



UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA
CALI



CLÍNICA DE
OCCIDENTE

AVATARES DEL DOLOR

DESDE LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA

Relatos de hospital



EDITORES

ÁNGELA MARÍA JIMÉNEZ URREGO

JAVIER FERNANDO ACOSTA

JULIÁN ALBERTO AGUDELO JIMÉNEZ

MANUEL GUERRERO GÓMEZ

KAREN LIZETH CORTÉS GARZÓN


EDITORIAL
BONAVENTURIANA
UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA

Colección
PERFILES

Avatares del dolor desde la clínica psicoanalítica.
Relatos de hospital



UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA
CALI



CLÍNICA DE
OCCIDENTE

Avatares del dolor desde la clínica psicoanalítica. Relatos de hospital

Editores

Ángela María Jiménez Urrego

Javier Fernando Acosta

Julián Alberto Agudelo Jiménez

Manuel Guerrero Gómez

Karen Lizeth Cortés Garzón

2024

Avatares del dolor desde la clínica psicoanalítica. Relatos de hospital / Editores, Ángela María Jiménez Urrego, Javier Fernando Acosta, Julián Alberto Agudelo Jiménez, Manuel Guerrero Gómez, Karen Lizeth Cortés Garzón -- Cali: Editorial Bonaventuriana, 2024.

148 páginas.

Incluye referencias bibliográficas

e-ISBN: 978-628-7559-34-9

ISBN: 978-628-7559-42-4

1. Clínica Psicoanalítica - Casos clínicos - Santiago de Cali (Colombia) 2. Dolor - Aspectos psicológicos 3. Psicooncología centrada en el paciente 4. Transferencia (Psicología) 5. Enfermos en fase terminal -- Psicoanálisis 6. Cuidados paliativos-- Aspectos psicológicos 7. Estudiantes Maestría en Psicología Clínica de Orientación Psicoanalítica -- Investigaciones I. Jiménez Urrego, Ángela María II. Acosta, Javier Fernando III. Guerrero Gómez, Manuel IV. Cortés Garzón, Karen Lizeth V. Título.

150.195 (CDD 23)

A946

CEP- Biblioteca Fray Juan de Jesús Anaya Prada. Universidad San Buenaventura Cali.

 Editorial Bonaventuriana
© Universidad de San Buenaventura

Avatares del dolor desde la clínica psicoanalítica. Relatos de hospital

© Editores: Ángela María Jiménez Urrego, Javier Fernando Acosta, Julián Alberto Agudelo Jiménez, Manuel Guerrero Gómez, Karen Lizeth Cortés Garzón.

© Universidad de San Buenaventura Cali

© Editorial Bonaventuriana

Dirección Editorial Bonaventuriana Cali

Carrera 122 # 6-65

PBX: 57 (2) 318 22 00 - 488 22 22

e-mail: editorial.bonaventuriana@usb.edu.co

www.editorialbonaventuriana.usb.edu.co

Cali, Colombia, Suramérica

Dirección editorial: Claudio Valencia Estrada

Corrección de estilo: María Alejandra de los Ángeles Garzón Saavedra

Diseño y diagramación: Carlos Cárdenas Moreno/Laura Nicolle Lasso Sánchez

e-ISBN: 978-628-7559-34-9

ISBN: 978-628-7559-42-4

Los autores son responsables del contenido de la presente obra.

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio, sin permiso escrito de la Editorial Bonaventuriana.

Cumplido el depósito legal (Ley 44 de 1993, Decreto 460 de 1995 y Decreto 358 de 2000).

2024

Índice

PRESENTACIÓN	
<i>Carolina González González</i>	11
PRÓLOGO	
La experiencia de escuchar	
<i>Alejandro Botero Carvajal</i>	15
INTRODUCCIÓN	
Psicooncología, una versión desde el psicoanálisis.	
Otra versión para el dolor: “no-todo dolor”	
<i>Ángela María Jiménez Urrego y Julián Alberto Agudelo Jiménez</i>	17
El nacimiento de Venus. Urdimbres de lo femenino en el hospital	
<i>Laura Valeria Agudelo Campiño</i>	21
Vivir de calmantes. El dolor y la transferencia	
<i>Karen Lizeth Cortés Garzón</i>	31
Una viñeta de psicoanálisis y cuidados paliativos	
<i>Hernán Guido Arra</i>	39
El lugar de la mirada en la clínica psicoanalítica	
<i>Daniela Gómez Aristizábal</i>	45
Bordeando el malestar. Entre la enfermedad y el deseo	
<i>Karime Gómez Henao</i>	53
Un caso sin descanso. “Bajo la sombra de un dolor aturdidor”	
<i>Valentina Ramos Ramírez y Angie Carolina Guerrero Benítez</i>	59
Explorando el mundo simbólico. Transitando los espacios hospitalarios desde la sensibilidad de la infancia	
<i>María del Mar Jiménez, Ángela María Jiménez Urrego y Angie Carolina Guerrero Benítez</i>	73

Maternidad y enfermedad. Un dolor escindido <i>Jessica Motta Carvajal y Javier Fernando Acosta</i>	83
Lo insondable en Moana. Arreglos para sostener la feminidad más allá del cáncer <i>Valeria García Guerrero</i>	97
Simbiosis. Un lenguaje impregnado en el cuerpo de una adolescente <i>Leydi Sabina Sánchez y Angie Carolina Guerrero Benítez</i>	109
Un caso lleno de nudos. Aproximaciones desde el psicoanálisis a los avatares del dolor oncológico <i>Javier Fernando Acosta y Angie Carolina Guerrero Benítez</i>	123
Referencias	135
Sobre los autores	141

Presentación

Carolina González González

Vélenme. Permitan que los que quieran vengan y miren. Tendrán sus razones. Ustedes tendrán las suyas. Y si alguien dice: “¡ise ve muy natural!”, no se ofendan. Tienen razón. Porque siempre estubo en mi naturaleza. Está en la de ustedes.
Thomas Lynch, *El enterrador*.

Cuando Ángela Jiménez me invitó a la sala de quimioterapia de la Clínica de Occidente para hacer fotos a los pacientes, al espacio y a lo que allí ocurría, me sentí... Por una parte, estaba la curiosidad literaria y vital que me produce la muerte; y por otra, la inquietud que me generaba entrar, como si fuese una invasora, a un lugar que imaginé lleno de dolor y sufrimiento. Así asistí, una mañana de agosto, con el calor suave y húmedo de las horas tempranas de Cali, a la planta primera del edificio de la 19 Norte con 5.^a Norte, en el Barrio Granada: llena de extrañeza, con la mirada atenta, los oídos abiertos y el corazón suspendido.

Recuerdo mi mudez, el gris constante del ambiente, los números como colgajos de las paredes sustituyendo los nombres de la gente, los uniformes azules del personal sanitario, los recipientes y anaqueles de aluminio opaco, y el brillo impetuoso de un suelo que alardeaba estar libre de gérmenes. También recuerdo el silencio. Un silencio estridente.

Empero, al otro lado de la frontera imaginaria que tracé, vi mantas mullidas, chanclas con flores, peinados envueltos en pañuelos de colores, revistas con páginas marcadas, móviles con juegos, llaves colocadas estratégicamente en el brazo de un sillón: espacios mínimos donde transcurría la vida. Y esto es bastante contradictorio, porque en esos pequeños territorios personales observé gente enferma, construyéndose algo similar a un hogar; personas doloridas, muy cerca

de la muerte, que contrastaban con un espacio aséptico y unas personas de azul que se me antojaban más mortuorias.

Es un reto vivir y es un reto morir. Es un reto el dolor. Es un reto enfrentarnos a estas tres cosas. No obstante, la vida nos ocurre todos los días; el dolor, en algunos cuantos; y la muerte, solo uno. Dicho así, parece comprensible que nos sintamos más cómodos con la vida que con el dolor y la muerte, pero estos últimos nos suceden desde el inicio de los tiempos, todos los días (aunque sea a otros) y nos generan un inacabable número de emociones: pena, tristeza, vergüenza... y, sobre todo, miedo. A la muerte la negamos, la callamos, la evitamos, la olvidamos; al dolor, lo escondemos. Y, para colmo, las pocas palabras que les adjudicamos son siempre temerarias.

Leo con detenimientos los relatos de los estudiantes que participan en este libro. Me sorprendo con su objetivo: darle preeminencia a la clínica psicoanalítica en la atención del paciente oncológico y con enfermedades crónicas; reconocer el dolor y la muerte en el discurso del paciente y abordarlo terapéuticamente. O como yo lo interpreto: ponerle palabras a la muerte, legitimar el dolor y revalorizar la vida cuando nos queda ya poco de ella.

Me asombra la valentía de estos terapeutas que ponen su cuerpo para albergar el de otro, enfermo y dolorido; la fortaleza de ofrecer su escucha para traducir en palabras el silencio de un moribundo; la intrepidez de hacer de su aprendizaje y su experiencia profesional un acto de infinita humanidad. Así mismo, me parece digno de celebrar que la literatura –que no es otra cosa que el hecho de contarnos– expanda su linde cultural y sea un médium en casos tan serios como los de un hospital de enfermos de cáncer. Celebro que, en este libro, el poder de las palabras cruce esa frontera, porque pienso que escribir exorciza dolores y miedos, que las palabras legitiman y liberan, pues nombran lo innombrable, hacen tangible la existencia, les plantan cara a los miedos. Reivindico que estas sean una vía en dos direcciones: ayuden de una manera terapéutica al enfermo y liberen al terapeuta de los fantasmas que la enfermedad y la muerte le despiertan.

Al leer estos once relatos y al escuchar a Ángela Jiménez sobre la experiencia con sus alumnos y la suya con los pacientes, queda claro que hacer un ejercicio creativo y narrativo a partir del dolor sana y, al mismo tiempo, educa y multiplica, en la medida en que estos registros –como historias– tocarán e implicarán a otros de una forma más profunda.

Es evidente que este es un ejercicio de humanidad: “bajar de la pirámide” donde muchas veces se posicionan médicos, enfermeros, psicólogos o terapeutas, de ese “muro fronterizo que es lo institucional” y que hace aún más brutal la experiencia del dolor y la muerte, para cobrar un sentido más colectivo y cercano;

puesto que al final, hablamos del lugar común que tenemos todos: aquello que nos atemoriza y que se relaciona con nuestra fragilidad. Ayuda a romper esa que nos ha esclavizado y que nos dicta ser felices, aunque sea en apariencia; que nos condena, nos cansa y nos somete a las estadísticas del rendimiento, donde no cabe el dolor ni el sufrimiento, pese a las pandemias, las guerras y los mismos males de todos los tiempos.

Este trabajo es, pues, una ventana para mirar al dolor y la muerte desde otra perspectiva, una más natural y vital, porque estamos vivos hasta el último momento. También, es un espejo para mirarnos: nosotros, los mortales comunes y corrientes, y los (mortales) terapeutas, quienes nos ayudan a enfrentarnos a la vida –y a la muerte– con mejores herramientas, con palabras precisas.

PRÓLOGO
 La experiencia de escuchar

Alejandro Botero Carvajal

Algún día la muerte nos tomará de la mano. Pero hasta el día en que nos atrape nos veremos libres de ella. Yo pensaba así. Me parecía un razonamiento lógico. La vida está en la orilla; la muerte, en la otra. Nosotros estamos aquí y no allí.

Haruki Murakami, Tokio blues.

Este libro es sobre la experiencia de escuchar, la cual –como muestran los autores– es una vivencia singular. Afirmo esta particularidad debido a que, al terminar su lectura, cada capítulo aborda la negociación del autor con el tiempo transcurrido entre dos cuerpos, paciente-psicólogo, y lo que acontece en medio: la *reinención del lugar* por la cercanía con la muerte. Subrayo aquí que, al leer *Avatares del dolor desde la clínica psicoanalítica: relatos de hospital*, se advierte también el esfuerzo de escribir –lo más fielmente posible– ambas caras del proceso clínico: quien escucha y quien habla.

¿Cómo nombrar lo inefable? A continuación, el lector encuentra cuatro voces que lo intentan:

—Discurso médico: elemento de los profesionales en oncología y cuidados paliativos, que describe el proceso clínico causado por la enfermedad.

—Discurso psicoanalítico: herramienta de los estudiantes de pregrado y posgrado en Psicología, quienes aplican el psicoanálisis para comprender el proceso clínico.

—Voz del paciente: expresa el dolor y recuerda que la forma de convivir con la enfermedad parte de la persona en la que emerge, quien relega la enfermedad a un segundo plano.

—Voz del psicólogo: comunica el modo en que se construye el espacio ante el paciente, reconociendo el camino entre saber y no saber qué paso seguir.

Estas cuatro voces se integran para comprender el significado de la vida, el cual —como evidencian los autores— constata la reinención del lugar en la posición subjetiva, en el lugar psicológico que el proceso de morir o lo que queda de vida hacen patente.

A lo largo de los capítulos, es posible una lectura muy humana, puesto que el texto explicita las vicisitudes del trabajo en el hospital, en la unidad de oncología; en este recorrido, el lector puede tomar alguna de las voces para construir su propio espacio ante los relatos. Cada apartado refiere una arista sobre lo humano, lo que quizás impulse al lector a poner su vida entre paréntesis, suspender su experiencia, implicarse con la vida del otro que narra y aferrarse al relato vertiginoso de la existencia; es decir, a través del texto, tendrá la oportunidad de aproximarse y escuchar lo que sucede dentro, por una puerta entreabierta que deja escapar algunos sonidos. Así ocurre con el dolor y con quienes le hacemos frente mediante todas las herramientas que tenemos disponibles.

En ocasiones, las vicisitudes hacen que las coordenadas sobre lo humano sean más claras. Los autores nos muestran sus travesías perdiéndose y encontrando el rumbo; donde construyen metáforas para facilitar el tránsito por los cuerpos y los relatos de los pacientes que alojan en sus letras.

Para finalizar, es posible releer los textos en conjunto e integrar la experiencia acumulada al acompañar procesos de pacientes dentro de un hospital. Ello encuentra rasgos humanos que rescatan los oídos de personas dispuestas a reinventar su lugar para escuchar y dar espacio a que emerja una vida como esta quiere ser recordada.

INTRODUCCIÓN

Psicooncología, una versión desde el psicoanálisis. Otra versión para el dolor: “no-todo dolor”

Ángela María Jiménez Urrego
Julián Alberto Agudelo Jiménez

Del estado de mi alma, que, aquel lejano año, no había sido para mí más que una larga tortura, no quedaba nada. Pues en este mundo donde todo se gasta, donde todo perece, hay una cosa que cae en ruínas, que se destruye más completamente todavía, dejando aún menos vestigios que la belleza: es el dolor.

Marcel Proust, *En busca del tiempo perdido*.

Dignitas: “merecedor de algo”

El proceso de morir es inevitable. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) define los cuidados paliativos como

Un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. (párr. 1)

Durante las últimas décadas, se ha observado que la expectativa de vida va en aumento. Pese a ello, los adultos mayores presentan enfermedades que los hacen afrontar un sufrimiento para el que, en la mayoría de los casos, no están preparados. Por esta razón, el equipo multidisciplinario en cuidado paliativo hace un trabajo conjunto que brinda apoyo no solo al paciente sino a sus familiares;

con su asistencia, acompaña al primero favoreciendo que viva tan activamente como sea posible hasta su muerte y a los segundos en este duelo.

En el manejo de los pacientes que ingresan al programa de cuidados paliativos, la dignidad debe ser sostenida, no vulnerada. Si se observa la definición de la Real Academia Española (2023), el significante *dignidad* procede de la palabra latina *dignitas* y su definición es “cualidad de digno” (párr. 1); es decir, merecedor de algo. Incluso, se podría traducir dignidad por valioso, haciendo referencia al valor inherente del ser humano en cuanto que es un ser racional, dotado de libertad y poder creador. De este modo, se reconoce con la dignidad, la posibilidad de las personas para posicionarse y mejorar sus vidas mediante la toma de decisiones y el ejercicio de su libertad. En otras palabras, la dignidad se explica –en buena medida– por la autonomía del ser humano para elegir una mejor calidad de vida.

De acuerdo con lo anterior, los profesionales en salud deberían contar con un deseo inherente en ser útiles y ofrecer apoyo. Se tiene aquí un desafío diario que implica comprender los factores que afectan la dignidad de una persona y cómo hacerles frente; ello permitiría un mayor sentido de respeto, responsabilidad y humanización por el paciente (González-Ling y Galindo-Vázquez, 2020).

Sobre el dolor de enfermar

En este punto se habla sobre una clínica de la cronicidad del cuerpo. Desde hace algunos años, lo oncológico ha convocado a abordar el sufrimiento del cuerpo con un desafío: no hay conceptualización suficiente, de hecho, esta es palmaria o solo se bordea.

Así, se escuchan varios discursos en el paciente, las familias y el personal de salud. Sin embargo, también se presenta el ejercicio de quienes deciden hacerlo de otra manera, los estudiantes y profesionales abocados a escuchar el sufrimiento que entraña lo real del cuerpo, que han apostado por darle lugar a aquello que insiste: *el dolor*.

En el caso de los pacientes, se aprecia una extrema dificultad en nombrar lo imposible de ser nombrado. Se encuentra asimismo el silencio, pero no ese que espera y que apacigua; todo lo contrario, uno de no saber qué hacer y cómo estar o alojar dicho silencio.

En este contexto, se encuentra una especie de repetición dolorosa encarnada en diferentes cuerpos: el del médico, el de la enfermera, el del cuidador primario y el dolorido y cansado del paciente. Cada uno atestigua su papel, sus significantes y cierta posición en esta suerte de espacio que es –como lo acuñó en

algún momento Mónica Larrahondo— “no todo-dolor”, que resulta avasallante y a veces generalizado.

A partir de dicha repetición, se piensa en aquellos que han decidido alojar la escucha de estos pacientes y familiares, reservorio de inquietudes desde el *no saber*, pero que empuja a actuar ante tal incógnita: ¿qué decir o cómo posicionarse frente al influjo doloroso e inhóspito de la enfermedad física? Al respecto, cabría hacer algunas preguntas en el ejercicio de escucha:

—¿Por qué el dolor surge como recuerdo de que existe un cuerpo, el cuerpo propio?

—¿Cómo el silencio tiene tonos y resonancias en estos pacientes? ¿Cómo leerlos o escucharlos?

—Si bien la pulsión de muerte en la enfermedad física se hace patente, ¿cómo sostenerla justamente, en cuanto también impulsa la vida?

—Si el dolor alude a un exceso que raya en lo real, en eso imposible de nombrar, ¿qué goza ahí donde se aloja el dolor?

—¿Cómo acompañar la palabra o su ausencia en consonancia con el deseo en los pacientes que se quejan de dolor?

Ante tales dudas, se piensa en un significante que cobija estos vacíos: la *calidad de vida*, aquella que no se instaura porque hubo un diagnóstico, sino que guarda relación con el recorrido del sujeto a lo largo de su existencia e historia. Calidad cuya ética implica que no hay un paciente antes y otro después del diagnóstico.

Recordando a Gatto (2017), la calidad de vida supone abordar al paciente oncológico, alojar su sufrimiento, no retroceder frente al dolor y mejorar cómo vive; que el sujeto pueda expresar sus necesidades y deseos a partir de la palabra, en esta práctica del blablablá, cuya regla de la asociación libre espera desentrañar qué duele en el paciente. Por ello, no podría haber una clínica psicoanalítica exclusiva de lo oncológico; lo que sí hay es esa posibilidad de escuchar pese a los silencios que incita tanto dolor. Parafraseando al psicoanalista argentino Gabriel Lombardi (2018), con esta práctica del blablablá, se pretende hallar una solución al sufrimiento coagulado ante la expectativa de ver erigido aquel instante en que una palabra, que es del orden de ese balbuceo, cuyo carácter es irreversible, sea palabra en acto (vuelta de tuerca, vuelta de página, asumir de otra manera...). En suma, que sea posible otra posición articulada a un deseo, frente al existir en ese dolor incontrolable.

Los estudiantes que acompañan la práctica clínica—que atiende primordialmente pacientes crónicos— inspiraron este texto. Escuchando en ellos la indignación

ante el dolor de sus pacientes, se hace memoria de frases que son poesía y que definen dicha sensación: “el dolor, el dolor es un fantasma... los médicos lo buscan, pero no lo encuentran. El dolor burla al medicamento. El dolor es como si me jalaran la piel”.

Con todo ello que sobrepasa al ser, la conmoción no ha impedido que los profesionales en cuidados paliativos se sostengan a sí mismos y le den lugar a la angustia del paciente que sufre no solo con su cuerpo, sino con las cosas más íntimas y cotidianas –el dinero que le falta para el transporte público o la posibilidad de morir siendo el único benefactor económico–, con la pérdida de los semblantes –cabello y pestañas– y de su posición social –la reina del baile, el hombre más guapo, la mujer más bella, la niña más vivaz e inquieta–.

Esta clínica se centra en el dolor, pero no se agota ahí, lo trasciende cuando le hace frente a partir de la invención; cuando construye un diálogo, crea puentes, inventa pretextos y se vale de sortilegios; cuando aloja al sujeto y su palabra en una sesión o en varias, como un atisbo para recordarle que, mientras viva, aún hay un deseo sujeto. Así, ¿por qué no arriesgarse a hacer una clínica en donde otros se niegan a escuchar por el exceso de dolor?

En este ejercicio, se observa cómo la noción de finitud llega a algunos de manera sorpresiva y dolorosa, con un diagnóstico y pronóstico. Mientras tanto, a los profesionales en cuidados paliativos llega por reflejo e imagen especular de aquello que es insondable y desconocido; sin embargo, ello sucede en vivo y en directo, llevando a la caída de sus semblantes, de todo su saber, sus títulos, publicaciones y producción intelectual. ¿Qué les queda? Su cuerpo, ponen el cuerpo ante el otro que sufre. Ahí, pese al dolor, se mantienen.

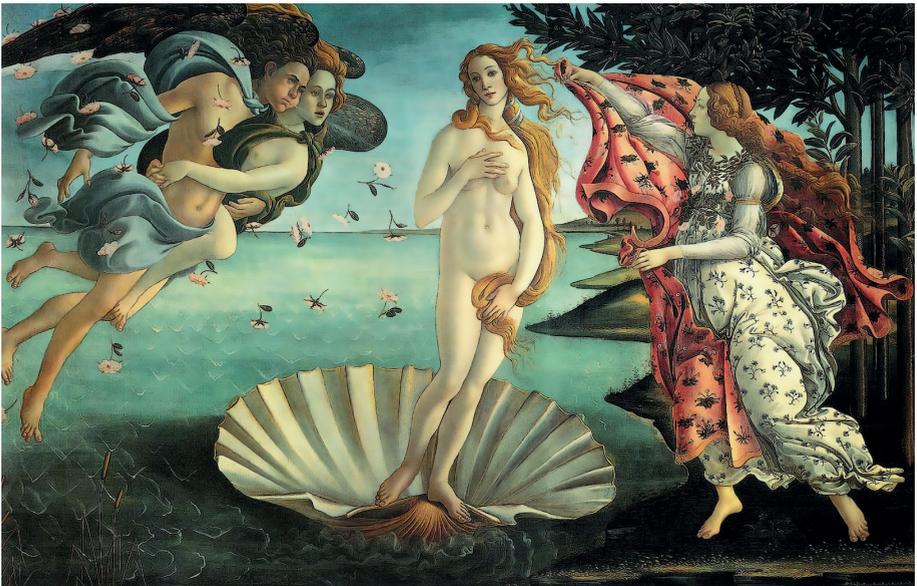
Recordando un fragmento del libro de Álvarez (2017), *Estudios de psicología patológica*:

quien siente curiosidad puede llegar a estudiar. Además, si gusta de la soledad, será más propenso a escribir. Pero para enseñar se necesita ser generoso. El maestro es generoso, porque da algo que ama, algo valioso a lo que ha dedicado mucho tiempo antes de entonar el ¡eureka! Y porque anhela que los que vienen detrás suban al escenario y asuman su papel para que la obra continúe. Pocas cosas más satisfactorias conozco que escuchar o leer algo brillante de un alumno. En estos momentos uno cae en la cuenta de que su trabajo ha merecido la pena, y de que va llegando la hora de bajar al patio de butacas. (p. 27)

Enseguida, se les da la palabra a los estudiantes y a quienes eligieron este deseo conjunto en el reto de querer escuchar lo imposible y doloroso “no-todo”. Es un honor encontrarlos en este camino del hablar de “lo imposible de decir”.

El nacimiento de Venus. Urdimbres de lo femenino en el hospital

Laura Valeria Agudelo Campiño



Nota. El nacimiento de Venus, por Sandro Botticelli, 1483-1485. Dominio público.

El mar hecho mujer
En lo profundo del mar habita un deseo,
Triste, solitario, inquietante;
Se gesta en las densas olas
Y se debate en la profusa marea
A pesar del golpe sobre las rocas

*De ocupar el amplio horizonte sin mirada,
Una de esas que podrían devolverle la belleza a la vida...*

*A pesar del infinito dolor de no ser toda,
De haber sido despojada de su territorio corporal,
Muy en lo profundo del denso mar,
Habita un deseo,
Uno fuerte, vivaz, certero,
Con cuerpo de mujer,
Insospechadamente femenino.*

*Algunos días esta mujer anduvo tras la luna,
Con la marea alta sobre su cabeza,
Y otros, con la marea baja abrazando sus pies,
Al final de tanto divagar,
Pudo asumir su camino, su caos, su indecisión,
Pero para ello, tuvo que decir adiós a este mar
Ya conocido...*

Gracias Venus por enseñarme con tanta paciencia que una mujer es un infinito sin saber, pero ante todo es deseo, aquello que empuja la vida desde dentro del pecho. Lamento que lo más inesperado haya sido tu partida, yo nunca te vi finita; por el contrario, ocupaste grandes amplitudes de la existencia.

Introducción

En este escrito pretendo reivindicar la complicidad que implica la clínica, el estar ahí con la propia experiencia como fuente de aprendizaje. Aun así, temo manifestar que es mi primer encuentro con un posible caso de “locura” (un tanto melancólica), aquella que invade la vida cotidiana; un encuentro con lo real-femenino, con la pregunta paralizante que me suscita Venus: ¿qué es ser una mujer?

Por lo cual, expongo caminos teóricos elaborados que nos ayuden, a ella y a mí, a bordear lo que no tiene nombre, pero también a sabernos mujer desde lo que se (des)conoce de sí misma. Finalmente, esta narrativa la enuncio en primera persona, dado que permite pensar-me en el tránsito del acompañamiento del otro. Así mismo, no desaparezco de la puesta en escena; hay una voz propia dispuesta a responsabilizarse de *impasses* y aciertos. Se trata de escribir palabras vivas.

Presentación del caso

La paciente 1, a quien llamo Venus, era una mujer de 57 años, de tez blanca, cabello azabache y rizado, y una sonrisa infantil. Su cuerpo relata la historia de múltiples mutilaciones debido a su diagnóstico; desde los diez años soportó amputaciones en todas las falanges de sus pies y en su mano derecha solo quedaba el pulgar. Llegó a la clínica el 7 de febrero de 2022 por una nueva crisis

de salud, debido a su esclerosis sistémica, la cual desencadenó en el síndrome de Raynaud en su mano izquierda; se intentaba evitar otra amputación en esta zona. Igualmente, la acompañaba un diagnóstico de depresión y esquizofrenia paranoide; este último nunca lo evidenció con claridad, pues no miré a una mujer incapaz de sujetarse a algún vestigio de realidad, por el contrario, hizo todo lo posible por habitarla con dudas y algunas tristezas.

Al entrar en la habitación, observé que era un cuadrado pequeño con un gran baño que la paciente agradeció desde el primer momento: “me gusta mucho el agua, me ayuda” (Venus, comunicación personal, 2022). Venus estaba recostada en la camilla, cubierta por guantes, medias largas y una cobija térmica en todo su cuerpo; el aire acondicionado no estaba encendido para favorecer la circulación sanguínea.

Entre otras miradas, percibí a una mujer desbordada, con notoria angustia, pues hacía de sus palabras un océano insondable al oído; además de una actitud infantil que con su voz me remitía a la de una niña. Debo admitir que, en este primer encuentro, también me desbordó psíquicamente. No supe dónde ubicar mi cuerpo; por instinto, me hice al lado de la cabecera. Solo bastó con mirarla para que fuese un río de lágrimas. No obstante, la piel fue contención, el tacto con su hombro le anotició que yo estaba allí; incluso su logorrea podía tener una pausa para ser escuchada.

Historia familiar: expiación de silencios olvidados

Los secretos constituyen un camino censurado, en que se intenta salvaguardar la imagen ideal de lo no pronunciado. Hay secretos colectivos; familiares, pero a la vez desconocidos; revestidos por lo ominoso, como bien diría Freud (1993); tejidos con sentimientos de culpa que intentan ser expiados a través de un cuerpo. Este podría ser el recuadro familiar de Venus. La madre me manifestó con cierta urgencia: “me decían que ella era hija de un pecado. A veces me siento culpable, pero abusaron de mí; fue un primo-hermano” (comunicación personal, 2022). La mirada de la madre era difusa, su rostro lucía plano y su cuerpo se recogía como si declarara en un estrado. Posteriormente, mencionó: “yo antes no la quería, porque representaba lo que me habían hecho. Después, vi que ella solo dependía de mí y la cuidé. Ella me echa la culpa de eso” (comunicación personal, 2022).

Pareciera que algunos dolores necesitan ser silenciados, cobijados bajo el secreto para que dejen de hacer daño, aunque ya hayan hecho estragos. Venus se percibía como el depósito de la no mirada o de ser mirada como pecado. Al referirse a su pareja y hacia sí misma, decía “somos hijos no deseados” (comunicación personal, 2022). Me cuestiono, entonces, ¿qué implica vivirse

como pecado? Muy sabia en su dolor, Venus afirmaba: “quiero sentirme querida, necesitada” (comunicación personal, 2022); quizá, como todos nosotros, anhelaba mirarse fuera del agravio: “soy criticada y mi mamá admirada; quiero ser como mi mamá” (comunicación personal, 2022). Ante ello, surge la imagen de quien se desdibuja de un lugar, habitando la inexistencia o deseando ocupar una identidad que no le corresponde. Me pregunto si alguna vez se ha sentido dueña de algo, ¿acaso el camino de la psicosis es la soledad?

Venus relataba que llevaba viviendo 24 años con un hombre al que denominaba compañero. Él fue abandonado por su madre y “su historia también es muy difícil” (Venus, comunicación personal, 2022); puede que las faltas se unan así mismo para conformar una familia. Sin embargo, explicó que este vínculo se había debilitado, porque “a él se le acabó el amor” (comunicación personal, 2022), relatando ideas y presentimientos de engaño. Además, contó que ya no compartían la habitación desde hacía un tiempo, pues no estaban casados y era prohibido por la Iglesia.

En medio del síntoma familiar, se desencadenó la emergencia subjetiva de Venus, exclamando con viveza: “ellos creen que no tengo derecho a ser mujer, a tener relaciones sexuales. Mi familia me ve como un objeto, me ven como discapacitada, pero no como mujer” (comunicación personal, 2022). Por lo cual, la interpele: ¿qué es ser mujer? Frente a esto, expresó: “lavarle la ropa, hacerle de comer... pero si me quitan mi única manito, no voy a poder hacerlo” (comunicación personal, 2022), se desbordó, logró contenerse y emprendió otra vez el discurso alrededor del enigma de ser mujer, de aquella feminidad inhabitada: “he sido hija, madre, sobrina, pero no mujer” (comunicación personal, 2022).

Hallazgos clínicos

Para analizar este caso, dispongo del tiempo lógico enunciado por Lacan (2012), en articulación con viñetas de los catorce encuentros con Venus. Más adelante, evidencio las resonancias del acompañamiento clínico por medio de la teoría de J. M. Álvarez (2020), Marie Hélène Brousse (2017) y Jean-Claude Maleval (2002), además de mi mirada.

El instante de la mirada: encuentro de dos soledades

Venus develó lo solitario en medio de su enfermedad, refiriendo con llanto en la primera sesión: “me siento deprimida. Yo perdí mi infancia y juventud por la enfermedad; ahora la quiero recuperar; quiero dedicarme a mí” (comunicación personal, 2022). Me pregunto ¿cómo recuperar lo perdido? Se añora a solas aquello que no se puede compartir con el otro; quizá, la imagen de sí que no alcanzó a materializarse más que en el delirio de no ser, en el caso de Venus, no

ser mujer para el Otro. Por ello, intentaba recuperar-se tanto de la enfermedad como de ser mirada como pecado; en su imaginario, la despojaron del derecho a ser mujer, vivía como un ente en soledad.

Al respecto, Álvarez (2020) señalaba que “la soledad para ellos es un refugio, pero también una cárcel de la que no pueden salir. Es una soledad mezcla de cobijo y de prisión” (p. 79). En cuanto a su aspecto de cobijo, permite relegarse del Otro, la no relación para evitar mayor malestar; sin embargo, la prisión se hace grande ante el peligroso silencio, el no contar con la posibilidad de apalabrar el sufrimiento. Aun así, no todo es soledad: “cuando la soledad espesa y ahoga, el solitario se sabe huérfano y sin ayuda. Como decía, esa es la puerta por la que nos colamos, sigilosos, los terapeutas de la locura” (p. 81). De este modo, la posibilidad de constituir transferencias ocupa un lugar; a partir del encuentro de dos soledades se propicia el acompañamiento, donde se sospecha qué los une en el tránsito del camino. Puede que a ella y a mí nos halla unido la soledad que implica constituirse como mujer.

El tiempo para comprender: vacíos de mujer

A lo largo de las sesiones, del 10 al 21 de febrero, mediante el acompañamiento discursivo, Venus puso en evidencia una historia familiar marcada por el incesto y una historia subjetiva alrededor de la culpa. Ella dijo: “mi mamá todavía tiene culpa conmigo, porque me trató muy duro, porque ella fue violada. Hay vacíos de mujer, me siento incompleta... Para limpiar mi mente sueño diferente” (comunicación personal, 2022). Le pregunté de qué debía limpiar su mente, pero la respuesta la destinó al silencio. Esta sesión me remitió a una de las primeras, donde Venus se retrató como un árbol de raíces muy profundas y con muchas ramas; algunas querían seguir creciendo y otras necesitaban ser cortadas. Al interpelar su sentido, refirió que las voces familiares afirmaban que se debía cortar con el deseo sexual, pero su voz habilitaba dicho crecimiento.

Venus se reconocía como la culpa; aquella falta para la madre revestida de pecado constantemente enunciaba: “me anulé como mujer” (comunicación personal, 2022), ¿tal vez para que la madre pudiese ser una? Inscribirse en el deseo del Otro para restituir el deseo de la madre, aquel legado familiar de no “deseo sexual”; solo que este va más allá de un íntimo encuentro, pues el deseo, la pulsión sexual, es el empuje a la vida. Sus vacíos de mujer quedan sometidos al goce otro, donde ella también puede disfrutar. Afirmaba: “no me dejan tomar mis propias decisiones; ella dice que es mi mamá” (comunicación personal, 2022). Con respecto a su compañero, expresaba: “si yo le sirvo a él, me satisfago a mí misma” (comunicación personal, 2022). Quizás, intentaba ocupar un lugar de objeto para sujetarse a la vida.

En ese sentido, Maleval (2002) expone la emergencia de la mujer con relación a la forclusión del nombre del padre, es decir, el goce sin límite. Sin embargo, “la mujer toda se puede confundir con el padre gozador” (p. 301), pues el padre solo es un semblante cuando su función está simbolizada; pero cuando su máscara hace falta, “surge [la] figura del goce ilimitado” (p. 301). La mujer en la psicosis se devela como sujeto de goce, pero este mismo empuje no se reduce al goce inminente, sino a la posibilidad de una cierta contención de dicho goce: “la mujer constituye una última protección contra la malignidad del padre gozador” (p. 302).

Conforme a lo precedente, se podría pensar que Venus –pese a no estar inscrita con seguridad en una psicosis– realiza un doble movimiento: gozar de sí en cuanto el otro goza de ella frente a la mujer inexistente, porque es mejor ser mirada como pecado a no serlo. A su vez, la inexistencia es contención ante un sin saber. Venus no es la mujer, sino una mujer, aquella que tiene atisbos imaginarios y, en ocasiones, simbólicos para atravesar un real.

Después de los vacíos de mujer, deviene el vivirse como *incompletud*, cercenada en lo real, en un cuerpo que ha sido despojado de sí tanto en la enfermedad como en su pulsión; el Otro es quien decide sobre dicha corporalidad para prevenir que se replique el pecado sobre el imaginario de mujer. Hablando del estrago materno sobre el cuerpo, Brousse (2017) apela al término arrebatar (*ravir*) –utilizado por Lacan (2012)–, que caracteriza “la sexualidad femenina en su relación con la función fálica como quererla arrebatar (*ravir*) al hombre” (p. 33). Así mismo, alude a “estar raptada” o “sustraída a sí misma” (p. 33).

Por otra parte, Miller expuso que el arrebato se articula al tener un cuerpo, el cual es sustraído: “el arrebato toca al registro del tener como al del ser. La lógica fálica está aquí presente. La madre se declara una raptora de cuerpo” (como se citó en Brousse, 2017, p. 33). Tal vez, Venus anoticiaba este arrebato como vacíos de mujer; aquella incompletud sobre la cual no podía reconocer su feminidad, pues si no es poseedora de un cuerpo, no hay dónde depositar la imagen de sí, en congruencia, es arrebatada/cercenada de estar cuerpo a cuerpo con el otro, no hay lugar en este. Brousse (2017) diría que “una niña cae en un agujero” (p. 33), entonces, Venus cae expropiada de su cuerpo, en la ausencia mediada por las decisiones de alguien más, llámese madre, doctor o compañero.

