, nos conduce a cuestionarnos ¿Qué relación hay entre las concepciones de cuerpo y enfermedad de la época y los tratamientos y concepción médicas? Con estas perspectivas tratamos de pensar el espacio clínico ofrecido a estos pacientes desde otras miradas que trascienden el ámbito médico.

Bajo este marco general de ópticas se pretende una descripción enriquecida de la noción de cáncer y una exposición de posibles formas de pensar la afectación que tiene el cáncer sobre las personas. Es decir, se considerarán distintos niveles puestos en juego en las intervenciones médicas (como lo son los tratamientos y el diagnostico) que son inseparables al tener cáncer. Se tendrán en cuenta a las distintas personas intervinientes implicadas con la enfermedad, tanto aquellas relacionadas con la medicina y con las que se vinculan a los aspectos psicológicos. Con esto damos cuenta de la existencia de distintos procedimientos técnicos e intervenciones que influyen en la calidad de vida de los pacientes durante el transcurso de la enfermedad.

En el capítulo tres, nos detendremos en la perspectiva psicoanalítica. Revisaremos en esta sección nociones de valor capital para la teoría y práctica psicoanalítica como las de cuerpo, palabra y sujeto, por entender que son fundamentales para la comprensión de lo humano y sus circunstancias.

Una vez abordadas las mismas, resulta preciso emprender teóricamente la especificidad que adquiere el psicoanálisis en relación a otros profesionales de la salud como son; el médico, el psicólogo, los amigos y a su vez otras instituciones con tal fin. En suma, en este capítulo abordaremos cómo puede aportar el psicoanálisis a la situación de los pacientes oncológicos. Nos preguntamos ¿qué lectura se puede realizar con estos postulados del relacionamiento con las principales figuras que acompañan durante el proceso de los tratamientos? Por consiguiente, se reflexionará entorno a la naturaleza de la relación con el "otro". Particularmente nos preguntamos por su lugar, su función, y su capacidad de intervención. Para ello se tomarán en cuenta en los aportes del fundador del psicoanálisis, el médico y neurólogo vienés Sigmund Freud (1856-1939), los del psiquiatra y psicoanalista Jacques Lacan (1901-1981) y otros autores del campo que contribuyan a la reflexión desde la perspectiva contemporánea y cuyos aportes resultan significativos para la comprensión del tema. La aproximación que realizaré desde psicoanálisis refiere a su propuesta como terapéutica, a su valor como instrumento de conocimiento del ser humano y a su perspectiva para pensar la figura del otro en el contexto de la intervención.

Dedicaremos dentro de este capítulo, un apartado para pensar el tipo de intervenciones que no refieren a prácticas profesionales, sino de a prácticas de "otros significativos", como los amigos y otras personas que realizan actividades de apoyo a personas diagnosticadas con cáncer. En este punto me interesa indagar sobre los modos cotidianos de intervención de éstos y su influencia en el trascurso de la enfermedad.

A modo de conclusión propondré una discusión a partir de las diferentes líneas abordadas, en las que se vislumbran las múltiples perspectivas y la heterogeneidad de elementos que componen a esta situación. Asimismo, entiendo importante la apertura de un espacio que permita continuar pensando interrogantes emergentes del análisis realizado y que aportan a mi función como psicólogo.

Capítulo 2: El cáncer desde diversas perspectivas

El objetivo de este capítulo es lograr una aproximación a la situación de la persona con cáncer concebido desde diversas perspectivas tales como la médica, psicológica, sociotécnica, antropológica. Proponemos en este capítulo trazar líneas que nos acerquen a visibilizar concepciones importantes implicadas en algunas de las acciones ejercidas en el ámbito médico. Las perspectivas que se eligieron nos permiten esbozar las concepciones de *enfermedad, diagnóstico y cuerpo* en torno a algunas de las intervenciones médicas. Entendemos que el ámbito médico es el lugar por excelencia en el cual se piensa la enfermedad y el cuerpo de las personas afectadas, lo cual supone la producción de un saber que se transmite desde el discurso médico. En consecuencia, este capítulo se inicia realizando un recorrido desde *el cáncer como entidad médica* hacia *el paciente con cáncer*. De esta forma se pretende abordar los diferentes significados, implicancias y consecuencias que adquiere esta enfermedad para así lograr una descripción de las relaciones que comprende esta situación.

2.1. Una perspectiva médica:

Continuando con el desarrollo del presente estudio y de acuerdo a los fines de mismo, se hace necesario definir qué es el cáncer como entidad con motivo de lograr contextualizar la incidencia que conlleva éste para la persona que lo porta y padece.
La definición etimológica del diccionario de Corominas (1987) ubica la proveniencia de la palabra cáncer en la antigua Grecia asociada con la palabra Kárkinos, la cual "además de 'cangrejo' tomó por comparación el sentido de 'tenaza, instrumento de tortura'" (p.124). Este último significado será tomado por la medicina griega en el siglo IV A.C (con Hipócrates como su principal referente). Esta nominación permite dar cuenta del significado que en primera instancia tiene el cáncer. Se lo asociaba al dolor, a su aspecto visible, a lo duro, y a lo palpable. Su carácter de "exterioridad" era la vía de acceso para reconocerlo en el cuerpo. Fue de esta forma examinado por los médicos griegos como un tumor[1] y tratado según los criterios y recursos de la época (Salaverry, 2013).
Ahora bien, el autor citado aclara que a la palabra karkinos usada por los textos de la medicina antigua, no se le puede atribuir del todo el sentido moderno del cáncer. Para

[1] Así como la nominación médica de karkinos no era utilizado exclusivamente para el cáncer (como actualmente se lo entiende), también se encontraron documentos anteriores a los de la medicina griega que podrían hacer referencia a estas manifestaciones corporales. Con este nombre se hacía referencia a cáncer, tumores, úlceras (Salaverry, 2013)

hablar en este último término y de una terapéutica del cáncer, habrá que avanzar ligeramente en la historia. Veremos como este "carácter de exterioridad" asociado a la enfermedad se irá complejizando con los procesos culturales y científicos promovidos durante el siglo XVIII y XIX. Estos desarrollos que atraviesan a la medicina nos permiten una mayor comprensión sobre las influencias que comprometen al cáncer como entidad médica. Entre las implementaciones que adquiere esta disciplina, es de interés remarcar las dimensiones tecnológicas, políticas y económicas que irán modificando las metodologías, procedimientos, así como las concepciones de cuerpo y enfermedad.

En esa época se producen avances técnico-científicos donde se obtienen tecnologías como el microscopio, antibióticos, etc con los cuales se irán transformando los procedimientos médicos con el logro de prácticas como la asepsia, la anestesia, entre otras. Los recursos mencionados se irán incorporando a las formas tradicionales de intervención médica, las cuales se servían de la intuición, la experiencia clínica y de los saberes de la época tales como la historia natural, la biología, entre otros. Según Calatayud (1997) éstos desarrollos pueden ser considerados como precedentes de un orden tecnologicista y biologicista, el cual es posible visibilizar en la actualidad. Más concretamente se verán estas influencias en el diagnóstico y terapéutica clínica con "el proyecto de la biomedicina, desde el S. XIX, y el de la Psiquiatría a finales del XX" (Comelles, 2003, p.7).

Encontramos evidencias sobre las influencias planteadas en el terreno de las definiciones actuales sobre la temática. A modo de ejemplo, en la institución de principal referencia internacional para los asuntos relativos al campo de la salud, se define al cáncer como "un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células [anómalas] (…) puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo (…)" (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). En este pasaje podemos dilucidar una referencia a la enfermedad a través de procesos biológicos, visibles únicamente por tecnología de reciente desarrollo. Del mismo modo, en una definición extraída de una enciclopedia médica (Thompson Gale, 2005) encontramos explicaciones regidas también por los órdenes mencionados: "(…) cáncer implica mutaciones en el ADN molecular (El material genético en las células) que pueden ser causados por los productos químicos, las radiaciones, virus o mutaciones espontáneas (…)[2]"(p.192).

Prosiguiendo en este breve paneo, pasemos a las consideraciones económicas y políticas sobre la medicina, detengámonos en las producciones del S XVIII.

[2]The molecular cause of cancer involves mutations in the nuclear DNA (the genetic material in cells) that can be caused by chemicals, viruses, radiation or spontaneous mutations. (la traducción es mía)

El filósofo Michel Foucault nos aporta un análisis al respecto. En 1976 escribe en la revista de la Organización Panamericana de la Salud y la OMS que la medicina se irá conformando con un mayor poder y capacidad de intervención. Se caracterizará por "la 'medicalización' de un objeto que, ni para el sujeto ni para el médico, constituye una enfermedad" (p.161). Hablamos entonces de una dimensión de la medicina que trasciende la relación del médico-paciente. Podríamos agregar en concordancia con Foucault, que hoy no es solo médica sino también mercado-técnica. Esto le permite decir que "el cuerpo humano [no solo el de los pacientes de la medicina] se introdujo dos veces en el mercado: la primera por el asalariado (…), y la segunda por intermedio de la salud" (Foucault, 1976, p.166). La salud (y la muerte) se pueden pensar bajo estas premisas como un objeto médico y también del mercado. No solo se produce un saber sobre la enfermedad, sino que también se tiene un poder sobre los individuos que la tienen.

Continuando con esta reflexión, el autor expone que la medicina "empezó a considerar otros campos distintos al de los enfermos, se interesó por otros aspectos que no eran las enfermedades y dejó de ser esencialmente clínica para empezar a ser social" (Foucault, 1976, p.162). El componente "social" lo podemos entender en tanto que lugar desde el cual se piensan las enfermedades y también como el campo donde se administra, donde se interviene sobre el paciente. En efecto se trascienden los límites del hospital, ya que "cuando queremos recorrer a un dominio exterior a la medicina hallamos que ya ha sido 'medicalizado' " (Foucault, 1976, p.165).

Estas premisas nos aproximamos al término *biopolítica* que emplea Foucault para designar a las actividades de gestión de la vida. Para lograr este tipo de gestión, precedió la "incorporación de una medicina que cumple ahora una función de higiene pública, se centraliza toda la información y estadísticas relativas en cuanto al número de especialistas, números y causas de defunciones (…)" (Ávila & Ávila 2010, p.4). Es decir que esta disciplina adquirió un rol regulador en la sociedad con respecto a la vida de los individuos (en conjunto con la institución carcelaria, educativa, etc).

El poder de la medicina se refleja en todos los ámbitos de la vida. En consecuencia, muchas actividades en la vida cotidiana están legitimadas por el *discurso médico*, éste último a su vez se retroalimenta y defiende por el *saber* médico. Basta ver el video "Roemmers te cuida[3]" elaborando por uno de los laboratorios líderes en productos farmacéuticos para la salud. En este video se puede percibir el entramado de múltiples influencias al que aludimos.

[3] Véase video: https://www.youtube.com/watch?v=78VZpPNjFSQ

Al analizar el discurso médico, Foucault (1979) ilustra las influencias políticas y económicas en la formación de discursos que irán constituyendo a la medicina a finales del S.XVIII y comienzos del S.XIX. El autor de referencia escribe en 1969: “la práctica política con el discurso médico, se la ve aparecer igualmente en el estatuto dado al médico (…)” (p.275). De este modo la práctica médica en el hospital se articula a otros discursos que no son exclusivamente médicos, son además políticos, económicos, institucionales. Se evidencia que el sujeto (médico, paciente e incluso la enfermedad misma) están articulados de forma heterogénea y múltiple (Deleuze, 1987).

Al indagar sobre otras temáticas que influyen en la salud de los pacientes con cáncer, encontramos “quimeras” en estas *formaciones discursivas* vinculadas a la relación médico-paciente-cáncer. Un ejemplo puede ser lo expuesto en el artículo llamado “Cómo Richard Nixon cambió la forma en que hablamos del cáncer”. Según Graystone (2013) el político incluyó la problemática en su campaña para ganar votos. Allí se expresa que “por 40 años ese lenguaje bélico ha dominado el discurso sobre la enfermedad. Le hemos dado al cáncer una personalidad y lo hemos hecho el enemigo. Hoy en día hablar sobre la lucha contra el cáncer (…) es lugar común” (párr.7). Otro caso que refleja las *formaciones discursivas* en la medicina actual, es la declaración de un oncólogo suizo ante la disputa entre la tabacalera Philip Morris y el gobierno Uruguayo: “nuestro Gobierno [Suizo] se basa solamente en mezquinos intereses económicos a corto plazo y olvida la actividad homicida de grandes empresas tabacaleras” (Cavalli citado por Ferrari, 2011, párr.18). Se constatan diversos intereses y sujetos en torno a la problemática del cáncer. En lo que refiere al tabaco se manifiesta que el gobierno uruguayo tomó posición para afrontar este producto perjudicial para la salud.

A partir de lo expuesto percibimos múltiples influencias que se fueron acrecentando en el campo de la intervención médica. A su vez se ha manifestado que para hablar de cáncer se lo trata como una enfermedad definida a partir del *discurso médico* (medicina occidental). Ahora bien, ¿Qué concepciones e intervenciones médicas se utilizan actualmente en relación a estos pacientes? Según la OMS (2016) el objetivo primero de la medicina “radica en curar el cáncer o prolongar la vida de forma considerable” (s.p.). Más aún, “para cumplir su función, necesita objetivar los cuerpos en parámetros universales y debe hacerlo así para alcanzar su eficacia” (Lapaco, 2009, p.2). Desde ya esclarecemos que la noción de cuerpo refiere a la de organismo biológico, siendo éste el lugar en donde se realiza la intervención concreta de la medicina.

Sin embargo, en Thompson Gale (2015) encontramos a la denominada medicina integrativa. Es un término nuevo que hace referencia a la medicina “convencional” a la

vez que los aspectos sociales, mentales, físicos, emocionales, espirituales y los de influencia ambiental. De esta forma encontramos diversas ramas terapéuticas "alternativas" que se preocupan por los aspectos que trascienden lo orgánico entre las que se incluyen la medicina china, bioingeniería, homeopatía, entre otros.