Momento de concluir: el nacimiento de una mujer

En una de las sesiones, Venus no autorizó a su madre salir de la habitación. Por este motivo, estuve desesperanzada. Al cerrar dando noticia del próximo encuentro, Venus enunció: “sí, para hablar de mujer a mujer” (comunicación personal, 2022). Me supe gratamente sorprendida, era la primera vez que la es-

cuchaba nombrarse mujer; desde ese momento, vislumbré que algún semblante estaba tomando cuerpo en aquellos “vacíos de mujer”, como ella los denominaba.

En las sesiones siguientes, el deterioro de salud de Venus fue cada vez más evidente. Casi siempre estaba somnolienta, con dolor exacerbado u otro síntoma de gran malestar, por ello, no tenía el empuje necesario para volver sobre la conversación pendiente de “mujer a mujer”. En el desborde de sí, en especial frente al dolor, yo solo podía estar. Aun en la incertidumbre del sin saber, recordé la primera frase que escuché al entrar en su habitación: “me gusta mucho el agua, me ayuda”.

De ahí, me sujeté a la imagen de “no ser toda dolor” por medio de su recurso: el agua, aunque no tan literal... Puse el sonido de las olas del mar y le narré un contexto imaginario acorde: le describí la sensación del sol en la piel, la arena entre los dedos y el agua que, al encuentro con el cuerpo, puede generar una estesis distinta al dolor. Venus logró contenerse, pero no hubo ánimo para hablar. En el encuentro siguiente, estaba en las mismas condiciones, por lo que le pregunté qué le ayudaría a sentirse mejor. Manifestó: “el sonido de las olas del mar me tranquiliza” (comunicación personal, 2022). Volví a utilizar este recurso y escenifiqué imaginariamente a una mujer que entraba al agua; lo dispuse así para formular la interrogante de Venus en torno a la feminidad. Le brindé algunas posibilidades, como una mujer fuerte para sostenerse ante las olas, sensible para sentir el agua, cauta para salir del mar y poner los pies en la tierra... Una mujer con mucha diversidad. Cuando intenté preguntarle cómo veía a esta mujer, ya dormía.

En una tercera sesión en condiciones similares, donde Venus pidió escuchar de nuevo el mar, le dije que esta vez ella sería quien narrara la historia. Entonces, expresó: “hay un inmenso mar, conchitas, palomas. Estoy acostada en la playa, hay un poquito de agua y arena, es relajante. Estoy sola, se siente bien” (comunicación personal, 2022). Respecto a lo precedente, realizó una devolución discursiva en torno a la soledad, ¿por qué sentirse sola? Pero volvió a dormirse. Después de estos encuentros, me angustié al pensar que los abordajes podrían estar generando una fijación o un estado de nulo agenciamiento de la propia vida al remitirse a la vida *in utero* como un recurso defensivo para hallar un estado placentero.

No obstante, en la última visita, pese a su agotamiento, Venus estaba dispuesta a hablar sobre aquello elaborado. En ese sentido, dijo: “él ya no me quiere. Yo quiero sentir libertad, no tener nada con nadie” (comunicación personal, 2022). Le pregunté si ello aludía a finalizar su relación, a lo cual respondió de manera afirmativa. Luego, solicitó una hoja y pinturas. Se las di, pero estaba muy débil para sostener el pincel. Le dije que si deseaba ayuda. Ella me indicó

“por favor, escriba: Henry, ya no te quiero” (comunicación personal, 2022). Así lo llevé a cabo, siendo secretaria de la alienada (o tal vez de la adolorida); como alguna vez lo explicó Lacan en su tercer seminario sobre las psicosis, se trata de advertir lo vivaz del sujeto más allá del delirio o la alucinación. Esta denegación, “Henry, ya no te quiero”, muestra una mujer emergente, un sujeto de deseo frente a la relación que no quiere más. Esto lo resalto, porque en las sesiones precedentes Venus reiteraba que el otro era quien no la quería o no la dejaba ser, ahora ella tomaba un lugar.

En esta misma sesión, evidencí una posible alucinación que se encamina a la reparación de sí. Señaló:

Conocí a un hombre aquí, pero solo yo lo he visto. Estuve al desnudo. Me dio un baño como nunca me habían bañado. Me echó agua venteadada y me dijo: “no te voy a hacer a un lado”. Él hizo lo que otro no. También me acordé de usted, porque me dijo que el agua podía hacer sentir libre. (Venus, comunicación personal, 2022)

Ante ello, respondí: “Venus, no solo estar en el agua hace sentir libertad, son las decisiones que tomamos en el mar. Eres una mujer que toma decisiones” (comunicación personal, 2022).

Respecto al delirio como posible reparo ante algo de la realidad que escapa al sujeto, se podría pensar que Venus, en ese extravío, nació como mujer. A propósito de su creencia, el agua como aspecto purificador –utilizada en el bautismo para quitar el pecado original, pues “por el bautismo somos liberados del pecado y regenerados como hijos de Dios” (La Santa Sede, s.f., párr. 1)– toma la connotación de perdón en Venus, lo cual la habilita mirarse como mujer más allá del incesto. Así pues, al cerrar el caso, me percaté que sujetarse al agua no era una especie de regresión a la vida *in utero* o un nulo agenciamiento de esta en torno a la pulsión de muerte; por el contrario, para ella era una forma de sostenerse, un arreglo para saberse mujer. Además, el agua es un referente de feminidad, por ello se dice la mar, las olas y la arena; tal como retrató Botticelli el nacimiento de su Venus, aquella mujer sobre las aguas.

Para cerrar quisiera ponerme en el banquillo. Aparte del diagnóstico de psicosis otorgado por la institución, no vislumbro con seguridad el lugar que ocupé en la relación terapéutica; aunque suene lógico, hay un punto de amarre y uno de quiebre. El primero, ligado a la transferencia: este espacio fue posible al tampoco saber qué es una mujer. Desde el inicio fui sincera al respecto, pues la feminidad tiene tantas aristas que aún desconozco en mi ser, diría que es una realidad inagotable. Segundo, el punto de quiebre contratransferencial: discernir la sensación de “no podré, es demasiado”; irritarme al escucharla decir ser objeto para el otro

y observar cómo su madre invadía su espacio vital. Ante todo, agradezco a mi maestra Ángela Jiménez, quien estuvo para mí, me sostuvo para no retroceder, creyó en mí y me acogió con tanta sensibilidad. Finalmente, me cuestiono mis abordajes. ¿Hice bien con lo ofrecido? ¿Qué miré en ella para sentirme capaz de acompañarla? ¿Mi práctica clínica fue azarosa, cauta o aventurada? Desde mis ojos no lo podré saber; siempre tendré que recurrir al otro para verme de revés.

Vivir de calmantes. El dolor y la transferencia

Karen Lizeth Cortés Garzón

Introducción

El presente escrito está inspirado en la experiencia clínica con el paciente oncológico abordado desde la orientación psicoanalítica. Debido a su uso académico e ilustrativo frente al hacer del clínico, será un recorte clínico donde se ponen de relieve diversos asuntos derivados del discurso del paciente, tomados como significantes valiosos que dan cuenta de aspectos transferenciales.

A lo largo de la presentación, se evidencia lo ocurrido durante la escena clínica, la cual no excluye al clínico (terapeuta); es decir, ambos hacen caso, uno prestando sus palabras para ser escuchado y el otro-terapeuta, quien aloja y acompaña cuestiones simbólicas, reales e imaginarias, atravesadas por el dolor desbordante del paciente en su experiencia de enfermedad. En ese sentido, se habla de un encuentro de dos cuerpos. Dándole lugar a esto, el lector halla en el texto avatares en la clínica con el paciente oncológico, donde aparecen el dolor, la escasez de palabras, la impotencia y algunas coyunturas transferenciales que hacen eco.

Estructura familiar

El paciente 2 es un hombre de 78 años, pensionado, sindicalista y católico. Padre de tres hijas. Procedente de Cali, Valle del Cauca. El paciente narra “no tuve familia” (comunicación personal, 2021), aludiendo a la discriminación que recibió por parte de su núcleo familiar, compuesto por cuatro hermanos (siendo

el segundo), su madre (ama de casa), presuntamente maltratada por el padre del paciente, quien era alcohólico.

Su *no lugar* dentro de esta familia implicó sostenerse desde “el hijo rebelde y desafiante”, en busca de defender a su madre de dichos maltratos. Al oponerse, el paciente genera discordia entre los hermanos con su actitud; por ello, esta rebeldía se convirtió en un significante importante tanto en el *no lugar* –en cuanto a la filiación– como en la forma de significar y atravesar su experiencia con el cáncer.

Sus tres hijas tienen madres diferentes. Recién, una de sus exparejas falleció por cáncer. Él desconoce la situación, debido a su actual diagnóstico. Su hija eligió no mencionarlo, pues el paciente ha tomado una posición bastante radical frente a todo ello. Es abuelo de dos nietos, aunque perdió uno a causa de la leucemia. Convive junto a su hija mayor, su nieto y su yerno.

El diagnóstico cobra una relevancia esencial, puesto que ha sido motivo de estallido en la dinámica del hogar. Esto deviene de la forma de filiación en la que el paciente marca un significante de rebeldía, el cual trasciende una cadena de significantes develados en actos de un padre distante, obstinado y negado a recibir, ahora, cuidados por su enfermedad.

Sesiones abordadas

Durante la atención en el servicio de oncología, resonaba con constancia en mi escucha un innumerable, aquello que desborda y se vuelve, no solo dolor biológico, sino también anímico; donde las palabras se agotan y los oídos huyen al ruido que genera el porvenir de un posible final, la muerte, el dolor, el quebrantamiento del ideal de bienestar... Para hacer caso, debo exponerme, hablar y hablarlo, porque en la escena estuvieron dos cuerpos sosteniendo un lazo trazado por la palabra; su cuerpo adolorido y el mío impotente, cuestionado, igualmente dolido... pues su pronóstico médico no era el mejor.

A lo largo de mis primeros meses de esta experiencia con pacientes oncológicos, en una de las atenciones en sala de quimioterapia, me dispuse a buscar el último paciente de la mañana, a quien reconocía por el nombre. Observándolo a él... un hombre adulto mayor, con gorra, gafas grandes, decaído y con expresión de enojo, pensé: “este señor se ve cascarrabias”. Cuando me acerqué, le estaban realizando curaciones, por lo que esperé a su lado antes de presentarme. Mi mirada seguía inquieta, lo veía incómodo e irritado. Finalizado este procedimiento, me senté junto a él abriendo la conversación con un “¿cómo está? Mucho gusto, soy Karen, psicóloga de la clínica” (comunicación personal, 2021). Menciono esto, debido a que la institucionalidad tiene relevancia y efectos en la transferencia.

Con su expresión y su voz apagada me respondió: “regular, enloquecido. ¿Y usted, cómo está?” (comunicación personal, 2021). Me dio lugar y me recibió en su doloroso momento. Esta vez, me captura aquel “enloquecido”, pues no aguardaba dichas palabras. Por el contrario, debido a su aparente incomodidad, esperaba una negativa ante el acompañamiento; ya había imaginado que este espacio iba a finalizar en minutos. Quizá la incomodidad me pertenecía más a mí que a él; si bien era claro que le dolía su cuerpo, el mío era el que se incomodó por la afectación en su cuerpo, lo que generó un efecto en mí que aún no logro nombrar, solo puedo hablar de un sentir anímico.

Esta palabra, enloquecido, dio apertura a algo... Le pregunté: “¿cómo que enloquecido?” (comunicación personal, 2021). Respondió: “me estoy enloqueciendo, doctora. Yo quiero que me apliquen la eutanasia” (comunicación personal, 2021).

Así, comenzó un relato sobre el proceso de su enfermedad, la forma de significarla y cómo había impactado en su existencia la presencia del dolor. Señaló que llevaba un mes en tratamiento, tras un fuerte dolor en el estómago que requirió de hospitalización. Ello repercutió en el hogar, porque su hija estallaba cuando él también lo hacía. Añadió que no quería tomar medicamentos y que se sentía agotado de *vivir de calmantes*, pues el dolor era intenso.

Se refirió al personal médico con rabia; dijo que los avances científicos solo han progresado en pro de las industrias farmacéuticas, las cuales crean medicamentos para el cáncer, pero no su cura. A esto, sumó la dinámica de los médicos y su falta de comunicación con él, puesto que ninguno –pese a los signos presentados– le indicaba alguna alarma frente a un posible cáncer; de modo que no se percataba de lo que implicaban estos fuertes dolores y malestares al alimentarse.

Durante una hospitalización por un dolor fuerte que le impedía conciliar el sueño, el paciente explicó “una oncóloga se acercó y me sentenció; dijo que yo tenía cáncer de estómago” (comunicación personal, 2021). Estas palabras llegaban con una ola de enojo. Por la connotación del cáncer, este se vuelve un sinónimo de muerte. Por ello, aunque no se lo habían dicho, se consideraba a sí mismo un paciente terminal. En este punto no solo le acontece un dolor físico, sino un saber sobre su existencia dolorosa anímicamente; empezó a operar este significativo cáncer como un amo que lo sentencia.

De acuerdo con lo anterior, el paciente comenzó a asociar esta *sentencia* con el control social, las farmacéuticas y la ciencia. Dijo: “esto es como un castigo de Dios, pero en mí no hay maldad” (comunicación personal, 2021). Frente a esto, contesté: “¿por qué tendría que castigarlo Dios?” (comunicación personal, 2021). A partir de la pregunta, él comenzó a narrarse distinto a lo biológico; es

decir, a darle lugar a su biografía, trayendo aspectos relacionados con la familia y su lugar en esta: “yo nunca tuve familia, siempre fui discriminado” (comunicación personal, 2021). Mencionó que fue el segundo de cuatro hermanos, nacido hacía 78 años en Cali. Recordaba a su padre como un alcohólico y maltratador: “fui el rebelde” (comunicación personal, 2021), por lo que recibió un mayor maltrato, al igual que su madre, a quien intentaba defender. Su rebeldía generaba discrepancia con sus hermanos y distancia entre ellos. Aquello familiar para él, ese lazo está permeado por avatares marcados por las distancias... Él vive con su hija, su yerno y su nieto. La llegada de este real cáncer ha sido un estallido para todos.

En alguno de los seguimientos programados, me puse en contacto con su hija, pues el paciente ya había culminado el tratamiento. Ella refirió que, tras finalizar, empeoró su dolor físico y anímico: no salía de su habitación, no se bañaba, solo recibía alimentos líquidos y su ánimo estaba más afectado... Sin embargo, ella resaltó que su padre era aislado y poco participativo, no a causa del diagnóstico, sino por su personalidad. Con su rebeldía, el padre se asumió como ausente de ese escenario familiar. Según su hija, toda su vida fue de izquierda; un hombre radical y sindicalista; crítico de cuestiones sociales; a quien le costaba obedecer. En tanto, su estado –en ese momento– se encontraba marcado por el miedo y la incertidumbre, mientras su molestia era cada vez mayor, pues no deseaba consumir la medicina y la recibía solamente para disminuir el dolor.

Así mismo, su hija lo comparó con otros adultos mayores más dóciles y con niños que también tienen cáncer. Esto último la retornó a la pérdida de un hijo de tres años, quien murió por leucemia. Igualmente, la madre de otra hija del paciente falleció por cáncer... En efecto, el cáncer es una sentencia para esta familia que la fatiga y la hace estallar. Ella concluyó diciendo que las limitaciones del paciente siempre fueron mentales. Al parecer su forma de asumir la existencia se convirtió en un límite ante la relación con el otro, marcando los señalamientos de su lugar paterno, “fue tan buen papá” (comunicación personal, 2021), con tono irónico; padre de tres hijas con madres diferentes; padre severo, radical y ausente.

En el último encuentro presencial, el más complejo cara a cara con el dolor para mí, él hizo énfasis en su dolor: “no puedo comer; los dolores me retuercen. Tampoco duermo; solo vomito” (comunicación personal, 2021). Emergió una angustia que lo excedía... y a mí me dolía acoger, me dolía cada palabra y cada gesto de malestar físico. “Yo solo quiero que me quiten el dolor” (paciente, comunicación personal, 2021). En calidad de secretaria del doliente, yo solo podía alojarlo, enajenándome del propio cuerpo para ser contenedora –en ese instante– de dicho dolor, *su dolor*. Él, sin embargo, como buen rebelde en contra

de esta gran presencia del dolor, le dio lugar a su palabra, refiriendo que ese cáncer podía ser a causa de desatender una gastroenteritis que le había dado hacía algunos meses. Por no tomar los medicamentos necesarios, esta empeoró y se convirtió en un cáncer: “las angustias del pasado eran pasajeras, pero esto, en esto me quedó; el cáncer es fatídico” (comunicación personal, 2021). Hubo un movimiento discursivo donde él asumió dolorosamente un descuido de su cuerpo biológico e, incluso aludió al final de su existencia. Se evidencia aquí tal lucidez frente a la finitud que resulta compleja de nombrar.

En este último encuentro se quedó en silencio, me miró y mencionó:

Ustedes, los doctores, son como una pirámide, están en lo más alto; uno no se atreve a abordarlos, pero usted me demostró que no es así, es muy noble. Gracias por escucharme. Es la primera vez, estando acá, que alguien lo hace, me devuelve las esperanzas, llegó a abrir como una fuente. (comunicación personal, 2021)

Cerró así su espacio, con este el último encuentro que tuvimos.

Análisis

Un cuerpo invadido: trazos de un significante y el cáncer
“Todo sucede como si algo estuviera escrito en el cuerpo,
algo que es dado como un enigma”.

Jacques Lacan, “Conferencia en Ginebra sobre el síntoma”.

Agujereando en cierto sentido las dinámicas institucionales, que centran su atención en el acontecimiento biológico, Han (2021) afirma que “reducir el tratamiento del dolor exclusivamente a los ámbitos de la medicación y la farmacia impide que el dolor se haga *lenguaje* e incluso *crítica*” (p. 25). Los relatos del paciente dan cuenta de que no hace falta ser asistido biológicamente para impedir hacer un lenguaje, pues este ya constituye un sujeto, un cuerpo. Ello se evidencia a través del discurso de quien presta sus significantes para contenerlos en su experiencia de dolor, tal como lo es el encuentro con el real cáncer, que lo invade y traza caminos en la cadena significativa con los que arma su existencia, tomando relevancia en su situación actual.

En lo que he sido (enloquecido), este hombre ha sido el rebelde, sindicalista y obstinado; esto es lo que se pone en la mirada del otro, incluso en la mía durante el primer acercamiento en la sala de quimioterapia. Desde ese semblante garantiza una distancia con el otro, como efecto de las coyunturas dramáticas de su novela familiar, en la cual no posee un lugar distinto al de apartarse y levantarse en contra del padre maltratador para defenderse y defender a su madre.

Con respecto a la novela familiar, Freud (1992) menciona que “aún en los años posteriores el emperador y la emperatriz, esas augustas personalidades, significan en los sueños padre y madre” (p. 220). Dichos emperadores han trazado huellas de carácter significativo en su cuerpo, puesto que se encuentra un hombre de 78 años que narra un *no lugar*; su evanescencia a lo largo de varios sucesos se traduce en un padre ausente de sí mismo y de su descuidado cuerpo, a tal punto que, conforme habla de aquel dolor-ausente, se culpabiliza por desatender síntomas anteriores al diagnóstico, los cuales pudieron desencadenar el cáncer de estómago. Surge aquí la noción de un hombre culpable; su *no lugar* ha implicado discordias y estallidos familiares, hasta verse invadido por ello. Incluso, con el personal médico se ubica desde la imposibilidad de comunicarse.

En este sentido, vale la pena retomar cuando el paciente expresó “esto es como un castigo de Dios, pero en mí no hay maldad” (comunicación personal, 2021). Aparece, así, la cuestión por el padre (Dios, su progenitor y su rol de padre), con lo cual significa su situación presente como un castigo y hace énfasis en la ausencia de maldad, pero asociándolo a su lugar como hijo rebelde y opositor. Por ello, lo dicho por el otro lo sentencia, tal como hizo la oncóloga al informarle su diagnóstico. Ello lo condujo al desencadenamiento de una urgencia subjetiva, la cual surge “en aquellos casos en que la misma compromete al sujeto, quien tiene una percepción íntima de que eso le concierne, más allá de la opinión del profesional” (Sotelo, 2015, p. 65).

De este modo, roza la relación más íntima en cuanto lenguaje, pues se anuda con significantes que han trazado caminos en su vida, percibiéndose como un objeto negativo para el otro; es culpable por levantarse contra el otro. Todos los soportes con que había sostenido su vida –sindicalista, hijo rebelde y opositor, en contraste al padre– se cayeron con la llegada de la enfermedad, la cual lo interpeló ante un posible castigo divino. Enfrentar al progenitor ha tenido para él este precio, verse caído en su semblante como padre, como hombre opositor; poniéndolo de cara al encuentro catastrófico con lo real, donde su dolor anuncia la muerte, lo que se convierte en un punto ambiguo que lo atraviesa y lo lleva a demandar fallecer, finalizar el agotamiento de vivir de calmantes.

Semejante a la tragedia de Hamlet, abordada por Roudinesco (2002) en su capítulo “El hijo culpable”, un héroe del cristianismo, condenado a no ser rey, despojándose de la soberanía por un derecho divino. Se trata aquí de un héroe culpable de tener inconsciente, pues ha roto la generación de los padres y ha sido infiel por el deseo de vengar la humillación del padre; en definitiva, un soberano melancólico.

Un hombre inconscientemente culpable halla en los sucesos de su vida la enfermedad crónica como un encuentro con lo más íntimo de su inconsciente,

donde el dolor no solo se reduce al síntoma propio de la enfermedad, sino al que ha implicado, desde tiempos atrás, ser culpable. En este sentido, el desencantamiento por la vida no es una respuesta inmediata a la enfermedad; es el resultado de una historia de vida: “las angustias del pasado eran pasajeras, pero esto, en esto me quedó; el cáncer es fatídico” (paciente, comunicación personal, 2021). Efectivamente, este hecho lo dejó sin soportes, anunciando la imposibilidad de generar un encuentro con el lenguaje, aquello imposible de ser nombrado.

Deconstruir la pirámide: la transferencia

*Solo rara vez el silencio es vacío, dice algo, dice lo que no es.
Que tu silencio sea tal que ni el pensamiento lo piense. Hacer callar para hacer
decir: una imposición paradójica, el silencio habla de sí.
José Tolentino Mendonça, Escuela del silencio.*

Llegó la hora de ponerse en el banquillo. Esta es una forma de comprender los aprendizajes que deja la experiencia clínica, teniendo en cuenta que este acto no es sencillo, pues significa bajarse de lo más alto de la pirámide y entender que, si algo se posee de saber, es gracias a ese encuentro con el otro, quien presta sus palabras, angustias y dolores a nuestra escucha, justo ahí cada uno decide qué hacer con eso. Sin embargo, orientados por una clínica psicoanalítica, se busca darle cierto sentido lógico a lo expresado por el otro, considerando que esto tiene resonancias en ambas partes, por ejemplo, la transferencia, que es el punto crucial en un tratamiento.

Ahora, “lo que es seguro es que los sentimientos del analista solo tienen un lugar posible en este juego, el del muerto; y que, si se lo reanima, el juego se prosigue sin que se sepa quién lo conduce” (Lacan, 1975a, p. 563). ¿Qué tan posible es sostener este lugar?, me cuestioné en cada encuentro. Si bien mis sentimientos no impedían escuchar a ese otro, era inevitable que me invadieran después de la atención o durante esta. ¿Quién conducía la escena clínica? Él, quien con su dolor marcó un ritmo que me dejó sin respuestas y con una profunda impotencia. Con esto, quiero señalar que *poner el cuerpo* y la escucha donde declina la vida es una tarea compleja; no basta con preguntar sobre los estados emocionales, con abordar la adherencia al tratamiento ni con la conciencia de la enfermedad; quizás, esta tarea nos cubre de los diversos estados anímicos que conlleva bordear un real como lo es un cuerpo que duele y anuncia la muerte. *Con-moción*, este ejercicio genera conmociones, aunque implica también *movimiento*, como declara su etimología. Empero, la idea no estriba solo en ocasionar ese efecto en el terapeuta, sino en el otro, que se sepa escuchado, y ello no sucederá en lo más alto de la pirámide.

Tal vez, en nuestra época, el ejercicio analítico no solo significa separar sentimientos, sino despojarse de toda relación imaginaria de poder, pues la institucionalidad nos pone encima del lugar del saber, en el que se interviene al otro. Desde este terreno, muchas cosas se pueden obturar e impedir en un escenario donde el dolor es predominante. De este modo, se tiende a darle lugar a un positivismo engreído, impuesto a quien solo ve que la vida se le acaba, que su tiempo se acorta; en lugar de cederle preeminencia al dolor psíquico, acto que puede tener grandes efectos en la sintomatología física.

“Vino a abrir como una fuente” (paciente, comunicación personal, 2021), así lo refirió el paciente, quien dio cuenta de que, a pesar de ese *no lugar* que había asumido por destinos del inconsciente, pudo tender un puente —a nivel transferencial— hacia el otro para aperturar la escucha; poner su cuerpo ante el deseo de morir y querer aliviar el dolor, cuando otros trataron de nublar, negar o disolver. El saberse al lado del otro propició un movimiento simbólico ante ese *no lugar*, donde cae la pirámide, donde es él quien habla desde su deseo: morir. En palabras de Lacan (1975b):

La regla fundamental no es otra cosa que hacerle observar que hay que sudar un poquito para hacer algo juntos, que la cosa no va a andar si de algún modo no se llega hasta lo que displace, no al analista, sino que displace profundamente a cualquiera: hacer un esfuerzo. (p. 2)

En este orden de ideas, se trata de una escena de dos, donde el hacer está puesto en ambas partes, en dos sujetos: el que habla y aquel que escucha. Ahora, debo mencionar que la frase: “vivir de calmantes” fue un punto eje, no solo en la elección del título para el capítulo, sino porque a lo largo de esta experiencia me sostuve de diversos calmantes, como la canción “Alma mía”, de Natalia Lafourcade (2018). Calmantes que me permitieron bordear ese real, esa angustia que provocó la caída de la pirámide, cuando me vi sin palabras ante la presencia omnipotente del dolor; fue una fortuna haberme caído de aquella pirámide (estar desprovista de cualquier saber) y encontrarme con la castración, en cuanto coincidí con un alma sola, de aquel sin lugar que me permitió reencontrar en lo artístico un arreglo estético ante la escucha de ese dolor.

Con ello no pretendo afirmar que esta es y será la única forma de sostenerse en dicho escenario; he entendido que cada quién es “el artesano de sus soportes” (p. 148), como lo establece Lacan (1990) en su séptimo seminario, cada uno construirá su propio deseo. Empero, pongo sobre la mesa los efectos de esta transferencia, la cual debe tener la suficiente claridad para comprender cómo alojar sin quitar el cuerpo, disponiendo la escucha y reconociéndose desde el lugar de “no todo saber”, justo ahí se esperaría lograr efectos clínicos que importan en lo real.

Una viñeta de psicoanálisis y cuidados paliativos

Hernán Guido Arra

Es en el horizonte mismo del psicoanálisis en extensión donde se anuda el círculo interior que trazamos como hiancia del psicoanálisis en intensión.
Jacques Lacan, “Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela”.

El análisis por el análisis no significa nada para mí. Yo analizo porque eso es lo que el paciente necesita. Si el paciente no necesita un análisis, entonces hago otra cosa.
Donald Woods Winnicott, *El proceso de maduración en el niño*.

Estoy en interconsulta, en medio de la recorrida de salas de internación junto con mi compañera médica. Entre un paciente y otro, miro mi celular y veo varias llamadas perdidas de la enfermera de la sala de la unidad. Me pregunta si podía acercarme en ese momento, pues el paciente 3 (a quien identifiqué como M) requería hablar conmigo. ¿Qué pide un paciente próximo al final de su vida cuando solicita hablar con un psicólogo? ¿De qué necesidad se trata, retomando a Winnicott? ¿Y qué otra cosa puede hacer un analista?

Desde hace cinco años formo parte de la Unidad de Cuidados Paliativos de un hospital general de agudos municipal en Buenos Aires. Empecé como residente en la posbásica, seguí como jefe de la residencia y hoy continúo como psicólogo del equipo interdisciplinario de la unidad. Esta se compone por tres dispositivos de atención: consultorio ambulatorio, interconsulta y una sala de internación propia. Previamente, pasé cinco años en formación en otro hospital general municipal, como residente, trabajando en la sala de internación de salud mental con pacientes graves. Mi práctica del psicoanálisis está definida por ese recorrido: psicoanálisis y salud mental, psicoanálisis y cuidados paliativos, psicoanálisis y salud pública.

Llevo adelante mi praxis convocada por la (ex)tensión del psicoanálisis y por la conversación con otros campos de saberes y prácticas en torno al padecimiento subjetivo. Convencido, como señala la primera cita del epígrafe, del indisociable lazo que une la extensión y la *in-tensión* del psicoanálisis en la perspectiva lacaniana, y de su valor de causa de desarrollos y reformulaciones.

Me presentan a M camino a la guardia. Es un paciente de 28 años, con cáncer de colon localmente avanzado, pese a haber realizado dos líneas de quimioterapia. Consulta por crisis de dolor, incontrolable farmacológicamente. Me dicen que tiene antecedentes de consumo problemático de sustancias; que por eso probablemente... y que ese dolor, sin dudas, tiene un componente emocional. Dolor total,¹ me dicen.

M se dobla de dolor en la camilla de la guardia. Golpea con sus puños y su cabeza la pared pidiendo que le alivien su dolor. Su madre, a un costado, esconde sus lágrimas y sostiene una carpeta donde tiene anotada prolijamente la medicación que se le administró en casa. Una parte del equipo va con el paciente; otra, con la madre. Ella dice que estaba todo bien, hasta que de repente empezó el dolor. Y de un momento para otro se volvió incontrolable, agresivo, amenazando con romper todo.

En estos últimos años, en el contexto de los cuidados paliativos –es decir, en la atención a pacientes con enfermedades graves que amenazan severamente sus vidas, y a sus familias durante la enfermedad y después de la muerte del ser querido– forjé y pulí mi práctica –y el narcisismo profesional– para ejercerla en intercambio y colaboración con los distintos profesionales y no profesionales (por ejemplo, los voluntarios o el cura de la parroquia del hospital) que participan en la atención y el cuidado del otro, que es la ética compartida. Es un trabajo en equipo, donde cada aporte es valioso y discutido para construir el abordaje clínico de la situación. En síntesis, mi praxis como analista se integra en el marco de una epistemología de la complejidad y la diferencia destinada a la atención del sufrimiento en el campo de los cuidados paliativos.

¿Cómo atender un dolor desgarrador que ataca el cuerpo, que hace presente una enfermedad sin cura que se prefiere no pensar ni pronunciar? ¿Cómo atender una desesperación, una impotencia de cuidado, de alivio?

El trabajo en equipo es un aprendizaje y es, quizá, la única manera de asistir situaciones de alta complejidad, de severo sufrimiento subjetivo e intersubjetivo. Desde hace un tiempo, me sirvo del concepto transdisciplina –además del de interdisciplina– para pensar algunos hechos que me sucedieron en mi ejercicio profesional. Con esto quiero decir que es mucho más que un intercambio entre

1. Cicely Sanders (2003), pionera en el ámbito de los cuidados paliativos, y el movimiento Hospice acuñaron el término *dolor total* para describir las capas de sufrimiento físico, emocional, social y espiritual (existencial) que acompañan la experiencia de cáncer avanzado.

practicantes de dos o más disciplinas; más bien, es una transformación de cada uno; un dejarse afectar e interrogar por los saberes y las prácticas del otro; una ampliación en las herramientas de lectura y en la mirada; y una resignificación en cómo pensar la propia función. Una práctica de tareas definidas y, a la vez, de fronteras borrosas que se anima a espacios de superposición en el cuidado de un sujeto gravemente enfermo.

El psicoanálisis no es el mismo en un consultorio, en una sala de internación de Salud Mental, en una consulta o cama de cuidados paliativos. Por una parte, no hay demanda de análisis ni mucho menos. El motivo del acercamiento suele ser médico. Sin embargo, es posible que la oferta de escucha genere algo, un movimiento subjetivo que perfila una función para el analista, que –sin resignarse a los principios de su práctica– puede atender a las particularidades del ser en estos ámbitos clínicos, a las coyunturas subjetivas que en ellos se despliegan. Entonces, el analista escucha, mira, busca identificar la necesidad (que no es meramente biológica) de la situación clínica e intenta lo necesario.

Mientras le pasan medicación por la vía en la camilla de la guardia y el dolor va disminuyendo, me quedo a su lado. Le pregunto por el dolor. Habla de él detalladamente, abundando en lo físico, en las dosis de medicación. Me cuenta que en su casa estaba todo bien. “Él tiene una vida normal, ni se acuerda de la enfermedad” (madre, comunicación personal, 2018), pero empieza a doler y la madre no se le sale de encima, y que entre los dos se terminan escalando. Luego, se enoja con ella y el dolor estalla. Le digo que debe ser difícil, porque el dolor hace presente la enfermedad. Silencio. Dice que le duele. Dice que le cansa hablar. Pero que agradece mi compañía mientras el dolor se alivia.

Si los cuidados paliativos son una modalidad de atención integral del paciente y su familia, que apunta a mejorar la calidad de vida y aliviar el sufrimiento, mediante su identificación temprana, su prevención, el control de síntomas y una mirada multidimensional, bio-psico-socio-espiritual; la tarea de un analista en este ámbito no consiste en ocuparse solo de los síntomas psicológicos –la ansiedad o la depresión–, sino en incluir –en las distintas intervenciones o en el abordaje clínico de la situación– la manera propia de pensar la dimensión subjetiva: en los cuidados del cuerpo y de la comunicación, en el apoyo y la preparación de la familia. Se trata de acompañar las respuestas subjetivas ante aquel encuentro con lo real que tocó afrontar. Y vale decir que no suele ser un único encuentro; en los diferentes momentos de la enfermedad y el tratamiento, el sujeto se verá confrontado al límite de los recursos de significación y se verá exigido a responder.

Se respeta ese nivel de arreglo cuando se logra, favoreciendo los trabajos de subjetivación de lo incurable. Se respetan las defensas de ese narcisismo herido

por la traición del cuerpo y la amenaza de muerte. La intervención se justifica, en principio, en coordenadas de angustia y urgencia subjetiva, de exceso de sufrimiento. Ante la vivencia de desvalimiento psíquico que puede desencadenar el real de la enfermedad sin cura, vivencia de desamparo, de intensa angustia y soledad, se opone un lazo transferencial que restituye frente a procesos de desintegración y desubjetivación.

En silla de ruedas. Otra vez el dolor. Piel y huesos, la masa se puede palpar en la espalda. Está amarillo verdoso hasta en los ojos; no se quiere internar. Mira enojado a su madre. Se logra convencer, planteándole que sea por un par de días. Pasados estos, exige irse; no soporta el encierro, pero el dolor no está controlado y los valores clínicos preocupan. La mamá dice que no se siente capaz de cuidarlo así en casa. Se asustó mucho.

Él se enoja. Lloro de rabia. Me acerco. Le propongo salir a dar una vuelta por los jardines del hospital. Acepta. Hablamos generalidades. Me dice que le dio hambre, que hace días que no sentía hambre. En frente de la salida de atrás del hospital hay una panadería. Le comento que ahí hacen unos sándwiches de miga muy buenos. Contesta que le encantaría comerse uno. Le planteo cruzar juntos a comprar. Le sorprende. Le divierte. Mientras comemos, me cuenta parte de su historia.

No sé qué otra escuela, qué otra teoría, permite pensar como intervenciones esos gestos. Intervenciones; ni técnicas ni estrategias. Intervenciones, porque su especificidad radica en su definición como tales, *retroactivamente* a partir de los efectos en la subjetividad. Son maneras de plantear lazos prudentes y respetuosos de la subjetividad. Maniobras para establecer un lazo transferencial, con el fin de producir confianza en una escucha particular que posibilita un decir. Se trata de una transferencia *terapéutica antes que analítica*. El *therapon*² griego es el segundo en el combate, quien está al lado en el camino. Función de compañía del analista, de escudero.

Me cuenta su recorrido como artista callejero. La música, los viajes, las drogas. Su relación de apego ambivalente con la madre. Sus ganas de vivir. Allí se detiene. Siempre se detiene. La enfermedad, en cambio, no. Vuelve a necesitar internaciones y se exacerban los conflictos con la progenitora. Crisis de dolor, insistencia de la madre en acudir a la internación, enojos de M.

Quiero decir que la función de compañía en pasajes áridos no inhabilita otras tareas del analista, por ejemplo, analizar o interrogarse.

Así, conversando, sitúa la reiteración de un obstáculo en la relación con su madre, a partir de ubicar que el problema es que espera de ella la solución a su dolor y, en un

2. El *therapon* es el escudero o quien asiste al guerrero, es parte del origen etimológico de *terapia*.

sentido, le atribuye la obligación de pensar en la enfermedad. “Ella parece poderlo todo, está siempre en todo” (M, comunicación personal, 2018). Se da cuenta de que volvió a ese tipo de relación de la que se escapó dificultosamente cuando, en su temprana juventud, se fue a recorrer Sudamérica como artista callejero.

Al poco tiempo, acepta mejor las internaciones, que son breves; “son como entrar a boxes” (M, comunicación personal, 2018). Agrega que prefiere pasar el tiempo que tenga en casa con su familia. Es quizás la alusión más directa a su conciencia de situación de avance de enfermedad. La respeto en silencio.

Tengo una serie de entrevistas con la madre, a veces acompañado de médicas o enfermeras de la unidad, donde puntualizamos la progresión de la enfermedad, el deseo de M de pasar el tiempo en casa –contando con el recurso a mano de la internación– e intentamos prepararla para un desenlace próximo. En otro momento me hubiera costado mucho pensar desde el psicoanálisis en una intervención preparatoria para un duelo, o como se dice en el ámbito paliativo: intervención preventiva de un duelo complicado. Hoy pienso que es una intervención valiosísima preparar cuando la muerte se muestra inevitable.

Vuelve a su casa. Disfruta de compartir momentos con su familia, pero la debilidad es cada vez mayor. Ya casi no tiene fuerzas. Esta vez pide internarse. Permanece acostado en la cama de la habitación, somnoliento, a veces confuso. Está en fin de vida, lo sabemos, la familia lo sabe. ¿Él? No dice nada.

Entonces, pide hablar conmigo. Me acerco a la habitación en penumbras. Está en la cama sentado con esfuerzo. Lo veo más delgado. Es raro encontrarlo solo. Sonríe al verme. Le cuesta respirar. Noto que junta las fuerzas para hablar: “Tengo miedo, Hernán” (M, comunicación personal, 2018). Pensé en la muerte, en el miedo a la muerte. Pasan unos segundos largos. Callo, espero en silencio; a veces se prestan palabras, a veces se restan. “Tengo miedo de seguir viviendo así...” (M, comunicación personal, 2018), dice y llora como nunca, se desahoga. No tengo nada para decir. Lo abrazo. Nos abrazamos. Me agradece, aliviado. ¿Qué agradece? ¿Alguien que soporte esas palabras? ¿Un testigo? A las horas, muere.

Unos días después, la madre pide hablar conmigo. Quiere saber qué me dijo ese día. Le pregunto qué quiere saber particularmente. Me contesta que siente culpa por no haber estado con él en el instante de la partida (se turnaban con la hermana y las tías para acompañarlo). Le respondo que, quizá, M necesitaba su espacio para dar ese último paso y que siempre se supo cuidado. Siente alivio. Me pide acompañamiento en su duelo. Con un particular lazo transferencial, como aquel psicólogo que hizo hablar a su hijo, inicia un proceso doloroso, jalonado por sueños donde su hijo se le presentaba de distintas formas, traccionando su trabajo de duelo. Pero esa es otra historia.

El lugar de la mirada en la clínica psicoanalítica

Daniela Gómez Aristizábal

Emprender el camino de la clínica me hizo naufragar por las aguas del Chocó, unas aguas que en ocasiones se tornaban cristalinas y la mayor parte del tiempo turbulentas, quizás, este viaje implicó remarcar el lugar que ocupa la clínica en el análisis, y más específicamente, mi lugar como artilugio para acoger la palabra y cobijar el malestar...

Introducción

Adentrarme en la narrativa de un cuerpo doliente, colmado de sentidos y experiencias subjetivas, implicó profundizar en la multiplicidad de significantes que construyen al individuo en torno a su historicidad. Por medio de la transferencia, estos significantes posibilitan la lectura de un lenguaje que trasciende las palabras y acompaña sinfónicamente las olas del malestar, donde la clínica bordea lo que se ha dejado fuera del discurso; eso innombrable que da cuenta del mundo interno que habita el sujeto, un mundo que puede resultar angustiante.

Como psicóloga orientada por el psicoanálisis, muchos de estos significantes movilizaron mi sentir. La ausencia de la mirada en la interacción con el otro y el significante soledad no solo introdujeron un cauto interés clínico, sino una movilización contratransferencial en la que me cuestioné quién ocupaba el lugar de la angustia, puesto que por momentos fui yo. En efecto, estas líneas buscan aproximarse no solo a la comprensión del malestar desde la puesta clínica, sino también al espacio que habitamos en nuestra profesión. Dicha puesta en escena permite que nos situemos en el banquillo, en donde se representa el sentir del paciente y de quien lo escucha. En este sentido, por instantes nos convertimos

en el instrumento que hace posible que emerja el lenguaje frente aquello que aqueja; un lugar en donde hablo del Paciente 4 y de mí.

Presentación del caso

El Paciente 4 es un hombre de 38 años, proveniente del Chocó. Su piel tri-gueña, su sonrisa tímida que se escapaba en ocasiones y la postura de su cuerpo, que denota protección hacia sí mismo, caracterizaron el espacio terapéutico. Narra la historia de un cuerpo doliente que poco a poco se desconecta, debido a sus diagnósticos de esclerosis múltiple, polineuropatía, hipertensión arterial y secuelas de un accidente cerebrovascular (ACV), además de un cuerpo que se percibe en falta y que atraviesa el significativo soledad.

El paciente recibe tratamiento farmacológico acorde con su diagnóstico, el cual —desde hace tiempo— le permite aliviar el dolor y reducir el alcance de su enfermedad. Al ingresar al servicio de salud, tuvo acompañamiento por cuidados paliativos e intervención psicológica, a causa de la cronicidad de su diagnóstico; ello favoreció el manejo de emociones asociadas a su situación clínica, tratamiento y adaptación al contexto hospitalario. No obstante, este objetivo terapéutico plasmado al inicio es solo un sumario frente a la cadena de vivencias y significantes que produjeron desasosiego en el Paciente 4, la cual no limitó mi intervención ni entrega situada para el caso; por el contrario, me introdujeron con mayor vigor en la escena, con un abordaje temeroso al principio. En ese sentido, establecí alrededor de cuatro encuentros con el Paciente 4, que permitieron puntualizar en algunos aspectos de suma importancia para el planteamiento de este trabajo, no solo por el énfasis que noté en su discurso, sino por la movilización personal frente a ellos.

Durante mi práctica profesional y como era costumbre, realizaba mi recorrido en horas de la mañana. Solía establecer una ruta según el piso en donde estaban las habitaciones para facilitar un tiempo de calidad en la intervención con cada uno de mis pacientes. En el primer encuentro con el Paciente 4, al entrar a su habitación, lo hallé sentado en una silla al pie de su cama, en un rincón. Se encontraba sin acompañante y cubriendo el cuerpo con sus brazos de forma protectora, como si tuvieran el poder de defenderlo de cualquiera peligro que se avecinara. Se veía meditabundo, tanto que no elevó su cabeza hasta que dije su nombre y se dio cuenta de mi presencia. Su postura corporal daba la ilusión de que ese espacio que habitaba era más grande. Desde el principio, me dispuse para la intervención con calidez; aunque no pudiera vislumbrar mi rostro, intenté acogerlo con entereza y finura, en busca de que este espacio clínico brindara la seguridad que su malestar aquejaba.

En este encuentro, intenté indagar sobre aspectos que guiaran y posicionaran mi acompañamiento, mientras que su discurso proporcionaba un atisbo de situaciones sobre las cuales ahondar. Por su parte, el lugar del lenguaje también fue relevante en el cuerpo, pues en este primer momento se evidenciaron resistencias: el Paciente 4 sostenía su espacio de protección, eludió la mirada y usó objetos para distraer su atención cuando relataba una vivencia particular que genera malestar. Lo que más captaba mi interés era la ausencia o evasión de la mirada, llevándome a cuestionar ¿qué lugar ocupa en la interacción con el otro? ¿Por qué me era tan necesario establecer un contacto visual con él?

El Paciente 4 retomó algunos elementos ligados a su estado de salud, refiriendo: “todos mis planes se derrumbaron; ya no soy normal” (comunicación personal, 2021). ¿Acaso podríamos definir lo normal y lo anormal desde lo subjetivo? Él tuvo una respuesta clara frente a mi pregunta, pese a no habérsela formulado. Para él la normalidad se basaba en actividades como salir a la calle, comer un helado o sentarse a hablar con gente “normal”; actividades que desde su óptica realizamos en nuestra cotidianidad, pero que, debido a su estancia hospitalaria y a los cuidados que requiere su diagnóstico, no podía llevarlas a cabo. Ello despertó una percepción de minusvalía, ubicada en la relación que establece con su cuerpo y que continúa trayendo a su discurso en intervenciones posteriores.

En el curso de este primer encuentro, el Paciente 4 relató que es originario del Chocó, tierra que recuerda con melancolía y anhelo de volver a visitar algún día. Refirió que perdió a sus padres cuando era pequeño, a causa de un accidente en una mina, labor a la cual se dedicaban ambos; además, que no recuerda su edad exacta cuando ocurrió esto, pues algunas partes de su memoria ya no son tan claras por las secuelas de su ACV. Frente a ello, vale la pena preguntarse ¿cómo elaboró la pérdida de sus padres? ¿Será posible que esta pérdida continúe aún sin hacerse? Posterior al accidente, lo acogió un tío materno, quien ocupó el rol de guardián durante su vida: “él me cuidó, me dio estudio y ha sido como mi papá; se encargó desde niño de mi cuidado y lo extraño mucho y me gustaría poder ir a Chocó a visitarlo” (comunicación personal, 2021). Esto me llevó a pensar en la posibilidad de que su tío se hubiera inscrito como una figura paterna para el Paciente 4.

A lo largo de las intervenciones, suele aludir en su discurso aspectos relacionados con su familia, en específico, la pérdida de sus padres, acompañando su narrativa de llanto y de una evasión completa de la mirada. Ello me incita a pensar en este suceso como una vivencia que marca significativamente su vida, que es portadora de malestar y que parece vigente. Al finalizar el primer encuentro, le sugerí que para el próximo trabajara sobre la pérdida de sus padres y pensara nuevas formas de habitar su cotidianidad; esto como un recurso que

le posibilitara reestructurar su proyecto de vida. Pese a que todavía no era claro si se estaban planteando los objetivos clínicos más adecuados, fue una apuesta clínica que buscaba ahondar sobre el malestar psíquico.

En nuestro segundo encuentro, evidencí un cambio al inicio de la intervención: el Paciente 4 manifestó haberme esperado. Si bien su postura corporal aún exteriorizaba una protección hacia sí mismo, se mostraba con mayor disposición para el encuentro; además, percibí una autorización de su parte para bordear, desde mi lugar del banquillo, aquellos sucesos de su vida que no había querido referir en la intervención pasada.

Dentro de su discurso, se identificaron pensamientos de muerte sujetos a una ausencia de sentido de la vida, lo cual se asociaba a su percepción de minusvalía y al lugar que tomaba su situación clínica. Igualmente, para expresar que se sentía perdido en su vida, usaba la metáfora de estar en la mitad de un laberinto. Este se percibe como un factor de riesgo, en cuanto no se lograban definir redes de apoyo que le proporcionaran un acompañamiento para costear los momentos de crisis, cuando era necesaria una mano que lo sostuviera y lo anclara a la vida, pues mi lugar en el banquillo –ocupado en la escena de la intervención– era temporal. Debo de hacer hincapié en que, a partir de este instante, se hace patente la contratransferencia y el lugar que esta tiene en el proceso terapéutico.

En ese orden de ideas, la metáfora del laberinto generó eco en mi puesta clínica, por lo que le pregunté al Paciente 4 sobre su deseo de vivir; a mi parecer, ello fue un poco severo hacia él en un principio. De nuevo, su respuesta tuvo lugar en el cuerpo: por primera vez en dos intervenciones, el Paciente 4 buscaba mi mirada. Para ser sincera, siempre busqué la suya, pues era la forma de autorizarme a hablar de aquello que no ha sido posible poner en palabras, pero que porta malestar.

Esto favoreció que el Paciente 4 emergiera del contexto protector que habitaba y se posicionara de manera distinta en la escena clínica, donde su demanda se traduce a un Otro que cuida y acoge; es decir, ese otro que está presente para contenerme, que me verifica y estructura lo que soy. Tal vez, durante estas intervenciones, me posicioné en ese lugar de acogimiento y protección, en el lugar del banquillo, de quien observa y espera ser observado, con una mirada portadora de lenguaje.

En nuestra tercera intervención, el Paciente 4 estaba acompañado por su sobrino, vislumbrándose un cambio tanto en su postura corporal como en su estado anímico: “hoy me siento mejor, más tranquilo y motivado; además, hoy estoy acompañado” (comunicación personal, 2021). Por primera vez, reconoció

a un otro semejante –a través de su discurso– que forma parte de su núcleo familiar. Sin embargo, en su narrativa resalta que, si bien comparte con algunos integrantes de su familia, no suele traerlos a su discurso, debido a que prefiere hablar sobre quienes están presentes en la intervención. Así mismo, remarcó la importancia que tiene para él la presencia de un Otro significativo, en cuanto este lo constata con su mirada, un Otro estructurante que centre su mirada en él, pero que –a la vez– pueda mirar; trayendo de nuevo el lugar de la mirada como un aspecto que media.

Historia familiar: una historicidad permeada por el significante “soledad”

En este encuentro, el Paciente 4 se permite hablar de su núcleo familiar sin resistencia. Una ganancia terapéutica que lo ubica en el banquillo y en la puesta en escena, ocupando el lugar de la mirada y del que espera ser mirado. Así, manifestó tener tres hermanas y nueve sobrinos, y que vive en Cali con un tío materno, diferente al que lo crió. El tío que fue una figura paterna en su crianza vive en Chocó; el Paciente 4 lo recuerda con aparente melancolía. Igualmente, resaltó la ausencia de una figura femenina en su proceso de formación, asociada a la pérdida de su madre y a la falta de pareja sentimental de su tío guardián. En su relato, trajo a colación actos simbólicos que no vivenció a nivel familiar, tales como los festejos: “a todos les celebran los cumpleaños, pero a mí nunca me han celebrado uno; siempre he estado solo” (comunicación personal, 2021), puntualizando nuevamente la falta de un Otro y la imposibilidad de dejar de narrarse en solitario.

Por otra parte, el espacio terapéutico se consolidó como un signo de vínculo y como un agente movilizador, en la medida que se permitió –en las cuatro intervenciones– un escenario de escucha activa que, desde un comienzo, buscó convertirse en un lugar seguro de habitar para la urgencia subjetiva; ello posibilitó que el Paciente 4 aludiera a elementos de su vida que lo han impactado anímicamente, así como la movilización de la angustia que centró su pensamiento en un primer momento. Pude distinguir desde la mirada y la expresión “¿cierto?”, que acompañaba el final de cada discurso, una búsqueda de afirmación del Otro, con una demanda a esa persona de carne hueso y no al ideal de individuo que nombraba antes.

En las cuatro intervenciones, el eje central giró en torno a la pérdida de sus padres, la cual generó el significante soledad que ha permeado su discurso y la forma de narrarse a sí mismo; a la pérdida del sentido de la vida que surge del sentimiento de minusvalía; y a mi posicionamiento frente a la ausencia de la

mirada. Luego, el Paciente 4 fue dado de alta, por lo que no se establecieron más intervenciones y, por supuesto, no hubo tiempo para cierres ni despedidas.

Análisis

A lo largo del espacio de intervención, se emplearon la escucha activa y actividades lúdicas que permitieron darle vía, por medio de la palabra, a aquellos escenarios generadores de malestar en el paciente; respetando sus silencios y orientando el encuentro según el tiempo y la necesidad evidenciada, de manera que se debilitaran ciertas barreras que no posibilitaban la tramitación. Las resistencias se consolidaron como un aspecto transversal que se situó en la mayor parte de las intervenciones, en las que el núcleo fue el lugar de la mirada; esto consolidó un camino en el acompañamiento terapéutico, en la medida en que me movilizaba como terapeuta la necesidad de vincular la mirada dentro del espacio de intervención como un reconocimiento al otro y a sí mismo.

En ese sentido, Lutereau (2012) entiende la mirada como aquello que contiene al objeto, en donde se pone en juego el Yo y se introduce a un otro objeto, en el cual la mirada nos permite afirmar, comunicar e identificar al otro como semejante; identificarnos a nosotros mismos; y dotar de sentidos y significados aquellas vivencias frente a las que el paciente parece no sentirse preparado para trabajar en principio. A partir de ello, podría plantearse como hipótesis que la evasión de la mirada consistía en un mecanismo defensivo para protegerse de bordear aquel suceso traumático que es portador de un malestar latente, de modo que, al evadir la mirada, evita apalabrar aquellas vivencias consolidadas como traumáticas, pues necesita de un Otro que le sostenga la mano mientras bordea lo real.

Por su parte, Merleau-Ponty (como se citó en Lutereau, 2012) explica que la función de la mirada trasciende lo orgánico, lo que implica una constante relación en la que somos mirados desde diferentes espejos. Así, en mi existencia no solo reconozco una mirada propia que observa al otro, sino también la de un Otro significativo; es decir, se observa al individuo desde distintos reflectores, en los que la mirada da cuenta de algo, de un sujeto en sí mismo. Por tanto, la mirada del Otro involucra la puesta en escena de sí mismo y de la subjetividad o las subjetividades. Para Serrano *et al.* (2011), la puesta de esa subjetividad de ese Otro crea temor, debido a que cuestiona la libertad, el valor y aquello que la persona es, quiere y conforma a su ser.

En ese orden de ideas, la mirada busca un cuerpo para posarse; la fijeza de la mirada de un Otro y los actos expresivos que esta comunica; los deseos y el permiso para bordear aquello que se ha dejado por fuera del discurso. En este elemento el espacio terapéutico posibilitó que la emergencia de la mirada se

alojara y, de este modo, se volviera una demanda para el terapeuta, en la medida que el paciente busca a un Otro que lo abrace sin abrazarlo, donde la mirada también acoge.

Si bien el lugar de la mirada movilizó el encuentro con el paciente y se formuló a partir de ella, es importante no dejar de lado otros aspectos que se vislumbran alrededor de la narrativa del paciente, tal como el significante *soledad* que aludió constantemente en su discurso y que se origina en la pérdida de sus padres. Al respecto, algunos autores –como Cyrulnik (1989)– plantean que la muerte de los progenitores es un suceso que reestructura significativamente la vida de un sujeto, de manera que todas las decisiones, situaciones y vivencias se atraviesan por la pérdida; frente a esta surge, en algún momento, la imposibilidad de narrarse como un ser inmerso en una sociedad.

En ese sentido, el proyecto de vida del Paciente 4 está atravesado por la pérdida de sus padres, de su salud, de su independencia, de la movilidad progresivamente, de la imagen corporal y del ser social. Ello ocasiona que demande la presencia de un Otro significativo que supla su necesidad de ser acogido y cuidado; un gran Otro en donde busca la presencia de un objeto que le permita estructurarse, reafirmarse y vincularse.

En su lectura realizada a Freud, Brando (2017) explica que el individuo requiere la presencia de un Otro que vislumbre en la demanda constante del paciente, para ejercer su función de la tensión psíquica. La ausencia de un Otro significativo en los primeros años de vida ubica al individuo en un estado de soledad, en cuanto se define esta como el desvalimiento que podría fracturar las primeras apuestas de la persona. Por tanto, se entiende que el significante soledad emerge en la niñez y persiste a lo largo del tiempo, además, es permeado por sus pérdidas y la ausencia de ese Otro. Frente a la demanda del paciente y desde mi análisis, este no suele vincularse en la diádica, lo cual impactó en su experiencia psíquica y corporal; así mismo, el acogimiento y el cuidado de ese Otro que se vincula sitúan al sujeto que se ha narrado desde la falta.

Por su parte, en su lectura lacaniana, Brando (2017) introduce otra premisa que permite sustentar un poco la tesis planteada. Para Lacan, esta soledad de la que venimos hablando habita en el sujeto desde siempre, aclarando que este significante soledad emerge incluso cuando el individuo está rodeado de otros. En consecuencia, es posible que este narrarse en solitario se deba a la falta de un Otro significativo y no a la demanda de la presencia de un otro semejante que desee vincularse, por ejemplo, un Otro que se inscriba como figura materna. Al respecto, Brando (2017) añade que el significante soledad se puntualiza desde el momento en el que el individuo se constituye en el campo del Otro. Valdría la pena pensar si el espacio terapéutico y el lugar del clínico brindan

algún alivio ante la angustia generada por la demanda del paciente de ese Otro que me mira, que verifica aquello que soy y que le da sentido a la existencia.

De acuerdo con lo dicho, Cyrulnik (2003) expone que el clínico se convierte en un soporte y en una luz que acompaña, no desde el supuesto saber que cobija su disciplina, sino desde la relación terapéutica que se gesta y que posibilita un espacio de escucha activa. En este escenario, desde su postura teórica, el menor gesto que se lleva a cabo en la clínica ilumina y abriga el sentir del paciente.

Finalmente, es fundamental resaltar el espacio terapéutico como un signo de vínculo que, desde la perspectiva de Lacan (1964), reconoce el aspecto transferencial y contratransferencial desarrollado en la relación analista-paciente; acotando que la presencia del analista evoca la presencia del inconsciente. De esa manera, el espacio terapéutico posibilita una doble vía que acepta o rechaza el acceso al inconsciente, donde la mirada tenga un lugar de nuevo, como una vía de acceso que hace posible afirmar aquello de lo que estoy dispuesto a hablar. Así mismo, el espacio terapéutico no solo construye un signo de vínculo, sino unas ganancias terapéuticas.

Para este proceso, dichas ganancias terapéuticas comienzan con la persistencia en las intervenciones del analista; ello crea una ruptura parcial de las barreras impuestas por el paciente al inicio con una actitud protectora en su cuerpo, de modo que pasa a sostener la mirada y a mantener una postura receptiva. En consecuencia, por medio del espacio de escucha activa, el Paciente 4 trae a su discurso fragmentos que ha guardado o ha reprimido en el inconsciente, y que se han asociado y recompuesto, luego, mediante encadenamientos. En síntesis, cada relato o personaje, por más insignificante que parezca, es coautor de la subjetividad y la narración propia del sujeto.

Bordeando el malestar. Entre la enfermedad y el deseo

Karime Gómez Henao

En un primer instante del ejercicio clínico, pensaba sobre todo lo que se teje en los espacios hospitalarios, donde se evocan momentos relacionados con la enfermedad, el sufrimiento, la vida o la muerte; este escenario no pasa desapercibido, sino que rememora en cada persona algún recuerdo, sentimiento o sensación. Con esto quisiera resaltar el lugar del contexto en el que se desarrollan los encuentros, pues hablan del dispositivo analítico en el que se hila el discurso entre paciente y clínico. ¿Cuál es la función del psicólogo clínico en un espacio tan frío, solitario y doloroso, como lo es el hospital para un paciente? Se trata de sostener, acompañar, poner el cuerpo o, como me dijo una gran maestra durante esa reflexión, “dignificar el deseo”. Este cuestionamiento atravesó mi estadía.

En este camino y en medio de todas las preguntas, me topé con la paciente 5 (a partir de ahora, Greta), una mujer de 29 años, con un diagnóstico de sarcoma estromal uterino y oriunda de un pueblo del Valle del Cauca, quien reside con su pareja hace casi una década en el mismo sector donde está su familia (madre, hermana y sobrinas). El primer encuentro con Greta fue vía telefónica, debido a que, en esa ocasión, atravesábamos el paro nacional, por lo que no se podía prestar una atención presencial a los pacientes en el servicio de salud. En la llamada, me presento y expreso el objetivo de esta para el hospital. Frente a ello, Greta tomó una actitud de sorpresa “¿eres psicóloga?” (comunicación personal, 2021); pregunta seguida por quejas sobre las actividades de aseo del hogar, asumidas por su madre y su hermana durante su recuperación después de la reciente cirugía. Estas palabras se convierten en significantes cruciales

frente a su propio cuidado, con respecto a su familia y al semblante que supone que debe adoptar:

Ser fuerte es mi única opción, pero ahora no sé qué hacer, me siento súper sensible y no sé por qué. En mi casa estoy con mi esposo; desde la cirugía, mi mamá y mi hermana vienen, están pendientes de hacer el aseo, pero no lo hacen como yo lo hago. (comunicación personal, 2021)

En medio del discurso, interrumpe diciendo “¿le puedo contar algo?” (comunicación personal, 2021), me cuenta que tiene otra pareja (V) de su mismo sexo y que se siente enamorada. Luego, le cuestiono qué quiere de esa relación. Greta expone tener dudas y empieza a hablar de la pareja con la que vive. Al finalizar, formula preguntas acerca de la confidencialidad de lo hablado y solicita una próxima llamada.

El siguiente encuentro fue presencial, en el servicio ambulatorio, durante su tratamiento de quimioterapia. Greta estaba sentada en la sala, la identifiqué por su nombre. Es una mujer de tez oscura, cabello crespo, alta y con la mirada alrededor del lugar. En ese momento, me percaté de que, en mi imaginario, era diferente, quizá siguiendo lo suave de su voz o quedándome en esa sensibilidad que manifestó.

Greta inicia aludiendo a su casa, cómo se transportaba hasta la clínica y los amigos que tiene en su pueblo. Habla de cómo se sentía en el hogar con su esposo; después, hace referencia a su otra pareja y, en algún punto, empieza a compararlos, hasta que dice: “es que no sé si podemos seguir juntos como pareja” (comunicación personal, 2021). Yo le pregunto que de qué pareja hablaba, ella cambia su postura de encorvada a erguida en la silla, piensa y contesta “no sé... Ah, no, de ella” (comunicación personal, 2021). Se acerca una enfermera y le da una orientación del medicamento. Ella me mira y menciona “esto es largo” (comunicación personal, 2021).

Más adelante, indago sobre su tratamiento. Greta comparte que tuvo varios diagnósticos médicos. Al comienzo se negó a la cirugía, porque le quitaba la posibilidad de un embarazo y su esposo quería “conocer la pinta” (comunicación personal, 2021). Sin embargo, el médico sentenció “o se opera, o se muere” (comunicación personal, 2021). Greta se queda en silencio y, al rato, añade: “yo no quería. Hablé con otros médicos. El primero, de Profamilia, me dijo que eran quistes. Yo hice todo, pero luego me volvió a molestar y ya tocó la cirugía... No tuve opción” (comunicación personal, 2021).

En el tercer encuentro, Greta tiene un semblante diferente, ha bajado de peso y usa gorro. Le pregunto sobre cómo está y ella responde “cansada” (comunicación personal, 2021). Señala que se está quedando en la ciudad, en casa de

una familiar, pero que mantiene sola en la vivienda. Habla sobre su decisión de cortarse el pelo antes de que se le caiga y la reacción que tuvieron sus sobrinas, las cuales me presenta en la imagen estampada del tapabocas que usa. Hace énfasis en que solo se siente cómoda quitándose el gorro en casa y con su familia. Después, agrega que los encuentros con V se han vuelto constantes y que, frente a su apariencia sin cabello, ella la llama “un lulito” (comunicación personal, 2021).

Indago sobre estos últimos cambios. Greta expresa: “lo del cabello, normal, yo espero que crezca. Me siento rara, pero ya. En la casa no mantiene mi tía, porque trabaja; yo estoy aquí casi todo el día” (comunicación personal, 2021). Continúa hablando de su relación con V, reprochándose lo que dijo en la llamada telefónica (primer encuentro), pues dudaba que estuviera enamorada, que eso no era amor. Le cuestioné *¿qué es amor?* Ella contesta que “en el amor uno hace locuras” (comunicación personal, 2021) y procede a narrar la historia con su esposo, donde hizo viajes sin tener seguridad en sus decisiones. Después, se quita el gorro y me pregunta “*¿me puedo quitar el gorro?*” (comunicación personal, 2021). Le respondo que si se siente cómoda. Finaliza diciendo “con todo esto quiero pensar en un día a la vez; en hoy” (comunicación personal, 2021). Le pregunto “*¿y cómo estás hoy?*”, responde “bien” (comunicación personal, 2021).

Me despido. Acordamos una llamada para confirmar el próximo encuentro. Greta me dice: “venga, antes de que se vaya, dígame algo, *¿usted qué piensa de mi relación con V? ¿Cree que está bien o mal?*” (comunicación personal, 2021). Yo me devuelvo, me siento y le contesto: “no te voy a decir si está bien o mal; parece que esta relación es importante para ti en este momento...”. Interrumpe: “no, no como psicóloga. *¿Qué opina?*” (comunicación personal, 2021). Repliqué: “pero soy tu psicóloga”. Terminó ahí la sesión. Es la última vez que veo a Greta.

Entre encuentros y desencuentros

Escucho a Greta y me surgen diferentes interrogantes en cada sesión. Sin embargo, no me anticipo, ofrezco tiempo y escucha en medio de tanto ruido, tan propio del hospital, pues “un principio clínico en la entrevista investigativa [es] dejar en suspenso el saber acumulado; otro renunciar a ejercer un poder y darle la palabra al entrevistado” (Gallo, 2012, p. 79).

En estos encuentros veo que a Greta le cuesta hablar de su proceso, de las pérdidas que ha tenido que asumir; pareciera que no se permite hablar del dolor y sostiene el semblante ante los demás, a pesar de su malestar subjetivo y físico. A mí me resonaba y la escuchaba como si se encontrara en la superficie de algo, *¿de qué?* En este ejercicio clínico me regresaba a las palabras de Kaplan (2020): “pero lo que hace algo, lo que devela, lo que ilumina, es decir lo que implica al

inconsciente, es el orden del encuentro. Se trata de reinventar y construir en cada situación particular. Una por una” (pp. 28-29). Dentro del proceso médico, Greta ha vivido diferentes momentos en que la transferencia médica con su diagnóstico y tratamiento ha sido una experiencia desorganizada, discontinua y brusca, por la forma en que se somete a distintos discursos médicos. En estas vivencias se incluyen intervenciones quirúrgicas, renunciadas y un “entre la vida y la muerte”.

Como refiere Gatto (2017), “el impacto del tratamiento oncológico depende del modo que la vivencia se articule con la subjetividad de cada uno” (p. 41). De este modo, durante las sesiones, Greta bordea su sentir y pensar del lugar que tiene el tratamiento en su vida, pero expone de forma directa el espacio que asume frente a los demás, como cuestionando *¿qué quiere el otro de mí?* En su discurso es constante la pregunta sobre si la escuchan, en particular por su posición libidinal frente al otro y su elección de objeto de amor; este es un llamado al lugar que le da ese otro, más que una discusión alrededor de su orientación sexual.

Desde el primer encuentro, con su pregunta “¿eres psicóloga?” (comunicación personal, 2021), Greta me coloca en un lugar del sujeto-supuesto saber y, desde ahí, ella se permite hablar. A nivel de transferencia, hay una solicitud que establece desde el inicio: tener confidencialidad sobre lo que desea hablar, eso que no puede manifestar en otro escenario, porque va en contra de la moral social y la de su familia, o por ser quejas al no sentirse cuidada. Incluso, al final de la última sesión, pareciera que también se queja de la psicóloga que la escucha.

En ese instante, cuando Greta me pregunta *qué pienso de su relación*, lo único que puntualizo es la importancia de V en su vida, en ese momento; un poco entrando en su discurso del “hoy”. No obstante, ella busca un calificativo que le diga si está bien o mal su relación. Frente a esto, respondo devolviendo la responsabilidad sobre ella misma. Esta incógnita me evocaba más hacia lo moral, aunque reflexionaba si Greta buscaba que alguien la autorizara en su decisión o necesitaba tomar una postura por ella.

Otro interrogante que se tejió en los encuentros fue sobre su deseo: *¿cuál es su deseo? ¿Dónde está puesto?* No lograba hilar desde ahí. Empero, vivir en el marco de la enfermedad era como una ganancia secundaria, la llevaba a hacerse preguntas sobre su lugar, más allá del semblante que necesitaba mantener ante los demás: el amor frente a su esposo, aunque en debate constante; la moral ante su familia, batallando su espacio.

Cuando llega el diagnóstico, lo acompañan muchas pérdidas, una de las más significativa es la posibilidad de un embarazo. Esto pone a Greta en un lugar de

falta que le cuesta nombrar, eso indecible; ante los demás en la imposibilidad de lo que se espera de ella, mientras que frente a su nueva pareja es alguien que va al día y no está en falta, de modo que se pone en juego su deseo, buscando al otro para ser acogida, cuidada y deseada.

Los encuentros con Greta enmarcaron reflexiones alrededor de la enfermedad y el deseo, de mi lugar como psicóloga clínica ante escenarios que ponen a las personas en situaciones límites –como el cáncer– y de que, a veces, la muerte puede ser más movilizadora que la vida. Si bien solo fueron tres encuentros con Greta, por razones que no controlamos ella ni yo, este fue el inicio para que su palabra tuviera lugar.



Un caso sin descanso. “Bajo la sombra de un dolor aturdidor”

Valentina Ramos Ramírez
Angie Carolina Guerrero Benítez

Reconociendo la experiencia traumática, que posiciona su significante en el dolor, como un real sin ley, en un paciente desplazado por la violencia y bajo los límites de un diagnóstico oncológico.

Introducción

Para incluirse en una historia surgida de un tramo de experiencias –entre ellas, la violencia y la enfermedad como actores invasivos– que se tomaron a la fuerza un lugar en la vida de un hombre, es necesario vislumbrar la carga subjetiva con la que esto se vivió. La persecución política, la falta de resguardo institucional y la enfermedad crónica son cuentos reales, que simulan como hechos traumáticos atestiguados por cuerpos dolientes. Hechos que desembocan en el dolor como fenómeno que atraviesa la existencia humana en su complejidad, hablando desde lo más perceptible hasta lo intangible del ser, verbigracia, lo no resuelto.

La entrada a este oleaje de significados nos lleva a pensar en la magnitud de aquello innumerable, en cuanto el afrontamiento dependerá del nivel de exacerbación de los efectos o la amortiguación de ellos; entendiendo que la elaboración de las experiencias traumáticas, relativas a las guerras en sus distintas formas, implica –además– un esfuerzo psíquico: el reconocimiento y la instalación en el cuerpo de esas emociones (Lindón, 2012).



Nota. Por Saeth Nasser Nassif, 2022. “Las espinas de la enfermedad nublan nuestros pensamientos, sin importar el tiempo y la fuerza de nuestro ser”.

Las tierras, la casa, la parcela y la finca son lugares que promueven el recuerdo, la añoranza por la satisfacción que han impartido en el cubrimiento de una necesidad y, a su vez, la constitución del proyecto de vida. Lo que al parecer es un simple espacio, se vuelve un lugar de significados, afectos y vínculos preservados. Ahora, no solo conforma lazos individuales, también se justifica como una herencia familiar para hijos y generaciones. En consecuencia, *¿cómo se debe pensar el impacto psíquico del orden traumático? ¿Qué significa ser víctima del desplazamiento forzado? Y, como refiere Gatto (2017), “¿de qué manera pensamos que lo psicológico, lo consciente, lo inconsciente o lo anímico en general, podría estar afectando el cuerpo?”* (p. 57).

Vislumbrar la vida de un sujeto que oscila entre la esperanza y el sufrimiento resulta angustiante, pero es una angustia que impulsa y no inhibe. Esa fue mi experiencia en las prácticas profesionales, dadas en la Clínica de Occidente de Cali, ejerciendo un abordaje temido, pero con sentido y calidez.

Bajo mi jurisdicción clínica, hay pacientes de todas las edades, con diferentes diagnósticos tipificados en el grupo de enfermedades crónicas; unos hospitalizados y alejados de sus rincones de comodidad y otros que deben acudir ambulatoriamente a su tratamiento. De manera que, en el encuentro con estas historias de vida que retan la subjetividad y desafían la transferencia, conocí al Paciente 6.

Paciente 6

Es un hombre de 44 años, oriundo de Olaya Herrera (Nariño), con diagnóstico de cáncer de próstata y metástasis poliestática; es decir, propagada a los huesos. El Paciente 6, aparte de recibir su tratamiento oncoespecífico, mantiene seguimiento por medicina del dolor y cuidados paliativos, debido a la refractariedad que manifiesta en relación con su dolor crónico. Sumado a ello, de acuerdo con la valoración de la especialidad de psiquiatría, se le adjudica el trastorno de estrés postraumático, trastorno de adaptación y trastorno de ansiedad generalizada; los dos últimos cuestionados bajo mi reflector.

Dentro de su estructura familiar, el Paciente 6 es padre de tres hijos, con su matrimonio actual, y abuelo de una nieta de ocho años, con quien mantiene un vínculo afectivo fortalecido. Se dedicó a la agricultura en tierras nariñenses durante veinte años, específicamente en San Isidro, donde se radicó con su esposa e hijos. Por otro lado, su mamá cuenta con 97 años y su padre falleció algunos años atrás. Con respecto a su familia extensa, refiere nueve hermanos con los que mantiene una comunicación ocasional, a excepción de su hermana de 41 años, con quien sostiene una relación afectiva estrecha, además de conformar su limitada red de apoyo.

Entre médicos y enfermeros

En su último año, el Paciente 6 ingresó con frecuencia al servicio de urgencias, con dolor exacerbado, y transitó por nuestro programa cerca de ocho meses desde su ingreso hasta que falleció. Su necesidad de controlar el síntoma era imperativa, pues el componente emocional tenía gran influencia en su dolor físico, con la inseguridad percibida fuera de la institución que expresaba el paciente al personal de la salud y que se evidenciaba en la búsqueda de la dosis adecuada para el manejo ambulatorio. En ese sentido, se advertía el aumento en la intensidad de dolor, acorde a la necesidad de analgésicos cada vez más potentes y en concentraciones elevadas. No obstante, el aumento del analgésico implicó efectos secundarios severos, como somnolencia, estreñimiento e hiperalgesia; esto llevó al especialista en dolor y cuidados paliativos al ajuste de la farmacoterapia con procedimientos invasivos del personal de enfermería para posibilitar la evacuación intestinal. El Paciente 6 requirió de educación en el manejo de estos medicamentos, el uso de rescates y del apoyo de su esposa en la labor como cuidadora principal. Esta última participó en el curso de cuidadores para fortalecer las habilidades de cuidado en su familiar y las conductas saludables a nivel emocional y espiritual.