En esta línea de planteamientos existen diversos tratamientos médicos ofrecidos a los pacientes. Tomaré de referencia los de uso común en la mayoría de los países. Entre los tratamientos habituales encontramos la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y hormonoterapia (Instituto Nacional de Cáncer Argentino (s.f.). Estos tratamientos conllevan efectos secundarios varios según el caso, la persona y el tipo de tratamiento sintomático u oncoespecifico que se realice. En las personas con cáncer se "presentan múltiples síntomas que son multifactoriales, cambiantes y progresivos y de gran impacto sobre el propio paciente, su familia y el equipo asistencial" (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2008, p.23). Es oportuno mencionar algunas de estas afecciones: nauseas, dolor, alopecia (caída del cabello), astenia (cansancio), pérdida de apetito, Burnt Out en el caso del personal médico y de enfermería. Estas consecuencias producen alteraciones a nivel de la vida cotidiana afectando las funciones del orden social, familiar, laboral, etc. (MSP, s.f.).

Ante esto, ¿Qué podemos dilucidar de estas intervenciones? Primeramente, vemos que ellas se dirigen al organismo del paciente. Luego identificamos que se realizan mediante *otro significativo* que ejecuta, decide y gestiona acciones en este proceso, es decir, el otro representado por la figura del médico. Asimismo, percibimos que al profesional les son inherentes las concepciones de enfermedad y cuerpo médicas.

En suma, los elementos enunciados configuran una situación de vulnerabilidad para la persona, requiriendo de este modo tratamientos y atención de los factores psicológicos que conlleva durante las circunstancias y procesos que experimenta.

2.2 Una perspectiva psicológica:

Al aproximarnos a otros tipos de intervenciones que se realizan en el ámbito médico y se dirigen a las personas con cáncer nos encontramos con una subdisciplina que integra aportes de la psicología, psiquiatría y de la medicina. Nos referimos a la Psicooncología, es una especialidad de reciente desarrollo. Esta rama de la institución médica "estudia y ofrece servicios a los pacientes oncológicos y sus familias, buscando así proveerlos de habilidades para afrontar el diagnóstico y el tratamiento del cáncer" (oncolili, 2008). Murillo y Alarcón (2006) sostienen que también se la ha conocido como "oncología del comportamiento o psicosocial, ya que incluye aspectos psicológicos, sociales y de comportamiento del paciente con cáncer" (p.93). En la bibliografía consultada sobre la

Psicooncología se evidencia que utilizan las concepciones y definiciones de cáncer provenientes de la medicina. Los problemas que enfrenta la psicooncología son, por un lado, las consecuencias que producen las intervenciones desde la práctica médica, las cuales conllevan para los pacientes "dificultades cognitivas, emocionales, motivacionales y de comunicación, que no son subsanables únicamente desde un punto de vista médico" (Robert, Álvarez & Valdivieso, 2003, p.678).

Uno de los momentos en que se hace foco al trabajar desde la psicología oncológica refiere a la recepción del diagnóstico ya que conlleva para la persona una "profunda crisis vital que mueve tanto sus estructuras psíquicas y morales" (Murillo & Alarcón, 2006, p.97).

Desde esta intervención se enseña cuáles son los posibles momentos de crisis emocionales, herramientas para afrontarlos, estrategias de comunicación y afrontamiento de estrés. Asimismo, se considera que el éxito de los tratamientos "depende de su integralidad motivacional y afectiva y de los recursos psíquicos con los que enfrente las vicisitudes que se le presentarán" (Murillo y Alarcón, 2006, p. 99). Por consiguiente, uno de los objetivos a los que apuntan es a generar comportamientos que fortalezcan la percepción de sí mismo. Como parte de la intervención "hay que intentar hacer comprender al paciente que para enfrentarse al cáncer, es necesario que el cerebro registre emociones positivas y así aumentar las habilidades inmunológicas para luchar contra el cáncer y, que por lo tanto, la sanación no es exclusiva de la medicina sino que el propio enfermo juega un papel fundamental en ella" (Prieto, 2004, p.108).

Es relevante mencionar que esta propuesta de trabajo tiene como fundamentación los aportes provenientes de la psico-neuro-inmuno-endócrinología, ésta es una disciplina de reciente aparición que estudia la relación entre mente y cuerpo, con ello la ligazón entre salud y enfermedad. (Prieto, 2004; Murillo & Alarcon, 2006; Bonet, 2013). Uno de los hallazgos más relevantes es el alto impacto que provoca el estrés en el sistema inmunológico influyendo en el modo de afrontar y en las secuelas que pueden derivar tanto del diagnóstico como del tratamiento.

Es en esta dirección que la psicooncología trata de disminuir los factores estresantes, previniendo y aportando estrategias para reducirlos en el transcurso del tratamiento. Algunos factores estresantes que se producen desde el inicio son: el diagnóstico, los cambios físicos, las alteraciones en la esfera laboral, de estudio y familiar, los tratamientos, el estado emocional, los miedos asimismo como las ideas previas sobre la enfermedad. Estos estresores se unen a los que Alonso & Bastos (2011) explican: "En el cáncer se dan una serie de circunstancias que son fuente de malestar psicológico: su naturaleza crónica, la incertidumbre ante su evolución, los efectos secundarios de los

tratamientos que habitualmente se utilizan para su control y el significado social de la palabra cáncer.” (p.187).

Para enfrentar estos factores causantes de estrés se mencionan herramientas tales como: la música, las visualizaciones, generar pensamientos positivos, colocar expectativas en los tratamientos, evitar los pensamientos desagradables y pesimistas que son contraproducentes para la curación ya que inciden en el sistema inmunológico disminuyendo las defensas dificultando de este modo la recuperación (Prieto, 2004; & Bonet, 2013)

No podemos dejar de lado a lo que se mueve en las ideas en el nivel social respecto del cáncer, esto atraviesa a la persona. Algunas cifras epidemiológicas que se informan en las estadísticas brindadas por la OMS (2015) alimentan el imaginario: en 2012 fueron 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer (es principal causa de muerte a nivel mundial), a su vez se pronostica un aumento de 70% de muertes en 20 años. Los tipos de cáncer más diagnosticados son el de pulmón y el de hígado. Con lo cual se desprende que podrían haberse prevenido ya que en estos tipos particulares de cáncer los factores sociales y ambientales son uno de los principales desencadenantes. Efectivamente otra de las propuestas de las psicooncología se efectúa a nivel de la prevención, promoviendo la reflexión sobre el consumo de tabaco, una alimentación saludable y el ejercicio. A nivel de Uruguay, los datos que aporta la Comisión honoraria de lucha contra el cáncer indica que en el período 2009-2013 han fallecido un total de 74.966 personas.

Como mencionamos, los datos desencadenan efectos en el imaginario social apoyando percepciones y prejuicios que ligan al cáncer con la muerte repercutiendo en muchos casos sobre cómo se posiciona la persona para afrontar la enfermedad. (Alonso & Bastos, 2011) plantea que es frecuente al hablar de cáncer escuchar palabras como: “dolor, muerte, desfiguración, miedo, desesperanza, incertidumbre, incapacidad (…). Lo que está en la base de todo ello es que el cáncer es percibido como una enfermedad dolorosa, molesta, que puede deteriorar a la persona y conducirla a la muerte (p.188).

A las cifras presentadas se le suma que cáncer aparece como sinónimo de enfermedad lo cual se hace evidente en lo presentado hasta el momento. Ahora, ¿Qué implica que cáncer sea equivalente a enfermedad? Lo que representa el término enfermedad tiene herencia marcada en la historia, la etimología deriva del latín infirmus que significa débil, impotente aquello que no está firme (Corominas, 1987, p.233). Por su parte la OMS desde 1946 se refiere a la enfermedad como ausencia de salud, es decir como ausencia del completo bienestar. En base a estas referencias, asociar al cáncer con enfermedad conlleva connotaciones negativas que ubican a la persona diagnosticada en el lugar de lo desgastado o de lo que no está bien. Más aún podemos pensar que los efectos que

produce esta sinonimia se acrecientan en la sociedad actual donde se “condena” lo que no es productivo o lo que es frágil.

Es así que tanto las cifras como las definiciones en relación a la enfermedad tienen como consecuencias connotaciones negativas. En este punto la psicooncologia ha desarrollado herramientas para que la persona y su ambiente relacional puedan enfrentar situaciones adversas.

En este sentido se tiene en consideración que el paciente oncológico está atravesado por estos prejuicios sociales que traen consecuencias para la vida cotidiana. A modo de ilustrar cómo inciden estos prejuicios podemos visualizar que si en la calle hay una mujer sin pelo o un hombre sin una pierna se lo mira de forma despectiva o con lástima y se lo asocie con la muerte. Desde la perspectiva psicológica se apela a generar estrategias para afrontar estas situaciones.

Con lo expuesto se identifica que en la intervención de la psicooncología se pone el acento en la adaptación, la percepción, los significados en torno a la experiencia de estos pacientes ante el diagnóstico y los tratamientos causados por las intervenciones médicas. Se busca por tanto la “prevención, (…) y la investigación de las variables inmunológicas y neuroendocrinas que median en los procesos de aparición de la enfermedad, hasta los cuidados paliativos, los problemas psicofarmacológicos y los dilemas éticos” (Robert, Álvarez & Valdivieso, 2013, p.679).

2.3 Otras perspectivas:

> “pero cuando entré a la clínica oncológica donde me iba a hacer el estudio, aprendí lo que era tener miedo en serio. El oncólogo me recibió frío, pensé que quizá habría tenido un mal día. (…) Lo vi en sus ojos a través de la placa negra. Asustada le pregunté qué veía. Me contestó algo que nunca olvidaré: ‘Esto me huele mal’”.
>
> (Berenbau 2011, p.19)

En este sub capitulo no se expone una definición médica de cáncer ya que las perspectivas que se trabajarán no son exclusivas o fijas de ese ámbito, dicho de otro modo, se apuesta con ellas a una visión integral del fenómeno estudiado. Se pretende de esta forma extraer de la perspectiva socio-técnica y la antropológica aportes para pensar dicha enfermedad. Con estas contribuciones abordaremos las maneras de pensar las relaciones con el cuerpo (concepciones, sensaciones, signos típicos del cáncer), con la enfermedad (objeto médico localizado en el cuerpo) y con otros factores

intervinientes en la situación de personas con cáncer (protocolos, tecnologías, guías, médicos, procedimientos técnicos, época).

2.3.1 Perspectiva socio-técnica:

Cuando nos referimos a la perspectiva socio-técnica hablamos del campo interdisciplinario que investiga en relación a la ciencia, tecnología y sociedad para el abordaje de determinados problemas. En este sentido y en concordancia con lo que hemos visto hasta ahora "tecnología y sociedad no son esferas separadas, sino algo mutuamente constitutivo y definitorio" (Domènech y Tirado, s.f., p.10). En lo que refiere al cáncer se evidencia, tal como se describió anteriormente, el incremento de procedimientos técnicos (tratamientos) y de tecnologías que se disponen para las intervenciones médicas. En efecto, se observa en la vida cotidiana de personas con cáncer la incorporación de artefactos técnicos (Port-a-Cath, hormonas, implantes). Del mismo modo se han promovido cambios en los tratamientos y diagnósticos debido a la influencia de hechos científicos (medicina nuclear, mejores compuestos químicos, máquinas de mayor precisión, consejo genético, conceptos biomédicos y más).

Identificamos a su vez otras tecnologías que también pasan a conformar parte del cuerpo acoplándose en la situación de estas personas. Entre estos productos accesibles a través del mercado, encontramos los que son utilizados ante los efectos secundarios que provocan los tratamientos, por ejemplo: pelucas, implantes mamarios, injertos, entre otros.

Con el uso de estas tecnologías podemos hacer referencia al concepto de *hibridación* propuesto por Latour (2007), que refiere a la mezcla entre cultura y naturaleza, es una mezcla de compuestos heterogéneos. En consonancia con esta idea "la tecnología «incorpora», o dicho de otra forma, se «hace cuerpo»" (Preciado, 2002, p.127).

Ante estas premisas vemos que la relación del paciente con la enfermedad se puebla de objetos tanto humanos como no humanos. A partir de esta mirada se habilita una revisión de las experiencias y significados sobre el cáncer donde incluyen la posición del paciente, del médico y del psicólogo. Surge el cuestionamiento sobre ¿Dónde comienza o termina lo artificial o natural? Más aún, ¿Dónde y cuándo comienza o termina el cáncer? Nuevamente las nociones de cuerpo y enfermedad se examinarán desde otra perspectiva.

Lo introducido hasta el momento nos permite trabajar estas nociones en relación a lo que el psicólogo social Castillo (2012) refiere cuando habla sobre la "nueva materialidad" del cáncer. Esto es debido a que la enfermedad depende de "procesos técnicos y

regulatorios del cáncer (…) constituido en y por operaciones de carácter socio-técnico" (p.13). En esta dirección y acerca de la entidad que constituye al cáncer como enfermedad, poco puede encontrarse en común si comparamos los factores que se tenían en cuenta en el abordaje que se hacía en la antigua medicina griega. Incluso encontramos diferencias al contrastar con la definición actual de la medicina, o de la OMS. Puede deducirse que en las definiciones trabajadas se refieren a tecnología y saber médico. ¿Qué puede aportar la perspectiva socio-técnica?

Siguiendo al autor antes citado, en las definiciones tratadas hasta el momento "el cáncer no se desplaza más allá del cuerpo de un paciente. Este es la posibilidad y el ámbito de realización de la enfermedad" (Le Blanc citado por Castillo, 2012, p.8).