La historia de un cuerpo desplazado por la violencia

Expuesto el panorama clínico-médico, psiquiátrico y familiar, en este apartado el Paciente 6 narra con su voz el centro de este insondable caso:

Conocí a mi esposa en Tumaco. Ella y yo nos fuimos para Ecuador a trabajar en un restaurante, pero no estuvimos ahí durante mucho tiempo, puesto que un año después regresamos a Nariño con nuestros dos hijos y estando ella embarazada del último. Trabajamos durante veinte años la tierra, ejerciendo la agricultura en San Isidro, hasta que llegó la guerrilla a sacarnos de ahí. Nos dijeron: “tienen veinte minutos para que se vayan”. No pudimos sacar nuestras cosas; lo único que pudimos hacer fue salir corriendo. De ese lugar tuvimos que refugiarnos en la Tola, lugar donde le pedimos ayuda al comandante de la policía para que nos sacaran; por ello, terminamos en Guaitarilla, en una finca de un amigo que nos refugió, pero Guacho nos persiguió, por eso no tuvimos más opción que venirnos para Cali. Cuando llegué aquí, tenía mucho miedo, el corazón lo tenía acelerado, me iban a matar, pero eso no fue todo; después de tres meses recibí el diagnóstico de cáncer. Apareció una masa en la columna, comenzó a aparecer el dolor, me sentí desesperado, simplemente no tuve descanso. (comunicación personal, 2021)

Cara a cara en el hospital

Como todos los días, salgo a mis rondas y a visitar a los pacientes en seguimiento, estableciendo un orden según sus habitaciones para ser más eficaz. En eso, encuentro su habitación diagonal a la capilla. Como siempre, atravieso la puerta tomando un largo respiro segundos antes. Cuando ingreso, veo tres camillas, tres pacientes, sus acompañantes sentados –incómodos– al lado, la luz apagada y el televisor encendido. Observo con rostro amigable para evitar que los habitantes de ese espacio compartido se alarmen. Así, identifico al paciente que, en efecto, estaba de primero, junto a la puerta. Estoy inquieta al observar al Paciente 6, que cubría su cuerpo de tez oscura y delgado con una cobija blanca que lo abrazaba, con un rostro emanando dolor en la mirada y acurrucado en posición fetal; parecía la única postura soportable para su dolor.

Tras esos segundos de contemplación angustiada, saludo al paciente, me doy a conocer y verifico su nombre con voz cálida, a la vez que dirijo la mirada para reconocer a la mujer que lo acompaña: su esposa. “Buenos días, doctora. Tengo mucho dolor” (comunicación personal, 2021), expresa el Paciente 6. Seguido, su esposa exclama: “él siente que los huesos se parten por la metástasis. No ha querido comer y lleva dos o tres días sin poder dormir” (comunicación personal, 2021). Percibo, de inmediato, un profundo cansancio en el rostro de ella y en el paciente mismo, un estado de inmersión en el dolor. Por eso, otorgo el espacio para la queja del Paciente 6, permitiendo que enuncie su sufrimiento: “me arruinaron la vida: me cambiaron la morfina por oxicodona... El dolor me pone a gritar, me siento aturdido y me duele la cabeza” (comunicación personal, 2021). Usa la palabra aturdido para señalar que está invadido y no existe nada más afuera de los límites del dolor, un dolor que su cuerpo da a conocer con su postura y gestualidad.

Este primer encuentro termina pronto, pues el paciente manifiesta no poder seguir hablando por el malestar punzante que lo aflige. En ese momento dejo claro mi acompañamiento hacia ellos durante el proceso intrahospitalario. Ambos expresan su agradecimiento y, con tal despedida, salgo exhalando otro largo suspiro y enfrentando millones de pensamientos que me rondan con las preguntas: *¿cómo voy a intervenir? ¿Cómo reposiciono su focalización en el dolor? ¿Por qué es tan incontrolable a nivel médico? ¿Qué es aquello que anímicamente aqueja?*

Los encuentros posteriores tuvieron como tema central el dolor. Sin embargo, hubo ventanas que se abrieron al exterior, entre ellas, surge la fe en reiteradas ocasiones: “no puedo dormir, en lo económico estoy muy mal, pero mi hermana me está ayudando con eso... Me duelen mucho las articulaciones, pero yo tengo fe en Dios de que me levantaré” (comunicación personal, 2021). Aunque la fe

religiosa surge como soporte subjetivo, aparece el miedo explícito al egreso de la clínica, que simbólicamente interpreto como miedo a exponerse al peligro, hacia aquello que se sustenta bajo la vivencia traumática que experimentó y razón por la que llegó a Cali. El Paciente 6 dice: “todavía no me puedo ir, porque falta que me hagan algo para la masa que tengo” (comunicación personal, 2021), pese a que el personal asistencial haya considerado darle egreso por mejoras en la modulación del dolor.

Más adelante, bajo múltiples intentos de mi parte por permitirle asomarse a lo circundante para que vuelva a enlazarse con su Yo, el paciente menciona otro gigante patrocinador de su tormento, la radioterapia: “tengo mucho dolor por la radioterapia, me atormenta” (comunicación personal, 2021); aun así, resurge su fe: “yo creo en Dios” (comunicación personal, 2021). Estas palabras lo ayudan a mantener una expectativa curativa de su enfermedad, como lo vivió en otro momento de su vida en el que tuvo un dolor profundo:

La única vez que he experimentado dolor o enfermedad en mi vida fue cuando estaba trabajando en la finca y comenzó un dolor muy fuerte en la cintura y toda la parte de abajo, pero milagrosamente me paré al otro día. (comunicación personal, 2021)

Aquí, se evidencian vestigios experienciales que comienzan a surgir en su narrativa y que, de alguna manera, sostienen un rayo de esperanza para su cuerpo conquistado por el dolor.

Luego, desde mi posición clínica, intento mantener simbólicamente las ventanas abiertas y atravesadas por rayos de luz, de modo que le permitiera al Paciente 6 buscar recursos fuera de sí. En este camino, surge el temor a la muerte, por lo que comienzo a reconocer su construcción alrededor de esta: “para mí la muerte es dejar la vida en este mundo” (Paciente 6, comunicación personal, 2021). Seguido de esta manifestación, lo dirijo a pensar en aquello que ha significado satisfacción, alegría y placer en esta vida. Ahí, incluye a la esposa en su discurso: “he pasado muy buenos momentos con ella, ha sido mi apoyo siempre, no sé qué haría sin ella... y a mí me preocupa verla siempre aquí, yo le digo que salga a dar una vuelta” (comunicación personal, 2021).

Esta ventana le ha permitido al Paciente 6 considerar los vínculos amorosos filiales, pues aparece su nieta de ocho años y un profundo deseo de verla y compartir con ella una vez egrese de la clínica: “ella no se amaña sin mí” (comunicación personal, 2021). También, enuncia que una vez fuera, espera regresar a la iglesia, puesto que para él es un aspecto importante, debido a que su fe es aquello que lo sostiene. A partir de esto, se ve la reinserción posegreso como una posibilidad resignificada, al igual que el agenciamiento de un camino en el

que incluye actividades varias: “cuando salga, podría liderar a los trabajadores de la finca de mi hermana” (comunicación personal, 2021). En este punto, comienza a visualizar la posibilidad de salir del refugio que significa la clínica; de alguna manera, su enfermedad le proporcionó la satisfacción displacentera de mantenerse lejos del peligro que sufrió meses atrás.

Arribando casi al final de los encuentros con el Paciente 6, hallo una nota registrada en su historia clínica con fecha del 23 de agosto de 2017, en la que se plasma la palabra “gritos”, relacionados con su esposa y él. Para mi sorpresa, veo que le refieren al médico de cuidado paliativo que el medicamento vía oral para el dolor ya no funciona y solicitan que se le administre solo la dosis vía intravenosa. De acuerdo con el informe, se evidencia un aparente estado de abstinencia, el cual deriva en una solicitud para valoración por Psiquiatría:

Se determinó manejo farmacológico antipsicótico sedativo más ansiolítico con el fin de garantizar la tolerancia ante manejo de medicamento para el dolor vía oral, y posible reducción progresiva de dosis para evitar intoxicación y favorecer adecuadas condiciones en manejo en casa.

Lo anterior me impactó, tras haber observado al paciente estable tres días antes de esta crisis y que ahora experimentaba un estado de alteración psíquica y motora. ¿Qué desencadenó tal desequilibrio?

Un último encuentro, con latentes conquistas y angustias

Después de que el Paciente 6 dio a conocer su historia, percibí en él un pequeño respiro al ubicar su narrativa como experiencia de vida que, aunque traumática y angustiante, era suya. Ese mismo día, encuentro que deambula en la habitación, ahora individual: puede pararse por sí mismo de la cama, se sienta en ella y hay una postura corporal que se ha transformado, de permanecer retraído en una posición fetal, a estar con la espalda erguida y con su mirada hacia el exterior. Además, su expresión está casi ausente de angustias, con expectativas frente a lo que haría en su nuevo hogar.

Luego, le pregunto sobre el tiempo en el que suele sentir el dolor, refiriendo que experimenta el mismo, en su mayoría, en las noches. Esto me lleva a establecer una relación entre el dolor intenso y sus estados mentales, pues refiere: “en la noche es donde más tengo pensamientos de preocupación” (comunicación personal, 2021), cuando más siente angustia. El paciente se muestra reflexivo frente a lo manifestado, mientras que le explico que la mente y el cuerpo se conectan entre sí, siendo este último el lugar donde los estados mentales se pueden proyectar en el cuerpo y de manera psicósomática; lo que es posible acorde a su

situación. Así, el trauma generado por la violencia y el estado de peligro en el que estuvo se desplazó hacia el cuerpo ante una insuficiencia de significantes.

A unos minutos de la despedida que traía como ganancia el egreso del paciente y su estabilidad palpable, acudo a su gusto por escribir como estrategia de contención una vez salga. En un momento, me retiro con paso apresurado de la habitación para conseguir un último aporte... minutos después regreso y le obsequio una libreta con lápices, para decirle finalmente adiós al Paciente 6.

Bajo el reflector psicoanalítico: la palabra que media entre el cuerpo y el sufrimiento

Al inicio de la intervención, el sufrimiento, el malestar, la angustia, y la ansiedad fueron aspectos determinantes en la vivencia del Paciente 6, puesto que el dolor intenso, punzante y permanente nubló su capacidad de percibir elementos psíquicos que permitieran la consciencia de aquello que lo aquejaba anímicamente. Pues bien, el dolor es una experiencia sensorial y anímica displacentera.

Cursando este sentido, el Paciente 6 exclama que está aturdido, haciendo referencia a la incapacidad de pensar en algo aparte del dolor. Entonces, me pregunto: ¿es posible que esto incida en la intensidad del dolor y su prolongación? En este escenario, hallo un discurso cargado de afectividad: “él siente que los huesos se parten por la metástasis” (esposa, comunicación personal, 2021); testimonio que da cuenta no solo de un dolor tisular en los huesos, sino de uno psíquico, caracterizado por el miedo. Es posible que la intensidad de aquel dolor somático, en cuanto abarca una connotación experiencial en el sujeto, sea producida por unas significaciones arraigadas a la psique, las cuales generan, a su vez, esta respuesta inconsciente: “ese dolor me atormenta” (Paciente 6, comunicación personal, 2021). En este sentido, acudo a la dialéctica que concibe el tormento como sinónimo de pena originaria del dolor, que parte del griego *poíné* y significa castigo o multa. Aquí se identifica la connotación del significante ontológico de culpa o castigo como significante de un real sin ley que vivencialmente desplazó un cuerpo a la fuerza.

Además de esto, teniendo en cuenta las manifestaciones del paciente, quien expresa su dolor en palabras como “me desespera”, el aturdimiento y el tormento permiten considerar esta intensidad como efecto de una descarga retornada en soma. Es decir, se produce en el marco de la actividad psíquica por escisión, acompañada de explosiones comportamentales –como el grito–, dejando ver que, “cuando el dolor se instala, lacera cada instante de la existencia, matiza toda relación con el mundo, se interpone como una pantalla que aparta de las cosas” (Le Breton, 1999, p. 32).

El sufrimiento y el dolor: su relación con un sujeto desplazado

Todo dolor comporta un padecimiento moral, un cuestionamiento de las relaciones entre el hombre y el mundo.

David Le Breton, *Antropología del dolor*.

Para abrir este apartado, me pregunto: ¿el dolor incontrolable, en el contexto de la enfermedad, surge por una predisposición fisiológica o una reacción psíquica pulsional proyectada en el cuerpo? En este caso, el hecho traumático se ha declarado como algo casi indecible, debido a que, durante el encuadre terapéutico, los momentos en los que se trae a la narrativa el suceso descrito son mínimos. De este modo, es patente la insuficiencia de los recursos del Yo para narrar dichas experiencias desencadenantes de malestares anímicos, incluso en su proceso de enfermedad.

Nos encontramos frente a un paciente no solo desalojado de un terreno físico, sino de aquello que sostenía su estructura psíquica. Lo anterior se pierde bajo un real violento que interrumpe tanto en su cuerpo como en su lugar de origen, donde –como arreglo subjetivo– descubre la represión a manera de respuesta, difícil de atravesar por la palabra en los encuentros descritos, causando dificultad para elaborar las pérdidas. Ello implica un estilo de afrontamiento que tiene como riesgo el desencadenamiento somático, llevando a cabo una predisposición y el agravamiento de la enfermedad existente.

En el Paciente 6 se denotó una correlación –en la secuencia temporal de lo vivido– desde que llega a un territorio impropio (Cali), con la aparición del dolor al cabo de tres meses, acompañado de una metástasis; esto es un agravamiento de la enfermedad que ya estaba en desarrollo. Este dolor aparece como un hecho situacional, cargado de una dimensión afectiva ligada a la experiencia del Paciente 6 (Le Breton, 1999). Si bien el Paciente 6 tiene un daño tisular, la vivencia dolorosa se inscribe a lo subjetivo y concibe la connotación cultural y experiencial del sujeto. Esta situación lo ubica en una dimensión espaciotemporal y acarrea unas significaciones arraigadas a la psique, que tienen una respuesta consciente o inconsciente. Bajo este reflector se sustenta aquel hecho innombrable que posiblemente surge con bajas posibilidades de simbolización, hallando lugar en el cuerpo como descarga dentro del esfuerzo psíquico por escindir lo vivido.

En el encuentro con este paradigma, se da lugar al procesamiento psíquico que conduce a energías e impulsos que derivan a diversos destinos (Gallo, 2000). A su vez, es un esquema que trabaja según la ausencia de significaciones, a un funcionamiento psíquico propio del inconsciente escindido, dividido entre la porción traumática intolerable y la posibilidad de representarlo aún en un pa-

decimiento que puede afectar la misma salud, pues –tal como la metástasis– hay algo de su historia que lo excede a nivel psíquico, un real imposible de nombrar. De esta manera, parafraseando a Gallo (2000), este tratamiento debe dirigirse a hablar de lo irrepresentable, de aquello que no significa una posibilidad de simbolismo y que se ubica como producto de vivencias traumáticas.

En consecuencia, es de reflexionar lo trabajado por Lindon (2012) con respecto a la elaboración de las experiencias traumáticas relativas a las guerras que, en sus distintas formas, implican el reconocimiento y la instalación en el cuerpo de las emociones, además de un esfuerzo psíquico. En el caso del Paciente 6, el miedo se refleja en el deseo por permanecer bajo el cuidado de una institucionalidad, como la organización promotora de salud. Esto lo vislumbro cuando dice “todavía no me puedo ir, porque falta que me hagan algo para la masa que tengo” (comunicación personal, 2021), después de que el médico tratante le indicó la posibilidad de egreso y del manejo en casa. Frente a esta oportunidad, se exagera el dolor y se desencadena una crisis con agitación motora que requiere intervención por psiquiatría.

Al concebirse el desplazamiento forzado como una forma de migración, caracterizada por la imposición violenta de un Otro amenazante de la integridad (tanto individual como familiar), es aún más clara la reproducción del miedo y el sentimiento de inseguridad que significa ubicarse en un espacio ajeno. Esto implica en sí un arduo movimiento psíquico que involucra un proceso de adaptación forzosa, de prácticas que no corresponden a los equipajes culturales construidos en la historicidad tanto familiar como individual del paciente. En este punto, nos encontramos con la vulnerabilidad inmaterial de la psique y la fijación del cuerpo en el dolor; un cuerpo amenazado y excedido.

Siguiendo el discurso del Paciente 6, se ve el miedo intenso que experimenta y que se asocia a la narrativa de su llegada a Cali: “el corazón lo tenía acelerado” (comunicación personal, 2021). Es decir, desde este momento ya hay una evocación del cuerpo como objeto de pulsión, donde tres meses después de llegar a la ciudad, “no tuve descanso” (comunicación personal, 2021), marcando el inicio de la enfermedad, la exacerbación del sufrimiento y del dolor traducido en el “desplazamiento de un fenómeno fisiológico al centro de la conciencia moral del sujeto” (Le Breton, 1999, p. 12). De este modo, la manifestación afectiva y emocional de temor, miedo, desprotección y enfermedad acrecienta la percepción y la sensación de dolor, evidentes en la subjetivación de estas, acorde a su impresión histórica y favorecidas por una implosión en el propio cuerpo: “la precariedad de la vida fantasmática, una tendencia a la descarga y una carencia de recursos del yo que incluye distorsiones cognitivas y dificultad

en la elaboración de duelos y estilos de afrontamiento inadecuados” (Zuckerfeld, 2016, p. 9).

Encuentro, entonces, un dolor experimentado como un real sin ley, que simbólicamente supone un agresor que coloca en riesgo al cuerpo y cumple la función de Otro que violenta y desplaza. Por ello, la posición fetal, el discurso focalizado en el dolor y la imposibilidad de darle control resultan de un desplazamiento del Yo en el que no hay lenguaje verbal de soporte, pero sí lenguaje corporal de expresión, atravesado por un dolor sufrido que encontró inconscientemente una forma de alojar dichos afectos que no logra atravesar por la palabra. En síntesis, la violencia de ser desalojado habita en su experiencia corporal.

Además, le adjudica una carga intersubjetiva fundamental que discute, primero, con la vulnerabilidad como riesgo de desencadenamiento somático, la predisposición a enfermar o agravar la enfermedad existente y, segundo, con el suceso traumático innombrable escindido bajo un modo de funcionamiento psíquico pobre de recursos y con escasas posibilidades de simbolización. En este caso, dicha carga retorna al cuerpo como dolor crónico con altos niveles de sufrimiento (Gallo, 2000).

Esta narrativa, acompañada por la desdicha y perseguida por el dolor, permite ser analizada desde la lógica resiliente que plantea Sen (2000, como se citó en Domínguez, 2018), en cuanto se dirige a la potencialización de aquellas fortalezas para lograr un estado de mayor bienestar ante una adversidad. Si bien los efectos adversos pueden ser amortiguados, también pueden ser exacerbados, como con el Paciente 6.

Más allá del dolor: una apuesta clínica

El dolor crónico es un largo y penoso obstáculo para la existencia.
David Le Breton, *Antropología del dolor*.

Como hemos transitado, la focalización del sufrimiento hacia el dolor fue significativa en el discurso del Paciente 6, pues el dolor crónico ha simulado “un largo y penoso obstáculo para la existencia” (Le Breton, 1999, p. 31). No obstante, en sesiones posteriores, menciona aspectos que significan alivio psíquico, arraigado al vínculo familiar y a la práctica religiosa, reconociendo que por fuera de la institucionalidad (clínica) halla seguridad. Esto se asocia a la radicación de un espacio de vivienda en la ciudad que, en un inicio, fue impactante, pero que luego comienza a integrarse como un territorio del cual puede apropiarse y que no será desplazado.

Estos vestigios de esperanza para controlar la intensidad del dolor ayudan a comenzar la recuperación de sí mismo, perdido tras la renuncia parcial, investida

por su necesidad de establecer lazos afectivos, encontrándose en un esfuerzo por anudarse a la vida social y personal. “Ella no se amaña sin mí” (comunicación personal, 2021), expresa el Paciente 6 cuando empieza a generarse una demanda por la restauración de aquellas organizaciones familiares que sufrieron rupturas importantes, igual que la reconstrucción de la vida. Igual sucede cuando debe adaptarse a los nuevos roles que significan la reorganización de otras dimensiones personales, como lo económico, que incluye su funcionalidad y es sinónimo de vitalidad: “puedo dedicarme a liderar trabajadores en la finca de mi hermana” (comunicación personal, 2021), y lo espiritual: “espero regresar a la iglesia” (comunicación personal, 2021). En consonancia, Frankl (1957, como se citó en Sellés, 2016) afirma:

El análisis de la existencia, el que nos descubre el sentido real del sufrimiento, el que nos revela que el dolor y la pena forman parte, con pleno sentido, de la vida, del mismo modo que la indigencia, el destino y la muerte. No es posible separarlos de la vida sin destruir su sentido mismo. (p. 163)

Esta premisa comprende que el Paciente 6 viaja de un punto inicial, donde la energía psíquica estaba fijada en el dolor, hacia un punto final, que permite la reflexión del sentido del sufrimiento y la integración de nuevas realidades. En otras palabras, hay un cambio de posición subjetiva.

Aunque el dolor no desaparece en su totalidad, se logra una conciencia de este en relación con lo que implica el hecho traumático. Esto se orienta a adherir un significado y una representación simbólica de lo vivido. Seguidamente, se apoya de la conciencia que el paciente hace de la temporalidad, aparición e intensidad del dolor somático en congruencia con la producción psíquica, evidenciando: “en la noche es donde más tengo pensamientos de preocupación... en la noche es cuando tengo más dolor” (Paciente 6, comunicación personal, 2021). Ello permite una asociación introspectiva que el Paciente 6 plasma de manera escrita en un diario, para elaborar, simbolizar y significar lo innombrable y enfrentar la parálisis de pensamiento, la rumiación del desdén y la desdicha en la que rondó últimos meses.

¿Cómo responder ante lo innombrable?

Si bien encuentro a un ser en estado de constante sufrimiento que debería transitar por un camino terapéutico que incluya el arte, la música o la relajación; en la intervención, algunos elementos dificultan utilizar estrategias que impliquen un mediano esfuerzo físico; entre las que se destacan: el dolor crónico, la somnolencia, el estado de postración inicial, el cansancio físico y los efectos de los medicamentos. Pese a que doy a conocer estos limitantes reconocidos en mi práctica, también enuncio el recurso que primó en todo el

abordaje psicoterapéutico. Para favorecer una respuesta ante lo innombrable, primero estuvo el encuentro con un cuerpo narrado y, luego, con la palabra propiamente dicha.

Comprendiendo que “la intervención implica considerarla como un proceso global que va más allá del tipo y el contenido de la intervención en sí misma” (Juan *et al.*, 2009, p. 44), se establece la vía discursiva corporal y, después, verbal como principal recurso para que el Paciente 6 acuda a significados, narrativas, símbolos, recuerdos y experiencias que apunten a una evolución en su estado anímico, introspectivo y de consciencia. Desde sus diversas posturas, las intervenciones verbales permitieron el intercambio con el paciente, constituyéndose un medio fundamental al ser cómplice de un acceso a aspectos que antes no se reconocían. En ese sentido, su práctica favoreció el derrocar barreras inconscientes, sesgadas por el dolor y el sufrimiento.

En este proceso, se logra que el paciente atraviese los límites que el malestar fisiológico y psíquico pusieron en él, lo que le permite ver más allá de su malestar: “fue milagroso, porque me levanté al otro día” (Paciente 6, comunicación personal, 2021), acudiendo a experiencias espirituales que proporcionaron una mirada trascendental de aquello que en algún momento provocó angustia. Lo anterior permite ubicar la reacción del Paciente 6 a las intervenciones brindadas e indica el curso del abordaje, puesto que se logra acudir, primero, a la significancia del dolor que el paciente sufre: “ese dolor me atormenta” y “no tuve descanso”, como reclamo del despojo violento y tormentoso que sufrió y del padecimiento de un cuerpo enfermo que no le permitió descanso. Segundo, a su mirada más allá del dolor, donde retorna a sus relaciones familiares, nombrando a su nieta, la iglesia y sus intenciones de realizar actividades una vez egrese de la institución. Es decir, un tránsito entre lo sufrido y lo que está por venir.

En este orden de ideas, Freud (1972) enuncia que el tratamiento psíquico –entendido como aquel desde el alma, que incluye los trastornos anímicos y corporales– se enriquece de la palabra como instrumento esencial del tratamiento anímico. Esto permite que el paciente, en la séptima sesión, narre su historia de vida: temporalidades, roles, sensaciones y expresiones del cuerpo ante las experiencias traumáticas que no apalabraba en un principio, como consecuencia de una parálisis de pensamiento y un desplazamiento del sí, en la incapacidad para nombrar lo innombrable, un indecible ahora dicho: “tres meses después de llegar a la ciudad, no tuve descanso” (Paciente 6, comunicación personal, 2021).

La palabra apunta a eliminar o disminuir tales malestares de origen traumático e inconciliable, con “meras” palabras interactivas que involucran la pregunta, el silencio y la afirmación (Juan *et al.*, 2009). Ello significó emprender un camino favorecido por la discursiva a modo de vehículo terapéutico; como resultado se

redirigió la atención del paciente por fuera de los límites (el encierro del dolor) y se desfocalizó la afectividad arraigada. De acuerdo con Freud (1972), así como el malestar y los dolores se pueden provocar y agudizar fijando la atención en ellos, también pueden despedirse al apartarse de esta área dolida. Según Freud (1972), los procesos de la voluntad y la atención son susceptibles de generar un impacto profundo en los procesos corporales, con un papel estimulante o inhibidor de las enfermedades orgánicas.

Así, este trabajo se puso a discusión bajo la dimensión psicósomática del dolor crónico en el marco del cáncer de próstata metastásico y del desplazamiento forzado.

La angustia del clínico en escena

En el acto de querer escuchar, nos hallamos de cara a la angustia a la que tanto alude Lacan (2007) en su seminario de 1962-1963. Angustia que responde a un interés determinante, aquella que movilizó al acto simbólico de poner el cuerpo en función del doliente y de comprender que “el dolor crónico es un largo y penoso obstáculo para la existencia” (Le Breton, 1999, p. 31).

Nos encontramos con profundos retos en la interacción terapéutica y en el acceso al mundo interno del paciente. Nos vimos conmovidos a bordear el lamento por el dolor, para hallar ventanas que se pudieran abrir en el encuentro con un sujeto desplazado de su Yo y gobernado por el sufrimiento anímico. Tu- vimos que establecer una espera de carácter analítico, atravesar la impaciencia con el fin de favorecer un alivio mínimo en el paciente, hacer una búsqueda ardua –mediada por la urgencia subjetiva del dolor– por estrategias de intervención que no podían sujetar la realidad del caso. Nos sujetamos, entonces, a la vía discursiva y al cuerpo narrado que reposa en cama como único recurso a favor de sostener una clínica, pese a la angustia que sentimos como equipo al querer abrazar algo de ese dolor. No obstante, al final el reto fue asumir el cierre simbólico y concluyente de la atención del paciente. Tropezamos con aquel cierre, que a esa altura era patente, *ad portas* de culminar la rotación, con un adiós para siempre: nos informan que el Paciente 6 pasa a fase de *final de vida* y fallece unas semanas después.

Una reflexión final: el punto de vista de enfermería

La evidencia científica reporta el dolor como el síntoma más estudiado y de mayor presencia en el paciente oncológico, siendo este el receptor de terapias alternativas –por ejemplo, la musicoterapia (Bradt *et al.*, 2021)– cuyo objetivo se centra en el manejo complementario del dolor, como con el Paciente 6. Al escuchar los acordes de la guitarra y las palabras alentadoras proveídas por sus

alabanzas cristianas, se vislumbró la esperanza en su rostro frente a la angustia inicial. Con el tiempo conectó con su espiritualidad y albergó fe, ahuyentando el miedo y acogiendo la seguridad otorgada por sí mismo. Las intervenciones desde el programa de cuidados paliativos fueron multidisciplinarias y de gran impacto para el Paciente 6 y su esposa, quienes expresaron su agradecimiento profundo por el acompañamiento brindado, a todo el equipo, en especial a la psicóloga que los asistió.

Explorando el mundo simbólico. Transitando los espacios hospitalarios desde la sensibilidad de la infancia

María del Mar Jiménez
Ángela María Jiménez Urrego
Angie Carolina Guerrero Benítez

Reconocer posibilidades de intervención a partir de una mirada sensible, dispuesta a la escucha y a la construcción conjunta nos moviliza frente al trabajo en contextos clínico-hospitalarios; lugares donde el tiempo, el cuidado y el acompañamiento cobran protagonismo en la búsqueda constante por aliviar un dolor físico indescifrable en muchos casos. Nos encontramos aquí ante un trasegar que involucra a niños que viven la enfermedad y su dolor desde muy pequeños.

La niñez lleva a tener en cuenta que existen distintas afectaciones físicas, anímicas y psíquicas que pueden irrumpir en la construcción y exploración del mundo. Con base en este panorama, la propuesta clínico-estética emprendida en los abordajes de corte analítico sugiere que muchos acompañamientos son posibles siempre que se le dé un lugar al sujeto –en este caso, al niño– en sus procesos de simbolización, puesta en sus diálogos, sonrisas, dibujos, juegos y experiencias que trascienden el diagnóstico y el tratamiento. En este punto, se retoma a Reyes (2016), quien nos invita a considerar que, en las infancias, “incluso en circunstancias muy difíciles, hay espacio para la risa, para el humor, para el disparate” (p. 95).

Desde la perspectiva del manejo del caso o del recorte clínico en el contexto hospitalario, resulta imperativo reconocer las necesidades o problemáticas del

paciente en torno a elaborar una *conciliación con el espacio*, la tramitación de afectos y los sueños que se sostienen durante la experiencia de enfermedad. Lo anterior nos cuestiona desde nuestro rol como psicólogos clínicos que apelan a escuchar más allá del diagnóstico de la enfermedad, descubriendo en ese camino diversas formas de acompañar a las infancias.

A partir de establecer la transferencia, la cual implica el acto analítico en doble vía (terapeuta-paciente), se cimienta un intervalo que alude al tiempo del otro, su propia experiencia anímica frente a la enfermedad y sus vicisitudes. Esta vivencia trasciende el marco cronológico, por lo que se soporta en temporalidades que apelan a una clínica más sensible, dando lugar a los significantes que operan como resguardo anímico y que son acompañados idealmente por el partenaire que cuida y acuna su bienestar.

En mi acompañamiento como practicante, me encontré con el Paciente 7, de diez años y procedente de Venezuela; vive hace algún tiempo en Cali. Al inicio, ingresó a la espera de un diagnóstico con el que su madre (cuidadora principal) y él sostuvieron la zozobra de la espera que, más adelante, se convirtió en un dictamen: leucemia linfoblástica aguda (LLA). Durante las intervenciones, el espacio con el paciente varió de acuerdo con cada ingreso a hospitalización, dado que su tratamiento consistía en bloques de quimioterapia intensiva. En general, la habitación era individual, amplia y cómoda frente al abordaje médico. No obstante, para el paciente representaba un mundo desconocido. El Paciente 7 estaba con un familiar de forma permanente, por su situación clínica y su ciclo vital; donde su madre era la principal figura encargada de sus cuidados.

En los encuentros aparecía la angustia ante ciertos procedimientos propios del contexto hospitalario y de su tratamiento, por lo que se solicitó una valoración por psicología a raíz de un “cuadro de ansiedad” y fluctuaciones anímicas en los períodos de hospitalización. En este caso, vemos cómo los avatares del tratamiento y los efectos corporales del Paciente 7 trascienden los límites de su cuerpo.

A nivel familiar, el paciente reside en la ciudad desde hace cerca de tres años, en compañía de su padre (42 años), madre (33 años) y hermana menor (8 años). Tiene dos mascotas que conviven con él, aspecto especial para el paciente. Algunos de sus gustos más marcados son el dibujo, la música y el aprendizaje de idiomas.

De acuerdo con el discurso de su madre, ella mantiene el rol de cuidadora principal en la enfermedad, identificándose como soporte emocional, no solo del paciente, sino de la familia. Ella se encarga de los trámites y cuidados del Paciente 7, al igual que de la comunicación con el personal de salud frente a la

situación clínica y el tratamiento. El padre del Paciente 7, la abuela materna y los tíos suelen apoyar a la madre en los cuidados; el paciente les confiere a estos parientes un lugar importante en sus cuidados y gustos.

Si bien no se reconoce información relevante frente a patologías familiares, la madre del paciente señaló antecedentes en la familia con enfermedades oncológicas. Frente al desarrollo del Paciente 7, la madre refiere que su crecimiento se dio con normalidad, pese a que tuvo bajo peso desde bebé. Esto es esencial en la narrativa de la madre, pues es una de las primeras razones por las que llevó con constancia al Paciente 7 a chequeos médicos desde pequeño.

A nivel personal, el Paciente 7 no da lugar en los acompañamientos a preguntas, inquietudes o detalles relacionados con su enfermedad. En consecuencia, se presupone una urgencia subjetiva en el plano de otorgarle espacio a otras formas de estar y nombrar lo que aquejaba, otra manera de bordear lo real de esta experiencia. De acuerdo con ello, se reconoce que la interrupción o el cambio de la vida cotidiana es aún más patente en las infancias y las esferas que la acompañan en su ciclo vital, como el juego, las amistades y la exploración del mundo; por lo que empezamos a notar que el Paciente 7 da lugar a la exploración de su mundo simbólico a través del acompañamiento psicológico.

Análisis

Desde la mirada clínica, estos recortes clínicos entrañan una riqueza para el análisis, puesto que señalan la trascendencia del acompañamiento terapéutico en las infancias, especialmente en escenarios hospitalarios. En el caso del Paciente 7, tuvo acompañamiento psicológico durante quince sesiones, alrededor de siete meses en encuentros intermitentes, producto de los tratamientos, las hospitalizaciones y los egresos.

A lo largo de las intervenciones, se evaluó el estado mental, donde se observó al paciente con buena presentación personal y dispuesto a estos espacios. Sin embargo, la presencia del dolor tuvo efectos determinantes en su estado anímico. Cabe agregar que el Paciente 7 permaneció con la conciencia sin alteraciones; psicomotricidad adecuada y pensamiento en curso y forma sin alteraciones; realizó contacto visual, con disposición a colaborar en la mayoría de los encuentros. A partir de ello, emergieron dos categorías que se exponen enseguida.

El dolor en el plano de lo real

Cuando me topé con el Paciente 7, percibí a un niño poco comunicativo verbalmente, pero con cierta actitud de apertura cuando yo entraba a la habitación, en los primeros encuentros, para conocer más acerca de él y de su cuidadora

principal. La mayoría de las veces iba equipada de una mochila de ideas y herramientas artísticas que permitieran esta aproximación inicial, donde la ausencia de palabras no fuera un impedimento o una excusa para dejar de acompañar su proceso. En estos encuentros teníamos interés en comprender parte de su mundo y de sus gustos, además de indagar sobre esta nueva experiencia que comenzaba a vivir frente a los procesos de enfermedad y, en su caso, el inicio de un tratamiento oncológico que cambiaría su vida cotidiana; en síntesis, saber cómo acontecía el tratamiento oncológico desde su decir. Por tanto, yo estaba en busca de aquello que abriera un nuevo capítulo de diálogo.

El Paciente 7 ingresó a la clínica por malestares físicos persistentes, que padecía desde muy corta edad. En consecuencia, le hicieron análisis que, a los quince días, permitieron conocer el diagnóstico de LLA; condición sorpresiva para él y su familia, en especial para su madre, pues recibió la noticia. En este panorama, procuré comunicarme de una forma con la que él se sintiera cómodo, no sin antes sostener miles de preguntas semejantes a *¿cómo hablar de cáncer con los niños?, ¿cuál será su mayor preocupación?, ¿cómo explicarle los procedimientos a los que se iba a enfrentar y que debían iniciar por protocolo de atención?*

Todo ello me acompañó una vez se conoció su diagnóstico y a lo largo de las intervenciones. Previamente, los encuentros buscaban asistir al paciente, para mantener su bienestar en el hospital y disminuir el riesgo en salud mental al esperar su diagnóstico. En dicha espera, el núcleo familiar se preocupa y surge el desasosiego, mientras que en el niño se entrevé una búsqueda de posición para sí mismo. Frente a esto y en aras de posibilitar en el paciente un lugar más allá de la enfermedad, comenzamos una exploración desde su discurso, donde se abordaron sus gustos por ciertos objetos, actividades, etc., que le dan sosiego, los cuales entretejieron caminos posibles para acompañar –desde mi rol como psicóloga– el proceso de adaptación al espacio hospitalario y al tratamiento, intentando siempre sacar al Paciente 7 del lugar de sujeto enfermo.

Algunos de los gustos que hallamos en su discurso fueron: “me gusta mucho la televisión y el fútbol... Me gusta el Real Madrid y veo partidos con mi papá” (comunicación personal, 2021) y “me gusta dibujar, pintar y me gusta la plastilina, porque hago muñequitos” (comunicación personal, 2021). Estas frases me permitieron identificar que tiene distintos gustos, deseos que alojan su mundo psíquico y que trascienden las esferas corporales.

A partir de la noticia del diagnóstico, el Paciente 7 comienza a operar con significantes propios la relación que tiene con el proceso de hospitalización, caracterizado por su angustia y la de su madre frente al dolor o a la incertidumbre de un porvenir referente al diagnóstico y sus efectos secundarios. Pese a ello, evidencio que el Paciente 7 buscaba explorar y saborear el mundo desde sus

recorridos y experiencias en el escenario hospitalario. En las intervenciones, encontramos nuevos lugares y formas para transitar, no solo la enfermedad, sino la infancia y sus avatares, para vivirlas mediante el juego, la palabra, la música, entre otros. En ese marco, nos valimos de la vivencia inmediata del hospital para sostener un mundo simbólico con todos sus semblantes, con el objeto de bordear la fuerte carga anímica que implica coincidir con lo imposible de nombrar, de aquel real que mostraba con crudeza la enfermedad oncológica.