Según el autor, se entiende que el cáncer como entidad médica se ubica en el entramado socio-técnico al que corresponde, en este caso nos referimos a la biomedicina. Este entramado tiene como antecedente "dramático" según (Thompson Gale 2015) a los momentos de la post segunda guerra mundial donde se dispone en su mayor desarrollo. Se produce una ingeniería biomédica como alineamiento de avances tecnológicos, genéticos, computacionales, etc., promoviendo un nuevo campo de la práctica clínica. Un elemento a destacar en la biomedicina es la genética ya que resulta un aspecto fundamental a toda explicación médica sobre el cáncer, lo que se constata en las definiciones tratadas anteriormente. Asimismo, se refleja en la enciclopedia (Thompson Gale, 2005) cuando define este campo como "la comprensión de los procesos genéticos que subyacen a la aparición de una enfermedad real. Esta comprensión juega un papel importante en la detección temprana, el tratamiento, la prevención, y el pronóstico[4]" (p.201).

Aquí nos derivamos a los aspectos ontológicos en relación a este entramado. ¿Cómo se puede entender esta enfermedad a partir de las investigaciones en biomedicina? ¿qué es el cáncer a partir de estos desarrollos técnico-científicos? Una primera respuesta es que el cáncer se hace evidente ante "regulaciones que permiten que se inscriba en redes de atención e investigación biomédica que, de igual manera, lo objetúan y establecen los parámetros para que se haga visible ante su mirada (Castillo & Tirado, 2012, p.62). En otras palabras, por fuera de los datos biomédicos no se significa tal entidad.

Sin embargo, para darse cuenta del estar enfermo —luego del diagnóstico y durante el tratamiento— se apela a una *red* de entidades que manifiestan el carácter *híbrido* de la

[4]Cancer genetics is the understanding of the genetic processes underlying the actual disease occurrence. This understanding plays a significant role in early detection, therapy, prevention, and prognosis. (la traducción es mía, el subrayado es mío)

persona. Se trascienden las entidades genéticas con las cuales se ha definido el cáncer. Al escuchar a pacientes hablar sobre su situación se evidencia que aluden a una red de entidades simétricas que incluye: procedimientos médicos, “vivir en carne propia” lo comentado acerca de la enfermedad, mirarse al espejo sin cabello, ir a una clínica oncológica, entre otros.

En esta dirección, y para continuar aproximándonos a la significación de la enfermedad desde la experiencia singular podemos apelar tanto a relatos de pacientes, médicos, como a recursos literarios. Uno de ellos es el que nos ofrece Clara Berenbau. El epígrafe corresponde a los momentos previos de la confirmación del diagnóstico (la cual fue positiva) y nos ayuda a entrever la referencia a entidades múltiples y de diversa naturaleza. ¿Qué es el cáncer a partir de este fragmento? Una conjunción continua. Por un lado, percibimos en la paciente el miedo (acrecentado al entrar en la clínica oncológica), a su vez notamos que realiza una lectura de signos comportamentales (el frío, el gesto). Por otro lado, se manifiesta que la intuición y la experiencia médica que se conjugan con la tecnología (de la célula al olfato).

En este enunciado es contundente el carácter híbrido que constituye al cáncer. Podemos dilucidar que antes de la biomedicina, la “habilidad práctica” del médico (intuición y experiencia) alcanzaba un valor fundamental en la intervención para el diagnóstico y tratamiento. Posteriormente irá ganando terreno el establecimiento de guías (protocolos), tecnologías y procedimientos hasta ser los nuevos garantes en la intervención. Desde estos postulados el médico en la actualidad realiza operaciones de carácter sociotécnico que “redefinen el significado, ámbito, alcance y realidad del cáncer” (Castillo & Tirado, 2011, p.144). De esta forma “El diagnóstico arranca desde el cuerpo del paciente, pero no puede realizarse correctamente sin atender a su examen genético [incluso en algunos casos] (…) a la extensión del mismo [,] a los familiares más cercanos” (Castillo & Tirado, 2011, p.138). En suma, desde la perspectiva sociotécnica se piensa al cáncer como a una *red* de entidades varias. Es así que se prefiere describirlo “más allá de su caracterización como objeto discreto–emplazado en y por el cuerpo–, situando trayectorias, cartografías de influencia y acción (…) en fin, disposiciones y agencias variadas” (Castillo, 2012, p.13).

Podemos ver reflejado lo trabajado hasta el momento en experiencias similares a las de Clara. Se confirman en las entrevistas de estudios de casos realizadas por Castillo, Tirado y Rosengarten (2012) a pacientes y personal médico: “la enfermedad deviene como producto de una heterogeneidad de relaciones sostenidas por distintos mecanismos, en las que el cuerpo de las pacientes es primordial, pero no exclusivo” (p.164). Asimismo, la noción de tiempo como lineal (donde uno se enferma en un momento y lugar con una determinada duración cronológica) también se ve trastocada.

Antes de la biomedicina, el cáncer tenía el carácter de ser —en muchos casos— asintomática, luego con los desarrollos genéticos, adquirirá el estatuto de entidad pre-sintomática pudiéndose efectuar intervenciones preventivas (cirugías, diagnósticos genéticos, etc.).

Teniendo en cuenta las concepciones expuestas hasta el momento y pensando nuevamente en el fragmento del epígrafe, ante la demanda del paciente al saber médico se le respondió con un recurso simbólico, con una metáfora que alude al objeto sospechado (cáncer). Pudimos revisar que la enfermedad de nuestro interés se hace "real" según las diversas instancias que hacen a las intervenciones médicas y las traspasan. Enfoquémonos ahora en el proceso de apropiación de la imagen del cáncer, ya que la paciente (activamente) tendrá que hacer algo con la imagen que se le ofrecerá de su cuerpo ("algo huele mal").

2.3.2 Perspectiva antropológica:

> Yo estaba alerta, esperando sentir algo más de lo que estaba pasando. Buscaba concentrarme para lograr que esa hora de inyección de medicamento pudiese servir para que solo se ataque lo malo y lo bueno quedase intacto.
>
> (Berenbau, 2013, p.40)

Hemos revisado cómo las prácticas biomédicas pueden afectar a las personas diagnosticadas con cáncer y ofrecer la posibilidad de variadas intervenciones. Estas prácticas actuales requieren de considerar el carácter híbrido de esta situación. Como ejemplo podemos mencionar el caso del diagnóstico por consejo genético, en el cual se "resemantiza el cuerpo del paciente, el significado de la familia y las relaciones generacionales a partir de un procedimiento técnico y médico" (Castillo & Tirado, 2011, p.143). Los efectos que producen estas intervenciones no generan cambios solo a nivel simbólico (manera de nombrar y hablar sobre el cáncer) sino que los trasciende a un plano material-semiótico, es decir, social y material, cuya heterogeneidad constituye la materialidad del cáncer. En congruencia con lo planteado, el paciente es atravesado por este entramado de elementos que viabilizaran sus acciones, por ejemplo, un paciente puede tomar la decisión de realizar una cirugía preventiva si el consejo genético (con

sus datos y estadísticas) lo avala y autoriza. Esta dimensión de la intervención debe ser por lo tanto contemplada en la intervención médica.

Nos enfocaremos ahora en las representaciones que el paciente se hace del cuerpo y la enfermedad en cuestión. Para esto nos apoyaremos en el régimen de la antropología ya que desde esta perspectiva se entiende que estas nociones son una construcción social. Hablamos entonces de construcción social y no de una "nueva materialidad" constitutiva del cáncer.

Según el antropólogo y sociólogo Le Breton (2002a) el posicionamiento desde este ángulo "consiste en comprender la corporeidad en tanto estructura simbólica y no debe dejar de lado representaciones, imaginarios, conductas, límites infinitamente variables según las sociedades" (p.31). Se evidencia que el cuerpo y la enfermedad con el que trabajan los médicos, psicólogos y psicoanalistas no son dados naturalmente. El saber que se tiene de éstos ha tenido diversas rupturas con el transcurrir de la historia.

Le Breton (2002b) indica que es a partir del siglo XVI (con las prácticas de Vesalio) donde se registra una ruptura en la historia médica, la cual incide sobre las concepciones de cuerpo, enfermedad y saber médico (específicamente el anatómico). El autor relata que se va "a hurgar en la espesura invisible del cuerpo humano eludiendo el obstáculo de la piel y de la carne" (p.197). Podemos distinguir que la noción de obstáculo refiere a una dimensión epistémica, en tanto "el carácter de obstáculo que presenta la experiencia, estimada concreta y real, estimada natural e inmediata" (Bachelard, 2000, p.9). Dicho de otro modo, resultaba un "bloqueo" para los desarrollos de la medicina. Se puede decir que la información proveniente de los sentidos ya no alcanzaba. El valor epistémico de esta operación sobre el cuerpo se aproxima al tipo de intervención médica moderna. ¿Por qué?

Hay un pasaje en el proceder médico que comienza con el rechazo de un imaginario del cuerpo (privilegio de la objetividad ante la subjetividad de los sentidos) hacia un "imaginario de la trasparencia" como privilegiado de un conocimiento *real*. En el diagnóstico por imágenes, que es el ejemplo de Le Breton (2002b), "el deseo de saber de la medicina se explaya en un deseo de ver: atravesar el interior invisible del cuerpo, registrar sus imágenes, no dejar nada en la sombra" (p.200).

Es en este punto donde nos ubicamos en un problema central a nuestro interés, ya que a partir de Vesalio, los métodos para acceder al saber sobre el cuerpo fueron motivados principalmente por la curiosidad y el interés en el interior del cuerpo. A su vez la medicina tenía el objetivo de relacionar dicho saber con la enfermedad. En consecuencia, con las prácticas implementadas se irá olvidando paulatinamente al hombre, su cuerpo pasará a ser metodológicamente un objeto de investigación, de exposición e intervención médica. El cuerpo se irá reduciendo a un accesorio al mismo tiempo que "el hombre [irá

despidiendo] (…), simbólicamente, al cosmos. La significación del cuerpo no remite a ninguna otra cosa (…) el cuerpo no es más que el cuerpo" (Le Breton, 2002b, p.55). En este sentido hablamos de una entidad conceptual, de "una construcción teórica de la materialidad corporal, independizada de la persona" (Bacci, 2016, p.36).

Estas ideas coinciden con las del filósofo, antropólogo e historiador Michel de Certeau (2006): "el cuerpo se convierte en un cuadro legible, y por tanto traducible en algo que puede escribirse en un espacio de lenguaje" (p.17). En este sentido, el cuerpo se convertirá en un lugar "propio" para la ciencia, para la medicina (y otras instituciones como la jurídica, religiosa, etc.) sobre el cual escribir. Se convertirá en objeto de intervención, administración y cálculo. De esta forma "lentamente se [lo] ha dividido como una totalidad, con sus enfermedades, sus equilibrios, sus desviaciones y sus anormalidades propias" (Certeau, 2000, p.154).

Es así que para el médico del S. XVII "el sudor de la 'enferma' habla" (Certeau, 2006, p.249). La práctica médica refería a una lectura de signos que el cuerpo (mudo) del *otro* podía proveer. En este sentido podemos decir que tanto el órgano en el cuerpo muerto, como el sudor del cuerpo vivo que trataba aquella medicina, mostraban una dicotomía cuerpo/hombre con su consecuente influencia en las intervenciones, a saber: el dualismo enfermedad/enfermo. Podemos dilucidar que algunas prácticas realizadas en la actualidad son herederas de las concepciones y procedimientos de aquella época. Para ejemplificar, la investigación realizada por la Fundación salud, innovación y sociedad [FSIS] nos sirve como referencia. Una de las cosas que se indagó en ella es la visión de algunos médicos acerca de las vivencias de cáncer. Algunos de ellos expresan: "'cuando escucho la palabra no me significa nada', 'dentro de la palabra cáncer hay tantas enfermedades y estadíos, localizaciones diferentes (…), o "para mí es una palabra que significa trabajo y es necesario abstraer sentimientos" (p.23).

Pues bien, ¿Qué espacio queda para el sujeto en el discurso de la medicina?, ¿Qué lugar se le asigna en relación al cáncer? Estas preguntas nos derivan hacia las maneras de hacer y de vivir con los signos que ofrece la medicina. Del mismo modo que hicimos revisión sobre la heterogeneidad que constituye al cáncer y sus respectivas intervenciones médicas, también es considerable no omitir la heterogeneidad que constituyen las acciones de los pacientes oncológicos. Se evidencia con lo enunciado por Berenbau que "el uso simbólico de la 'radiografía' que hacen los enfermos desborda el uso 'científico' del médico" (Le Breton, 2002b, p.201). Dilucidamos que en donde ella veía una lámina negra, el médico veía cáncer. Ante la espera de la verdad del diagnóstico queda un espacio vacío para un sujeto. Por parte del médico una sensorialidad se le hace presente, el olor. Al comunicar esta "intuición" por medio de la palabra "Algo me huele mal" acrecentó el miedo en el paciente e hizo surgir una

pregunta: ¿cómo una placa puede oler mal? El recurso de lo simbólico, de una palabra que ubique a los sujetos de otra forma está ausente. Nos podría conducir a pensar que el médico no tomó en consideración que sus gestos y palabras afectan a la persona que tiene en frente.

Otro ejemplo que alude a esta dimensión simbólica refiere al epígrafe del actual subcapítulo. Aquí identificamos una posición diferente “ante el sufrimiento, en una actitud esperanzada con inventiva y no en una espera pasiva de una cura proveniente, totalmente, del exterior” (p.216). En este caso el sujeto creó un espacio en el lugar destinado a la quimioterapia.

Podemos concluir que en algunos casos la medicina no repara en que el lenguaje tiene efectos en el sujeto, con lo cual parece que lo deja de lado y se dirige a una enfermedad. Dicho de otro modo, coloca a la persona que padece la enfermedad en un lugar pasivo, no permitiendo la apropiación de la situación. Sin embargo, el paciente tiene la posibilidad de hacer un uso diferente al que se le propone.

En esta dinámica se hace presente un factor esencial, algo se “filtra”: la creencia. Según Certeau (2000) surge cuando “una reacción ética debe creer que la vida no se reduce a lo que puede verse de ella” (p.21). Los pacientes oncológicos (en la mayoría de los casos) no conocen lo que declara un estudio (placa, análisis, etc) por lo que se hace necesaria la mediación del médico para aclarar lo que se ve. Sin embargo, al recibir información el paciente se ve convocado a creer en la comunicación que se le brinda en tanto que tiene una capacidad limitada de conocer (inherente a lo humano) y en consecuencia de certificar la veracidad de lo enunciado. En este sentido podemos pensar que la creencia juega un papel importante en tanto permite ampliar conocimientos y adherirse a las intervenciones, sin embargo, no se agota a este fin.

Hemos visualizado que las influencias médicas se producen en base a los avances tecnológicos, sociales y ahora podemos agregar a los culturales. A su vez es relevante remarcar que es en esta conjugación de elementos que el paciente con cáncer irá transitando los procesos que conllevan estar en esta situación. Llegamos al punto donde nociones como las de creencia, deseo, “usos” nos conducen a la cuestión del sujeto.

Capítulo 3: Una perspectiva psicoanalítica

En el presente capítulo nos aproximamos desde la mirada del psicoanálisis a revisar qué aspectos se perciben al momento en que se interviene en personas con cáncer ya sea desde la medicina, la psicología y el psicoanálisis. Los conceptos psicoanalíticos que harán de hilo conductor son: cuerpo, sujeto y palabra. El fin de este capítulo será trabajar complementariedades y diferencias entre las distintas miradas. Algunas de las preguntas que se plantean en uno de los autores de referencia son: "¿Será que si tengo cáncer ahora resulta que tengo que hacer una 'terapia breve'? ¿El psicoanálisis es para pacientes sanos? ¿Es que hay que tener carnet de inmortal para analizarse?" (Braceras s.f., párr., 8).

En las intervenciones dirigidas a la persona con cáncer se realizan modificaciones que se producen como alteraciones no solo a nivel perceptivo (imagen corporal), sino también a nivel comportamental como signos que refieren a las actitudes en la situación de cáncer (cansancio, estado de ánimo, stress). Se entienden estos signos como respuesta biológica del organismo y como adaptación emocional, Ahora bien, ¿Cómo se relacionan las consecuencias orgánicas con las psicológicas? ¿Qué mecanismos podemos describir para tal fin?

Una de las formas de pensar la relación entre las consecuencias orgánicas con las psicológicas es considerarlas en términos de las percepciones “externas o internas” que configuran la experiencia de pacientes. De acuerdo con el médico y psicoanalista Luis Chiozza (2010) se plantean “sucesos que denominamos “objetivos” y que se refieren a los acontecimientos físicos: un tumor, una radiografía, un informe anatomopatológico, una intervención quirúrgica” (p.11). Al mismo tiempo se encuentran variables que refieren a la percepción subjetiva, o sea, más allá del organismo que las padece. Es así que encontramos planteada una disyunción adentro/afuera cuando el autor referido señala que las intervenciones producen efectos “en el ‘adentro’, [experimentándose en] sufrimientos, temores y esperanzas” (p11). Más aún, en estas variables pueden incluirse experiencias ambivalentes ubicables tanto en el orden de la amenaza, desesperanza, odio como de gratitud, fe, amor.

Estos planteamientos nos introducen en las zonas fronterizas entre las intervenciones médicas y psicológicas. Por consiguiente, podemos dilucidar que desde su perspectiva existirían dos locus o lugares que entrarían en relación entre sí, un adentro y un afuera. Esto conlleva consecuencias en torno a los tratamientos que se realizan. Ahora podemos distinguir entonces dos dimensiones: una dimensión universal sobre la que

transitan todas las personas con cáncer y en segundo lugar una dimensión singular que hace al cómo cada una de estas personas experimentan esta situación

3.1 El Yo y los fenómenos psíquicos:

Dirijámonos entonces a indagar cómo se relacionan las consecuencias orgánicas con las psicológicas desde la perspectiva psicoanalítica. El camino propuesto nos lleva a considerar percepciones que configuran la experiencia del paciente. Nos remitimos ahora a lo que ya desde la primera tópica freudiana podemos entender como fenómenos psíquicos conscientes e inconscientes.

Para pensar a los de tipo consciente Freud hace referencia a un sistema que comprende lo que explica en su texto Inhibición, Síntoma y Angustia (1926): “la función de este sistema, que hemos llamado P-Cc [percepción-conciencia], se conecta con el fenómeno de la conciencia; recibe excitaciones no sólo de afuera, sino de adentro” (p.88).

Para comprender mejor estas referencias recordemos que Freud desde el escrito “Proyecto de psicología” en el año 1895 ya utiliza la noción de conciencia como “el lado subjetivo de una parte de los procesos físicos del sistema de neuronas” (p.355). A su vez, en este trabajo introduce la noción del “yo” relacionado con lo orgánico, lo define “como la totalidad de las respectivas investiduras ψ [1]” (p.368). Dichas neuronas las suponía como “portadoras de la memoria y probablemente también de los procesos psíquicos en general” (pág.344). De esta forma explica la relación yo - conciencia. Más aún, Freud tiene una concepción económica de la energía que utilizan el sistema de neuronas. Aplica esta teoría para pensar, por ejemplo, al dolor. Éste es un exceso de estímulos y el yo tiene la función de inhibirlos: “el sistema de neuronas tiene la más decidida inclinación a huir del dolor” (p.351). Cuando sobrepasa este exceso, el sistema “fracasa”, lo que denominó —en el contexto de esta obra— como trauma.

Posteriormente en su trabajo “la interpretación de los sueños” (1899 [1900]) encontramos consolidada su primera teoría metapsicológica: “imaginamos entonces el aparato psíquico como un instrumento compuesto a cuyos elementos llamaremos instancias o, en beneficio de la claridad, sistemas” (pág. 530). Para esclarecer el sentido de esta formulación, Strachey (1991) explica en cuanto a las nominaciones producidas en este texto que “los sistemas de neuronas [expuestas en el Proyecto] fueron remplazados por sistemas o instancias psíquicos” (pág.11). Con el concepto de aparato psíquico (que amplía en esta obra) Freud, acude a una representación metafórica como apoyatura teórica para pensar los fenómenos de la vida psíquica, es decir, el lugar y los procesos en donde residirían los mecanismos y sistemas.

Como hemos visto desde el “Proyecto” del año 1895 las explicaciones que Freud realiza se hacen en términos neurológicos (tejido celular), sin embargo, con la *interpretación de los sueños*, estas explicaciones desaparecieron de la psicología freudiana y se comenzó a utilizar en lugar de sistema nervioso, la noción de aparato anímico. Esto llevó a instalar de una vez y para siempre el concepto de Inconsciente en el corpus teórico freudiano. Strachey (1991).

Se introduce de este modo un fenómeno que trasciende la experiencia inmediata. Descubrirá que en los síntomas se presenta una lógica de expresión inconsciente, es decir que los síntomas tendrían un sentido que trascendía el saber de la medicina y del mismo saber consciente de la persona en cuestión.

3.2 Organismo y cuerpo:

Como hemos visto el saber médico refiere a un organismo, veremos ahora que saber reviste el psicoanálisis. En esta sección desarrollaremos las diferencias entre organismo y cuerpo. Al expandir lo que ya hemos trabajado con la perspectiva psicoanalítica veremos que no hay grado de sinonimia posible entre ellos, ya que los elementos teóricos a tratar ubican estos objetos en dimensiones diferentes.

Tomemos como referencia la histeria debido a que fue una de las primeras patologías que captaron fuertemente la atención de Freud y lo llevaron a realizar investigaciones a partir de las cuales vislumbra la etiología psíquica de esta patología. Los saberes derivados de estas indagaciones se fueron constituyendo en la base para la edificación del corpus teórico del psicoanálisis (Breuer & Freud, 1992 [1893-95]). Esto nos permite guiarnos hacia la noción de cuerpo que nos interesa.

En el artículo “Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas” (1992 [1888-93]) se encuentran indicios que prefiguran su primer modelo de aparato psíquico. En dicha elaboración no habla aún de psicoanálisis, se trata en ese momento de las primeras técnicas y concepciones metapsicológicas (Ceniceros, 2014). Freud se propuso desarrollar una línea de pensamiento que permitiera explicar las parálisis histéricas ya que estas no eran atendidas por la medicina porque no se encontraban lesión orgánica en quienes la padecían. En la dirección de este objetivo, decía que el síntoma era causado por un acontecimiento traumático. En este texto afirma “que la lesión de las parálisis histéricas debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso” (p.206). Para mostrar esto pedirá una apertura al terreno de la psicología. Freud prosigue y afirma junto con Pierre Janet que “es la concepción trivial, popular, de los órganos y del cuerpo

en general la que está en juego en las parálisis histéricas (…). Esta concepción (…) [se funda] en nuestras percepciones táctiles y, sobre todo, visuales" (p.207).

Aquí nos encontramos en el punto donde Freud se apoyaba tanto en nociones de la semiología y sintomatología médica como en aquellas nociones de cuerpo provenientes del uso popular, cotidiano. En suma, constataba mediante el relato de los pacientes que la determinación de las parálisis debía analizarse de manera "independiente de toda noción [médica] sobre la anatomía del sistema nervioso" (p.207).

Con estos postulados constatamos una nueva manera de posicionarse en el ámbito médico "para dar respuesta a una demanda de los pacientes que exigían 'curación' y a una carencia, la de su tiempo, de instrumentos conceptuales y secundariamente técnicos para ello" (Braunstein, 1982, p.104). Por tanto, Freud deberá pensar las patologías desde otro sitio, el cual fundará bajo el nombre de Psicoanálisis. El autor recién citado explica este proceso como una ruptura epistemológica porque implicó realizar un cambio de problemática. En este caso para explicar las relaciones con el cuerpo, lo hará desde otro conjunto de nociones, es decir desde la teoría psicoanalítica.

Continuando con el texto de Freud, para explicitar la disyunción organismo/cuerpo que nos proponemos utilicemos el ejemplo que él describe: una parálisis de brazo. Para comprender el síntoma de conversión histérica, postula que la concepción que esta persona tiene de su extremidad afectada "no puede entrar en asociación con las otras ideas que constituyen al yo del cual el cuerpo del individuo forma una parte importante. La lesión sería entonces la abolición de la accesibilidad asociativa de la concepción del brazo" (p.208). De este modo vemos que las relaciones del yo con el cuerpo, ya sea con un órgano externo (el ojo), un órgano interno (el cerebro) o incluso estando ausente el objeto mismo de la afección ("miembro fantasma"), son pensadas en términos psicoanalíticos. El síntoma se puede pensar como un fenómeno de lenguaje y cuerpo.

La solución que propone en este texto al enigma del síntoma histérico es que "se puede mostrar que el brazo se libera tan pronto como (…) [el] valor afectivo se borra. Por tanto, la concepción del brazo existe en el sustrato material, pero no es accesible para las asociaciones e impulsiones concientes" (Freud, 1992 [1888-93], p.208). Al discernir que es la relación del individuo con su cuerpo la que influye en la génesis de la lesión, se procura provocar un efecto terapéutico liberando al yo "por la vía de una reacción motriz o por un trabajo psíquico asociativo" (p.209). En efecto, se trata de posibilitar una descarga por vía de la palabra o por vía de una reacción motriz.

A este proceder se le llamó teoría de la abreacción de los aumentos de estímulos. Laplanche y Pontalis (2004) nos aproximarnos a la comprensión de este proceder. Traducen del alemán la palabra "agieren", la cual utiliza Freud para proponer en su lugar a la palabra acción. Agieren remite "al igual que el término de idéntica raíz Abreagieren

[Abreacción]: se trata de «llevar a la acción» pulsiones, fantasías, deseos, etc." (p.10). Todos estos son fenómenos psíquicos inconscientes que se actualizan en el presente y resultan de origen desconocido para el sujeto. Vemos por tanto que el recurso técnico utilizado no es dirigido al organismo sino al cuerpo de la persona atendida, a sus representaciones psíquicas. En efecto se trata de un cuerpo tocado por la palabra.

Ante estos planteamientos se evidencia que el yo se constituye por representaciones del cuerpo. A tal representación se la ha entendido como pulsión "agencia representante psíquica de una fuente de estímulos intrasomática en continuo fluir; ello a diferencia del «estímulo», que es producido por excitaciones singulares provenientes de fuera. Así, «pulsión» es uno de los conceptos de deslinde de lo anímico respecto de lo corporal" (Freud, 1905, p.153). En este texto Freud describe al cuerpo movido por la pulsión en tanto que es representado, simbolizado. En otros términos "el aparato psíquico introduce entre cerebro y conciencia la representación de las pulsiones en su calidad de ancladas en lo somático" (Green, 2005, p.21).

Por su parte, Roudinesco & Plon (2008) haciendo referencia a este texto, explican que hay dos tipos de pulsiones. En cuanto a "las pulsiones del yo están (…) al servicio de la autoconservación del individuo, e incluyen el conjunto de las necesidades primarias orgánicas no sexuales" (p.1138). En relación a las pulsiones sexuales, parten del órgano erógeno y refieren a la energía sexual, lo que Freud llamará como libido. En este sentido también podemos mencionar que se trata de un cuerpo pulsional, fragmentado, ya que la pulsión se satisface en el cuerpo propio pero múltiple, no como una unidad debido a que son varias las zonas del cuerpo que son su fuente.