Durante el acompañamiento y por efectos de la transferencia, descubrimos herramientas didácticas, estéticas y lúdicas que fueron un puente para el diálogo y el reconocimiento de afectos o pensamientos que rodeaban la experiencia de enfermedad. Ello dio lugar a tramitarlos y a que surgieran invenciones que nos anoticiaban la vivencia atravesada por la palabra y por la expresión por otros medios. Algunas dinámicas nombradas en esta relación terapéutica fueron: “cada día aprendemos más”, “mi árbol de Navidad”, “juegos tradicionales”, “ojitos de Dios”, “el mapa del Paciente 7”, “poniéndole color a mi día” y “pintando la vida”. Este modo de nombrar las dinámicas brindó las coordenadas del acompañamiento para alojar el discurso que emergía pese al dolor y gracias a la invención de aquello difícil de nombrar.

En el tiempo de intervención, observé que el Paciente 7 procuraba reconocer qué le gustaba de las actividades. Mediando lo anterior con sonrisas, proponiendo colores y llevándome a pensar que la creación de historias permite, desde la esencia de su arte, transmitir lo que su protagonista desea.

En ese sentido, traigo a colación lo visto en la actividad “mapa del Paciente 7”: a partir del juego, el teatro, la narrativa y expresiones corporales, se posibilitaron encuentros que hablan de lo transferencial y que logran asir al sujeto a una perspectiva diferente al discurso médico, creando formas para que el psicólogo intervenga con los recursos que el mismo paciente ofrece para sostenerse. En la actividad, el Paciente 7 señaló aspectos de arraigo como “me gustó mucho pintar las cosas que me gustan y mis personas favoritas, como mi abuela C o mis tíos que me acompañan siempre. Y también las cosas que no me gustan con los muñecos” (comunicación personal, 2022). Seguidamente, añade: “hoy me siento aburrido, pero porque quiero irme a la casa, pero estoy feliz, porque ellos me acompañan y cuando estoy aburrido puedo hacer las cosas que me gustan” (comunicación personal, 2022).

Estas afirmaciones me llevan a pensar, en relación con Kaplan (2020), que “cuando lo Real irrumpe, las imágenes y las palabras le permiten recomponer su imaginario” (p. 116). Esto supone que la mejoría frente a los procesos de enfermedad no solo deviene de los tratamientos médicos, pues aquello que los padres y el personal auguran bajo el cuidado posibilita nuevas vías de sostenerse. Así, el

interés genuino por querer descubrir o crear en el Paciente 7 pone en evidencia elementos vitales para reconocer su vida y hallar recursos en las palabras, los juegos y los actores que acompañan su proceso, los cuales le posibilitan divisar nuevas maneras de posicionarse desde su subjetividad.

Durante las intervenciones, se mediaron estos recursos para favorecer e integrar la voz del niño ante su proceso, aflorando formas de transitar estas nuevas configuraciones en su estructura. Si bien sentía una profunda angustia por hallar herramientas que generaran bienestar en el Paciente 7, me topé con un pequeño, quien perdió su cabello, al que le dolía el cuerpo y que no quería hablar. Encontré un llanto que me costaba nombrar y un dolor que no sabía cómo alojar. En efecto, aquello innombrable que causaba tal angustia no solo emergía en él o en su madre, pues me vi atropellada por esta transferencia mordaz en la búsqueda por sosegar algo de dicha experiencia.

En estos momentos de recaídas (físicas y anímicas) en su tránsito por las quimioterapias y las hospitalizaciones, noto que predominan cambios colaterales al tratamiento y sus interpretaciones que exacerban la angustia. Efectos cuyo contenido alteran al sujeto y que, de acuerdo con Gatto (2017), ponen en jaque el psiquismo del individuo por el reconocimiento y la comparación con la salud vivida en el cuerpo o por el dolor que emerge de las transformaciones palpables a la luz de la corporalidad, su imagen y la autonomía.

Por su parte, en la madre tomaba forma la preocupación imperante por la alimentación, por acatar los consejos médicos y por dejar de lado su propio cuidado. De este modo, se pone de manifiesto en el niño y su cuidadora el impacto anímico y el dolor como piezas dominantes en la singularidad de cada vivencia. Siguiendo a Fernández (2010), la ruptura de la vida cotidiana lleva a invertir en el Paciente 7 un mundo en el que poco se logra apalabrar, exacerbando el dolor físico frente a los cambios y las pérdidas que esto implica. ¿Cómo favorecer el enriquecimiento simbólico en el marco de esta desgarradura que arremete en el cuerpo? Gutiérrez (2018) refiere que el espacio simbólico es un vehículo para expresar y reconocer todo lo que suscita la enfermedad, los cambios gestados y aquello que los niños reconocen frente a su experiencia de vida, la cual es acompañada por estados afectivos en el proceso.

Cuando hago una pausa y limito mi angustia, intento acompasar los tiempos y ritmos del Paciente 7. Agudizar mi observación y escucha a narrativas más sosegadas en sus expresiones, me mostraron un niño que soñaba con viajar y construir cosas, tal y como refirió en nuestro último encuentro: “hice un Instagram para hacer videos de juegos y cosas que me gustan; me quiero volver famoso y hacer una historieta de mi vida” (comunicación personal, 2022). Él mismo crea una escena en la que es responsable de su proceso y del cambio de

sus semblantes. Esto que no lograba asir o que era poco apalabrado se transforma ahora, dejando entrever un movimiento subjetivo que demuestra el deseo soportado en una pulsión de muerte, pero con otro cariz; uno que lo lleva a replantear sus sueños y ubicarse en un lugar distinto al de las pérdidas: el de los anhelos por vivir. En este punto, veo que existe un porvenir, porque para el Paciente 7 la historia continúa como el narrador de sus vivencias.

El paciente encontró formas que, si bien no hablaban sobre el diagnóstico, eran sus percepciones e imaginarios frente aquello que le resulta difícil de mencionar, enunciándolo con palabras y con su cuerpo. En efecto, esto comienza a tener un estatuto más allá de lo real imposible de nombrar, que aparece en el cuerpo; ese de la medicina, los tratamientos y los efectos en lo corporal; ese que agujerea su cuerpo. Noto cómo logramos salir de la angustia a la subjetivación, a través de arreglos que enfrentan la situación; es decir, ya no se trataba de la búsqueda incesante de su bienestar, lo cual correspondía más al deseo de la institución, la madre y su psicóloga. El Paciente 7 construyó su bien (estar) desde el ser alojado y el transitar por ello; lo que lo abanderó más allá del niño con un diagnóstico, al niño con una historia por contar.

De este modo, cobra sentido el acompañamiento psicológico en un escenario clínico cuando el cuerpo no es ajeno a lo que el sujeto pretende anunciar; cuando lo no dicho emerge como síntoma; cuando se busca reconocer la voz propia frente a su proceso; cuando el cuerpo no es el organismo, sino una construcción efecto del lenguaje (Kaplan, 2020, p. 113).

La invención por la vía de lo artístico-lúdico

De acuerdo con lo expuesto, vemos cómo el arte y las estéticas en el espacio hospitalario son una vía alternativa al síntoma, puesto que ubica otro lugar para elaborar algo de lo traumático o doloroso de la realidad. Podría comprenderse como otra forma de tratamiento que da voz a los recursos subjetivos que tiene el paciente para ubicar lo que reconoce de la enfermedad y sus vivencias de niñez. Aquí hay un espacio para la ética del acto psicoanalítico, en el que se pausa la angustia existente para hallar formas de paliar el dolor, con base en la decisión de ver un porvenir, encontrar otra relación con el cuerpo. Todo ello implica habilitar espacios de esa casa de palabras a la que invita Reyes (2016), donde emerge la luz de la experiencia de la enfermedad y de su singularidad humana, mediante el juego, las narrativas y la invención.

La forma en que el Paciente 7 inscribe en su discurso aspectos de carácter espiritual resulta en cómo se configura a sí mismo; la invención que tiene un fuerte componente estético estriba, en este punto, en cómo se articulan el deseo de vivir, el cobijo espiritual y los anhelos por un porvenir. Durante este tiempo

de comprender, tuvo un movimiento discursivo y anímico, debido a que sus manifestaciones –disgustos, miedos profundos, intereses y alegrías atrapadas en los dibujos o juegos– encontraron nuevas maneras de expresarse. Nuevas narrativas de vida y de familia, donde las emociones relacionadas con el proceso tienen un cambio de semblante: “antes me daba mucha tristeza, porque tenía miedo de los medicamentos, de que me iba a doler... Ahora me siento bien, le he perdido miedo a los medicamentos” (comunicación personal, 2022).

Aquí, la tramitación anímica cobra sentido como un punto de quiebre fundamental, pues se observa cómo a lo largo del proceso se da lugar a lo que lo moviliza, donde su urgencia y sus anhelos profundos impulsan su vida. A su vez, construye un espacio para sí mismo, cargado de sueños, proyectos y acompañamiento de sus principales referentes: “a mí me gusta mucho la música de él (Michael Jackson) y en estos días que vino mi papá, me trajo audífonos y he estado jugando y escuchando canciones” (comunicación personal, 2022). Frente a esto, cabe recordar las palabras de Sotelo (2009), cuando señala que el surgimiento de la angustia posibilita pensar en una “salida en tanto la angustia funciona como la última trinchera del sujeto, justamente allí donde no está, y entrada a la posibilidad de un entramado que le permita una posición diferente” (p. 61).

De la relación psicoterapéutica y la transferencia: un campo que florece

A partir de la intervención y el acompañamiento del Paciente 7, se movilizaron muchas preguntas con respecto a cómo actuar desde un rol psicológico que promueva la calidad de vida de un paciente pediátrico. En este escenario, se establece una clara transferencia, puesto que, a veces, mi posición como terapeuta se convertía en la única vía para atisbar tranquilidad bajo el pedido de la cuidadora y del paciente; estas ocasiones avasallaban mi propio esquema de pensamiento e interpretaciones sobre el diagnóstico oncológico en niños.

Podría pensar en diferentes formas de enunciar una demanda que procuraba un bienestar frente al paciente. Empero, el Paciente 7 me enseñó a poner el acento en lo no dicho, en la mirada y en el silencio. Por ejemplo, en una de las intervenciones, el Paciente 7 señaló su deseo por jugar o crear algo. Luego, la enfermera se acercó a hacer el procedimiento de colocación de catéter. Decidí quedarme en silencio a su lado en un intento por comprender qué sucedía, pero a veces el dolor no sostiene palabra alguna, por lo que en ese momento sostuve su mano. Posterior a esta intervención, él solicitó mi presencia y lo acompañé a pintar; así, aquello terrible podía ser acompañado con el recurso de la pintura,

donde la invención, pese al dolor, se transforma en una posibilidad de hacer un puente entre la palabra y el malestar.

De acuerdo con ello, sostener a otro en espacios incontrolables frente al dolor –como estar presente en la colocación de un catéter– se relaciona intrínsecamente con aquellas percepciones de angustia e incertidumbre desde el quehacer psicológico y con los acompañamientos que permiten sostener historias, miedos e incertidumbres, pero también dejar huellas que albergan opciones y salvaguardan la vida anímica cuando el cuerpo es sometido a un tratamiento.

Esto me lleva a pensar que cada cuerpo y sujeto son únicos frente a la vida; en consecuencia, la experiencia en contexto “va a depender del hecho, del impacto y del modo en que esa vivencia se articule con la subjetividad de cada uno” (Gatto, 2017, p. 41). A su vez, nos invita a considerar las intervenciones a nivel profesional desde una responsabilidad con la sensibilidad ante las necesidades y los requerimientos de la exploración del mundo, a partir de la mirada que sostiene el paciente; en este caso, la mirada de las infancias.

Lo expuesto hasta ahora genera la hipótesis que, a nivel institucional, se debe seguir con la búsqueda de alternativas multidisciplinares para acompañar la urgencia del paciente y darle lugar. Se resalta que en el Paciente 7, para efectos de la subjetividad y el bienestar de sí, aquello que plasmó como ruta de trabajo desde el deseo de ser acompañado propició un espacio de bienestar para él y su familia. Lo anterior en el marco de los comportamientos consecuentes de su situación clínica, los cuales pueden convertirse en una herramienta para vislumbrar la sensibilidad puesta en el otro.

En el escenario del acompañamiento multidisciplinar e integral a las infancias, es común escuchar del equipo médico que las hospitalizaciones prolongadas en infantes con diagnóstico oncológico suelen ser difíciles de sobrellevar para los niños, los padres y el mismo personal de salud. Para estos últimos, es un reto proporcionar una atención integral de acuerdo con variables intrapersonales e interpersonales: los gustos de los niños, la permanencia continua de los padres, el acceso a la información según su edad, los tiempos de juego, la dispersión, los procedimientos bajo un componente de sensibilidad y humanización atravesada por la calidez y la empatía con esta población.

El *dolor* del Paciente 7 es el síntoma que más se identificó en él; el dolor de verse separado de su hermana y su primo, con quienes tiene una relación muy estrecha y son sus pares. Después de estas intervenciones, se veía más tranquilo, sin signos de dolor, en tanto su madre estaba serena. Con ello, se reafirma la necesidad del acompañamiento integral, innovando con terapias exitosas alrededor

del mundo para el control del dolor y la ansiedad que genera la hospitalización de estancia prolongada.

En este sentido, se reconoce la importancia de empatizar con el paciente para desmitificar las representaciones de aquello que se genera al movilizar el psiquismo o construir unas nuevas. En otras palabras, fortalecer la comunicación como vehículo precursor del bienestar en salud mental durante procesos de enfermedad, que en el caso de los niños implica una ética y estética de los recursos que pueden construirse en conjunto.

Este reconocimiento parte desde la clínica psicoanalítica como un proceso que no es lineal y que conlleva tanto pérdidas como ganancias emocionales para el sujeto, en cuanto va comprendiendo su posición subjetiva. En este sentido, Gatto (2017) plantea que “necesitamos [...] una cultura médica que propicie el diálogo, el intercambio, que valore la palabra, palabra que es diagnóstico y contención; [...] que incorpore una concepción de salud flexible y en constante transformación” (p. 127).

Finalmente, las preguntas que nos acompañaron durante el proceso de atención del Paciente 7 favorecieron ver los escenarios clínicos como un lugar de actuación más allá de solventar la salud y el bienestar desde el diagnóstico y el malestar físico. Perspectiva que invita a considerar las oportunidades que brinda el reconocer las necesidades de los pacientes desde su propia voz. En últimas, él es quien da lugar al reconocimiento de sí mismo y el terapeuta aparece como un guía que encaja las fichas, hila palabras y acompaña la existencia humana.

Maternidad y enfermedad. Un dolor escindido

Jessica Motta Carvajal

Javier Fernando Acosta

Hay palabras como “viudo” o “viuda” que designan aquel que sobrevive a un cónyuge; o “huérfano”, a quien ha perdido tempranamente un padre. Sin embargo, no existe nominación alguna para quien ha sobrevivido a un hijo. Algo del enorme sufrimiento que esa situación conlleva tenga, quizá, que ver con ello. Sin embargo, la escritora colombiana Bella Ventura en su intento por describir esta pérdida inventa un término de la condición humana de un ser que ha perdido a su hijo: “alma mocha”.

Aída Roitman, Marcela Armus y Norberto Swarc,
“El duelo por la muerte de un hijo”.

Introducción

¿Cómo se vive el dolor de una pérdida que atraviesa el cuerpo propio? ¿Qué elaboraciones posibles le quedan a alguien que ve desvanecer la vida de quien en algún momento consideró una pequeña parte de sí? ¿En el caso de madres y padres que acompañan a sus hijos en el tratamiento de enfermedades huérfanas, catastróficas o en fases finales, podemos hablar de un dolor que se vive en dos cuerpos?

Para responder estas preguntas y pensarme un proceso clínico que era difícil por el estupor causado, me encontré con autores que se han acercado al dolor y sufrimiento que experimenta un padre o una madre que acompaña la enfermedad oncológica de su hijo. Puedo retomar a Freud (1915), cuando describía que la melancolía es la identificación del yo con este objeto caído, de manera que nuestro narcisismo cae con el objeto. Lo anterior se refuerza en la siguiente cita:

Las pequeñas muertes son la pérdida del hermoso cabello de los niños a los que se les administra quimioterapia, o una hospitalización que nos separa de ellos cuando ya no se les puede cuidar en casa, su incapacidad para caminar, bailar o jugar a la pelota, traer amigos a casa, bromear reír o hacer planes para el futuro. (Kübler-Ross, 1992, p. 18)

En este capítulo, nos preocupamos por cómo la madre asume la noticia de la enfermedad oncológica de su hijo y los afectos y efectos que se generan en ella durante la enfermedad, teniendo en cuenta que la maternidad es un momento de vida plagado de angustias y deseos que se contraponen entre sí. Además, es el período en el que libidinalmente la madre presta su deseo para que el niño se sirva de él, hasta que crezca y encuentre un deseo de sí. Sabiendo, también, que la maternidad es cuando la mujer sacrifica algo de su propio deseo para seguir el de cuidar y que dicho deseo lo puede interferir la enfermedad, que atraviesa la significación de la madre y la significación del niño.

En primer lugar, es necesario exponer el contexto donde se ejecutaron las sesiones de estas intervenciones. Lo ocurrido sucede en un entorno hospitalario especializado para la atención de enfermedades oncológicas, en Cali, Colombia. Este relato cuenta el atravesamiento de la experiencia de la enfermedad y del dolor compartido por nuestros dos sujetos: el paciente δ (a partir de ahora, identificado como N), un niño de dos años que diagnosticaron recientemente con leucemia, y J, su madre, con quien se realizan las sesiones que se describen enseguida. Las intervenciones se hacen en las hospitalizaciones, cada que N ingresa para recibir su tratamiento de quimioterapia, cada diez y catorce días, y se interrumpen por otros catorce días cuando N y J vuelven a casa para descansar.

N y J no viven en Cali; provienen de una vereda del departamento del Cauca, en una ciudad que queda a más de dos horas de distancia. Para recibir las sesiones de quimioterapia, J, N y su padre (a partir de ahora, A) se mudan a la casa de un familiar del abuelo de N. La familia nuclear de N se compone por J, A y S, la hermana mayor de N por línea materna. Cabe señalar que el paciente es el único hijo concebido en la unión de J y A.

N tiene dos años, tez negra y cabello ondulado. Su madre lo describe como un niño alegre y a quien se le facilita socializar con otros infantes; sin embargo, se le dificulta establecer vínculos con adultos, incluso con los de su familia. Por su lado, J es una mujer de 37 años, tez negra y cabello ondulado. Ella se dedica a las tareas del hogar y al cuidado de N y S. J manifiesta que N ha desarrollado un vínculo hacia ella que considera muy apegado, por lo que le preocupa que esto se deba a algún problema de su desarrollo emocional.

S es la hermana mayor de N e hija de J, quien tiene quince años. J explica que la crianza de S fue muy diferente a la de N. La madre la describe como su red de apoyo emocional; como una niña calmada que, “donde la dejáramos, ella se quedaba” (comunicación personal, 2021); como una niña “a la que le va bien en el colegio” (comunicación personal, 2021). Cabe agregar que se identifica un vínculo estrecho entre S y N.

A es el padre de N y esposo de J. Él es un hombre de 38 años, quien se dedica a transportar materiales para construcción de manera independiente. Nunca se ha visto en el entorno hospitalario y J no habla mucho de él en las sesiones. Finalmente, se encuentran la abuela materna de N y sus tías, a quienes J describe como personas buenas con N. Sin embargo, el niño no ha establecido una confianza con ellas y, cada vez que está en su compañía, pide volver con su madre.

A lo largo de las sesiones, se observa que N dispone de una amplia red de apoyo, presente en su tratamiento. No obstante, N solo tiene un vínculo estrecho con su madre y su hermana, lo que le dificulta sentirse en confianza con los demás miembros del núcleo familiar. Respecto a J, ella percibe a S como su única red de apoyo, pues no habla de los miembros de su familia originaria; parece que ellos no la acompañan en el proceso. A pesar de esto, J ha contado con el apoyo de la familia de A en términos materiales, por ejemplo, la posibilidad de quedarse en una vivienda compartida con ellos.

Tocar las puertas de un acontecimiento

La primera vez que entré en la habitación, percibí de inmediato la vitalidad y el carácter de N, quien hasta hace menos de dos meses fue diagnosticado con una enfermedad que aún se escapaba a su comprensión: leucemia. Este carácter y vitalidad se identifican en cómo veía las caricaturas que le gustan, cómo reafirmaba su posición de recelo frente a los psicoterapeutas que entraron a la habitación y cómo ponía atención a su madre y a sus expresiones corporales mientras hablaba con los psicoterapeutas. También, en el lugar de soporte que tomaba cuando su madre lloraba o se mostraba conmovida —con pequeños toques en la espalda, tal vez a manera de contención, y otras acciones que N hacía—, demostrando que parecía entender las angustias de J cuando las demostraba.

Al ver por primera vez a J, percibo a una mujer físicamente cansada y deteriorada, con grandes bolsas debajo de los ojos que denotan la falta de sueño y las horas de llanto. Así mismo, reconozco un afecto con tinte melancólico, caracterizado por un estado emocional muy frágil, el cual manifiesta con un llanto que la aflige con facilidad, varias veces en la sesión, y que se mantiene en los siguientes encuentros en menor medida. Esto sucede, en específico, cuando habla del diagnóstico de su hijo; de hecho, mencionar el cáncer parece aumen-

tar visiblemente la angustia de J. En consecuencia, se le dificulta encontrar las palabras para describir ser madre de un hijo que atraviesa una enfermedad. De este modo, las primeras sesiones transcurrieron con pausas, debido a que J se acongojaba y se quedaba por momentos en silencio, intentando hallar las palabras para expresar sus vivencias. En estas sesiones, procuro respetar los tiempos emocionales de J y su posibilidad para verbalizar lo que siente y piensa.

En la primera sesión, mi compañera y yo encontramos la camilla vacía y a N escondido tras su madre, quien está sentada en el asiento del acompañante en la habitación. Considero importante resaltar que en las siguientes intervenciones es común encontrar a N escondido en el cuerpo de J, tras su espalda o acurrucado en su regazo. Cuando N nos ve, manifiesta su desagrado ante nuestra presencia, pues se oculta un poco más tras el cuerpo de J y se tapa los ojos para no vernos, pese a los esfuerzos por mostrarnos amigables y hablarle en un tono con el que se sintiera seguro.

Por otro lado, aunque J se ve afligida y le cuesta encontrar las palabras para responder las preguntas realizadas –que en un principio son difíciles de contestar: ¿por qué están aquí?, ¿cómo ha sido esta experiencia para ustedes?–, identifico que ella desea hablar y ser escuchada, por lo que mi compañera y yo procedemos a realizar el acompañamiento a J. Ella parece estar estremecida por el diagnóstico y alberga muchas dudas al enfrentarse a la crianza de un niño que no está sano, lo cual se evidencia cuando se le pregunta qué había sido lo más difícil para ella de este proceso. J responde: “es que yo ya tengo una hija mayor, y yo nunca pasé por esto con ella, y nunca he tenido familiares con este diagnóstico, entonces yo no sé qué es esto” (comunicación personal, 2021). Esta pregunta resuena con frecuencia en las sesiones. Ahora, cuando se le pregunta a J “¿qué es lo primero que se le viene a la mente cuando le dijeron que era cáncer?”, ella responde: “muerte” (comunicación personal, 2021).

Lo anterior nos permite reconocer que la noticia de la enfermedad oncológica de un hijo entra en la categoría de *acontecimiento*. De acuerdo con los planteamientos de Rovere y Zabalza (2013), esto marca un antes y un después en la vida de aquellos padres y madres que reciben la noticia. En J, el *acontecimiento* produjo un movimiento, una conmoción por la ruptura de la vida cotidiana, derivándose en la angustia y en la dificultad para poner en palabras el signifiante muerte. Así, se genera una ruptura cuando lo real de la muerte de un hijo se configura como una posibilidad en la vida psíquica de la madre (Raimbault, 2008).

Cabe resaltar que, en la actualidad, el cáncer infantil se considera una enfermedad crónica. Sin embargo, los avances en los tratamientos médicos han incrementado el número de niños que sobreviven a esta enfermedad. Según Méndez *et al.* (2004), antes de los años cincuenta, la duración media de vida

de un niño diagnosticado con leucemia era de diecinueve semanas y solo el 2 % sobrevivía más de cincuenta días semanas. Empero, hoy en día se ha alcanzado una tasa de supervivencia de niños con diagnósticos oncológicos de alrededor del 70 %; por lo que uno de cada novecientos jóvenes que cumplen los veinte años es un superviviente de cáncer infantil.

Parafraseando a Freud (como se citó en, Roitman *et al.*, 2002):

El punto más espinoso del sistema narcisista, esa inmortalidad del yo que la fuerza de la realidad asedia duramente, ha ganado seguridad refugiándose en el niño. El conmovedor amor parental, tan infantil en el fondo, no es otra cosa que el narcisismo revivido de los padres, que en su transmutación al amor del objeto revela inequívoca su prístina naturaleza. (“Duración del proceso”, párr. 2)

De manera que la imagen de la majestuosidad del niño, quien parecería no ser vulnerable a las castraciones psíquicas a las que estamos sometidos los adultos, es permeada por la probabilidad del atravesamiento de lo real de la muerte. Esto impide la simbolización o puesta en palabra de algo que antes no figuraba como una posibilidad, pero que ahora atraviesa el psiquismo con tanta fuerza que la madre debe tomar un tiempo para que sea apalabrado.

Así mismo, Roitman *et al.* (2002) asocian la pérdida de un hijo con el trauma, describiéndolo como “un acontecimiento que irrumpe en la vida de un sujeto y no logra inscribirse” (“Factores que inciden”, párr. 2). En consecuencia, podríamos proponernos estudiar el anuncio de una enfermedad oncológica en un hijo, relacionado con la inscripción de la posibilidad de perderlo en la psique de la madre; ello de acuerdo con las condiciones socioculturales y los mitos que rodean esta enfermedad en distintos contextos geográficos de Colombia.

Ahora bien, el entorno cultural en el que crece N parece jugar un papel fundamental en torno a las angustias de J sobre cómo criar a un niño que no está “sano” en la comunidad en la que viven. No solo esto, sino cómo comunicar la enfermedad de su hijo en el medio en el que habitan, lo cual se constata cuando J dice:

Es que él tiene muchos amigos y generalmente lo invitan a jugar los niños de la vereda. Yo no sabría cómo hacer cuando volvamos, allá la gente no usa tapabocas. Yo no sé cómo voy a pedirles a los niños allá que usen tapabocas para poder jugar con N; no sé cómo se lo van a tomar. Yo aún no he terminado de procesar que mi hijo está viviendo esta situación, ni siquiera sé cómo decírselo a las personas en la vereda si yo aún no lo entiendo, no creo que sea real. (comunicación personal, 2021)

Durante el encuentro, mi coterapeuta le da un toque en el hombro a J como forma de apoyo y reconocimiento afectivo, lo cual es necesario en otros momentos cuando J parece dividirse por la angustia entre lo que siente como madre y lo que vive como mujer. Cabe anotar que las sesiones transcurren de manera pausada, debido a que mi coterapeuta y yo esperamos en silencio, por momentos, hasta que J recupera de nuevo las fuerzas y reconecta las palabras para expresar lo que siente. Así, tras uno de estos silencios, J menciona que le causa aflicción el futuro de su hijo, que no pueda ser un “niño normal” (comunicación personal, 2021).

Podemos pensar que el valor de identificarse como madre deviene de la vida de un hijo, quien da sentido a la maternidad. Por tanto, su pérdida sacude dichas identificaciones, que suelen manifestarse con angustias de desintegración, perturbaciones de la continuidad temporal y dificultad para saber cómo responder en lo cotidiano. En síntesis, estas enfermedades simbolizan un evento traumático para la madre o el padre (Roitman *et al.*, 2002).

Aunque no parece comprender el discurso de su madre (*¿a qué edad sí lo haría?, ¿es acaso un asunto de edad?*) ni qué implica su diagnóstico, N parece entender las emociones de J. Cuando ella llora, la mira fijamente y, en ocasiones, pone su mano en la espalda de su madre a manera de consuelo. Así mismo, cuando J está hablando sobre la angustia que le produce que N no pueda ser “un niño normal” (comunicación personal, 2021), pues no debe estar expuesto a virus ni gérmenes, N deja de prestarle atención a su madre, alcanza una bolsa que tenía cerca, la adecua para usarla como un guante y se la muestra a su madre.

Desde la primera sesión, advierto que, aun cuando A le había llevado juguetes a N para que se entretuviera en su hospitalización, J los tiene guardados en una bolsa negra. Esto me crea una incógnita entre la angustia que ella siente sobre la posible pérdida de la infancia de su hijo y las acciones que lleva a cabo inconscientemente, tras la pregunta que surge frente a la crianza de un niño con cáncer.

Según lo planteado por Gatto (2017), padecer una dolencia como el cáncer, con los consiguientes desequilibrios somáticos, tiene un impacto psicosocial intenso que varía en cada caso y en cada persona. Esto lleva a pensar cuánto nos desorganiza el asumir una noticia que nos exigirá modificaciones en nuestra vida y en la de quienes amamos, cuando dicha noticia ni siquiera se asomaba por el imaginario.

En los modos de vivir de J, la crisis se genera por la noticia de una enfermedad oncológica en su hijo, percibida como un fenómeno complejo que involucra un proceso inestable, el cual está sujeto a evolución y lo produce la irrupción de lo

imprevisto; esto causa una pérdida que lleva a una situación de duelo anticipado que busca ser superada. Entonces, su crisis constituye una experiencia de vida, una transición y una circunstancia de riesgo, cuyas implicaciones dependen de cómo la enfrenta y la resuelve. ¿Pero cómo hacerlo al sentirse sin recursos, ahogada y atravesada por el acontecimiento de la enfermedad de su hijo?

A lo largo de las siguientes sesiones, nos encontramos con personas de la familia diferentes a J, los cuales visitaban a N en su estadía hospitalaria. En una ocasión, la tía paterna de N lo acompañaba, observándolo durante su juego, mientras hablábamos con J. Entre susurros, la madre nos confesó: “me siento angustiada al ver todo lo que le están haciendo a mi hijo; como nunca he pasado por esto ni tengo familia que haya pasado por esto, no sé cuánto va a durar” (comunicación personal, 2021).

En este encuentro, J se expresa sobre los cambios que ha causado, en la cotidianidad, el acontecimiento de ser madre durante la enfermedad de su hijo; por ejemplo, el “ir y volver constantemente” (comunicación personal, 2021), refiriéndose a los viajes que tenía que hacer al pueblo en el que residía, y los trámites hospitalarios, como el proceso para las citas de quimioterapia de N. En este sentido, J explica que debe abordar un taxi con N y entrar por el sector de urgencias de la clínica, donde se demoran entre un día y dos, lo que es estresante para ella, pues “entran muchas personas con enfermedades respiratorias” (J, comunicación personal, 2021). En este escenario, se siente en la obligación de estar siempre alerta, hasta que les asignan una habitación en el hospital, entra y puede descansar.

En la mayoría de los encuentros, nos agenciamos como referentes de escucha frente a J, de manera que pudiera expresarse acerca de sus angustias, en lo relativo tanto a N y su enfermedad como a ella misma y su rol de cuidadora de un niño “no sano”. Este ejercicio es vital, puesto que –al parecer– J no cuenta con alguien que la escuche sin juicios o que le permita hablar sobre las dudas que la invaden. Sin embargo, no dejamos de lado lo relevante de hacer devoluciones a J con respecto a su rol y sus modos de ser madre de N en la enfermedad.

J nos permite aprender que, al enterarse del diagnóstico de la enfermedad de su hijo, una madre puede experimentar angustia o resignación, en relación con ideas que se vuelven frecuentes en el entorno hospitalario: “¿por qué a mi hijo le pasa esto?” o “mi deber es afrontar esta situación, por lo que debo mantenerme tranquila”. Igualmente, pueden surgir pensamientos de culpa asociados a algún evento del embarazo o a cuidados adicionales dados o no al hijo enfermo. En ocasiones, una madre puede preguntarse cómo criar a su hijo, aunque tenga hijos mayores, pues el cáncer se vuelve una variable que cuestiona sus saberes entorno a la crianza; incluso, hace que se remita a su relación con la maternidad

desde la posición de hija, al enfrentarse a esta experiencia nueva para ella. Como sucede con J, cuando espera ser auxiliada y alojada por los médicos y terapeutas.

En este orden de ideas, Méndez *et al.* (2004) explican que las madres pueden sentirse culpables e impotentes por no poder proteger a sus hijos del cáncer, además de inseguras al no saber si podrá proporcionarles los cuidados que requieren. De la misma forma, frente a la dificultad de encontrar una razón a la enfermedad de su hijo, pueden tornarse sobreprotectoras con los cuidados y ante situaciones o personas que consideran amenazantes para la integridad de su hijo. En otras palabras, la enfermedad exacerba la función de cuidado de las madres, cuyo hijo ha recibido un diagnóstico oncológico. Así mismo, la angustia o los trastornos del estado del ánimo tienden a aparecer con frecuencia en las madres cuando sus hijos acaban de recibir el diagnóstico o cuando se encuentran ya en tratamiento (Méndez *et al.*, 2004).

De acuerdo con lo dicho, J—como agente activo del tratamiento de su hijo—necesita hacerse de recursos subjetivos para ayudarla en ese acompañamiento. Adicionalmente, se realizan devoluciones a J, con el objetivo de que vea a N como el niño real que tiene en frente y no como el niño hablado por el diagnóstico médico, puesto que, en cada intervención, su hijo luce feliz y lleno de vitalidad; incluso, parece posicionarse como apoyo emocional de su madre. En algunas oportunidades, N le pide el celular a J y coloca música, de modo que, al entrar al cuarto, se siente un ambiente dividido entre dos cuerpos: uno que inspira moverse y bailar y otro que luce tácito por la preocupación de la enfermedad.

Por ratos, el acompañamiento a J era interrumpido cuando entraba un miembro del personal médico a la habitación, para realizarle algún procedimiento a N: aplicar una inyección, hacer una canalización o revisar sus signos vitales. En esos momentos, N parece sentirse incómodo y comienza a llorar. Ante esto, J se agencia para responder al llamado de su hijo y se pierde la apertura para continuar la sesión. De esta forma, es necesario pausar al acompañamiento y manifestarle a J nuestra retirada. J procede, entonces, a ponerse en función de acompañar y soportar a su hijo en aquellas situaciones de angustia y dolor corporal para N.

En el ámbito de la oncología infantil, es importante diferenciar entre el dolor procedente de la enfermedad y el causado por los procedimientos de diagnóstico o el tratamiento médico. La enfermedad puede generar dolor al niño, debido a que afecta los tejidos blandos, por ejemplo, cuando el tumor presiona un nervio. Para identificar el tipo de cáncer y el mejor tratamiento, se ejecutan numerosas pruebas diagnósticas que resultan dolorosas para el infante. En consecuencia, a lo largo del tratamiento, el niño debe exponerse a procedimientos potencial-

mente estresantes, como la radioterapia, la quimioterapia o las extracciones de sangre, que suelen considerarse más dolorosos que la propia enfermedad. Por ello, son comunes los comportamientos aversivos en los niños al ir al hospital o durante el tratamiento, como los gritos, el enojo, el llanto, la resistencia general y la poca colaboración con el personal sanitario, lo que dificulta la adhesión al tratamiento.

Los efectos de poner el cuerpo: la posición subjetiva de una madre

En la última sesión con J, encontramos a N acostado en el lecho de su madre, ambos en la camilla destinada para el paciente. Si bien la impresión física que genera J es de cansancio, tiene un semblante de tranquilidad que contrasta con la expresión evocada en los encuentros anteriores. Esto lo corrobora su tono de voz, pues ya no se quiebra cada vez que habla del proceso que vive con su hijo.

En tanto, las dudas y la angustia de J se trasladan al proceso de desarrollo de su hijo, puesto que afirma que a N se le dificulta establecer vínculos con personas adultas diferentes a ella. Además, J plantea dudas referentes al proceso de habla y de socialización de N, ante las cuales me esfuerzo por proveer respuestas en torno al psicodesarrollo normal de un infante. Ella parece estar más tranquila con esto; sin embargo, J me sorprende con estas preguntas:

N no habla y ya tiene dos años; el primo de él habló cuando tenía año y medio. A mi hijo le dicen El Mudo y a mí me da rabia; la gente dice que yo soy malgeniada, pero yo considero que, si uno le pone un nombre al hijo, es para que lo llamen por este, ¿cierto? (comunicación personal, 2021)

En el mismo encuentro, J deja saber, por primera vez, cuáles son las preocupaciones asociadas a ella misma como sujeto y no como la madre de N:

A él no le gusta estar con nadie desconocido y a mí me inquieta. Yo tenía planes antes de que todo esto pasara, ya habíamos decidido dejar a N en la guardería para que se despegara de mí, pero con todo esto, el niño ha estado mucho más pegado a mí. [...] Yo estaba pensando en estudiar, pero con esta enfermedad, creo que ya no podré hacerlo, tendré que dejar todo de lado para cuidar de N. (comunicación personal, 2021)

Este es uno de los momentos que más valoramos del proceso con J, debido a que confiesa su angustia como sujeto respecto a sí misma. Por primera vez, no habla de su lugar como madre de N, un niño enfermo, lo cual significa transgredir el tabú sobre las madres que se piensan a sí mismas como sujetos con proyectos y deseos y no solo como madres; parece que la cultura desea que el sujeto materno

deje de ser sujeto, para convertirse únicamente en “la madre”, quien se dedica al cuidado de la familia, la comunidad y los que la rodean.

Lo anterior se identifica, igualmente, en el lugar que adoptan padre y madre frente a la enfermedad de un hijo. En este escenario, el padre es “el proveedor”: el músculo financiero de la familia y en quien recae la responsabilidad económica para que la familia subsista. Mientras que J, “la madre”, se percibe como un ser omnisciente, que debe estar siempre presente y que pone un cuerpo sano para sostener a su hijo en la enfermedad.