En la nota introductoria a "Pulsiones y destinos de pulsión" (1915), Strachey comenta que antes de la implementación de este concepto (desarrollado en 1905), "su lugar lo ocupaban (…) las «excitaciones», las «representaciones afectivas», las «mociones de deseo», los «estímulos endógenos»" (p.110).

Con todo visualizamos que antes de la creación del psicoanálisis podemos hablar de un "saber universal" sobre el síntoma histérico (Sauval, s.f). Sin embargo, sobre su génesis, la forma de curar y de cómo se percibe en el paciente, la medicina (con sus procedimientos técnicos y con su forma de escuchar) no estaba dando respuesta. En el caso del tratamiento médico actual dirigido a la situación de cáncer (con sus avances tecnológicos, quirúrgicos y quimioterapéuticos), se constata que se interviene sobre el organismo, no sobre el cuerpo en tanto que deja de lado la dimensión singular de la enfermedad en cada sujeto.

En la obra de Freud queda evidenciado que el yo se constituye en relación a las experiencias de la infancia, en cuanto a las representaciones e identificaciones (con los progenitores) y con los objetos (el pecho, la mamadera, etc.). Podemos agregar ahora

que ni el cuerpo ni el yo existen desde un comienzo de la vida de la persona, se construyen. Al decir de Assoun (1994) “la sombra del Yo comienza a extenderse sobre el objeto” (p.350).

En introducción al narcisismo (1914) se plantea que la formación del yo coincide con la diferenciación entre libido de objeto y libido yoica. En los orígenes de la vida no se no se disciernen, están unidas, es decir que el yo es el propio objeto (narcisismo primario). Según Freud, el niño sale del estado de narcisismo primario cuando se instaura el complejo de Edipo. ¿Qué implica este momento en la vida del niño? Se da cuenta que hay algo que le quita la atención de su madre, ante esto va a intentar recobrar su amor, es decir, ser como aquello capta el interés de la madre (este proceso es entendido como identificación primaria). En ese tiempo se le presenta al niño un ideal con el cual debe medir su yo actual. Es así que “sobre este yo ideal recae ahora el amor de sí mismo (…). El narcisismo aparece desplazado a este nuevo yo ideal que, como el infantil, se encuentra en posesión de todas las perfecciones valiosas” (Freud, 1992 [1914], p.91).

En el transcurso de la vida el sujeto se irá encontrando con ideales impuestos por los padres, la escuela, los amigos, la publicidad, “enjambre indeterminado e inabarcable, [es decir] todas las otras personas del medio (los prójimos, la opinión pública)” (Freud, 1992 [1914], p.92). Al alcanzar esos ideales se obtiene un *reconocimiento del otro*, y con ello satisfacción narcisista.

Ahora, si pensamos en la situación de una persona con cáncer sucede que al momento que se le informa el diagnóstico de la enfermedad y los tratamientos a seguir se producen una vulneración al yo. Las intervenciones médicas dirigidas a la persona afectada de cáncer causan a nivel corporal transformaciones ya sea por la ingesta de fármacos, la extracción mediante cirugía u otros procedimientos. En el caso de un niño tal vez no va a poder concurrir a clase, quizás no sea felicitado por sus notas, no va a poder ser el mejor jugador de futbol; si es una niña su cabello no va a ser objeto de belleza y de juego (a ser la mujer, la princesa) como el de las demás, etc. Si se piensa en un adulto al cuerpo puede quedar muy frágil por las mutilaciones de órganos o miembros, etc, puede afectar el ámbito laboral, no podrá realizar tareas de esfuerzo físico o que impliquen gran concentración o responsabilidad, en consecuencia, se dificultará conseguir un trabajo de reconocimiento y bien pago, el auto o la casa de los sueños. En suma, las consecuencias de las intervenciones parecen el opuesto a las que se realizan por fines estéticos (búsqueda de belleza, éxito, etc); el pelo con frecuencia cae, no se podrá tener el cabello que se promulga en la publicidad, además de esto el color y textura de la piel cambiará, pudiendo afectar la atmósfera social (amigos, pareja), la función sexual se modifica perturbando el vínculo con la pareja.

En efecto, la persona se ve inmersa en una atmósfera hostil, agresiva, en constante modificaciones y pérdidas.

Como hemos visto, la medicina interviene sobre la dimensión orgánica del cuerpo. En cada persona, la imagen de sí mismo se ve trastocada drásticamente y con ello la relación con dicho cuerpo. Con las premisas freudianas, es congruente plantear, algunas consideraciones que atañen a esta situación.

En 1992 [1917-15] Freud explica que el duelo es "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.242). Por tanto, implica una sacudida en el vínculo de objeto, cuya naturaleza está íntimamente ligado al reconocimiento de un *otro*. Plantea que en el trabajo de duelo "el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto" (p.242). El talante doliente sine-qua-non lo relaciona con la pérdida de la persona, la parte perdida de su cuerpo, o su ideal que alguna vez le proporcionó satisfacción. En este sentido utiliza las nociones que postuló en el proyecto de psicología (1950 [1895]) ya que piensa el dolor con el desequilibrio energético.

Surge en el duelo un proceso de identificación en el cual "la sombra del objeto cayó sobre el yo" (p.246), por lo cual habrá que aceptar perder partes de uno mismo (del yo), para así realizar una sustitución. Se trata de desplazar la libido hacia otro objeto.

3.3 Una lectura desde Lacan

Para ampliar la reflexión sobre qué aporta el psicoanálisis al abordar la situación en que se encuentra una persona con cáncer, detengámonos en los conceptos presentados por Jacques Lacan. En su recorrido profesional se evidencia nuevamente una ligazón entre el ámbito médico y el psicoanalítico. Su obra se ha visto enriquecida con la integración de distintas disciplinas, entre las que se encuentran la filosofía, matemáticas, antropología, "(…) la fenomenología, el estructuralismo (…)[,] lingüística saussuriana (…)" (Roudinesco, 2012, p.31), entre otras. Expone una lectura de los postulados que realizó Freud, asimismo desarrolla nuevos conceptos que son fundamentales para la comprensión de procesos inherentes a lo humano. Considera al respecto de sus presentaciones: "nuestros escritos toman su lugar en el interior de una aventura que es la del psicoanalista, en la misma medida en que el psicoanálisis es su puesta en duda" (Lacan, 2009a, p.51).

En sus elaboraciones se evidencia que desde el primer momento de sus presentaciones dedica especial atención al estudio del yo. En concordancia con Freud, explica que no

existe desde un principio de la vida, y lo trabajara desde su concepción metapsicológica, a saber: “los registros esenciales de la realidad humana (…) que se llaman: lo simbólico, lo imaginario y lo real” (Lacan, 2005 [1953], p.15).

En el texto de 1949 “El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia analítica” plantea un proceso constitutivo del ser humano. Explica que en el nacimiento el infans es un organismo inacabado. Luego de seis meses, el ser humano es dotado de una inteligencia y un sistema óptico que permite identificar su imagen en el espejo. En ese momento al colocarlo frente al espejo se produce una captación de la imagen que refleja dicho espejo. Es en esta experiencia que el yo se va construyendo con base en una relación imaginaria. El infante se identifica con la imagen del otro que aparece en el espejo, vale decir que se construye un cuerpo imaginario en tanto que se instaura el sentimiento que el humano tiene de su propio cuerpo. En consecuencia, desea ser aquel cuerpo que se le aparece, donde se reconoce. El niño va a investir libidinalmente la imagen especular; “lo propio de la imagen es la carga por la libido. Se llama carga libidinal a aquello por lo cual un objeto deviene deseable” (Lacan, 1981 [1954], p.214).

Producto de el examen de este evento, se constata una discordancia entre el organismo real (cuerpo fragmentado) y la imagen que de él se presenta (Gestalt), la cual será la base para pensar la falta constitutiva del sujeto. Así, “el otro tiene para el hombre un valor cautivador, dada la anticipación que representa la imagen unitaria tal como ella es percibida en el espejo, o bien en la realidad toda del semejante” (Lacan 1981 [1954] p.193).

En este punto cabe remarcar una distinción entre Lacan y Freud ya que para el primero el narcisismo primario se produce en relación a una imagen de otro exterior y para el segundo se produce por un movimiento de repliegue hacia el yo. Otra diferencia es que para Lacan el yo ideal ya se encuentra operando en esta experiencia, en tanto que el niño se mide con el otro que se refleja en el espejo, por el contrario, para Freud se introduce con el complejo de Edipo.

Esta vivencia de los primeros meses del desarrollo del ser humano se puede ver reflejada en la situación de las personas con cáncer. Podemos identificarlo en las consecuencias de los tratamientos las cuales repercuten cuando la persona se mira en el espejo debido a que no ve lo que veía. Está muy delgada, sin cabello, pálida, con una parte del cuerpo deteriorada o ausente, etc. Esto provoca que la relación imaginaria se altere drásticamente, hay un hueco en la imagen lo que podemos entender como una herida “en efecto, existe en primer lugar un narcisismo en relación a la imagen corporal” (Lacan, 1981 [1954], p.192). Se presenta un yo diferente, ya no está ese otro con el que el yo se Identificaba. Hay una realidad distinta a la que el sujeto se había habituado.

Es importante pensar una intervención, en principio, en dos vertientes posibles. Por un lado, si pensamos en la intervención que se realiza desde la psicología ha quedado establecido que apuntan a moderar las consecuencias que provoca la noticia del diagnóstico de cáncer y los efectos de los tratamientos a seguir. Algunos puntos destacados eran: los prejuicios, la estigmatización, la disminución de la autoestima, la incertidumbre sobre cómo quedará el cuerpo, la estabilidad laboral, entre otros aspectos de la vida cotidiana. En este sentido podemos ubicar estos puntos de abordaje en la dimensión imaginaria en tanto refieren a ideales y sentimiento de amor u odio respecto a la imagen que se tiene de sí mismo y que se pone en juego en la relación con los semejantes. Queda reafirmado que este modo de intervención se dirige a provocar efectos en la relación imaginaria con algunas de las herramientas que se enseñan para generar el fortalecimiento de la percepción de sí mismo. Podemos mencionar entre ellas: las visualizaciones, las expectativas, los pensamientos positivos y otras técnicas corporales.

Por el otro lado, si nos posicionamos desde una intervención psicoanalítica —específicamente de orientación lacaniana— esta interrogante nos conduce a la matriz simbólica que constituye al yo. Ésta se pone en movimiento en el momento en que una persona presenta al infans ante su imagen (por lo general la madre). Por medio de lo enunciado: “ese que está ahí eres tú”, el niño puede reconocer que eso que ve es él. Siguiendo a Soler (s.f.), se puede deducir que “el primer cuerpo —dice Lacan— es lo que denomina el cuerpo simbólico, el lenguaje. Este es un uso correcto de la palabra “cuerpo”, verificable en un diccionario” (p.2). Sincrónicamente la persona que se presenta ante el niño, reviste de significantes la imagen que él percibe, son palabras que irán marcando a ese cuerpo. Por tanto, al introducir el organismo humano en el lenguaje quedará inscripto en el cuerpo, lo que Lacan va a denominar como la dimensión simbólica, lugar del lenguaje. De esta forma es el Otro que está por fuera de la relación imaginaria quien introduce al sujeto en el lenguaje, en efecto “el Otro es el lugar de origen del significante, aquello sin lo cual la imagen del cuerpo se queda sin significación” (Assoun, 2004, p.103). Es decir que la relación del niño con su imagen irá adquiriendo sentido mediante lo simbólico y es así que nombramos a nuestro cuerpo como propio. Lacan entiende que el sujeto (je) no se produce a sí mismo, emerge por la acción del significante; es en el pasaje por el Otro que es causado. Como consecuencia “las palabras fundadoras, que envuelven al sujeto, son todo aquello que lo ha constituido, sus padres, sus vecinos, toda la estructura de la comunidad, que lo han constituido no sólo como símbolo, sino en su ser” (Lacan, 2008 [1954], p.37).

En esta dirección podemos decir que “el simbolismo social es la meditación por medio de la que el mundo se humaniza, se nutre de sentido y de valores y se vuelve accesible

a la acción colectiva" (Le Breton, 2002b, p.182). Es decir que lo simbólico tiene efectos estructurantes en la realidad humana. El mismo autor expresa que "el cuerpo está en el cruce de todas las instancias de la cultura, es el punto de imputación por excelencia del campo simbólico" (Le Breton, 2002a, p.32).

En este sentido podríamos pensar a la medicina. Esta disciplina realiza una construcción simbólica sobre el cuerpo, y que a su vez se imbrica con otros discursos de la época ¿Qué efectos tiene en la práctica clínica? Un ejemplo que puede ser ilustrativo es lo relatado por una amiga de Clara: "recordó con una risa falsa cómo su médico le decía: 'señora, no se preocupe que el pelo crece'. Sí, claro, crece, pero por mientras, a reventar" (Berenbau, 2013, p.98). Con esta intervención por medio de la palabra, podemos entender que lo simbólico no se reduce al lenguaje, o sea que la preocupación seguramente no demandaba un saber fisiológico acerca de las consecuencias del tratamiento a nivel del tejido capilar. Es decir que supera el hecho de comunicar la información a partir de ese saber. En efecto, es la mirada ante el espejo y la del otro como semejante la que angustia, pero también la del Otro. No se trata de alguien pelado, sino de alguien enfermo, que a su vez se identifica con un nombre: cáncer. Esto remite indefectiblemente a una relación que trasciende lo imaginario, y que no puede dejar de incluir al sujeto como posicionado en una sociedad. Es decir que la intervención por la palabra también puede excluir el pasaje por el Otro. Se recorta así la dimensión simbólica y se "oculta al sujeto, a la historia personal, a la relación íntima con el deseo, a la angustia o a la muerte" (Le Breton, 2002b, p212). Es hacia esa dialéctica que se dirige la intervención desde el psicoanálisis. Particularmente en las próximas páginas nos enfocaremos en el deseo para así valorizar esta dimensión de lo humano en los pacientes oncológicos.

Si pensamos en las personas que atraviesan el proceso de cáncer desde estos postulados, es en el lugar del Otro donde estarán los significantes que darán sentido al sujeto y conducirán a configurar esta distinta relación imaginaria. En un primer momento "la madre" ocupaba un lugar de exterioridad, era el Otro (no aparecía en la relación del otro especular). Según la perspectiva de las primeras producciones teóricas, Lacan (1981 [1954]) expone que el psicoanalista ocupará ese lugar, es "exactamente allí donde se desarrolla toda la experiencia analítica, en la unión de lo imaginario y lo simbólico" (p.208).

Aquí nos acercamos nuevamente a la dimensión de la experiencia humana a la cual Freud había sabido generar ruptura en su época. ¿A quiénes escuchaba Freud entonces si se trataba de las mismas histéricas que eran atendidas en el mismo hospital? Ya habíamos visto en el ejemplo estudiado por Freud sobre las parálisis histéricas, algunos elementos en la relación del cuerpo con los afectos. Para pensar la articulación

significante al cuerpo, utilicemos otro ejemplo más. En uno de sus conocidos casos de histeria nos muestra que "la enferma creó o acrecentó la perturbación funcional [de su cuerpo] por vía de simbolización, vale decir, (…) halló una expresión somática" (Freud, 1992 [1893-95], p.188). En este sentido se expresa el carácter inconsciente del síntoma; la conversión es de lo simbólico a lo corporal, se trata de una verdad (no la sabe el sujeto) que se dice a través del cuerpo. Existe entonces una dimensión del síntoma que pretende ser escuchado, Al decir de Hounie (2013), y en base a los desarrollos lacanianos, ya no podemos "pensar un inconsciente en el plano del ser, ni del no-ser, sino de lo no-realizado. No se trata de una entidad emergente de un fondo de ausencia, sino que es propiamente fisura, tropiezo, corte por donde surge la ausencia" (p.221).
En el plano del ser se encuentra el abordaje que puede realizar la psicología, a nivel del Yo. Sin embargo, en este nivel de la experiencia humana, no hay espacio para esta ausencia, no hay intervalo para el sujeto ya que éste "es lo que representa al sujeto para otro significante" (Lacan 2009, [1960], p.779). Hablamos entonces de un sujeto del inconsciente, de naturaleza simbólica en tanto que no lo tengo, no lo veo, "al sujeto pues no se le habla. "Ello" habla de él" (Lacan 2009b, [1960], p.795). De esta forma "el inconsciente escapa por completo al círculo de certidumbres mediante las cuales el hombre se reconoce como yo" (Lacan, 2008 [1954], p.18) En suma, se puede operar o no con el inconsciente, en tanto que es un fenómeno expresado a través del síntoma. ¿Cómo se puede operar en base a esta ausencia? Lacan desde el seminario dos no da una respuesta: desde el "momento en que el deseo ya entró ahí, está capturado de cabo a rabo en la dialéctica de la alienación [yo soy otro] y ya no se expresa sino en el deseo de reconocimiento y en el reconocimiento del deseo" (Lacan, 2008 [1955], p.317). Retomemos este punto más adelante.

Hemos hablado hasta el momento de dos dimensiones propuestas por Lacan: lo imaginario y lo simbólico, introduzcámonos ahora en el registro de lo real. Conforme a la lectura realizada por Nasio (2008), se señala que el cuerpo real "en el sentido lacaniano de la expresión, es a la vez cuerpo de las sensaciones, cuerpo de los deseos y cuerpo del goce" (p.76). Estas premisas nos conducen a tres nociones sobre cuerpo. Por un lado, el componente sensorial nos orienta nuevamente a la distinción entre cuerpo y órgano. Recordemos que el organismo, refiere al lugar biológico donde se reciben los estímulos, los cuales se traducen en "el cuerpo de las sensaciones internas y externas[,] es nuestro cuerpo sensorial" (p.76). Si lo pensamos desde el aparato psíquico de Freud, nos remite al sistema percepción-conciencia.
Por otro lado, el "de los deseos es nuestro cuerpo erógeno, cuerpo abierto al cuerpo del otro para dar y recibir placer". (Nasio, 2008, p.76). Se desprende de este enunciado que

el deseo se produce en función del otro, en otras palabras, implica una relación. Volviendo otra vez a Freud, en 1992 [1921] dice que este "otro" puede ocupar diversos lugares; "en la vida anímica del individuo, el otro cuenta (…) como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo" (p.67). Sin embargo, en primera instancia, tiene que satisfacer necesidades. Por tal se entienden las carencias que surgen a nivel orgánico, dicho de otro modo, es esencial la presencia de alguien que cuide (abrigue y alimente) a la cría humana, de lo contrario se muere. Ahora bien, Lacan (2009 [1958]) explica que el ser humano, como ser hablante, no puede acceder al objeto de satisfacción de la necesidad (por ejemplo, el objeto de alimentación) sin tener que pedirlo, de este modo las necesidades se ven forzadas a pasar por el significante. En este pasaje se introduce la demanda. Explica que el infante se relaciona "en la medida en que sus necesidades están sujetas a la demanda, retornan a él alienadas. Esto no es el efecto de su dependencia real [...] sino de la conformación significante como tal, y del hecho de que su mensaje es emitido desde el lugar del Otro" (p.657). Es decir, que la necesidad se articula al lenguaje para obtener el objeto de satisfacción. En esta dirección se hace presente que Lacan apela a la distinción entre deseo y necesidad, con ello logra sustraer el concepto de deseo de la dimensión biológica. Por su parte, Evans (2007) introduce un concepto más para esclarecer este esquema sobre el deseo, explica que "es una fuerza única y que se manifiesta por medio de las pulsiones (p.68). De este modo, el lenguaje se encuentra articulado a las zonas del cuerpo ya que éstas son la fuente de la pulsión. El cuerpo es erogeneizado por el otro, pero no solo con su presencia real y con sus caricias sino también con la palabra, es decir que la función del otro se diversifica. Con lo expuesto se explicita que no hablamos de deseo en un sentido de voluntad consciente, sino en un sentido propiamente psicoanalítico.

Por último, Nasio (2008) dice que el "cuerpo del goce es nuestro cuerpo cuando sentimos que gasta su energía, que soporta las tensiones extremas, que se desgasta y se degrada inexorablemente" (p.77). En el pensamiento de Lacan hay una evolución del concepto de goce. Según Evans (2007) hasta 1957 lo relaciona con la sensación que proporciona la satisfacción de una necesidad biológica. Recién en 1960 lo explica como una transgresión al principio de placer, esta transgresión no conlleva más placer sino dolor, sería pues una satisfacción dolorosa (sufriente). El goce (a diferencia del deseo) no responde a una dialéctica con el Otro, es decir, no responde al lenguaje. Lacan explica en este momento de su producción teórica, que el límite impuesto al goce proviene del lenguaje, lo cual se enlaza con el deseo, y que es a lo que se apunta desde la intervención psicoanalítica. Es decir que al lograr articular el deseo en la palabra se pone límite al goce. De esta forma "en el caso particular del paciente con cáncer, [el análisis puede llevar a] abordar cómo esta enfermedad toca al cuerpo, que esta

implicación se pueda ubicar en la palabra" (Vera, 2013, p.XXXI). Nuevamente el relato de Clara resulta ilustrativo: "nunca imaginé que (…) verme totalmente pelada iba a ser tan difícil. Volví a llorar como lo había hecho con el diagnostico. Me sentí enferma otra vez" (Berenbau, 2013, p.41). Lo real insiste en las personas en esta situación, pero por medio de la palabra se pueden subjetivar las pérdidas.

En base a los planteamientos que venimos desarrollando, otra consideración posible acerca de las enfermedades orgánicas es la que trabaja Recalcati (2008): "el síntoma de conversión histérica tiene la naturaleza de un mensaje dirigido al Otro cuando, por el contrario, en el FPS [fenómeno psicosomático] el sujeto parece encerrarse en un goce autista, fuera de toda dialéctica con el Otro, profundamente narcisista" (p.260). La dirección de la cura en estos casos toma otros rumbos ya que "el goce queda fijado a una parte del cuerpo, y podríamos agregar que el deseo queda congelado, imposibilitado de deslizarse a través de la cadena significante" (Chab, s.f., párrafo. 8).

Al profundizar el estudio sobre el deseo Lacan amplía la explicación al respecto del lugar del analista. Se podría decir que el psicoanálisis es la única psicoterapia que trabaja la transferencia con los pacientes. Introduce en la relación del analista con el analizado al deseo del analista y expresa que el psicoanalista ocupa un lugar de un Otro barrado, lo cual refiere a que está atravesado por la falta, es un sujeto deseante, un ser en falta. A propósito, Evans (2007) explica: "el deseo no es una relación con un objeto, sino la relación con una falta" (p.68). Es en ese hueco del analista donde se da lugar para que se mueva el deseo de sujeto analizado. En una posición diferente a la del psicoanalista está el médico, ya que este último se ubica en el lugar del saber.

Como vimos, en la intervención médica sobre el paciente oncológico es este profesional quien detenta la verdad, sabe lo que quiere y necesita el enfermo, sabe qué debe hacer y qué tratamiento debe seguir, etc. Vale decir que el médico, más aún, la institución médica ocupa el lugar de Otro, que podemos llamar completo. Con lo cual muchas veces se obstaculiza la posibilidad para que el sujeto de deseo, es decir, para que el paciente en condición deseante tenga lugar.

El deseo del analizante se moviliza en relación a la nueva realidad que constituye la enfermedad. No olvidemos que esa nueva realidad está configurada por la imagen, y que es al conjugarse con los significantes que se habilita la emergencia del sujeto. Para dar lugar a la nueva presencia en el mundo, Lacan (1981 [1954]) señala que es necesario introducir la dimensión de la palabra y con ella la función simbólica: "la palabra es esa dimensión a través de la cual el deseo del sujeto está integrado auténticamente en el plano simbólico" (p.272). Más adelante plantea que de "lo que se trata es de

enseñarle al sujeto a nombrar, a articular, a permitir la existencia de ese deseo" (Lacan, 2008 [1955], p.342).

En esta dirección Lacan (2010 [1958]) expresa como fórmula que "el deseo es el deseo del Otro" (p.413). En la lectura que Evans (2007) realiza sobre el anterior enunciado se explicita que "significa deseo de ser objeto del deseo de otro, y deseo de reconocimiento por otro" (p.68). El sujeto en el primer momento de desarrollo se aliena al mundo simbólico que imprime el Otro. Con esa experiencia como base a lo largo de su vida se alienan a los sucesivos significantes; "la palabra, la función simbólica define el mayor o menor grado de perfección, de completitud, de aproximación de lo imaginario" (Lacan, 1981 [1954], p.214). Por consiguiente, podemos pensar que "el deseo es un producto social. No es el asunto privado que parece ser sino que siempre se constituye en una relación dialéctica con los deseos percibidos de otros sujetos." (Evans, 2007, p.69).

En relación a esto se desprende que la persona con cáncer está inmersa (al igual que las otras personas) en la sociedad —que se ha denominado— de consumo donde se propagan cánones de excelencia en relación al cuerpo, familia, amigos y otra cantidad de bienes. La persona con cáncer no escapa a la alienación de estos significantes, sin embargo, para llegar a consumarse se presentan obstáculos que son inherentes al tener la enfermedad. A su vez estos sujetos son atravesados por otros deseos que refieren a la curación; tanto desde la familia como desde el ámbito médico se pone en juego el categórico de "salir de la situación".

Desde la orientación lacaniana se trata de la relación del ideal del yo movilizado en la dimensión simbólica y el yo ideal con desarrollo sobre la dimensión imaginaria. Recordemos que en el yo ideal recaerán las perfecciones valiosas que llevarán al reconocimiento. Esto se perturba al tener cáncer y es allí donde el psicoanálisis apuesta a hacer surgir al deseo, que es primero deseo de reconocimiento.

Con lo trabajado comprobamos que el sujeto con cáncer está atravesado por una cantidad de pérdidas con las que se tiene que enfrentar, la función simbólica nos conduce efectivamente a la función de duelo. Lo que explica Lacan al respecto es que no se trata de sustituir sino de simbolizar. Al respecto Nasio (2009) señala que la forma más primitiva que el ser humano tiene de arreglárselas con el dolor es el grito y luego de este la palabra "intentan armar un puente entre la realidad conocida antes de la pérdida y la realidad desconocida de hoy. Palabras que tratan de transformar el dolor difuso del cuerpo en un dolor recogido en el alma" (p.68). Si pensamos en un sujeto con cáncer se puede identificar un ejemplo de esta puesta en juego de la función simbólica al articular y dar nombre a los tratamientos: "cirugía: "cortar por lo sano"; quimioterapia: "veneno que cura"; radioterapia: "quema"; inmunoterapia: "vacuna"; trasplante: "conejito de indias", "deshumanización"; Paliativos: "tratamiento del dolor" (FSIS, s.f., p.25). Hay

aquí una aproximación a dar forma y sentido al dolor, con ello a evitar el bloqueamiento del sujeto. Podemos decir que en una clínica dirigida a la persona con cáncer la intervención psicoanalítica implica generar movimientos de sentido que den lugar al trabajo de duelo para poder ajustarse a la nueva realidad en la que se ve inmerso, es decir generar una distinta posición como sujeto.

3.4 Otras intervenciones

> "Recibí miles de llamadas, amigas que venían a casa; no se separaron de mi hasta que partí. Parecía un velorio con el muerto vivo. Tomaba calmantes para olvidar el recuerdo del diagnóstico. Durante esos días no había nada que hacer desde el punto de vista médico"
>
> (Berenbau, 2013, p.22)

Hasta el momento hemos mencionado intervenciones que se enmarcan en un quehacer profesional. Me interesa reflexionar ahora sobre intervenciones que no parten desde el conocimiento técnico, con ello me refiero a la de los amigos y otras modalidades como las que se realizan de forma voluntaria en la F.C.B.