La interacción entre N y J, como la relación entre el hijo y el cuerpo de la madre, fue una característica importante en este proceso; el vínculo se produce de manera bidireccional. En el caso de N, se evidencia en la búsqueda del vientre de su madre y de estar cerca de ella o solos los dos. Así, era común que N estuviera en posición fetal o acostado sobre el vientre de J, una vez ingresábamos al espacio de hospitalización; conforme entrábamos en un diálogo con la madre y ella lo movía de su regazo, el niño insistía con tenacidad en volver ahí.

Este deseo de estar sobre el regazo de la madre podría interpretarse como un deseo del niño de “volver al vientre materno” (Rovere y Zabalza, 2013); de regresar a ese estado de placer y bienestar del que gozaba cuando estaba dentro de ella, cuya posición geográfica en el cuerpo de la madre es de reconocer a la perfección. La madre traza un campo que fragua la corporalidad del niño:

El ritmo de presencias y ausencias constituye la fragua en la que un niño cuece su armazón simbólico, esa urdimbre con la que tramita su condición de resto, en ese intervalo de presencias y ausencias, —en esa continuidad en la discontinuidad, por decirlo de alguna manera—, eso habla. Por eso, es tan decisiva la calidez y el tono del cuerpo de la madre, como la oportuna ausencia que le permite al lactante alucinar la presencia del objeto. (Rovere y Zabalza, 2013, p. 77)

A lo largo de lo trabajado, evidenciamos que la madre era quien ponía *el cuerpo* al acontecimiento de la enfermedad; es decir, era J, en específico, la que se hospitalizaba con su hijo, pues la figura paterna estaba ocupada siendo el proveedor; lugar importante en la medida que posibilita los recursos materiales para el tratamiento de la enfermedad, pero que pocas veces permite que el padre se vea desde el cuerpo acompañando el *acontecimiento* de la enfermedad. Así, el lugar de *poner el cuerpo* vivenciado por la madre en estos procesos es diferente al lugar del proveedor; de cierto modo ella es partícipe del proceso de su hijo como si lo viviera en carne propia.

En este sentido, identificamos cómo la enfermedad oncológica parecía ser una experiencia escindida en dos cuerpos: el del hijo, quien padece la enfermedad, los

dolores, los vómitos, las inapetencias y las intervenciones médicas; y el cuerpo-psique de la madre, quien vivencia las angustias asociadas a las implicaciones simbólicas y sociales del diagnóstico, así como las culpas desencadenadas por un semblante de *madre/cuidadora* que no cumple a cabalidad. Esto se observa en el discurso de J cuando manifiesta: “a veces me pregunto: ¿por qué a mí?, ¿por qué a mi hijo?, ¿qué será que hicimos para merecer esto?” (comunicación personal, 2021).

Tras este encuentro, J está más tranquila ante el pronóstico y diagnóstico de N, de acuerdo con lo expresado: “ya me siento más tranquila, porque los médicos me dicen que todo está saliendo bien y que lo ven bien” (comunicación personal, 2021). Así mismo, noto que J se siente capaz de brindar una contención a su hijo desde su corporalidad, acogiéndolo en su lecho cuando se muestra angustiado. De igual modo, J nota que, tal vez, N está usando su red de apoyo emocional. En este último encuentro, asiste su hija de quince años, a quien alguna vez reconoció como su red de apoyo: “yo a ella le cuento cómo me siento y ella me escucha, y eso me hace sentir bien” (comunicación personal, 2021). Cuando J se da cuenta de que su hija llegó al hospital, me pide que me quede acompañando a N mientras ella va a su encuentro, al primer piso de la clínica. Yo accedo a su petición; empero, no puedo negar que en ese instante la angustia me invade y me pregunto: ¿qué hago si N se despierta y ve que su madre no está? Era probable que rompiera en llanto, pues parecía que yo no era de su agrado, ¿qué podría hacer para contener su angustia?

De acuerdo con lo expuesto, en J se percibe una mujer que se mantiene psíquicamente firme, porque no identifica más opciones que estar ahí y poner su cuerpo. Esto se constata en el discurso, cuando dice: “tengo que ser fuerte, porque si me pongo mal, para mi hijo es peor” (comunicación personal, 2021). Es una madre que decidió colocar su cuerpo y sus recursos psíquicos a disposición de su hijo, aunque el dolor y la angustia la inundaran en ocasiones. Esto siguiendo los planteamientos de Rovere y Zabalza (2013), quienes explican que, desde las Pussy Riot hasta las Madres de la Plaza de Mayo, desde Antígona hasta Madame Curie, la mujer encarna el enigma que motoriza la tramitación de los conflictos.

En este caso, el enigma es el lugar de donde surgen los recursos psíquicos que la madre le brinda a su hijo, aun sabiendo que para ella la situación resulta desgarradora y azarosa. Esto podría apuntarnos al lugar que juega el vínculo madre-hijo como motor para que la primera pueda mantenerse presente, aunque la situación desborde sus recursos emocionales.

Volviendo a la narración, en ese momento me sorprende haciéndome interrogantes contratransferenciales: ¿serían estas preguntas similares a las que

recorren la mente de J durante el proceso de N?, ¿cómo contener la angustia de un hijo, la cual es nueva para nosotras?, ¿cómo ser una madre “suficientemente buena” para ese ser que necesita de nosotras en este instante? El no saber las respuestas me causaba aflicción, lo cual parece ser lo vivido por J a lo largo de los últimos meses, día a día, en la crianza de N.

Realizar este trabajo nos implicó un gran despliegue de recursos psíquicos y psicólogos propios, orientados por un enfoque psicoanalítico. Esto se debe a que, al entrar en aquellos cuartos de hospitalización, identificamos que muchas madres parecían no disponer de los recursos psíquicos para enfrentar el *acontecimiento* de la enfermedad oncológica en sus hijos. A pesar de este panorama, cada una de ellas, como J, realizó un arreglo que le permitió estar ahí para su hijo a manera de una díada frente a la enfermedad.

Ahora bien, podemos decir que la posición subjetiva en J es un efecto que surge en relación con cada afecto producido por el acontecer de la noticia del diagnóstico. De esta manera, observamos que, como consecuencia de la dificultad de poner en palabras, se tiene el “poner el cuerpo” como un arreglo que encuentra una madre, el cual es una reparación congruente con “lo femenino” que habita en ella.

Así mismo, observamos que en este proceso se construye una díada de madre-hijo, en la que el segundo se relaciona con el cuerpo de la primera y con ella misma, como un motor que la moviliza para estar con él durante su enfermedad. En este caso, J pone su cuerpo sano para acompañar al hijo, mientras él –en ocasiones– pone un semblante y un psiquismo llenos de vitalidad, que nutren a J. Cabe añadir que esto es consecuencia del poco entendimiento que tiene N de los significantes asociados al proceso de enfermedad que atraviesa. Ahora, si bien la mayor parte de las veces el lugar de “el padre” no entra en escena, se encuentra presente en el discurso de J, lo cual denota una ausencia física, pero una presencia simbólica a lo largo del tratamiento de N.

A manera de rectificación subjetiva, se vio en J un atisbo de movilización para pensarse en su lugar como mujer tras todo el proceso simbólico e idealizado que se ha construido de la figura de “la madre” (Loroux, 2004), teniendo en cuenta que este es un lugar en pausa, en espera, pues sabe que su hijo necesita de ella y de su cuerpo en el momento actual de la enfermedad. Igualmente, al significar el diagnóstico como una enfermedad de la cual J debe responsabilizarse y que debe cuidar, pero no como la muerte o el fin de su lugar como madre:

Cuando me preguntan que mi hijo qué tiene, yo les digo que es una enfermedad que tiene un tratamiento prolongado; sin embargo, no digo que

es cáncer, porque generalmente la gente asocia el cáncer a la muerte y eso hace más difícil explicarlo. (comunicación personal, 2021)

Para concluir, resaltamos la fortaleza psíquica de J; a pesar presentar un notorio desgaste físico y psíquico relacionado con su posición de cuidadora, en cada sesión identificamos cómo ponía el cuerpo en el entorno hospitalario, porque sabía que N necesitaría del lecho materno que aún simboliza seguridad para él. Así, aun cuando se veía desprovista de recursos subjetivos para hacerle frente al acontecer del diagnóstico oncológico de su hijo, logró configurar —a manera de una dñada con su hijo— un mecanismo subjetivo para nutrirse de los recursos de la inocencia infantil. Además, al tiempo que transcurrió el tratamiento, encontró cómo bordear el agujero causado por lo real de la enfermedad y hacer sus propios recursos subjetivos frente a esta, a modo de invención en medio del campo de batalla representado por el escenario hospitalario.

Lo insondable en Moana. Arreglos para sostener la feminidad más allá del cáncer

Valeria García Guerrero

Introducción

La intervención clínica se efectuó en una paciente diagnosticada con cáncer de ovario, quien asiste una vez por semana al servicio ambulatorio para recibir quimioterapia en una clínica de tercer nivel en Cali. A raíz del tratamiento oncoespecífico, la paciente tuvo algunas secuelas anímicas, presentando síntomas depresivos y anhedonia. Por tanto, es oportuno un abordaje en busca de bordear el sufrimiento y el vacío a través del recurso clínico-estético. Para cumplir lo descrito, es vital identificar el impacto que produce la pérdida de insignias femeninas en la subjetividad de la paciente, con el objetivo de crear estrategias clínico-estéticas, a partir de sus discursos narrativos.³

Con base en las narrativas de la paciente 9, pensé en el seudónimo de Moana para ella, debido a que en las sesiones terapéuticas se atisba un océano insondable, que incrementa y disminuye su marea en situaciones álgidas. A pesar de este panorama, ella intenta luchar con su economía psíquica contra esta marea, explorando lo que no se logra entrever y creando, con sus valiosas manos y lazos sociales, nuevos significados que se vinculan con los semblantes de su feminidad.

3. Su cáncer fue tipificado como agresivo, por lo que el personal médico efectuó una histerectomía. Seguidamente, la paciente recibió quimioterapias y radioterapias preventivas, dada la clasificación del cáncer.

Para enfrentar las distintas urgencias de Moana, se le da un lugar a la palabra a través de mecanismos de creación (sublimación). De manera consecuente, me ubiqué en una posición de no saber, en la que la paciente tiene plena autonomía para conducir su cura bajo un acompañamiento riguroso; dando trámite a la carga subjetiva que encamina la demanda de Moana desde los aspectos transferenciales y contratransferenciales.

Producto del proceso terapéutico y de los objetivos, se observa que la mirada de sí misma y del otro frente a su cuerpo e imagen cobra relevancia ante las pérdidas de los semblantes femeninos, pues provoca un desequilibrio a nivel anímico. Moana emplea distintos arreglos retrospectivos ligados a procesos de sublimación y de creación (como el arte), que permiten efectuar una rectificación subjetiva para dar paso a nuevas construcciones de realidades que se incorporan en su psique.

Moana es una mujer de 39 años, procedente de un corregimiento del Valle del Cauca, hospitalizada a raíz de un diagnóstico de cáncer de ovario. A partir de las entrevistas preliminares, propongo bordear el sufrimiento y el vacío inherente al discurso de Moana desde recursos clínico-estéticos centrados en abordar el desgarramiento frente a la pérdida de los semblantes femeninos y crear con ella una posición discursiva con efectos en su estado anímico.⁴ En este sentido, se realizaron cinco sesiones, de las que tomo los aspectos más relevantes para analizarlas.

En nuestro primer encuentro, es clave saber cómo está anímicamente Moana, quien manifiesta:

Me siento bien. Me siento mucho mejor que la semana pasada, con decirte que, los días que me he sentido bien, salí al negocio y estuve allá dos días, casi todo el día, y eso me hizo sentir muy bien... (comunicación personal, 2021)

Así mismo, agrega que en algunos momentos siente las miradas de las personas que la rodean:

Yo sentía esas miradas, pero yo decía “no me están mirando a mí”, y las niñas del trabajo me dijeron que lo importante era mi personalidad y mi esencia, y que eso no estaba en el cabello; eso me hizo sentir mucho mejor... (comunicación personal, 2021)

En la siguiente sesión, observo a Moana más estable y noto que emplea actividades que le generan bienestar. Expresa: “yo me siento bien, me siento

4. Dichos semblantes se dimensionan en el impacto que genera en la psique de Moana, pues se describe a lo largo del caso la trascendencia que ha ocupado en su subjetividad.

contenta. Esta semana que pasó conduje hasta Cartago, porque debía de recoger unos conos para la heladería y yo me sentía bien, caminé por el pueblo...” (comunicación personal, 2021).

A pesar de lo narrado, veo angustia frente a la presencia de dolor en su zona abdominal, exaltando que esta sensación es igual a la que vivió cuando estaba *ad portas* de recibir el diagnóstico. Por consiguiente, surgen dudas encaminadas a no saber si el cáncer todavía estaba por alguna parte de su cuerpo; esto ocasiona malestar y pensamientos recurrentes. Sumado a ello, comenta que recién le detectaron una masa en su mama izquierda, lo que exacerba sentimientos de angustia ante la posibilidad de que el cáncer esté colonizando otra zona de su cuerpo. Al momento de dialogar sobre esta probabilidad, la paciente se rompe en llanto y agrega: “yo no sé qué haría; la verdad, no quisiera pasar por el mismo proceso nuevamente, no quisiera hacerme este tratamiento...” (comunicación personal, 2021).

En los siguientes encuentros, nos centramos en la historia de vida de Moana. Ella rememora distintas pérdidas; la primera que nombra es la experiencia de un aborto espontáneo, vinculada a sentimientos de culpa por no haberse enterado a tiempo de su embarazo. Más adelante, relata un suceso que condujo a que la relación con su esposo se afectara. Hace cerca de tres años, se percató de que su esposo mantenía una relación extramatrimonial y que tenía otra hija proveniente de esta. Resalta: “para mí eso fue muy duro, porque era mi hogar y él ocultó eso mucho tiempo, y yo antes veía por los ojos de él [esposo]...” (comunicación personal, 2021). Luego, trae a la sesión un recuerdo de su infancia:

Mi mamá nos abandonó cuando yo tenía cinco años; yo no puedo creer ella cómo hizo para desprenderse tan fácilmente, porque, por ejemplo, yo con mis hijos... yo a ellos los amo y, cuando me toca que venir los jueves, yo los extraño bastante, pero... Yo a mi mamá nunca le digo nada, muy pocas veces hablamos. (comunicación personal, 2021)

Noto que, después, vuelve sobre los cambios y las pérdidas que observa en el marco de su imagen física:

Por lo menos, ya me ha ido creciendo un poquito el cabello, pero el de las cejas se me cayó por completo... y pues también he subido como nueve kilos en todo este proceso, y pues eso a veces me hace sentir mal, porque yo estaba bien con mi figura, pero sé que todo eso ha valido la pena... (comunicación personal, 2021)

En nuestros encuentros exploramos la feminidad. De ello resalto un comentario que hace sobre su apariencia: “el cabello largo siempre me ha gustado y cuando se cayó por completo, también se cayó mi autoestima, porque me sentía

fea...” (comunicación personal, 2021). Aquí quedan enmarcados los semblantes que caen junto con la pérdida de su útero, a partir del tratamiento quirúrgico, y que atraviesan su posición de ser mujer. Moana recuerda que cuando le efectuaron la histerectomía:

Tenía mucho miedo, porque me decían que una quedaba coca por dentro y pues que no podía sentir muchas cosas y eso me daba tristeza, porque yo ya había decidido que no iba a tener más hijos, pero era como eso. [...] Otro ejemplo es la resequedad en la piel y en la parte sexual y, también, los calores que me suben como esa menopausia. (comunicación personal, 2021)

Frente a estas pérdidas y cambios corporales, vislumbro que, a pesar del decaimiento en su discurso, algo se construía desde una nueva posición. Así mismo, que su cabello estuviera creciendo genera una forma discursiva más vital para nombrar la enfermedad; ver que aquello que se perdió vuelve a crecer y, de alguna manera, la *vivifica*, posicionando nuevas estrategias para hacer frente a lo perdido.

En nuestro último encuentro y pensando en los semblantes caídos y recuperados, acordamos en construir juntas una muñeca: Luz, nombre que le da Moana durante su confección. En el proceso, abordamos aspectos relacionados con los efectos que produjeron el diagnóstico y el tratamiento oncológico. Ella se visualiza en ciertos momentos con afectaciones físicas: “no sé, me siento rara, como no he dormido bien en el día, estoy como rara, pero yo dije no me voy a dormir porque viene usted...” (comunicación personal, 2021). A lo largo de esta intervención, se reconocen aprendizajes y elementos que influyeron decisivamente en el proceso clínico. Moana da lugar a la resignificación de su imagen corporal, en la que se nombra de otra manera; esto permite una retrospectiva de los cambios físicos y anímicos en la invención de un objeto que atañe al cuerpo femenino y que resulta dotado de un nuevo sentido a partir de las pérdidas.

Cáncer y el cuerpo en sufrimiento

Las afectaciones no solo se producen por la condición de salud, acompañada de tratamientos derivados de la ciencia; algunos vienen con el reconocimiento de dolor físico y vislumbrando ciertos estigmas relacionados con la enfermedad oncológica, que están permeados por factores sociales que atraviesan la cotidianidad del sujeto. En este caso, la imagen de Moana se vincula con los ideales de la cultura y lo que para ella representa qué es ser mujer. Así, menciona: “el cabello largo siempre me ha gustado y cuando se cayó por completo, también se cayó mi autoestima, porque me sentía fea...” (comunicación personal, 2021); además que

Por lo menos, ya me ha ido creciendo un poquito el cabello, pero el de las cejas se me cayó por completo... y pues también he subido como nueve kilos en todo este proceso, y pues eso a veces me hace sentir mal, porque yo estaba bien con mi figura, pero sé que todo eso ha valido la pena... (comunicación personal, 2021)

De este modo, la imagen que sostiene de sí misma empieza a presentar modificaciones y se distancia de un cuerpo estereotipado, circunscrito a lineamientos de siluetas curvas y delgadas. Esto irrumpe en “la dimensión de la Mujer, uno de los nombres del Otro, de la radical alteridad, constituyente de la subjetividad” (Coccoz, 2009, p. 173). Vale la pena mencionar que el cuerpo simbólico⁵ se escinde de la fisiología del organismo a partir de la historia particular, tal como refiere Freud (1893, como se citó en Díaz, 2010), cobrando sentido en lo que relata Moana.

Ahora bien, los cambios que Moana percibe de sí repercuten en la imagen que sostiene de su cuerpo y en el vínculo que instauro con el otro, destacando lo dicho por la pareja de la paciente: “ella se acompleja mucho por lo del cabello, me pregunta que si no me da pena salir con ella...” (comunicación personal, 2021). Esto se dilucida en el impacto que puede tener la mirada del otro con respecto a su cuerpo. Por ende, surge la dimensión de lo imposible de decir; aquello real e insondable acompañado de imágenes y símbolos que constituyen la dolorosa pérdida de los semblantes que la diferencian frente al otro; eso radical de la mirada de la alteridad que impone un flujo de imágenes constituidas en ideas.

En este proceso, a Moana le hacen una histerectomía, cuyo producto cimienta algunas concepciones que remiten a la representación que el cáncer ejerce sobre su cuerpo y constituye una serie de percepciones gestadas en la vida social. Lo anterior se identificó con el significante que ronda en el círculo social y familiar de Moana: “yo tenía mucho miedo, porque me decían que uno quedaba coca por dentro y, pues, que no podía sentir muchas cosas y eso me daba tristeza” (comunicación personal, 2021). Moana se enfrenta a estar “coca por dentro”, lo que implica encararse con distintos vacíos, los cuales generan tal desgarramiento que, cuando se encuentra con Otro que la desea, siente angustia y no reconoce, en esa mirada, sus insignias para ser objeto de deseo, pues su sentir denota el vacío. El resultado de esta cirugía conduce a ver su cuerpo transformado, mutilado, con un vacío que deviene de lo real del cuerpo, un vacío que cuesta bordearlo desde otro lugar que no sea el terror de lo inabarcable: “coca por dentro”.

5. Se emplea un determinado concepto con respecto al contexto y a lo que propone Lacan, el cual se describe más adelante.

Vemos cómo no solo se produce angustia por saber qué espera el esposo (Otro) de Moana, sino que emerge en otros momentos que se prolongan en el tiempo. Un ejemplo de ello son las excesivas sesiones de quimioterapia, radioterapia y las distintas visitas al oncólogo de cabecera. Anudado a esto, ella experimenta angustia frente a repetir el tratamiento desde cero, lo que implicaría una gran demanda de energía psíquica y transformaciones orgánicas y psicológicas. De este modo, afirma: “yo no sé qué haría; la verdad, no quisiera pasar por el mismo proceso nuevamente, no quisiera hacerme este tratamiento” (comunicación personal, 2021).⁶

En este proceso, la mirada, la palabra y el lazo con el Otro cobran protagonismo, debido a que provocan un efecto en ella. Esto remite a la diferencia sexual, donde “la apariencia, el semblante, el ‘vestido’ son una mezcla de las dimensiones imaginaria y simbólica, que incluye la imposibilidad, lo real, en su funcionamiento” (Coccoz, 2009, p. 175). Lo anterior está vinculado con ese real del cual fue desprovista Moana, en cuanto su semblante se alteró por la histerectomía y por la pérdida del cabello, sus pestañas y cejas. El real que la diferenciaba del otro, porque se reconocía bella. A propósito de estos semblantes –cabello abundante, cejas delineadas y pestañas pronunciadas– Moana declara: “yo no salgo, tampoco monto bicicleta, porque cuando lo hago, la gente me mira y me repara y eso no me gusta” (comunicación personal, 2021). Es notorio cómo las dimensiones imaginarias y simbólicas las perjudicada el agujero que se juega en el real de la paciente; aquella mirada del Otro impacta en lo real, el cual está mediado por el referente imaginario erigido en las demandas del Otro.

En este orden de ideas, cobra sentido lo que Soler (2013) menciona:⁷ “el cuerpo del hablante está afectado en su goce, y una primera forma de esta afectación es la pérdida de una parte del goce viviente” (p. 33). Es decir, determinados semblantes asumen el papel de objetos de goce viviente, pues con ellos se identifica un modo de gozar; por ejemplo, desde lo femenino, a través de los semblantes proferidos por el Otro, que se inscriben en el cuerpo del sujeto y actúan como marcadores de los modos de gozar.

Por esta afectación de los semblantes con los que inviste la imagen narcisista de su cuerpo, Moana asume su cuerpo como eje central de síntomas⁸ e inhibiciones que, en este caso, implican un grado de sufrimiento y de demanda en

-
6. En Moana se identifica una predisposición a pensar en la posibilidad de metástasis en su seno, lo que incrementa ideas de angustia frente a su estado de salud.
 7. Específicamente, en el curso dictado en el Colegio Clínico de París: Formaciones Clínicas del Campo Lacaniano, 2001-2002.
 8. Estos síntomas son la coyuntura del goce en cuanto “acontecimiento, en la sustancia gozante”, expuesto por Lacan (1975) de la siguiente forma: “el síntoma es un acontecimiento de verdad” (como se citó en Soler, 2013, p. 146).

su economía psíquica. Frente a ello, Freud acierta al pensar sobre el narcisismo femenino, motivado por las miradas ante el deseo de “vestirse de mujer”, no solo con ropa, sino con aspectos y representaciones que constituyen la imagen de lo femenino.

En ese sentido, ¿con quién se identifica Moana?, ¿cómo se identificó con los semblantes femeninos? En su infancia y adolescencia, la identificación primaria con la figura materna se asumió de otro ser femenino –como su abuela paterna, quien desempeñó ciertas funciones del rol materno– o se entretejió gracias a ese gran Otro de la cultura, el cual dejó unos referentes frágiles instituidos por la imagen de un cuerpo estilizado. Aspecto que puede devenir en la sensación de estar “coca” al verse en falta de algunos de estos semblantes tras su tratamiento.

Con respecto a la aparición de síntomas, inhibiciones, entre otros, es fundamental efectuar un *arreglo retrospectivo*, lo que implica posicionar la mirada hacia atrás.⁹ Si bien se inicia la subjetivación de la estructura enfatizando en que la hermosura extrapola los espejismos consolidados a partir de la experiencia y de la mirada del Otro, para Moana, el lazo social, la palabra y la mirada del Otro la situaban en su síntoma más propio; dicho de otra manera, las distintas pérdidas que ha vivenciado, no solo por los tratamientos oncoespecíficos, sino en su relación con el Otro.

Conforme avanzaron los encuentros terapéuticos, Moana resignificó retrospectivamente parte de estas pérdidas. Ello se observa en las siguientes frases significantes: “me he sentido bien, salí al negocio y estuve allá dos días, casi todo el día, y eso me hizo sentir muy bien” (comunicación personal, 2021). Aunque la paciente añade que se percató de miradas de las personas a su alrededor, comenta:

Yo sentía esas miradas, pero yo decía “no me están mirando a mí”, y las niñas del trabajo me dijeron que lo importante era mi personalidad y mi esencia, y que eso no estaba en el cabello; eso me hizo sentir mucho mejor. (comunicación personal, 2021)

Vemos cómo determinados arreglos se edifican en compañía de su red de apoyo y del nuevo lugar que ella le otorgó a su percepción de imagen femenina, de modo que ello se refleja paulatinamente en su subjetividad. Dicho proceso remite al “saber hacer” que Cocoz (2009) retoma de Lacan. Esto se convierte en una elección humana de transitar por medio del arte y de lo que Lacan (1990)

9. La famosa aseveración que Lacan (1981) retoma en 1953, función y campo de la palabra en psicoanálisis *après-coup*: “la historia no es el pasado. La historia es el pasado historizado en el presente, historizado en el presente, porque ha sido vivido en el pasado” (p. 27).

establece en el marco de bordear el agujero, cuando refiere que “el sujeto es el artesano de sus soportes” (p. 148).

Moana bordeó el vacío y creó sus propios soportes para transformar lo perdido en su semblante; situación que trae consigo elementos simbólicos que dan lugar a nuevos significantes e imágenes que provocan otros arreglos subjetivos.

El entramado de lo sexual en el cuerpo

Como se ha planteado, el cáncer ginecológico desata varias afectaciones que inciden en la relación establecida con el cuerpo, con el otro y con la sexualidad. Las cirugías –en especial la histerectomía–, la caída de cabello y el bajo peso son cicatrices que aluden a la pérdida no solo en el cuerpo, sino en la subjetividad de esta; lo cual genera sentimientos de tristeza como el decaimiento.

Según Díaz (2010), las zonas afectadas se asocian con componentes sociales y subjetivos que remiten a la feminidad, la maternidad y la sexualidad. En consecuencia, se inscriben en símbolos de ser madre, mujer, amada y deseada. Por estas pérdidas y cicatrices, se han desdibujado dichos símbolos que también se instalan en la subjetividad de Moana, en la medida que estos objetos que remiten a la feminidad ya no están, pero influyen en su imagen.

Así, la relación sostenida con su cuerpo deviene del vínculo con el Otro, donde se ponen en escena la mirada propia y la del Otro, que le recuerdan constantemente la pérdida ocasionada por el cáncer. En distintas sesiones, ella expresó que era la única mujer en su pueblo que transitaba por las calles con turbante o la primera sin cabello, pestañas o cejas. Estas pérdidas en Moana desencadenan un desequilibrio en su psique, a partir de la mirada propia y la del Otro, las cuales afectan la relación con su cuerpo y con ese Otro.

El cuerpo como un proceso de duelo: bordeando el vacío

Frente a este panorama, se emprende un proceso de duelo originado en las pérdidas que Moana vivió y se atraviesan distintos arreglos para salvaguardar su psique, enfrentándose regularmente a su realidad. Con estos arreglos retrospectivos fruto del duelo, se reconoce una rectificación subjetiva ante lo vivido como una fuente de dolor fuerte.

Por esto, durante las sesiones con Moana, se buscan una nueva posición de la imagen incorporada en la subjetividad de la paciente y una reorganización anímica frente a la falta. En conjunto, se construye un abordaje que bordee lo desconocido, lo indescifrable e, incluso, lo siniestro –en cuanto es un encuentro constante con lo real y se vivencia como ajeno, pese a ser propio–. Los arreglos retrospectivos y el proceso de reedificación se desarrollan a partir de la subli-

mación y el arte, de acuerdo con las fluctuaciones emocionales producto de las pérdidas de semblantes femeninos en Moana y de los efectos que producen los tratamientos oncoespecíficos; todo ello conforma las necesidades psíquicas emergentes.

Moana empieza a darle forma y nombre a su creación artística: Luz. La muñeca fue construida partiendo de los efectos del inconsciente y de un fuerte componente emocional, uno doloroso que se despliega cuando Moana está en su proceso de creación. Mientras confecciona a Luz, Moana recuerda todo lo transitado. Es decir, su mirada retrocede para reconocer cada peldaño escalado. Cuando Moana está dándole forma a la cabeza de Luz, empieza a ser más cautelosa con las facciones del rostro y menciona: “tiene más cejas que yo, pero no importa...” (comunicación personal, 2021). Pareciera esencial para Moana colocar los elementos que la singularizan a ella en su muñeca, de manera que, después de coser la cabeza, inicia con el cabello. Para este escogió el color negro y añade: “el cabello a uno lo hace ver más linda y femenina” (comunicación personal, 2021).

En este punto, es relevante lo expuesto por Abella (2010, como se citó en Bohórquez, 2016), debido a que, en el proceso de sublimación apoyado del arte, se incorporan símbolos que remiten a fortalecer el ego, en cuanto el narcisismo del deseo se convierte en narcisismo del ego, dando lugar al cuerpo como un espacio de batalla a fin de remendar el desarreglo. Si bien estos símbolos aluden a las pérdidas que Moana experimentó, en este instante se reconoce una reconciliación frente a la falta o al vacío que vivió, pues lo proyecta en la creación de Luz. Tras identificar que estos semblantes ya no están en ella misma, siguen ocupando un lugar distintivo en su subjetividad.

Ahora bien, retomando el ejemplo que Lacan (1990) plantea: cuando la enfermera se da cuenta de los espacios vacíos en sí misma que nunca puede llenar, pintó un espacio vacío a fin de ocuparlo. Por consiguiente, *Moana fue la artesana de sus soportes*, justo en el momento que empieza a moldear el vacío, lo que parecía insostenible en algún punto. Dicho de otra forma, Moana moldea los significantes vinculados con los aspectos femeninos puestos en la creación desarrollada gracias a sus manos.

En las últimas dos sesiones y en concordancia con el abordaje propuesto, Moana bordea el vacío, el agujero (real), bajo la necesidad esencial de llenarlo. Como afirma Lacan (1990): “nada se hace a partir de nada” (p. 150). En ese sentido, a través de esta construcción, Moana resignifica los elementos femeninos que se desdibujaron en el tratamiento, pero que, ahora, tiene certeza de que reaparezcan, debido a que su tratamiento oncoespecífico culminó.

Lo dicho hasta aquí remite a pensar la sublimación que apunta, en este caso, a la creación *ex nihilo* y se desenvuelve como una forma de manifestación emocional, resaltando que la identidad se gesta de las nuevas configuraciones de los significantes entretejidos, que toman un lugar distinto en la cotidianidad de Moana. Cada trazo con el hilo, cada recorte, cada rellena del cuerpo y tantos nudos efectuados en la construcción aluden a la historia misma; principalmente, a lo vivido en relación con su condición de salud actual. La creación que bordea el agujero y que remite a su transformación –provocando movimientos en su apreciación subjetiva–, además de a lo trabajado en distintas sesiones, estabiliza la actividad del aparato psíquico, pues da un lugar distinto al malestar que aqueja, a través de la resignificación y del “saber hacer”. Como lo menciona Coccoz (2009) retomando a Lacan, Moana elige transitar en compañía de elementos simbólicos sujetos a la feminidad, los cuales apuntan a la creación de significantes e imágenes para elaborar nuevas realidades subjetivas. A pesar de reconocer que los semblantes ya no están en su corporalidad, los bordea y los proyecta en la creación de Luz.

Sin duda, Luz es producto de las ratificaciones subjetivas desarrolladas en los encuentros terapéuticos, debido a que en ella se bordea la carga subjetiva presente y se le otorga un lugar distinto en la subjetividad de Moana. En ese orden, Moana se posiciona desde una perspectiva diferente; en otras palabras, la luz o el brillo que simbólicamente representa elaborar la muñeca alude a mirar de otra forma su cuerpo y sus semblantes femeninos. Por consiguiente, Luz está cargada de sentido y significado que, en últimas, vislumbra representaciones caídas en un primer momento (semblantes femeninos); sin embargo, Moana fue artesana de sus soportes, lo que le permite crear nuevas realidades subjetivas.

Sustentándome en este análisis, se identifican algunos componentes de la estructura clínica neurótica que se inscriben en la histeria, gracias a que el cuerpo es producto de la palabra y la edificación de la imagen corporal deviene de elementos simbólicos (Farías, 2010). Así, por medio de los actos, las pérdidas, el discurso y la mirada, se evidencia que Moana desea la mirada del Otro, en la medida que la histérica busca nombrarse mujer con la imagen de su cuerpo.

El propio cuerpo se percibe como el origen de la ausencia del significante “La Mujer”, debido a que produce el agujero del sexo para las mujeres. En este orden, Moana goza en el sentido fálico, goce vinculado con el significante, con lo simbólico; en este punto, las mujeres histéricas quedan suspendidas. Igualmente, el cuerpo de Moana se presenta entre el amor y el goce, lo que la sitúa entre el hacer gozar y el ser amada (Farías, 2010).

Ahora bien, para entretejer lo anterior, es vital la relación transferencial construida en los espacios donde se expone lo más íntimo de la esencia huma-

na, en cuanto emergen emociones, pensamientos y sentimientos que devienen de estos encuentros, los cuales apuntan al proceso de curación. El trabajo con Moana moviliza aspectos subjetivos de forma positiva, gracias a que la paciente solicita la valoración por el servicio de psicología, teniendo en cuenta que no es usual que los pacientes la demanden, especialmente en los contextos clínicos. Sin más, en este proceso se identifica una urgencia subjetiva que se aborda desde una postura transferencial, reconociendo que la tenacidad, la valentía y la seguridad característicos de Moana me hicieron asumir el desafío desde una perspectiva de lo desconocido y edificar nuevos constructos.

No siendo más, deseo compartir algunas palabras de agradecimiento que le dediqué a Moana, a propósito de la relación transferencial construida:

Gracias por permitirme acompañarte desde lo más recóndito e indescifrable de tu ser, este que anoticia el proceso de tratamiento oncológico. He aprendido de tu entereza y valentía, pues he encontrado una posibilidad en la que paso de hundirme a lograr flotar en medio de un océano de miedos, incertidumbres y angustias constantes. Creo en la posibilidad de crear lazos que permitan levantar y apuntalar simbólicamente lo que está caído y crear desde el vacío.

Simbiosis. Un lenguaje impregnado en el cuerpo de una adolescente

*Leydi Sabina Sánchez
Angie Carolina Guerrero Benítez*

Introducción

¿Qué se encuentra atrapado en la posición subjetiva de nuestra paciente con respecto al otro materno? Esta es la pregunta que nos convoca y que acompaña todo el escrito. En ese sentido, identificamos los significantes más relevantes en el discurso de la adolescente y cómo estos influyen en el cuerpo simbólico. Así mismo, indagamos en su discurso sobre los cambios subjetivos que atravesó su cuerpo desde el tratamiento oncológico, con sus matices familiares y culturales; específicamente el discurso de la madre. Este se funda en el lazo transferencial, teniendo en cuenta creencias que repercutieron en la posición frente a la enfermedad y cómo los significantes maternos y culturales erigieron resistencias en el tratamiento.

En este caso es fundamental hablar del cuerpo para elucidar lo que enseñan el sufrimiento anímico y el dolor físico. Desde los inicios de sus investigaciones, Freud aborda el concepto de cuerpo, desde el cambio de perspectiva de la medicina, hasta el descubrimiento del inconsciente y la apertura de la teoría psicoanalítica. Freud refiere diferentes momentos en la constitución del cuerpo: primeramente, el *cuerpo deseante*; y luego, el *cuerpo pulsional* con sus dos tiempos, autoerotismo y narcisismo. De ello, Leibson (2016) afirma:

El psicoanálisis nos enseña, con toda claridad, que no hay cuerpo desde el inicio. El cuerpo debe ser construido, y también requiere ser apropiado. Para su construcción se requieren varias operaciones. Se da una secuencia que podemos llamar de corte y confección. Y en varios planos (así como en una prenda hay entretelas, forros, ojales, frunces, etc.). Se trata de una serie de cortes que afectan al cuerpo en varias dimensiones y en distintos tiempos. (p. 51)

En cuanto el sujeto llega al mundo a partir de otro que lo sueña o no, que lo desea o lo repudia, en su relación con el partenaire –tal como en el estadio del espejo, el Yo se constituye partiendo del Otro, en cabeza del otro-cuidador como representante del Otro– se inscribe el lenguaje. En su texto *En-cuerpo del sujeto*, Soler (2013) ratifica lo indicado por Lacan sobre las nociones del cuerpo en su enseñanza. Primero, encontramos un cuerpo vivo, de carne y hueso, el organismo biológico; segundo, la incorporación: el ser viviente atormentado por el significante, aquí el lenguaje se ha incorporado en el sujeto; y tercero, la encarnación: el cuerpo del goce es el lugar del Otro. Esto último refiere al cuerpo como el lugar del Otro de la palabra. Soler (1994) lo define así:

El sujeto es alguien del cual se habla antes de que pueda incluso hablar, el sujeto está efectivamente en la palabra antes de tener un cuerpo, sencillamente antes de nacer y permanece ahí aún después de no tener cuerpo, es decir, después de la muerte: la duración del sujeto, al estar sostenido por el significante, excede pues a la temporalidad del cuerpo. (p. 100)

De esta manera, el cuerpo se sitúa y se nombra a partir de los significantes de un Otro. Lacan (2009a) lo mencionaba de la siguiente manera: “es el mundo de las palabras el que crea el mundo de las cosas... el hombre habla pues, pero es porque el símbolo lo ha hecho hombre” (p. 267). En ese sentido, concebir un cuerpo conlleva haber nacido sin él; esto es lo que acontece con el humano. La estructura de un cuerpo exige de la carne y de los órganos, de una imagen que lo respalde, y eso solo es probable gracias al adiestramiento significante que viene del Otro (Díaz, 2002, p. 26). Por su parte, Valderrama (2013) apunta:

El cuerpo es una creación lingüística, donde el Otro y los otros son los que participan en su construcción y humanización. Es a través del lenguaje del Otro (la madre en nuestra etapa primitiva) y los otros cómo obtenemos nuestra representación de la imagen del Cuerpo, es la sustancia misma de nuestro “yo”. (p. 438)

De ello inferimos que nuestro cuerpo está en constante construcción y que sería insensato, desde el psicoanálisis, dar un concepto universal. Por el contrario,

nuestras indagaciones nos llevan a acercarnos a este, en tanto, la definición exacta la media el caso a caso.

El relato de la Paciente 10 y su madre

Nos encontramos con el relato de una adolescente (Paciente 10) y su madre, donde nos inquieta develar los efectos de la construcción subjetiva que suceden en el cuerpo de la joven. En ese momento, la Paciente 10 tenía catorce años y estaba desescolarizada. Ella nació en Buenaventura, lugar de belleza y vivencias mordaces fruto de la violencia y la pobreza. La paciente tenía un diagnóstico de cáncer del omoplato y de los huesos largos del miembro superior. Ella provenía de una familia monoparental, conformada por la madre y tres hermanos mayores. Su padre fue asesinado antes de que ella falleciera. Sin embargo, estos datos no son fidedignos, pues la madre se muestra incómoda al hablar de él y la Paciente 10 ofrece información poco clara.

La paciente es producto de la segunda unión marital de su madre, mientras que sus dos hermanos mayores, de una que la madre define como “eso no funcionó” (comunicación personal, 2020). Del padre de la paciente se sabe que consumía alcohol de forma exacerbada y frecuente, falleciendo en un tiempo sin especificar. En dos oportunidades, la madre indica que ocurrió cuando la Paciente 10 tenía dos años, pero en otro momento refiere que fue cuando ella tenía siete meses de embarazo. Durante una intervención en presencia de la madre, la paciente dice: “lo mataron por una cerveza” (comunicación personal, 2020); sus palabras se quebrantan de la carcajada generada por lo dicho. Frente a la relación distante por el lado de la familia paterna, la madre afirma: “su familia soy yo, ella no necesita a nadie más, yo soy su mamá” (comunicación personal, 2020).

De los hermanos, la madre comenta que el mayor es consumidor de sustancias psicoactivas (SPA) y presenta un diagnóstico psiquiátrico no especificado, además de ser habitante de calle hace cerca de cinco años en una ciudad cercana a Buenaventura. Si bien no tienen contacto físico ni telefónico, la madre sabe en qué lugares se ubica. Por su parte, el segundo hermano inicia su consumo de SPA tras prestar el servicio militar. Al igual que el hermano mayor, presenta un diagnóstico de psicosis no especificado y es habitante de calle hace cerca de dos años en Buenaventura. Así mismo, incurre en robos y peleas callejeras, de modo que lo llevan con recurrencia a estaciones de policía o centros de salud. El tercer hermano también consume SPA y comete actos delictivos con arma blanca. Cabe mencionar que, de los tres, este último es quien más frecuenta la residencia de la paciente y su madre.

Por otra parte, algo reiterativo en la familia de la Paciente 10 son los fallecimientos de mujeres por la línea materna. Primero, una murió –al parecer– en

un viaje en lancha. La segunda fue diagnosticada de cáncer de mama y, pese a los tratamientos, pereció. Al respecto, la madre alude a algo importante para comprender el carácter *poderoso* de sus cuidados:

A ella la mataron... porque no dejaron que yo le diera su vaso de agua; yo a ella la cuidaba, le daba sus medicamentos, estaba pendiente de sus cosas, le daba sus jugos, sus hierbas... y estando en la clínica [...] me dijeron que no le podía dar agua, y se fueron a revisarla, y ella con sed y nada que le dieron agua y, cuando menos pensaron, se murió... (comunicación personal, 2020)

Por último, fallece una prima, a sus 22 años, por una brujería que le hicieron en su embarazo, pese a las advertencias de la madre de la paciente. De lo anterior, sostiene: “si ella me hubiera hecho caso, ella estaría viva, pero ella no se cuidó, no quiso entender” (comunicación personal, 2020). Sobre esto, se omiten detalles para centrarnos en cómo el carácter místico opera con contundencia en la relación entre la Paciente 10 y su madre. Cabe agregar que este suceso ocurre cuando los síntomas de la paciente empiezan, alrededor de los diez años.

El inicio de su enfermedad generó grandes cambios en la vida familiar, puesto que la Paciente 10 presentaba dificultad en la movilidad y todos sus tratamientos se realizaban fuera de su ciudad de origen. Tal situación trajo consigo conflictos en la comunicación entre la madre y el personal médico, dadas las largas estancias hospitalarias y el detrimento que causaba a la situación económica de la madre. Al respecto, ella expone: “yo me tengo que ir de aquí, tengo muchas cosas pendientes en Buenaventura y ya no puedo estar aquí” (comunicación personal, 2020). En vista de las dificultades económicas, el centro hospitalario ofrecía la opción de un hogar de paso, que madre e hija tomaron con resistencia. Frente a esto, la madre era enfática en decir:

—“Yo tengo que andar con mi muchacha ahí... y más si es mujer, debo estar ahí” (comunicación personal, 2020).

—“Uno es dueño de su paciente, tiene que estar pendiente” (comunicación personal, 2020).

—“Yo tengo que correr con ella” (comunicación personal, 2020).

—“El médico no me la va a curar, es el de arriba [Dios]” (comunicación personal, 2020).

—“Las hijas mujeres son de la mamá, deben estar con su madre, con nadie más” (comunicación personal, 2020).

—“Yo mantengo con mi muchacha para donde vaya, ando con ella... así que yo no la voy a dejar en ninguna parte, donde yo esté, ella debe estar” (comunicación personal, 2020).

—“Nadie la va a cuidar como yo la cuido” (comunicación personal, 2020).

Por otra parte, frente a los cuidados de la Paciente 10, su madre manifiesta que el avance de la enfermedad se ha dado, debido a que le prohíben ofrecerle los cuidados alimenticios que le proporcionaba en casa. De esto, la madre sostiene:

—“Aquí [la clínica] no me la cuidan bien, me la están matando... yo a ella en la casa le hacía sus jugos que yo sé preparar y ella se sentía mejor, podía caminar y se veía aliviada” (comunicación personal, 2020).

—“Yo era su vacuna, mantenía muy pendiente de ella” (comunicación personal, 2020).

—“Si ella estuviera en la casa, ella no estaría así” (comunicación personal, 2020).

—“A mi muchacha me la quieren matar y yo no lo voy a permitir... me tienen que matar a mí primero” (comunicación personal, 2020).

—“Yo a ella la pongo bien repuestita” (comunicación personal, 2020).

Después de un tiempo de resistencias de madre e hija y diálogos con el médico tratante, se llegó a un acuerdo entre ambas partes que permitió a la Paciente 10 movilizarse hacia su residencia en Buenaventura y desplazarse a Cali en las fechas de sus procesos de quimioterapia, exámenes médicos, revisión médica, entre otros. Pasadas dos semanas, encontré los siguientes discursos en la paciente:

Ya me siento mejor... Mi mamá se va a trabajar y yo me quedo ahí en la casa, me tomo mis medicamentos, y la comida que me deja mi mamá... esa comida sí me gusta, sí la sabe preparar como a mí me gusta. (comunicación personal, 2020)

Continúa: “mi mamá me prepara los jugos que me hacen sentir mejor... Véame, ya puedo caminar, me veo más repuestita”, en ese momento se toca, manifestando un aumento en la masa muscular, “hasta me pinto las uñas” (comunicación personal, 2020). La madre agrega que nota una gran mejoría gracias a la estancia de su hija en casa, con ella preparando sus jugos y la comida que le gusta.

El proceso transferencial con la Paciente 10 tiene como intermediaria a la madre, quien me confiere el estatuto de la que “va a ayudar”. Esto posibilita que la Paciente 10 se comunique conmigo con facilidad y nos lleva a hablar de la enfermedad, sobre su lugar como niña que ahora es adolescente y sobre su

ideal de conseguir dinero, así como a entender sus rituales protectores vinculados a las creencias culturales y los de la madre. Por ejemplo, en una sesión, la paciente tenía un muñeco, un bebé, con una virgen colgada en su cuello, que representa aquello que la protege.

No hay nada malo en los rituales, de hecho, se inventaron para hacer más llevaderos los momentos difíciles, delicados.

John Maxwell Coetzee, *Desgracia*.

La historia subjetiva: una cultura que hace eco en el cuerpo

El estatuto de la subjetividad en psicoanálisis lleva a sumergirnos en aspectos metapsicológicos, con el fin de distinguir el concepto de psiquismo antes de la llegada al mundo en una determinada cultura; en ser imaginado, pensado, significado, nombrado, libidinizado y anticipado por otro desde un lugar que tiene predominio de la segregación. Esto construye el mundo donde el sujeto estará inmerso. Al respecto, Narodowski (2007) afirma que “la infancia también es una construcción y, además, una construcción reciente, un producto de la modernidad... en su constitución histórica y social” (p. 30). La adolescencia se constituye a partir de lo social y cultural, siendo construcciones cambiantes, surgidas en la modernidad.

En el Pacífico colombiano, las costumbres y los conocimientos prácticos de la medicina tradicional son significativos en sus habitantes. Territorio en donde se encuentran individuos más especializados que otros, pero con la asignación de curanderos en potencia, porque se automedican con plantas, animales y minerales. En caso de no lograr alivios, se recurre al médico o viceversa, como parte de la idiosincrasia popular andina (Arredondo, 2006).

Así mismo, hay muchas enfermedades tradicionales, categorizadas como síndromes culturales;¹⁰ entre ellas: el espanto,¹¹ el pujo,¹² el mal de ojo y el mal aire. Estos fenómenos son comprendidos y explicados desde la concepción y el simbolismo sociales de cada creencia (Valencia, 2018). Esto alude a lo comprobado, transmitido y autenticado por la mayoría de los residentes adultos de Buenaventura y se denomina saberes culturales, los cuales se demuestran a partir de identificar o diagnosticar los eventos o síntomas. Arredondo (2016)

10. “Aquellas entidades clínicas y prácticas curativas que se manifiestan en una determinada población y que solo tienen explicación dentro de la cultura particular donde se producen y desarrollan, por lo que resultan aparentemente irracionales, incoherentes e ilógicas cuando se analizan desde la perspectiva de otra cultura” (Campos, 2002, p. 186).

11. Enfermedad generada a niños menores de diez años como consecuencia de un susto. En el caso de los bebés menores de diez días, se le designa el mal de los siete días, el cual se previene creando completo silencio.

12. Este mal es causado a los recién nacidos, cuando los cargan mujeres embarazadas o menstruando. En este caso, el niño realiza fuerzas a manera de pujos con frecuencia, lo cual puede ocasionar hernias.

menciona que están sujetos a “los actores sociales y el contexto ritual médico” (p. 18); es decir, dependen de la cultura, la interpretación, la relación de síntomas y el posible tratamiento de las enfermedades.

Recordando un fragmento de nuestros encuentros, la madre de la Paciente 10 responde a mi sugerencia de seguir las indicaciones médicas:

Yo he hecho caso a todo lo que me han dicho y por eso mi muchacha me la están matando... Cuando yo la cuidaba, ella no estaba así, yo le cocinaba sus hierbas, le daba sus jugos, le preparaba su pescado; pero solamente fue que la trajera a esta clínica y se empeoró. (comunicación personal, 2020)

En este contexto, es necesario recordar las palabras de Lacan (2009a) en *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*:

Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época. Pues *¿cómo* podría hacer de su ser el eje de tantas vidas aquel que no supiese nada de la dialéctica que lo lanza con esas vidas en un movimiento simbólico? Que conozca bien la espiral a la que su época lo arrastra en la obra continuada de Babel, y que sepa su función de intérprete en la discordia de los lenguajes. (p. 308)

La subjetividad se conceptualiza como el conjunto de acciones ejecutadas para alojar un dispositivo, una situación, un mundo. La imagen de que la subjetividad es una forma práctica supone que compone las operaciones realizadas, repetidas e inventadas (Corea y Lewkowicz, 2004). Los deseos, pensamientos y lazos con el otro se relacionan en la construcción de la subjetividad a partir del lenguaje cultural y social.

Por su parte, Maruottolo (2016) indica que todo discurso se aferra a las relaciones del objeto y del grupo interno, ubicadas en el Yo y que le generan un atributo significativo al lenguaje en el acto. Estas relaciones son las estructuras internas del vínculo y dan consolidación afectiva a los discursos cimentados en la subjetividad. De la misma manera, en el sujeto se modifica el paradigma del discurso cuando las coyunturas de su realidad psíquica se encuentran en crisis.

El sujeto se enmarca en el lenguaje del Otro y, desde ahí, se moviliza en el mundo que lo rodea, en un discurso que, si bien se sitúa en su propia fonética, no le corresponde: “el sujeto está sujetado al discurso del Otro antes de ser autor de un discurso que lo representa ante el Otro” (Lacan, 1994, p. 265); siendo estos la madre, el padre, la familia, la escuela, las instancias que posicionan al niño en su lugar simbólico en la sociedad. Ese lugar “está ya inscrito en el momento de su nacimiento [...] bajo la forma de su nombre propio” (Lacan, 2009b, p. 463), lo que le permitirá reconocerse y construir su propia identidad.

El proceso transferencial con la Paciente 10 sucede posterior a la segunda sesión. Su madre es quien autoriza discursivamente este proceso y permite a un tercero dialogar con su hija, con su presencia. Dicha situación es la antesala de un proceso identificatorio respecto a la cultura (la psicoterapeuta, la paciente y su madre son de la misma región), lo que juega un rol importante en este escenario. Justamente, en las dos primeras sesiones se conversa con la madre y ella es quien menciona: “hablé con la doctora, que ella sí nos va a ayudar” (comunicación personal, 2020). De esto, se recalcan dos aspectos: primero, la madre identifica al personal por el origen compartido entre la paciente y la psicoterapeuta en su ciudad de procedencia (Buenaventura). Segundo, previo a esta autorización, la paciente tuvo fuertes resistencias manifestadas en la simulación del sueño, pérdida del deseo de hablar o aparente cansancio, tomando una posición fetal.

Ahora, Orlandi (2012) refiere que el análisis del discurso tiene como objetivo escuchar aquello no dicho en un hilo de palabras dichas, cómo hacer emerger una presencia, de “una ausencia necesaria” (p. 34). El discurso está mediado por un campo interdisciplinar definido por elaborar información que se relata al discurso, como fin en sí mismo. La dimensión discursiva de lo real es un aspecto adicional, pero no agota lo real ni la naturaleza del sujeto que se manifiesta como sujeto del discurso. Así, Orlandi (2012) agrega:

No podemos reducir la cuestión de la subjetividad a la lingüística; tenemos en cuenta también su dimensión histórica y psicoanalítica. A pesar de que la subjetividad repose en la posibilidad de los mecanismos lingüísticos específicos, no se puede explicar estrictamente por ellos. (p. 50)

Este autor resalta que no se puede limitar la subjetividad a procesos solo lingüísticos, mientras destaca la historia del sujeto e incorpora la capacidad de subjetivación y su postura para interpretarla, es decir, el ejercicio del psicoanálisis. Se recalca, entonces, que lo fundamental no es determinar la historia, pues de ella procede la contingencia de su estructura subjetiva. Dentro de este contexto, Orlandi (2012) considera el sentido como apuntamiento del lenguaje en la historia y, por ende, en la teorización. Este desarrollo se genera por el alistamiento del lenguaje en creaciones discursivas, pero estas se definen desde lo social. Por tanto, la interpretación se liga más a una categoría social que individual; implicando así un círculo vicioso al determinar al sujeto en el recinto del conocimiento de su manifestación.

Con lo anterior, se subraya lo dicho por Lacan acerca del sujeto sometido a *la-lengua*, siendo un requisito para ejecutar sentidos instaurados en la relación del discurso, la historia y la ideología; correlato en el que el sujeto se encuentra “sujetado”. La construcción del discurso se elabora como una apelación que

origina sentido, pasando por el sujeto, de una forma a otra, sin moralidad ni condición en la acción.

Significante y sistema familiar

La madre de la Paciente 10 fue esencial para las entrevistas y el acompañamiento, pues fue la *voz* que permitió acercarse a la paciente, en la medida que ambas establecieron barreras que imposibilitaban el contacto directo. Dicho de otro modo, se necesitaba una aprobación previa para establecer la comunicación. En síntesis, se recalca el rol clave del lenguaje materno en el desenvolvimiento de la paciente.

Dentro de los elementos evidenciados con el análisis del decir en nuestros encuentros, se destaca la injerencia de la madre sobre la paciente, así como los mitos y las creencias que juegan un papel en el tratamiento, con los significantes emergentes del sistema familiar. Tomo un fragmento de nuestra entrevista inicial para ejemplificar esto, empezando por las palabras de la madre de la paciente:

- Mire, aquí está la doctora que vino desde Buenaventura a verla y hablar con usted.
- Estoy cansada, no quiero hablar con nadie. —Estaba cobijada de pies a cabeza y enfocaba su mirada en el celular.
- Síntese para que hable con la doctora. Con ella podemos hablar, sí nos va a escuchar. (comunicación personal, 2020)

Con lo anterior, la Paciente 10 levanta la cobija, se sienta, mira a la psicóloga y dice: “hola, ¿cómo estás?, ¿me compras una manilla?” (comunicación personal, 2020). Observamos cómo se codifica y se sanciona el pedido de la madre, a manera de demanda, ofreciéndole a la paciente una satisfacción: la compra de la manilla. Además, se advierte que el “verla”, “hablar con usted”, “podemos” y “escuchar” son los significantes del Otro como un pedido de algo que se necesita, encarnado en la forma de dirigirse en un inicio a la psicóloga.

En el discurso de la Paciente 10 no solo hallamos un sistema de significantes que la movilizan, sino que estos se involucran en el progreso o retroceso de su tratamiento oncológico: “no me gustar estar allá... Yo debo estar con mi mamá” (comunicación personal, 2020). Seguidamente, sostiene: “me tomo mis medicamentos y la comida que me deja mi mamá... esa comida sí me gusta, sí la sabe preparar como a mí me gusta” (comunicación personal, 2020). Aunque toma los medicamentos enviados por el especialista, la comida de su madre es la que le permiten un avance positivo en su salud.

Estos significantes se articulan en su imagen corporal y le generan una mejoría, un sentir bien. Ellos se representan en expresiones como “mi mamá me prepara los jugos que me hacen sentir mejor... Véame... ya puedo caminar, me veo más repuestita. Hasta me pinto las uñas” (comunicación personal, 2020). Es decir, la Paciente 10 valida los cuidados proporcionados por la madre a través de la alimentación. Se recalca aquí un poco el discurso de la madre: “yo a ella en la casa le hacía sus jugos que yo sé preparar y ella se sentía mejor, podía caminar y se veía aliviada” (comunicación personal, 2020). Esto se relaciona con el “yo era su vacuna” (comunicación personal, 2020) de la madre; una vacuna que sana, previene y sostiene. De la misma manera, encontramos un Otro materno que se muestra como quien aplana la voz de su hija, pues porta la solución, la verdad, la cura, la realidad.

En su texto “Proyecto de psicología” de 1895, Freud (1992) concede al rol materno una posición principal, originaria y prehistórica en el ordenamiento del aparato psíquico. La teoría de la primera vivencia de satisfacción muestra al recién nacido en sus necesidades de comer, mientras lo aloja el cuidado de un tercero para acceder a la dimensión de lo vital. Desde esta postura, la madre mítica, aparte de regirse como un Otro omnipotente que alimenta al recién nacido, inscribe las huellas mnémicas que conducen a que surja el deseo, en relación con el objeto originalmente perdido. Este aspecto muestra cómo la Paciente 10 retorna al estado de indefensión respecto de un Otro materno. Lacan (1973-1974) sostiene que la definición de un cuerpo se mantiene por ser una sustancia gozante, siendo esta la única cosa, fuera de un mito, verdaderamente accesible a la experiencia, la revolución lacaniana de la existencia del goce como cuerpo-otro más allá (o más acá) del cuerpo físico.

Por su parte, Uribe (2008) menciona la oposición entre organismo y cuerpo, además del medio por el cual el organismo gozante es domado al introducirse en el lazo social, por lo que los discursos que vienen del Otro se encaminan a una domesticación del organismo, para inscribirse en la convivencia social: trabajo, artes, cultos, guerra.

El cuerpo no es algo que deba estar vivo para nombrarlo, porque también recibe la calificación de cuerpo muerto. El cuerpo no se modifica en carroña luego de ser creado por el lenguaje, pues este acto creador tiene efectos eternos: un cadáver en una tumba será para siempre un cadáver. Lo primero que necesita el cuerpo para ser cuerpo es una operación lingüística que lo instituye como tal, de manera definitiva.¹³

13. “Quien no conoce el punto crítico en el que datamos el hombre, el ser parlante: la sepultura, sea donde, de una especie, se afirma que al contrario que cualquier otra, el cuerpo muerto guarda de ella

En el texto *Somática familiar: enfermedad orgánica y familia*, Kornblit (1984a) menciona que lo somático se significa en el entorno imaginario que resalta influencias de los mitos y las creencias familiares en el individuo; siendo los elementos en que la psicología médica debería esforzarse (p. 25). Esta situación se evidencia en el discurso de la madre de la Paciente 10, a través de aquellos simbolismos que la movilizan, partiendo de los mitos y las creencias que la sostienen. En tanto, Real (2002) explica que el mito es, junto al lenguaje, un medio por el que los individuos se han comunicado a lo largo de la historia; mientras los símbolos exponen los hechos objetivos, los mitos refieren al significado y sentido de la vida.

En este orden de ideas, Manfredi *et al.* (2012) afirman que en el mito del neurótico puede determinarse aquello que responde a la falta del Otro, calmando la angustia y entregando un sitio en la intriga familiar en contestación, a la vez que lo afianza, disminuyendo la pulsión.

Por su parte, Lacan (1985) destaca que “el argumento fantasmático se presenta como un pequeño drama, una gesta, que es precisamente la manifestación de lo que llamo mito individual del neurótico” (p. 47). Desde esta expectativa, en el sujeto actúa un fantasma que funciona similar a un sedante paterno que lo adornece, al tiempo que lo defiende de la angustia originada por encontrarse con la falta en el Otro. Lo último se relaciona con una madre y una novela familiar llena de tragedias, que de una u otra manera recaen sobre la niña, su cuerpo y su subjetivación. Por tanto, la omisión del padre de la Paciente 10 proviene de la madre, al punto que no lo representa.

Las muertes de las tres mujeres del sistema familiar extenso; los tres hermanos mayores con consumo de SPA, que se relacionan con actividades delincuenciales y con la indigencia; y las representaciones enmarcadas frente a lo masculino. Un discurso de ello motiva a que la Paciente 10 no juegue con niños varones: “no me gusta, porque después van a decir que uno se los está comiendo” (comunicación personal, 2020);¹⁴ en otras palabras, una mujer (adolescente) que puede devorarse a un otro masculino, así como su madre se devoró a sus tres hijos varones, sus hermanos.

Las creencias y los mitos de la madre (significantes y significados) la movilizan y la sostienen no solo frente a sí misma, sino frente al manejo que le da al tratamiento y a los cuidados de su hija. Al respecto, Falomir (2010) refiere que las creencias se basan en una realidad psíquica, en su relación con la fuerza de

aquello que le da al viviente su carácter: el cuerpo. *Corpse* permanece, no deviene carroña, el cuerpo que habita la palabra, que el lenguaje corpsifica” (Lacan, 2001, p. 409).

14. En el discurso cultural del Pacífico, el “comiendo” representa ejecutar relaciones sexuales.

los deseos, de ahí su escaso miramiento a la “realidad exterior”. También, se recalca que, en la familia, hay una transmisión mítica en donde los mitos y las creencias personifican las incoherencias no resueltas, las cuales crean un puente que liga las generaciones (Kornblit, 1984a, 1984b).

Se sabe, entonces, que la construcción de la realidad remite al sentido que el sistema familiar asigna a la enfermedad orgánica, en el que incluye los contenidos semánticos manifestados en creencias (componentes cognitivos dotados de actuar) frente a la enfermedad (Kornblit, 1984a, 1984b). Esto evidencia cómo la subjetivación de la Paciente 10 se afecta por los significantes de la madre, referente a una cultura y un tratamiento, quien se impone en su conciencia de sujeto diferenciado de esas variables. Así, la Paciente 10 con su subjetividad refleja el mundo exterior, en especial, la simbiosis entre madre e hija, que la primera referencia así: “nadie la va a cuidar como yo la cuido” (comunicación personal, 2020); la madre no está dispuesta a romper esto por otro que se lo mencione ni por un sistema de salud que se lo imponga; pese a que exista una enfermedad, un diagnóstico, que se lo refuerza: “yo soy su vacuna” (comunicación personal, 2020).

De este modo, los significantes de la madre operan en la constitución del yo y del posicionamiento de la Paciente 10, movilizándolo su actuar, su discurso, las formas de relacionarse con el mundo externo y la adherencia a su tratamiento oncológico. La madre impone su ley, a la vez que lucha ante una institucionalidad –como lo es la clínica– para que no fragmente este vínculo. Por ello, la madre de la Paciente 10 fuerza el supuesto saber de la cura a los malestares corporales de su hija, entre ellos, los remedios caseros, la alimentación que prepara, sus cuidados; al final, incluso a su mismo Dios –la religión– como otro que no se ve, que no es “real”, pero que junto a ella tienen la solución del todo. Esto último permitiría que la Paciente 10 se sostenga a su lado y no intente salir aún de la matriz de su madre, que se sostenga desde una posición fetal.

Un cierre simbólico: reflexiones de la enfermera

El cáncer en niños es una entidad patológica que genera pérdida de control, soledad, resentimiento y culpa en la familia, en especial, en los padres (Saz Roy *et al.*, 2018). Una de las tareas del personal de salud es aclarar que esta entidad patológica tiene una causa aleatoria genética, sin que los hábitos saludables determinen su presencia en el ámbito pediátrico, aunque sí suele ser el motivo de la mayoría de los cánceres en adultos.

El caso de la Paciente 10 fue especial por el componente de intervención realizado por el personal de salud y debido a la baja escolaridad de la madre y la hija, que dificultaron su conceptualización frente a las herramientas de tratamiento.

Por su parte, la joven es poco participativa en su proceso de enfermedad, por lo que acepta sin vacilar y con desinterés las decisiones de su madre. En ese sentido, esta última tomó la vocería de todos los procesos y relegó a la paciente a una posición pasiva y receptora. La hospitalización de la adolescente fue prolongada, por lo que se conoció bien, en el servicio y programa de cuidados paliativos, el caso por sus características infantiles y poco acordes a su edad; además, por las continuas aseveraciones de la madre en que la paciente estaría mejor en un lugar distinto a la clínica. Cabe mencionar que esta familia monoparental contaba con múltiples factores que incidieron en el sufrimiento de la madre, donde la Paciente 10 era el salvavidas de la odisea familiar, histórica y social de su madre.

Desde Enfermería, se asumió un acompañamiento en la educación y en el uso de analgésicos con la subsecuente dosis de rescate. También, se instruyeron con dibujos e indicaciones sobre el procedimiento; ante esto, la madre estaba agradecida, pues la intervención haría de la Paciente 10 una adolescente sin dolor, fenómeno que era difícil de controlar en ese momento. La joven perteneció al programa por más de un año y, aunque tenía una buena relación con el especialista, el deterioro paulatino, la progresión de la enfermedad y el dolor hicieron que la madre tomara una posición conflictiva con el especialista de dolor y cuidados paliativos. Este último pretendía comentar la situación real de la niña y su posible finitud, confiando que aprovechara al máximo el tiempo restante.

Sin embargo, la madre no deseaba intervención alguna y se cambió al paliativista para su tranquilidad. Pese a esto, la madre de la Paciente 10 se tornó aprehensiva con el equipo en general, porque le presentaban un panorama que ella no deseaba para su pequeña. La demanda de la madre y la hija era volver a casa. Frente a esto, junto con el médico especialista, se dictaminó la posibilidad de cuidados en casa. Esta situación abrió la puerta de la esperanza en la madre de la Paciente 10, quien deseaba cuidar a su hija con sus propias manos. Empero, ello no se efectuó, puesto que no se encontró un prestador domiciliario que acompañara a esta familia en el proceso.

En la actualidad, el manejo en casa es posible cuando la familia, el equipo médico y el asegurador acuerdan la atención domiciliaria. No obstante, este tipo de atención es inviable en lugares dispersos del país, como Buenaventura. La Paciente 10 pudo haber fallecido en casa, pero el avance de su enfermedad condujo al aumento del dolor y de los analgésicos altamente potentes requeridos, los cuales contraindicaban su manejo ambulatorio.

En la clínica existe la estrategia de humanización Cumplimiento de Sueños y Promesas, la cual conecta con ese otro entendiendo la vulnerabilidad de las familias en el proceso de enfermedad y hospitalización en una institución de salud, lejos de su hogar y costumbres. Por medio de este, un integrante del equipo

de cumplimiento de sueños pudo soñar junto a la Paciente 10 con princesas, bellos vestidos y fiestas, recreando un mundo en el que la vida se vive en el hoy. La Paciente 10 planificó sus tan añorados quince años, aún en la ausencia de baile y vestido, sin chambelán, torta y ambiente festivo para la ocasión. Ella sabía que no le quedaba mucho, por lo que solicitó adelantar su fiesta. Así, prematuramente, se despidió de la niñez y le dio la bienvenida a la adultez, en la paz y la tranquilidad de la trascendencia que sucedió dos días después.

A manera de epílogo

En el psicoanálisis, el dispositivo analítico implica escuchar la propia contratransferencia, donde la atención flotante es indispensable para una escucha abierta; ello permite adentrarnos y visualizar por completo al ser que nos demanda. Por medio del discurso, de la palabra que se escucha y se devuelve, nos internamos en el mundo de diferentes simbolismos. Por tanto, nuestra práctica siempre se orientará al uno por uno, en la que lo tercero surge de este encuentro.

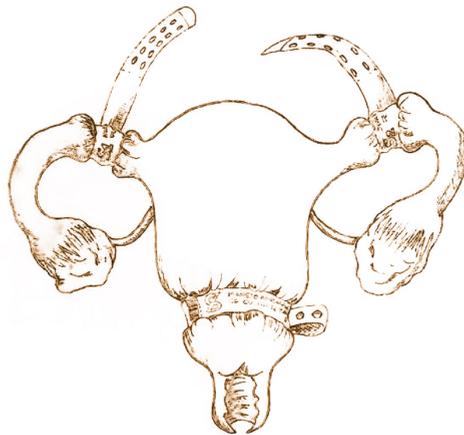
En este caso, implicó un recorrido teórico para dar cuenta de que somos realmente sujetos del lenguaje; un lenguaje que viene, en un inicio, del Otro. Así mismo, se tomaron unos significantes que no son propios, sino que se enmarcan en un contexto cultural y social particular, operando en la vida de las personas, movilizándolas y sosteniéndolas desde creencias y mitos. De acuerdo con lo último, es pertinente traer a colación el dicho popular “quien no conoce su historia, está condenado a repetirla”.

En esta intervención, observamos la relación simbiótica de una madre que se posiciona ante su hija, nombrándola, eligiendo por ella y movilizándola, a tal punto que la niña solo se nombra como sujeto aparte de la madre cuando se trata del diagnóstico. Por consiguiente, la madre establece resistencias que imposibilitan un contacto con la paciente, pues ella se ubica en dicho lugar. Una madre que irrumpe en el tratamiento y se enfrenta al discurso médico para imponer su ley y su práctica, con el fin de conservar ese lazo con su hija; un lazo simbiótico, pero que contrae en sí una cadena familiar.

Con lo manifestado hasta aquí, podemos mirar a una adolescente con un diagnóstico, pero también algo sintomático que le atañe a la familia, la cual, por un lado, tiene una genealogía trágica de enfermedades mentales y físicas y, por otro, está inmersa en una cultura cargada de mitos y tradiciones que juegan un papel preeminente en la constitución de esta joven y lo que la rodeaba. Se hace hincapié en esto, porque nuestra labor implica reconocer al sujeto, incluso en sus espiritualidades y creencias, para potencializar el proceso transferencial, el cual motiva los efectos y los afectos del sujeto que padece y es donde se logra un cambio de posición.

Un caso lleno de nudos. Aproximaciones desde el psicoanálisis a los avatares del dolor oncológico

*Javier Fernando Acosta
Angie Carolina Guerrero Benítez*



*Las palabras nunca alcanzan cuando lo que hay que decir desborda el alma.
Julio Cortázar, Rayuela.*

Introducción

Como en toda historia que aspira a ser contada, se piensa en su origen, el mito del “érase una vez...”. Espero no extenderme al mostrar mi experiencia, pero tampoco quiero pasar por desapercibido lo que aboca este caso, a saber, la sensibilidad que despierta. Para iniciar, cito una frase de Dostoyevski que llegó

como un encuentro esperado, en una lectura de Mishima (2022): “lo que a la mente se ofrece como oprobio, al corazón le parece hermosura y nada más [...] Es terrible que la belleza no solo sea algo espantoso, sino, además, un misterio” (p. 8).

En el marco de las prácticas hospitalarias de la Maestría en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica, mi participación tuvo lugar en una clínica de tercer nivel, de Cali; en específico, la unidad de hospitalización y manejo ambulatorio de pacientes diagnosticados con cáncer. Mis primeros recorridos por la clínica colocan en el plano de lo presente aquella frase del psiquiatra y psicoanalista José María Álvarez: “psicólogos de las trincheras”. Acuño esta frase, porque desde este escenario son posibles las intervenciones, más aún cuando nuestro espacio de reuniones académicas asemeja una hermosa trinchera del saber. En fin, entre recorridos fallidos por las laberínticas instalaciones de la clínica y mis aciertos con la ubicación, me encontré con la Paciente 11, quien se identifica a partir de ahora con la letra H.

H es una mujer de 55 años, diagnosticada con CA de cérvix de nivel cuatro, con proceso metastásico en hígado y colon, lo que derivaría en un tratamiento con cuidados paliativos y clínica del dolor. Asiste a la clínica a diario para recibir tratamiento de radioterapia y, una vez a la semana, para su quimioterapia. Vive con su esposo de 51 años y su hijastra, quien la cuida a veces. Tiene una hija de 32 años que vive en Ecuador, con sus tres hijas de siete, doce y dieciséis años. La comunicación con ellas es a través de llamadas telefónicas y videollamadas. H es esteticista de oficio y se dedica a trabajos esporádicos a personas de su comunidad; también, es una líder social en su barrio, acompañando a los jóvenes con actividades lúdicas y pedagógicas, o así era antes de su enfermedad.

Ante mi alma desnuda: lo insoportable que habita en mí

Los encuentros que documento son los primeros. En este ejercicio, intento trazar una ruta de nuestras sesiones, con comentarios revisados desde la teoría, pero dando lugar a la palabra de H y a mi experiencia; es decir, explico el caso clínico desde quien lo narra. Así, les presento nuestro primer encuentro.

En la primera escena, en la sala de quimioterapia, percibo a una mujer sentada, vuelta sobre sí y con gestos de dolor. Me dirijo de inmediato hacia ella. En retrospectiva, no sé por qué me acerqué primero a ella y no a otro paciente; quizá, por verla sola y con expresiones de dolor. Esto último llamaba mi atención, pues el resto de los pacientes se encontraba en un aparente estado de tranquilidad, reposando, cobijados con las mantas que se les facilita en el servicio, mirando videos en su celular. Pero ella estaba sentada de lado sobre el sofá, con sus piernas recogidas, como en posición fetal. Tal vez eso caló en mí.

En su discurso prima la sensación de un dolor intolerable que le impide continuar con sus actividades, despertando un sentimiento de minusvalía significativo que ocasiona la desnudez de su alma frente a todo aquello que disfrutaba hacer; habla de un dolor que la desdibuja sobre una sensación de malestar, un sufrimiento que la lleva a cuestionarse su propia imagen:

Ya no me siento yo misma, no puedo hacer las cosas igual, yo quiero moverme, poder ayudar a las personas, pero esta manguera no me deja. Me duele mucho. Sentada o acostada, no aguanto el dolor, me duelen las piernas y las nalgas. Me gusta hacer sopa de letras y manualidades, pero desde que estoy así ya no puedo hacer nada. Me siento una inútil, a veces solo me queda pensar y pensar mientras estoy sentada o acostada. (comunicación personal, 2022)

Pero también emerge en ella la esperanza, aún embestida por la nostalgia, al hablar de sus tres nietas, en quienes refleja algo de sí, sosteniendo algo de su imagen a través de un puente de afectos:

Mi nieta, la mayor, se parece un poco a mí, es muy organizada y dedicada. Le gusta ayudar a los demás; es un amor. En cambio, la mediana es muy desorganizada, pero es intrépida, aventurera, me recuerda a mí también; le gusta subirse a los árboles como yo. ¡Ah! Pero la menor, ella es un encanto. Le gusta estar al cuidado de los demás. Es como una psicóloga; si usted la conociera, le parecería un encanto. Ella sabe cuándo me siento mal y me anima. Pero yo trato de no estar mal para que no queden con esta imagen de mí. (comunicación personal, 2022)

Esta sesión se cierra cuando la enfermera se acerca y le recuerda que ya acabó la quimioterapia, que van a llamar a su esposo para que pueda llevarla al otro edificio y realizar la radioterapia. En ese momento, confrontado por lo visto, que interpeló mi posición como terapeuta, no se me ocurre más que decirle: “nos vemos la otra semana, conmigo puede conversar sin necesidad de hacerse la fuerte. Yo puedo escucharla aún si le duele y eso nos interrumpe” (comunicación personal, 2022). H llora y se sonríe, seca sus lágrimas y me dice: “así sí aguanta conversar. Esto me distrajo un ratito. Me gustaría que usted hablara con mi esposo y lo escuchara. Que le pueda decir todo lo que yo no le puedo decir a él” (comunicación personal, 2022). Le replico: “o, quizás, ayudarle a organizar lo que quiere decirle a él”.