Lo que primeramente podemos mencionar es que en ninguno de los casos aludidos detentan un saber académico que habilite las intervenciones en dichas posiciones. Discernimos que desde el lugar del amigo y del voluntario se tiene un entendimiento que proviene de la experiencia. Por su parte, el amigo detenta de un supuesto conocimiento sobre qué hacer cuando el otro quiere llorar o reír, puede reconocer cuando necesita algo, cuando está triste o feliz. Para mencionar qué implica esta relación es pertinente aludir a la tesis de Fernández (2012) sobre la amistad, explica que es "(…) una experiencia vivida por gran parte de la humanidad (…) puede ser definida de múltiples formas, tantas como sujetos que la enuncien (…) [,] muestra en cada presentación una particularidad, un rasgo significativo que enriquece que sea señalado" (p.35).

Por otro lado, las personas voluntarias que forman parte de la propuesta de los teléfonos solidarios de la F.C.B poseen un conocimiento que es producto (en la mayoría de los casos) de haber transitado por la experiencia de tener cáncer, o que acompañaron un proceso de cáncer de algún familiar o amigo. Se trata de voluntarios que "atienden a 200 personas con cáncer o a sus familias (...) se realiza un seguimiento, estando presentes con llamadas, antes o después de una operación, o de las quimioterapias, o radioterapias (…)" (FCB, 2015, p.18).

En ambos casos se puede identificar que se trata de una relación de reconocimiento en tanto podemos pensarlos como semejante que “permitirá anticipar lo que aún no es posible para el sujeto, pero que justamente por apreciarlo en el otro comienza a poder ser imaginado para sí mismo” (Fernández, 2012, p.31). De este modo se pone en juego el otro de la dimensión imaginaria en quien la persona se identifica. Asimismo, podemos decir que desde las dos posiciones, son portadoras de sentidos y como tal vehiculizan significados. Vale señalar que también se encuentran en la matriz simbólica.

Si nos remitimos a los planteamientos de Freud, en 1950 [1893] hace referencia a un complejo del prójimo con el que explica que es a partir del prójimo que se hace posible aprender a discernir, separación e identidad. Pues, por un lado oficia como semejante y por el otro es un componente que el sujeto aísla como siendo extranjero, ajeno y extraño. Es decir que en este complejo se identifican dos componentes: “uno de los cuales impone por una ensambladura constante, se mantiene reunido como una cosa del mundo, mientras que el otro es comprendido por un trabajo mnémico, es decir, puede ser reconducido a una noticia del cuerpo propio” (Freud, 1950 [1895], p.377).

Por su parte Lacan al hablar de “*otro*” (correspondiente a autre en el idioma francés por su derivación etimológica del latín alter) nos señala una diferencia que ha estado presente a lo largo del actual trabajo. Nos referimos a la distinción entre Otro (con mayúscula) y otro (con minúscula). Del primero hemos mencionado que se trata del lugar de los significantes, el que se hace presente en el lenguaje y por ende el que introduce la función simbólica. Lacan explica que el Otro es la alteridad radical. Al aludir al otro se refiere al semejante presente en la relación imaginaria con quien es posible identificarse “es sólo su alter ego, su propio doble” (Lacan. 2008b [1956-57], p.29). Más adelante agrega para esclarecer que se refiere a la “imagen unificadora, narcisista, que es la del otro con minúscula” (p.82). Con estas premisas podemos mencionar que tanto el amigo como los voluntarios de la FCB pueden ocupar tanto el lugar de extranjero radical como semejante con quien identificarse.

En la situación de cáncer desde las dos posiciones se pueden tomar roles de sostén afectivo que habilita a descargar tensiones provocadas por los tratamientos o por los miedos. El acompañamiento a una consulta, una llamada, un abrazo, un silencio muchas veces puede provocar efectos que alivian a la persona que padecen.

Identificamos la intervención sobre la matriz simbólica al pensar en los teléfonos solidarios. Ilustran este sentido ya que partieron de la idea de que muchas personas con cáncer quieren hablar, pero no tienen con quién. Esto es debido a que en sus vínculos familiares o amigos se afectan y se angustian con lo que ellos están pasando, por lo que prefieren no comentar alguna inquietud o algún deseo o porque han perdido las ganas de relacionarse con otros, con “el exterior”.

Podemos realizar una lectura desde los postulados lacanianos que nos conducen a pensar que desde la propuesta de la FCB y desde el accionar del amigo se crean espacios de escucha dando lugar a la palabra y con ello la posibilidad de articular el deseo ya que “desconocemos siempre hasta cierto punto el deseo que quiere hacerse reconocer, porque le asignamos su objeto, cuando no se trata de un objeto (...) el deseo es deseo de aquella falta que, en el Otro, designa otro deseo" Lacan, 2010 [1958], p.337). En este punto, hacer existir al deseo es reconocer al otro como sujeto deseante. También podemos ubicar en estas intervenciones la relación con el semejante. Un ejemplo claro es el comentado por una voluntaria: me pidió hablar con alguien que le hubiera pasado lo mismo (FCB, 2015). De esto podemos considerar que en una situación de vulnerabilidad se hace necesaria una persona que entienda lo que se está atravesando por el hecho de haber vivenciado los tratamientos, dolores, sensaciones, etc. Es la posibilidad de “ponerse en el lugar del otro” de la manera más fiel posible y no como un intento al cual podría apelar el amigo o familiar.

Se trata de relaciones que tienen encuadres confusos, que tienen contratos móviles, que se desarman y se modelan en todo momento. No se plantean una estrategia de intervención específica, ni brindan herramientas estipuladas o conceptos que definan cómo proceder. En cierto sentido se abre la posibilidad de acción al no tener una estructura rígida como la de los protocolos, los saberes disciplinares u otros. Quizás eso hace lo impredecible y sorprendente que puede surgir en ese encuentro con el otro. Las acciones que se realicen pueden provocar efectos que no se logren explicar, los cuales van repercutir en otros factores del transcurso de la enfermedad. Un relato nos habla de las intervenciones inesperadas que puede realizar un amigo: “no vine a llorar contigo porque ya lloré todo lo que tenía que llorar, vine a hablar contigo porque ya lloraste todo lo que tenías, digo, yo no estoy acá pa llorar contigo (…)” (Fernández, 2012, p.134). Ante una situación de dolor donde es esperable que un amigo diga “todo va a estar bien” o “no te preocupes” (palabras que en ocasiones no se quieren escuchar) se procedió con un corte al momento de estancamiento e inmovilidad, más aún se puso en palabras lo que no se había enunciado, lo cual dio lugar a un movimiento que llevó a desbloquear la situación y con ello a la toma de decisión.

De esto se trata en la relación con los otros que acompañan el proceso de una situación de cáncer:

“para que pueda ser he de ser otro
salir de mí, buscarme entre los otros
los otros que no son si yo no existo
los otros que me dan plena existencia”

(Paz, citado por Vegh, 2001, p.179).

Conclusión:

"Quiero recordarlo como una anécdota, pero
que no borre lo que dejó en mí"

(Berenbau, 2013, p.173)

A lo largo de la presente producción hemos podido identificar diferentes formas de entender al cáncer y en consecuencia diferentes formas de intervenir sobre éste. Vimos primeramente que la medicina tiene un conocimiento que ha evolucionado con las influencias tecnológicas, sociales y culturales. Esta conjunción de factores se evidencia en la concepción de cáncer como un proceso biológico que implica una mutación de células. El resultado de este desarrollo es la configuración actual de tratamientos para el cáncer, los cuales conllevan consecuencias que afectan la vida del paciente oncológico.

La situación de las personas con cáncer nos condujo a entrar en el terreno de la psicología en su especialidad oncológica, ya que apunta a generar acciones para afrontar el malestar proveniente tanto del diagnóstico como de los tratamientos. En conjugación con los aportes de la medicina se realizan acciones a nivel de prevención, acompañamiento, sostén afectivo. Se plantea que el paciente tiene un rol fundamental en el éxito de los tratamientos.

Ha quedado evidenciado que el cáncer implica una alteración en la cotidianidad a consecuencia de los elementos técnicos, las rutinas durante los tratamientos, los controles de horarios, los nuevos cuidados, las modificaciones orgánicas, entre otros elementos que las personas tienen que incorporar. Esta conjunción y entramado de elementos hace visible que el cáncer es más que un proceso de mutación de células. Es así que desde la perspectiva sociotécnica podemos entender que el cáncer es una red de compuestos híbridos.

Se ha hecho necesario incorporar las visiones culturales que se tienen sobre el cáncer debido a que tanto la producción desde el ámbito médico, psicológico y socio-técnico son producto de la incidencia cultural asimismo como son productores de efectos a nivel cultural. Se consideran en este punto las producciones simbólicas, representaciones e imaginarios que se vehiculizan culturalmente y atraviesan a las personas. En el caso abordado se desprende que el cáncer tiene una ligazón directa con lo que simboliza enfermedad es decir con la muerte o lo improductivo.

En lo revisado sobre estas ópticas se ha considerado importante abordar concepciones sobre el cuerpo e identificamos una distinción con el organismo. Desde la primera visión se ha entendido que la persona es un organismo, un compuesto biológico apuntando

por lo tanto a la intervención en ese lugar. Posteriormente se hizo presente una noción que conlleva sentimientos y percepciones al respecto del “sí mismo”, con lo que las acciones en esta dirección apuntan a generar estrategias para una mejor adaptación al cáncer. Luego con la noción de red, tanto lo humano como lo no humano se incorporan a la concepción de cuerpo. Después se expandió la concepción de cuerpo incorporado las representaciones que de él se tiene, los imaginarios y la incidencia en las conductas que tienen las personas. Pasamos con ello a las consideraciones psicoanalíticas que reafirmaron las diferencias entre órgano y cuerpo más aún, entre órgano, cuerpo y sujeto.

Al reflexionar sobre el cáncer desde una lectura psicoanalítica se hizo evidente la repercusión de las intervenciones médicas en el sujeto que lo padece. Se incorpora desde esta perspectiva varios elementos como la pulsión, el deseo, el goce, que trascienden las categorías de paciente, cáncer e intervención. Freud plantea que hay algo que trasciende al órgano pero que lo afecta, piensa esto en relación a una dinámica energética la cual se pone en juego en la situación del sujeto con cáncer.

Estos planteamientos se ampliaron al introducir los pensamientos lacanianos. Tal como lo expresa en su primer seminario: “la tripartición de lo simbólico, lo imaginario y lo real —categorías elementales sin las cuales nada podemos distinguir en nuestra experiencia— se sitúa en la dimensión del ser” (1981 [1954], p.393). Estas dimensiones se hacen patentes en la situación de las personas con cáncer. Es por medio del significante aportado por el Otro que se da sentido al sujeto, allí es donde Lacan propone la intervención psicoanalítica.

Por último, nos cuestionamos sobre otras intervenciones posibles poniendo como ejemplo la relación con el amigo o con los voluntarios de F.C.B. Con esto constatamos que es una intervención distinta a las anteriores ya que no están limitadas por un marco de acción profesional del ámbito de la salud. Abrimos de este modo la posibilidad de pensar que, a consecuencia de ello, muchas veces las intervenciones realizadas desde ese lugar tengan efectos sorprendentes e inexplicables que ayudan a las personas en esta situación.

Este texto buscó abarcar un pasaje por diferentes visiones apostando a enriquecer la comprensión sobre la situación que atraviesa una persona con cáncer. Intentó no quedarse sólo con una única lógica, sino que procuró entender su objeto desde una pluridimensionalidad. Ha quedado reafirmado que el sujeto está inmerso en un entramado que se construye por la interacción continua entre lo histórico, social, cultural, técnico, a lo cual podemos continuar adicionando otras “y”. Hemos constatado que los tratamientos al cáncer y las concepciones culturales que de él se tienen no son

azarosas, responden a una gestación histórica. Por lo cual fue pertinente remitirnos a la historia e interrogarla.

Pues bien, con todo lo revisado constatamos que el “otro” al cual hemos considerado como ejecutante de intervenciones, es de suma importancia en la construcción como sujetos. Es portador de un lugar, permite conocer y reconocerse. Es de destacar que de lo presentado se desprende que cada persona que es diagnosticada de cáncer tiene una forma particular de enfermar, de sanar y de atravesar el proceso más allá del diagnóstico y sus tratamientos. Se trata de lo que permanece fuera de las estadísticas, se trata de la manera singular de manifestar el sufrimiento y padecerlo, lo que lleva a la particularidad de cada cáncer.

A su vez se han abierto interrogantes para continuar pensando: ¿Cómo a partir del movimiento constante, la inestabilidad, y la incertidumbre (característicos de la situación de cáncer) habilitar un espacio de escucha que integre los aspectos trabajados? Esto requiere de un espacio diseñado, vivo, deseante ¿es posible integrar estos elementos? ¿Por qué una persona realiza una actividad voluntaria con personas con cáncer? ¿Por qué enfrentarse a la muerte muchas veces lleva a producir, a construir?

Una mirada y escucha atenta me han llevado a introducirme en las fronteras disciplinares. Este es uno de los principales motivos que me impulsó a complejizar la mirada como psicólogo por supuesto, pero no únicamente. Es así que al “diseñar nuevos espacios para habitar como fruto de “puentes” tendidos con materia de lenguaje, ingeniados por él, es que habremos de proponer la posibilidad de transformar las dimensiones de la realidad que nos alcanza” (Hounie, 2013, p.98). Con esta construcción me he encontrado con la posibilidad de diseñar nuevos espacios posicionándome como estudiante, psicólogo, amigo, voluntario, aposte a la disposición de distintos saberes. Disposiciones que ofician de “puentes” entre diversos pasajes motivados por curiosidades, compromisos y personas que he encontrado en este recorrido.

Referencia bibliográfica

Alonso, C y Bastos, A (2011): Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Clínica Contemporánea.* 2 (*2*) 187-207 Copyright: Madrid España recuperado de http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n2a6.pdf

Assoun, P.-L. (2004). *Lacan.* (I. Agoff, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Assoun, P. (1994): Introduccion a la metapsicología freudiana. Agoff (Trad.). Paidós: Buenos Aires

Ávila, F., & Ávila, C. (2010). El concepto de biopolítica en Michel Foucault. *A Parte Rei*. Recuperado el 10 de 8 de 2016, de http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/avila69.pdf

Bacci, M. (2016): Dolor-Cuerpo-Sujeto. *En Políticas del dolor: La subjetividad comprometida un abordaje interdisciplinario de la problemática del dolor*. (p 34-41) (Hounie A., Fernández A. coord.) Biblioteca plural: Montevideo

Bachelard, G. (2000). *La formación del espíritu científico. Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo.* (vigecimotercera ed.). (J. Babini, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno.

Berenbau, C. (2013). *Vivir con él. De cómo el cáncer me enseñó a ser mejor* (Quinta ed.). Uruguay: Palabra santa.

Braunstein, N. A. (1982). *Psicología, ideología y ciencia* (8 ed.). México: Siglo XXI.

Braceras D. (s.f.)*¿Por qué no es aconsejable el psicoanálisis para pacientes con cáncer*? recuperado de: http://www.cancerteam.com.ar/brac080_por_que_no_es_aconsejable_el_psicoanalisis_en_pacientes_con_cancer.html

Breuer, J., & Freud, S. (1992 [1893-95]). *Estudios sobre la histeria* (3ª reimp., 2ª ed., Vol. II Obras completas). (J. Etcheverry, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Calatayud, F. M. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud.* Mexico: UniSon.

Castillo Sepúlveda, J. L., Tirado Serrano, F. J., & Rosengarten, M. (2012). Una aproximación simétrica al cáncer de mama: heterogeneidad, regulación y corporización. *Athenea Digital, 3*(12), 13-35. Recuperado el 10 de 03 de 2016, de http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/Castillo

Castillo, j. & Tirado, F. (2012). La nueva materialidad del cáncer. Teoría del actor-red y objetos potenciales. En: Castillo, J. (2012). *Oncología y ontología* (tesis doctoral) Umiversidad Autónoma de Barcelona Facultad de Psicología. Recuperado de: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/107825/jcs1de1.pdf?sequence=1

Castillo, J. (2012). *Oncología y ontología* (tesis doctoral) Umiversidad Autónoma de Barcelona Facultad de Psicología. Recuperado de: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/107825/jcs1de1.pdf?sequence=1

Castillo, J., & Tirado, F. (2011). Oncoguías-ontoguías: protocolos, panoramas y prehensión en el. *Athenea Digital, XI*(1), 129-153. Recuperado el 3 de 2 de 2016, de http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/view/244691/327713

Ceniceros, J. (9 de junio, 2014): Cura por la palabra, aparato del lenguaje y el origen de la metapsicología en dos textos tempranos de Freud: 1801 y 1893. Recuperado de https://www.academia.edu/11331030/Cura_por_la_palabra_aparato_del_lenguaje_y_el_origen_de_la_metapsicolog%C3%ADa_en_dos_textos_tempranos_de_Freud_1891_y_1893

Chiozza, L. (2010): Cáncer: *¿por qué a mí, por qué ahora?* Buenos Aires: Libros del Zorzal

Comelles, J. (2003). El regreso de lo cultural. Diversidad cultural y práctica . *Cuadernos de psiquiatría comunitaria, 3*(1), 6-21. Recuperado el 20 de 08 de 2016, de http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=915805

Corominas, J. (1987). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana* (4ª reimp., 3ª ed. ed.). Madrid, España: Gredos, S.A.

De Certeau, M. (2000). *La invención de lo cotidiano I. Artes de hacer.* (A. Pescador, Trad.) Mexico: Cultura libre.

De Certeau, M. (2006). *La escritura de la historia* (2ª reimp. 1ª ed.). (J. Moctezuma, Trad.) Mexico, México: Gallimard.

Deleuze, G. (1987). *Foucault.* (J. Pérez Vázquez, Trad.) España: Paidos.

Evans, D. (2007). *Diccionario introductorio al psicoanálisis lacaniano* (4ª reimp. 1ª ed.). (J. Piatigorsky, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Ferrari, S (24 febrero, 2011): Respuesta de Berna en el litigio Philip Morris-Uruguay. Periódico Swissinfo.Che: Suiza. Recuperado de http://www.swissinfo.ch/spa/respuesta-de-berna-en-el-litigio-philip-morris-uruguay/29576434

Fernández, A (2012): La función de la amistad ante el dolor psíquico y su relación con la intervención clínica. (Tesis de Maestría). Universidad de la República Facultad de Psicología, Uruguay.

Foucault, M. (1978): La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. En Medicina e historia: *El pensamiento de Michel Foucault.* (p-17-35). Organización Panamenicana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud: Washington

Foucault, M. (1979). *La arquelogía del saber* (Sexta ed.). Mexico: siglo veintiuno.

*Fundación Clarita Berenbau (*2015) Palabra Santa. Montevideo

Fundación Salud, Innovación y Sociedad y patrocinado por la Unidad de Oncología de Novartis Farmacéutica, (s.f.) Resumen necesidad y demanda del paciente oncológico. Recuperado de: http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/070517121920.pdf

Freud, S. ([1888-93]). Algunas comparaciones con miras a un estudio comparativo de las parálices motrices, orgánicas e histéricas. En *Obras completas Tomo I Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud* (J. Etcheverry, Trad., 3ª reimp. 1992 2ª ed., Vol. Obras completas I). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1950 [1895]). Proyecto de psicología (p.323-380). En *Publicaciones perspectiva prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en la obra de Freud (1886-1899).* En J.L. Etcheverry (Trad.) Obras completas Vol. I (2a. ed. 3a. reimp. 1992). Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1900[1899]). La interpretación de los sueños (primera parte) (p.323-380). En J.L. Etcheverry (Trad.) Obras completas Vol. IV (1a. ed. 4a. reimp. 1991). Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual (p.109-210). En *Fragmento de análisis de un caso de histeria Tres ensayos de teoría sexual y otras obras (1901-1905*). J.L. Etcheverry (Trad.) Obras Completas Vol. VII (1a ed. 6a. reimp.1992). Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1992 [1914]). Introducción al narcisismo (p.65-98). En *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, Trabajos sobre metapsicología y otras obras* (1914- 1916). En J.L. Etcheverry (Trad.) Obras completas Vol. XIV (2a. ed. 4a. reimp.1992). Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1992 [1915]). Pulsiones y destinos de pulsión (p.105-134). En *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, Trabajos sobre metapsicología y otras obras* (1914- 1916). En J.L. Etcheverry (Trad.) Obras completas Vol. XIV (2a. ed. 4a. reimp.1992). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1992/ 1917[1915]). Duelo y Melancolía (p.235-255). En *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, Trabajos sobre metapsicología y otras obras* (1914- 1916). En J.L. Etcheverry (Trad.) Obras completas Vol. XIV (2a. ed. 4a. reimp.1992). Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1992 [1921]). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Más allá del principio de placer, Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras* (J. Etcheverry, Trad., 4ª reimp., 2ª ed., Vol. XVIII Obras completas, págs. 63-127). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1992[1926-1925]). Inhibición, síntoma y angustia (p.73-161). En Presentación autobiográfica Inhibición, síntoma y angustia ¿Pueden los legos ejercer el análisis? y otras obras (1925-1926). En J.L. Etcheverry (Trad.) Obras completas Vol. XX (2a. ed. 3a. reimp.) Aires: Amorrortu

Graystone, A. (19 noviembre, 2013): Cómo Richard Nixon cambió la forma en que hablamos del cáncer. Recuperado de http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/11/131119_salud_cancer_lucha_nixon_gtg

Green, A. (2005): La causalidad psíquica: *Entre naturaleza y cultura*. L. Lambert (Trad.) Amorrortu: Buenos Aires

Hounie, A. (2013). La construcción de saber en la clínica. (Tesis de doctorado). Universidad complutense de Madrid, Facultad de Filosofía. Madrid, España.

Lacan, J. (1981 [1953-54]). *El seminario. Libro 1: Los escritos técnicos de Freud.* (D. Rabinovich, Trad.) Quilmes, Argentina: Paidós.

Lacan, J. (2005 [1953]): *Los nombres del Padre.* Gonzalez N. (Trad) Paidos*:* Buenos Aires

Lacan, J. (2008 [1954-55]). *El seminario libro 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica* (11ª reimp. 1ª ed.). (I. Agoff, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Lacan, J. (2008b [1956-57*]): El seminario 4:* la relación de objeto. E. Berenguer (trad.). (1° ed. 7 reimp.) Paidos: Buenos Aires, Argentina.

Lacan, J. (2009). *Escritos 1* (3ª ed.). (T. Segovia, Trad.) Mexico: Siglo XXI.

Lacan, J. (2009). *Escritos 2* (3ª ed.). (T. Segovia, Trad.) Mexico: Siglo XXI.

Lacan, J. (2010 [1998]): Seminario 5: *Las formaciones del Inconsciente.* E. Berenguer (Trad.) Buenos Aires: Paidós.

Laplanche, J., & Pontalis, J. (. (2004). *Diccionario de psicoanálisis* (6ª reimp. Primera ed.). (F. Gimenez, Trad.) Buenos Aires: Paidós.

Latour, B. (2007). *Nunca fuimos modernos.* (V. Goldestein, Trad.) Buenos Aires: Siglo XXI.

Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad.* (P. Mahler, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Nueva Vision.

Le Breton, D. (2002). *La sociología del cuerpo.* Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

Lopaco, N. (2009). "Una Práctica Extraterritorial". *Escuela Freudiana de Psicoanálisis de Buenos Aires*.

Ministerio de Salud Pública (2008): Manual de Cuidados Paliativos en Oncología para el Primer Nivel de Atención (Roberto Levin Prof. Dra. Graciela Sabini Editores). Montevideo

Ministerio de Salud Pública (s.f): Manual Oncología para el Primer Nivel de Atención. Recuperado de https://medfamcom.wordpress.com/2009/09/16/37/ Montevideo

Murillo, M y Alarcón, A. (2006): Tratamiento psicosomático en el paciente con cáncer *Revista colombiana de psiquiatría, suplemento. 35*(1), 92-109 recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615417007

Nasio, J. (2008): *Mi cuerpo y sus imágenes*. A. Bixio (Trad.) Paidós: Buenos Aires

Nasio, J. (2009): *El libro del dolor y del amor*. V. Ackerman (trad.). Ed. Gedisa: Barcelona España.

Strachey, J. (1991): Nota Introductoria. En La interpretación de los sueños (primera parte) (p.323-380). En J.L. Etcheverry (Trad.) Obras completas Vol. IV (1a. ed. 4a. reimp.). Buenos Aires: Amorrortu

Oncolili (28 Febrero, 2008): Psicología Oncológica. Recuperado de: http://www.oncolili.org/index.php?option=com_content&task=view&id=181&Itemid=73

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). *Cancer, datos y cifras*. Extraido el 24 de junio del Sitio web de la World Health Organization http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/

OMS (2006): *Constitución de la organización mundial de la salud*. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1

Preciado, B. (2002): Tecnologías del sexo. En Manifiesto contra-sexual: *Prácticas subversivas de la identidad sexual (118-135)*. Opera prima: Madrid

Prieto, A. *(2004): Psicología Oncológica. Revista profesional española de terapia cognitivo-conductual. 2, p.107-120 recuperado de* file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Psicolog%2525C3%2525ADa%252Boncol%2525C3%2525B3gica.pdf

Recalcati, M. (2008). *Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis.* (S. Rodríguez, Trad.) España, España: Síntesis.

Robert, V. Álvarez, C. y Valdivieso, F. (04 junio, 2013): Psicooncología*: Un modelo de intervención y Apoyo Psicosocial. Medicina Clínica 24(4) 677-684 Santiago de Chile*

Roemers (2016): Roemers te cuida recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=78VZpPNjFSQ

Roudinesco, E. y Plon, M. (2008): Diccionario de Psicoanálisis. J. Piatigorsky (trad.). (2ª ed.) Paidos: Buenos Aires.

Roudinesco, E. (2012). *Lacan, frente y contra todo.* (V. Goldestein, Trad.) Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Salaverry, O. (2013). La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. *Rev Peru Med Exp Salud Publica, I*(30), 137-41. Recuperado el 20 de 04 de 2016, de http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/172/173

Soler, C. (s.f.). El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan. Recuperado el 05 de 03 de 2016, de https://agapepsicoanalitico.files.wordpress.com/2013/07/colettesoler-elcuerpoenlaensenanzadejacqueslacan.pdf

Thompson Gale. (2005). *The Gale Encyclopedia of Cancer: A Guide to Cancer and Its Treatments* (Second ed.). (J. L. Longe, Ed.) Shirelle Phelps, Erin Watts.

Thompson Gale. (2015). *The Gale encyclopedia of medicine* (Fifht ed.). (J. Longe, Ed.) United States: Shirelle Phelps, Erin Watts.

Vegh, I. (2001). *El prójimo enlaces y descenlaces del goce.* Buenos Aires: Paidós.

Vera, I. (2013): *Clínica psicoanalítica para pacientes con cáncer*. (Tesis de maestría). Universidad católica de Santiago de Guayaquíl, Ecuador. Recuperado de http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/485/1/T-UCSG-POS-PSCO-11.pdf .