Nuestros siguientes encuentros se hacen de forma telefónica, puesto que H no había regresado a sus tratamientos de quimioterapia y radioterapia. Para H la sensación de dolor era tal que había desistido del tratamiento. En esos seguimientos telefónicos, me entero de que H fue hospitalizada. Cuando llego

a la clínica a conversar con ella, la veo un poco más tranquila, pensando que yo voy a tratar de convencerla de retomar su tratamiento. Para ella, el dolor parecía tener otra connotación más allá de lo insoportable:

Cuando a uno le duele... uno desespera a los demás. Lo mejor es uno aprender a nivelar sus emociones. Después de que conversamos la última vez, me quedé pensando en algo sobre eso de que usted podría esperar a conversar conmigo, a pesar de que el dolor no me deje hablar. Yo creo que el dolor lo transforma a uno. Casi que lo deja sin palabras, pero uno no puede desesperar a los demás, tenga el dolor que uno tenga. (comunicación personal, 2022)

Esta apreciación sobre el dolor y su decisión de no seguir con su tratamiento la llevan a buscar conversar con su esposo:

A veces, me cuesta aceptar ayuda de los demás. Yo he sido una mujer curiosa y fuerte desde muy joven. Esto me rodea desde muy pequeña. Yo prefiero estar para los demás, para ayudarlos; no para ponerle más cargas. En eso tiene razón, pero yo soy como terca para eso. Aunque algunas personas aprenden a conocerlo a uno. Por ejemplo, yo noté la expresión de preocupación de mi esposo cuando el médico habló con nosotros. Yo pensé en hablar con él, como usted me dijo, y creo que lo protegía de no decirle, pero él me conoce muy bien y sabe cuándo tengo dolor, hasta lo que pienso y siento. El guardó silencio y me miró; me dijo que él ya lo sabía. Pero su mirada tranquilizadora me dijo: “vamos a seguir en la lucha, hasta el fin”. Recordé cuando comenzamos, en nuestro ranchito, desde cero. Estábamos juntos sin nada, nos abrazamos y dijimos que íbamos a estar siempre juntos en la lucha. Fue como si él me diera su corazón y me cargara. Me quitó como un peso de encima. (comunicación personal, 2022)

Para ella, parecía haber una posibilidad de hablar con el otro y dar cuenta de su dolor. Incluso, la dimensión de la muerte toma otra significación:

La muerte es como una forma de descansar y yo quería que ellos estuvieran bien. Lo mejor es uno poder despedirse con amor. Yo creo que uno debe dejarles una enseñanza. Uno queda en la memoria de los demás por lo que les enseña. Yo a mi hija le he ido hablando por los laditos, le digo “mami, si no nos volvemos a ver... siempre voy a estar para usted”. A mis nietas, creo que les he enseñado muchas cosas. Les estoy reuniendo cositas para dejarles, de lo que les he enseñado. Les enseñé a pintar, a tejer, a plantar, a dibujar, a jugar. De hecho, es una buena forma de verlo. (comunicación personal, 2022)

Además, se permite metaforizar al respecto, como una manera de cambiar su forma de relacionarse con el otro en su condición actual:

Mire que yo les puedo decir que, así como cuando uno siembra una flor, ella crece con agüita, con cuidados y amor; da flores y crece bonita. Pero también tiene momentos en los que se marchita y se va muriendo, se le comienzan a caer las hojas. Así le va pasando a uno, se pone feíto, se le cae el cabello; pero, así como las hojitas que se caen, caen semillas que plantan nuevos piccitos de la flor, en otras materas; ellas son mis retoñitos. Me da tristeza hablar de esto, ¿sabe? Pero también siento como un fresquito. Uno debe soltarse y dejar que las cosas fluyan. Estar tranquilo. Yo voy a estar en ellas, en lo que les he dejado, lo que las he amado y les he enseñado. Tal vez por eso me recuerden con amor. (comunicación personal, 2022)

El oráculo de la angustia o un sufrimiento que petrifica

Considero que fue un encuentro significativo, pues ella pudo identificar ciertas elaboraciones. Hablar sobre sí, más allá de la idea de ser fuerte, le permite hablar sobre los otros. Al despedirme me comenta que al sábado siguiente estará de cumpleaños. Me pide de regalo unas flores: “yo cumplo años el sábado. No se le vaya a olvidar, quizá se le enreden unos geranios. Mire que estando aquí, los míos deben haberse marchitado ya” (comunicación personal, 2022). Le respondo que no se me pasará por alto y que ya miraremos lo de los geranios. Lo curioso es que después de esta sesión, en mi mente suena una melodía. Una serie de arreglos melódicos del bajo de una canción. No me percato, pero me acompaña en mi cabeza todo el día. Al llegar a mi casa, busco la canción: “Fragilidad” de Milagros Piñera (2005).

Mañana ya, la sangre no estará. Al caer la lluvia, se la llevará
 Acero y piel, combinación tan cruel. Pero algo en nuestras vidas quedará.
 Lloras tú y lloro yo Y el cielo también, y el cielo también.
 Lloras tú y lloro yo. Qué fragilidad, qué fragilidad.
 Un acto así terminará con una vida y nada más
 Nada se logra con violencia, ni se logrará
 Aquellos que han nacido así, no olviden su fragilidad.

Para mí, lo curioso de esta letra, este poema, es cómo llega a mi memoria: la recuerdo a través del solo de bajo, aquello que conecta con la esencia de la canción; me recuerda que somos frágiles. Y llega justo después de escuchar que H hizo un esfuerzo enorme por dejar a un lado su significante de “ser fuerte” y ahora hablaba y dejaba percibir su fragilidad, desde un punto muy significativo:

un puente para llegar al otro, no desde la lástima o la compasión, sino desde la transmisión.

Para su cumpleaños, la llamo, la saludo y la felicito. En esta llamada ella se sorprende: “yo pensé que se iba a olvidar” (comunicación personal, 2022). También me sorprende con un atisbo de mi angustia personal cuando, al despedirme, le digo: “espero que disfrute su vida”; en realidad, en tales fechas acostumbro a decir: “disfrute su día”. Al momento de escribir, pienso cómo dejo salir algo de mi ser, mi preocupación, la reminiscencia de aquella fragilidad que erotiza la vida en un deseo por ser vivida.

En una de las últimas experiencias, me comunico con H para hacer un seguimiento vía telefónica. Me encuentro con la noticia que su estado de salud ha decaído y que ella se resiste a ir a la clínica. Hablo con ella, me manifiesta en un entrecortado y tenue tono de voz que teme ir y que la dejen hospitalizada. Ella ha decidido pasar “sus últimos días” en el calor de su hogar y en compañía de su esposo. Para ella, morir en las instalaciones de la clínica es “perder la última gota de dignidad y decisión que le ha dejado la enfermedad” (comunicación personal, 2022). Trato de no insistir sobre esto; empero, le sugiero que se permita ser ayudada, señalando la posibilidad de que en la clínica establezcan su cuadro emético. Cuando reporto lo sucedido con el grupo interdisciplinario de la clínica, a la psicóloga y a la jefe de Cuidados Paliativos, me encuentro con un elemento que me vuelve a anclar a la realidad: no puedo hacer mucho por ella y tal vez es necesario poner un límite a mis seguimientos telefónicos, puesto que, según sugiere la clínica, si estos no reposan en la historia clínica de H, puede haber afectaciones legales. Siento que el caso se sale de mis manos, pero acato las recomendaciones.

Luego, identifico que la paciente no quiere hablar con el personal de la clínica, expresándoles que ya lo había hecho con el psicólogo, es decir, conmigo. Ello me tranquiliza un poco, pues siento que en este punto aflora la transferencia y que hay una demanda analítica saldada. H ya había hablado sobre lo que ella sentía como menester. No obstante, siento una extraña sensación en mí, un leve entumecimiento en mis manos; tal vez se hacía visible en mi corporalidad la sensación de que el caso se había salido de las manos.

Consideraciones sobre el caso

En este apartado, abordamos el caso desde una lectura que intenta brindarle sentido a esta experiencia. Para ello, damos espacio a la perspectiva del equipo interdisciplinario de Cuidados Paliativos de la clínica, de modo que la coordinadora del programa, Angie Guerrero, comenta, en sus palabras, cómo comprender el fenómeno del dolor físico en H.

El dolor es uno de los síntomas frecuentes en el cáncer. Por su compromiso metastásico, H presentó este síntoma con alta intensidad, según las escalas de dolor utilizadas por el personal médico. H tiene a su favor la constitución familiar sólida que se manifestó en las intervenciones del equipo, quienes apoyan su proceso de enfermedad y las decisiones que toma, como un acto de alto respeto y reconocimiento como persona. El control de síntomas de la paciente es un aprendizaje para el equipo, pues su historia de vida y características de mujer cuidadora la han llevado a pensarse como alguien que asume el dolor y evita enunciarlo a sus cuidadores para no preocuparlos, debido a que la génesis de su sufrimiento emocional es mayor que el dolor físico de su proceso oncológico. En Cuidados Paliativos, la enfermería soporta la parte educacional, el cómo, cuándo, dónde y para qué. En el seguimiento de H de la consulta externa, se le invitó a la adherencia farmacológica y a la identificación de signos de alarma para el ingreso oportuno a urgencias; sin embargo, el deseo de H de no alejarse de sus seres queridos y quedarse en casa es más fuerte.

Ahora bien, la bioética contempla cuatro fundamentos: la justicia, la beneficencia, la no maleficencia y la autonomía. El personal de salud se guía por estos, con respecto a las opciones terapéuticas disponibles para el tratamiento curativo o el paliativo, de manera que provea información suficiente para direccionar la toma de decisiones de los pacientes; a la cual influencia su historia de vida de acuerdo con su ética. Esta toma de decisiones y la posterior planeación de los procedimientos a realizar se denominan planificación compartida del cuidado (Lasmarías *et al.*, 2021), la cual tiene como objetivo evitar la paternalización del cuidado por el médico, donde se toma como eje al paciente. La planificación se concluye al construir un documento de voluntades anticipadas –legalizado en Colombia por la Resolución 2665 de 2018– que puede formalizarse por notaria, testigos o médico tratante. Preservar las decisiones del paciente disminuye la culpa en la familia, pues él es quien determina qué situaciones está dispuesto a afrontar en los diferentes estados de la enfermedad.

En este caso, el dolor que siente H opera como un otro que irrumpe en su cuerpo, algo que habita en ella y que golpea el desarrollo de su vida. En palabras de Le Breton (2020), un dolor que socava y deviene insoportable, que deshace la existencia de quien lo padece. El dolor físico que experimenta H se convierte en un sufrimiento que rompe su imagen; ataca la investidura narcisista con la que se había posicionado en lo que hacía antes de la enfermedad, sintiéndose disminuida –como la sombra de quien solía ser– y que habita en el devenir continuo de un pensar y pensar. Así, de lo que puede hablar es del “sufrimiento como un sentimiento de pérdida, de duelo de sí mismo” (Le Breton, 2020, p. 21).

El alma desnuda, despojada de las simbolizaciones de una mujer fuerte, da cuenta de aquello insoportable que habita en ella: su dolor. Podríamos preguntarnos *¿cómo transforma el dolor los modos de subjetivación de H?* Como afirma ella, el dolor transforma toda nuestra forma de vida; corroe “costumbres anteriores, actitudes, modos de pensar, relaciones con otros y consigo mismo” (Daza de Caballero, 2014, p. 99). El dolor produce una forma de aislamiento sobre el propio cuerpo y, aunque es algo que irrumpe desde dentro, llega a sentirse ajeno; “este dolor no podemos imaginarlo como propio hasta que aparece” (Le Breton, 2020, p. 11).

Con H comprendemos que el sujeto no puede dar cuenta de su dolor en la emergencia de este; esa condición de “dolor total” –expresión acuñada por Saunders (1964)– la inhabilita para hablar. No obstante, el sujeto encuentra un segundo momento en el ciclo del dolor. Es decir, el adolorido no es el mismo en el instante del dolor total que cuando puede referirlo, en el instante que interpreta su dolor. Y es que, finalmente, el dolor es una experiencia irrepetible, subjetiva, una sensación particular.

Como describe Le Breton (2020), es la “reducción del cuerpo a una incandescencia dolorosa como único lugar. [Un topos en el cual el sujeto no puede apartarse, pues] está bajo el control del dolor” (p. 25). En consecuencia, la única que puede dar cuenta de su dolor es H. Pero *¿cómo si su dolor la desarticula de la palabra, en cuanto sensación corporal que implica un real, el cual desconecta toda posibilidad de relación con la palabra?*

En este punto recurrimos a hablar de los dos instantes del dolor. El primero es el dolor total, que petrifica, inhabilita la palabra, desarticula el significante; y el segundo es cuando el sujeto emerge desde la posibilidad de hablar de su dolor, gracias a los medicamentos para controlar dicha sensación exacerbada. Para este último, usamos el concepto de sufrimiento de Le Breton (2020). Así, el dolor mezcla la sensación y la percepción para otorgar un valor, una significación, a partir de sus experiencias personales; esto es el sufrimiento: “la resonancia íntima de un dolor, su medida subjetiva, es lo que el hombre hace con su dolor” (p. 20).

De esta manera, en el discurso de H observamos que el dolor moviliza a una significación: el sujeto que percibe en sí mismo su dolor y en los otros que lo vemos. Por último, en el sufrimiento aparece un instante de interpretación; es algo presto a la interpretación tanto del individuo como de quienes lo asistimos y acompañamos. En palabras de Ocaña (1997), “el dolor es siempre dolor interpretado” (p. 29).

H nos enseña el instante en el que emerge un *sujeto del dolor*. La esencia del ser en el dolor. Una bisagra entre el dolor total y el momento de su interpreta-

ción. Una posición subjetiva que se vectoriza desde un dolor físico hacia uno psíquico: el sufrimiento. Este modo de subjetivación opera desde la experiencia del individuo y deviene posterior a la desubjetivación ocasionada por el dolor exacerbado. Un instante en el que aflora el sujeto del dolor entre aquello que no permite apalabrar y la palabra que se presenta en un intento por bordear el dolor. H recurre a su red de significantes para ubicar, bordear, la hiancia que deja en su cuerpo lo real del dolor, pretende narrativizarlo; frente a esto, precisa de una escucha para alojar el sentido construido de su experiencia subjetiva.

En este orden, Lacan (1998) dice: “el hombre piensa con ayuda de las palabras. Y es en el encuentro entre esas palabras y su cuerpo donde algo se esboza” (p. 125). El sufrimiento como posibilidad de encuentro entre lo real del dolor oncológico y el intento por atribuir un sentido plasma la huella de aquello que queda en el cuerpo, ya no solo biológico, sino constituido por la experiencia del dolor del sujeto. Una huella que se convierte en un sufrimiento psíquico de lo que se siente irreparable, de forma que solo queda la importancia de transmitir algo a sus seres queridos, por lo menos en el caso de H.

Cuando el sufrimiento aparece deslocalizado de la articulación con el significante, se manifiesta como un dolor imperativo que transforma a H, la deja sin palabras; cuando ella encuentra los modos, lo calla para no “desesperar a los demás”. Sin embargo, en este punto, cuando H puede operar algún sentido, lo ubica en el no-todo-dolor; lo asume como algo que debe quedar para sí, esa es su decisión ética. En este momento ella precisa de una escucha atravesada por la presencia de otro cuerpo que hospede su sufrimiento y lo ampare desde la constitución conjunta de un sentido.

Ahora, es preciso hablar de otra enseñanza de H por parte del analista. Para ello, abordo lo que despierta la complejidad del acompañamiento desde la práctica clínica orientada por el psicoanálisis con pacientes oncológicos. El dolor total del otro, un horror que, aunque paraliza e interpela, debemos acoger y no podemos retroceder ante él; ello permite que el paciente sienta que es posible hospedarlo, más allá de solo estar hospitalizado. Implica la posibilidad de ser contenido, de ser acompañado, de saber que su sufrimiento puede resonar en alguien, aún en ese momento desgarrador.

Para entender esto, se trae a colación a Lacan (1980): “estar, para el analista, a la altura de su acto, supone enfrentar su propio horror” (p. 2). Con esta frase, comprendemos la relevancia de que el analista se permita sentir la angustia, debido a que lo vectoriza al primer paso del encuentro con el sujeto del dolor: la sensibilidad. El oráculo de la angustia es permitirse sentir en el encuentro con esa cabeza de Medusa, que es el dolor total del individuo; aquello que nos petrifica y que nos impide tratarlo en ese instante, pero no nos inhabilita para

acompañarlo. Con este acto de no retroceder, debemos preparar el terreno para alojar la palabra y ser testigos tanto del dolor como del momento en que emerge el sujeto.

Dicho esto, podríamos pensar que nuestra sola presencia no basta; empero, esta hace sentir a la persona –como vemos con H– que puede ser hospedada en la singularidad de su ser; saber que su enfermedad y dolor no son su única voz; que puede hacer una narración con su sentido proferido al dolor y a su enfermedad, más allá de lo que vive. En ese orden, debemos dirigirnos a abrir modos de producir un sentido particular. No obstante, ¿cómo hacerlo sin una demanda inicial?, ¿qué demanda inicial si, cuando se visita al paciente, este puede negarse a recibirnos o no tener una demanda instalada? De hecho, ninguno de nuestros pacientes llega con una demanda elaborada; mientras que en la práctica privada ellos llegan a nosotros. Además, con una enfermedad que los pone frente a la muerte, ¿qué demandar al psicólogo?

Con Lacan (2009) inferimos que la demanda es implícita: curarlo de su sufrimiento. Pero con H aprendimos que dicha demanda aparece al ofrecer la escucha: “estaré aquí para escucharla si desea hablar”. Brindar una posibilidad de hablar a través del sufrimiento vectorizado por el dolor. Para H la compañía inicial, la del primer encuentro, resuena, hace eco desde la posibilidad de hablar de eso que la aqueja, la invita a hablar; el mensaje de la presencia que escucha es causativo. Este le permite ser alojada, escuchada y mirada; la convida a pensarse como sujeto; la pone en un proceso de trabajo subjetivo; restituye su dignidad subjetiva. En tanto, al psicólogo en calidad de analista, lo ubica como testigo de la existencia del paciente en el dolor total y en el no-todo-dolor.

¿Cómo ubicarse frente al dolor del otro? Assoun (2008) plantea que debemos reconocer que hay un lugar posible para el psicoanálisis y que debe erigirse en la búsqueda de la subjetividad. Nuestro papel consiste en hospedar una palabra que no ha surgido o que, tal vez, no ha sido alojada o escuchada, puesto que en el contexto hospitalario suele primar la estabilización del cuerpo, del dolor físico. En este caso, el equipo interdisciplinario abre la posibilidad de nuestro acompañamiento y con H aprendemos que, si bien la demanda en un inicio no es suya, se siente acogida en la causación que le ofrecemos al invitarla a hablar para ser escuchada.

Aquí es importante entender que la transferencia opera desde una función de testigo actuada por el clínico, la cual apertura la transferencia. Por el lado del sujeto, debemos esperar que en su sufrimiento advenga una producción de sentido, que apunte a su existencia –su dignidad subjetiva– a presentarse en su discurso, en sus relaciones con la enfermedad, más allá de la desinvestidura que esta ocasiona.

En nuestro caso, la función de testigo empezó cuando H solicitó “decirle algo” al esposo, después de la conversación; desde el “así sí aguanta hablar”, luego de ser invitada a ello y sentir una resonancia que la alojó en nuestra presencia como psicólogos. En medio de la angustia que generó en mí el dolor de H, me cuestioné ¿qué puedo ofrecerle?, pues ¡presencia! Al respecto, Lacan (2009) dice:

Se observará que el analista da, sin embargo, su presencia, pero creo que esta no es en primer lugar sino la implicación de su acción de escuchar, y que esta no es sino la condición de la palabra [...] es más tarde cuando su presencia será notada. (p. 589)

Debemos dar nuestra presencia, poner el cuerpo para alojar algo del sujeto, del dolor que se ha aperturado ante nosotros. Estar ahí para dar testimonio ante el individuo de la restitución de su dignidad, mediante la posibilidad de que aparezcan significantes que bordeen el dolor.

La función de testigo ante el sujeto del dolor radica en escuchar y estar presente como analista frente a la demanda de un individuo, la cual puede emerger de un cuerpo habitado por el dolor, con la lengua atada. La función del testimonio es para el sujeto, para su familia y para el grupo médico interdisciplinario de cuidados paliativos. La persona solicita que el testigo dé cuenta y le permita hacerse una voz, una palabra para hablar de su legado, de su sufrimiento, de su dignidad subjetiva, de su elección, de su existencia en un no-todo-dolor.

Por desgarrador que parezca el testimonio a transmitir, a veces debe acogerse y asumirse. Por ejemplo, para H, en la soledad de su dolor y sufrimiento, su organismo se descompone y ella sabe que no puede hacerse nada. No obstante, el sentido de la vida para ella es, en esencia, la transmisión de un legado y esperar la muerte en compañía de sus seres queridos. Ella toma esta decisión y solo podemos acompañarla en el tránsito hacia la muerte. Aunque lo real de lo orgánico del cáncer haya desanudado lo simbólico, la apertura a la escucha, en la función del testigo del sujeto del dolor, opera como un vínculo con la vida —aquella que existe mientras se presenta la muerte— y, aunque su cuerpo no puede sostener algunas funciones vitales, lo vitalicio aparece en la posibilidad de compartir lo que queda de su subjetividad: su decisión.

En cambio, por el lado del analista, en la experiencia petrificadora del asombro frente al dolor, debe actuar en correspondencia con la sensibilidad que despierta este fenómeno, más allá de interpretar. Sentir, como aprendimos con H. Prestamos el cuerpo y nuestro inconsciente. Dejarse habitar por el dolor del hospedado a través de la palabra. Sin embargo, aquel que acoge debe enfrentarse a su propio desgarrar y desamparo; como dice Lacan (2009), debe pagar con su persona en

la transferencia; con su palabra en la interpretación; con su juicio íntimo, lo esencial de su ser. Solo así podrá hospedar realmente el sufrimiento del sujeto.

Ergo, si aquel con quien voy a hablar no despierta en mí ninguna sensibilidad, ¿qué podré recibir?, ¿qué alojar?, ¿de qué ser testigo?, ¿cómo afrontar la inmensidad de la angustia del otro ante su muerte? Uno debe pagar con su juicio más íntimo para ser testigo del sujeto del dolor; de esa huella que nos conmovió; de un modo de subjetivación en el dolor; de un intento de construcción de sentido sobre el sufrimiento, sobre la fragilidad del ser. Aquella escena que emerge en mi inconsciente por medio de las notas y la letra de una canción es ejemplo de ello, sumada a las otras experiencias que devienen en el oráculo de la angustia.

Por ello, es importante que el analista se ayude de dispositivos de supervisión, comentarios clínicos con sus pares, su proceso de análisis y la teoría para otorgar un lugar a la conmoción; a aquella palabra extranjera que hospeda en la singularidad de su ser y que evoca recursos clínico-estéticos para dar testimonio de la dignidad subjetiva restituida al sujeto del dolor.

Para nosotros, este caso aporta enseñanzas significativas respecto a la clínica psicoanalítica y a los esfuerzos para acompañar desde cuidados paliativos. Primero, que en la clínica no se busca, se explora. Y segundo, que el dolor es una forma de real que puede hallar su simbolización a través de la palabra y de una escucha sensible. El inconsciente del clínico está ahí para prestar su cuerpo hecho palabra y alojar eso insoportable para el otro. Después de todo, nuestros recursos personales nos permiten construir un caso en una escena, en una novela, en arte, en un caso clínico.

Referencias

Introducción. Psicooncología, una versión desde el psicoanálisis.

Otra versión para el dolor: “no-todo dolor”

Álvarez, J. M. (2017). *Estudios de psicología patológica*. Xoroi Ediciones.

Gatto, M. E. (2017). *Pensar el cáncer: consideraciones desde la psicooncología*. Letra Viva.

González-Ling, A., y Galindo-Vázquez, Ó. (2020). Terapia de la dignidad en pacientes con cáncer: una revisión sistematizada de la literatura. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 19(3), 99-106. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.20000020>

Lombardi, G. (2018). *El método clínico en la perspectiva analítica*. Paidós.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Cuidados paliativos*. <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>

Real Academia Española. (2023). *Dignidad*. <https://dle.rae.es/dignidad?m=form>

El nacimiento de Venus: urdimbres de lo femenino en el hospital

Álvarez, J. M. (2020). *Principios de una psicoterapia de la psicosis*. Xoroi Ediciones.

Brousse, M. H. (2017). Intervenciones especiales. Una dificultad en el análisis de las mujeres: el estrago de la relación con la madre. *Revista Ética & Cine*, 7(2), 29-35. <https://doi.org/10.31056/2250.5415.v7.n2.18973>

Freud, S. (1993). Lo ominoso. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (Vol. XVII, J. L. Echeverry y L. Wolfson, Trads., pp. 217-253). Amorrotortu.

La Santa Sede. (s.f.). *Catecismo de la Iglesia católica*. https://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p2s2c1a1_sp.html

Lacan, J. (2012). La partenaire desvanecida. En J. Granica (Ed.), *Seminario XIX, ... o peor. 1971-1972* (pp. 91-107). Paidós.

Maleval, J. C. (2002). *La forclusión del nombre del padre: el concepto y su clínica*. Paidós.

Vivir de calmantes: el dolor y la transferencia

Freud, S. (1992). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 9, 2.a ed.). Amorrotortu.

Han, B. C. (2021). *La sociedad paliativa*. Herder.

- Lacan, J. (1975a). *Escritos 2*. Siglo XXI.
- Lacan, J. (1975b). *El placer y la regla fundamental*. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/114_adultos1/material/archivos/lacan-el_placer_y_la_regla_fundamental.pdf
- Lacan, J. (1990). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 7: la ética del psicoanálisis*. Paidós.
- Lafourcade, N. (2018). Alma mía [Canción]. En *Musas* (Vol. 2). Sony.
- Roudinesco, E. (2002). *La familia en desorden*. Anagrama.
- Sotelo, I. (2015). *Dispositivo analítico para tratamiento de urgencias subjetivas*. Grama.
- Una viñeta de psicoanálisis y cuidados paliativos*
- Lacan, J. (2000). Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela. En *Momentos cruciales de la experiencia analítica* (pp. 7-23). Manantial.
- Saunders, C. (2003). The evolution of palliative care. *The Pharos of Alpha Omega Alpha-Honor Medical Society. Alpha Omega Alpha*, 66(3), 4-7.
- El lugar de la mirada en la clínica psicoanalítica*
- Brando, M. (2017). *Lazo amoroso y soledad subjetiva* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio Universidad Nacional. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/62110>
- Cyrulnik, B. (1989). *Bajo el signo del vínculo*. Gedisa.
- Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas*. Gedisa.
- Lacan, J. (1964). *Seminario 11: los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. <https://seminarioslacan.files.wordpress.com/2015/02/14-seminario-11.pdf>
- Lutereau, L. (2012). La mirada: Merleau-Ponty y Lacan. Construcción de una noción y consecuencias clínicas. *Anuario de Investigaciones*, 19(2), 99-106. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862012000200015&script=sci_arttext&tlng=pt
- Serrano, C., Salmerón, F, Rocha, S., y Villegas, L. (2011). De la mirada y la seducción. *Límite*, 6(24), 69-82. <https://www.redalyc.org/pdf/836/83622474006.pdf>
- Bordeando el malestar: entre la enfermedad y el deseo*
- Gallo, H. (2012). Estudio de caso, entrevista investigativa y clínica del caso en psicoanálisis. En J. J. Orejuela, M. A. Moreno y M. A. Salcedo (Comps.), *Abordajes psicoanalíticos a inquietudes sobre la subjetividad* (pp. 67-88). Editorial Bonaventuriana.
- Gatto, M. E. (2017). *Pensar el cáncer: consideraciones desde la psicooncología*. Letra Viva.
- Kaplan, D. (2020). *Cuerpos que duelen: historias de hospital*. Letra Viva.
- Un caso sin descanso: "bajo la sombra de un dolor aturdidor"*
- Bradt, J., Dileo, C., Myers-Coffman, K., y Biondo, J. (2021). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in people with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD006911. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006911.pub4>
- Domínguez, E. M. (2018). Los recursos familiares para afrontar la adversidad del desplazamiento forzado en el departamento de Sucre. *Psicología desde el Caribe*, 35(2), 145-155. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/8599>

- Freud, S. (1972). Psicoterapia (tratamiento por el espíritu). En *Sigmund Freud: obras completas* (pp. 1260-1276). Biblioteca Digital MinerD-Dominicana Lee.
- Gallo, H. (2000). Fenómeno psicósomático: entre el cuerpo y el dolor. *Revista Colombiana de Psicología*, (9), 56-60. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/articulo/view/16115>
- Gatto, M. E. (2017). *Pensar el cáncer: consideraciones desde la psicooncología*. Letra Viva.
- Juan, S., Etchebarne, I., Waizmann, V., Leibovich de Duarte, A., y Roussos, A. (2009). El proceso inferencial clínico, el pronóstico y las intervenciones del psicoterapeuta. *Anuario de Investigaciones*, 16, 43-51. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139945004>
- Lacan, J. (2007). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 10: La angustia 1962-1963*. Paidós.
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Seix Barral.
- Lindón, A. (2012). Corporalidades, emociones y espacialidades: hacia un renovado betweenness. *RSE: Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, 11 (33), 698-723. https://www.researchgate.net/publication/327535821_Corporalidades_emociones_y_espacialidades_hacia_un_renovado_betweenness
- Sellés, J. F. (2016). La experiencia de los límites: el dolor y la finitud temporal. *Persona y Bioética*, 20(2), 159-174. <http://dx.doi.org/10.5294/pebi.2016.20.2.4>
- Zukerfeld, R. Z. (2016). Psicósomática hoy: tercera tópic y vulnerabilidad somática. *Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 6, 1-25.

Explorando el mundo simbólico: transitando los espacios hospitalarios desde la sensibilidad de la infancia

- Fernández, G. (2010). *Paciente pediátrico hospitalizado*. Udelar.
- Gatto, M. (2017). *Pensar el cáncer: consideraciones desde la psicooncología. Selección de conferencias*. Letra Viva.
- Gutiérrez, E. (2018). Arteterapia familiar en oncología pediátrica. *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología*, 15(1), 133-151.
- Kaplan, D. (2020). Cuerpos que duelen: historias de hospital. Letra Viva.
- Reyes, Y. (2016). *La poética de la infancia*. Luna Libros.
- Sotelo, I. (2009). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Grama.

Maternidad y enfermedad: un dolor escindido

- Freud, S. (1992). Duelo y melancolía (1917 [1915]). En *Obras completas* (Vol. 14, pp. 235-256). Amorrortu.
- Gatto, M. (2017). *Pensar el cáncer: consideraciones sobre la psicología. Selección de conferencias*. Letra Viva.
- Kübler-Ross, E. (1992). *Los niños y la muerte*. Luciérnaga.
- Loraux, N. (2004). *Madres en duelo*. Abada.
- Méndez, X., Orgilés, M., López-Roig, S., y Espada, J. P. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología*, 1(1), 139-154.
- Raimbault, G. (2008). *Hablemos del duelo*. Nueva Visión.

- Roitman, A., Armus, S., y Swarc, N. (2002). El duelo por la muerte de un hijo. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*, (12). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=216>
- Rovere, C., y Zabalza, S. (2013). *La palabra que falta es Una mujer*. Letra Viva.
- Lo insondable en Moana: arreglos para sostener la feminidad más allá del cáncer*
- Bohórquez, P. (2016). *El concepto de sublimación en psicoanálisis, una revisión de literatura* [Tesis de grado, Universidad del Rosario]. E-docUR. https://doi.org/10.48713/10336_12722
- Coccoz, V. (2009). Las mujeres, el amor, el cuerpo. En S. Eldar (Coord.), *Mujeres, una por una* (pp. 69-194). Gredos.
- Díaz, V. E. (2010). Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Pensamiento Psicológico*, 7(14), 155-160. <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/154>
- Farías, F. (2010). El "misterio del cuerpo hablante". <https://www.champlacanien.net/public/docu/3/rdv2010pre5.pdf>
- Lacan, J. (1981). Introducción a los comentarios sobre los escritos técnicos de Freud. En *El seminario de Jacques Lacan. Libro 1: los escritos técnicos de Freud 1953-1954* (pp. 19-36). Paidós.
- Lacan, J. (1990). De la creación ex nihilo. En *El seminario de Jacques Lacan. Libro 7: la ética del psicoanálisis 1959-1960* (pp. 143-157). Paidós.
- Soler, C. (2013). *El en-cuerpo del sujeto*. Gloria Gómez-Ediciones.
- Simbiosis: un lenguaje impregnado en el cuerpo de una adolescente*
- Arredondo, F. L. (2006). *Dualidad simbólica de plantas y animales en la práctica médica del curandero-paciente en Huancayo* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio de Tesis PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/74>
- Campos, R. (2002). Las medicinas indígenas de México al final del milenio. En G. de la Peña y L. Vázquez (Coords.), *La antropología sociocultural en el México del milenio* (pp. 162-201). FCE.
- Corea, C., y Lewkowicz, I. (2004). *Pedagogía del aburrido: escuelas destituidas, familias perplejas*. Paidós.
- Díaz, C. L. (2002). Destrucción del cuerpo: de la fantasía al acto. *Desde el Jardín de Freud*, (2), 20-37. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/11640>
- Falomir, R. (2010). Identidad, creencia y realidad: temas posibles para una antropología freudiana. *Alteridades*, 20(39), 127-134. <https://www.redalyc.org/pdf/747/74720828010.pdf>
- Freud, S. (1992). Proyecto de psicología. En *Obras completas* (Vol. 1, pp. 323-446). Amorrortu.
- Kornblit, A. (1984a). *Somática familiar: enfermedad orgánica y familia*. Gedisa.
- Kornblit, A. (1984b). *Semiótica de las relaciones familiares*. Paidós.
- Lacan, J. (1973-1974). *Seminario 21: los incautos no yerran (los nombres del padre)*. <https://seminarioslacan.files.wordpress.com/2015/02/26-seminario-21.pdf>

- Lacan, J. (1985). El mito individual del neurótico. En *Intervenciones y textos* (Vol. 1, pp. 37-59). Manantial.
- Lacan, J. (1994). *Seminario 4: la relación del objeto*. Paidós.
- Lacan, J. (2001). Radiophonie (1970). En *Autres écrits* (pp. 403-447). Seuil.
- Lacan, J. (2009a). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos I* (3.a ed., pp. 231-310). Siglo XXI.
- Lacan, J. (2009b). La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. En *Escritos I* (3.a ed., pp. 461-508). Siglo XXI.
- Leibson, L. (2016). La construcción del cuerpo y la función del padre. *Diagnosis: Publicación Científica de la Fundación Prosam*, 13, 51-59.
- Manfredi, H. A., Lado, V. N., Trigo, M., Almécija, M., Varela, M. B., Ulrich, G. M., Pirroni, A., Santana, M., Ángel, M. M., y Ravone, M. P. (2012). *La verdad del mito (o el mito y su relación con la verdad)* [Ponencia]. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XIX Jornadas de Investigación, VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-072/833>
- Maruottolo, C. (2016). Más allá del principio de realidad: subjetividad y psicoanálisis de tercera generación. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*, (52). <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000927&a=Mas-alla-del-principio-de-realidad-Subjetividad-y-psicoanalisis-de-tercera-generacion>
- Narodowski, M. (2007). *Infancia y poder: la conformación de la pedagogía moderna*. Aique.
- Orlandi, E. P. (2012). *Análise de discurso: principios y procedimientos*. Unicamp.
- Real, C. (2002). El valor didáctico del mito: posibilidades de análisis. *Fortunatae*, (13), 255-268. <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/12968>
- Saz Roy, M. A., Rigol Cuadra, M. A., y Lluch Canut, M. T. (2018). Impacto de la enfermedad oncológica infantil. *Revista ROL de Enfermería*, 41(3), 176-187. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/171184/1/677347.pdf>
- Soler, C. (1994). El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan. En G. Vera (Comp.), *Estudios de psicósomática* (Vol. 1, pp. 93-114). Atuel.
- Soler, C. (2013). *El en-cuerpo del sujeto*. Gloria Gómez-Ediciones.
- Uribe, J. G. (2008). El cuerpo: acontecimiento de lenguaje y discurso. *Katharsis*, (6), 24-33. <https://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis/article/view/552>
- Valderrama, L. (2013). La construcción del cuerpo, su imagen y las alteraciones en la anorexia. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), 438-457. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2013/epi132h.pdf>
- Valencia, P. E. (2018). *Representaciones sociales sobre la medicina ancestral en el distrito de Buenaventura: el caso de las parteras de Asoparupa* [Tesis de grado, Universidad del Valle]. Universidad del Valle: Biblioteca Digital. <https://hdl.handle.net/10893/13069>

Un caso lleno de nudos: aproximaciones desde el psicoanálisis a los avatares del dolor oncológico

- Assoun, P. L. (2008). La transferencia: de Freud a Lacan. En *La transferencia: lecciones psicoanalíticas* (pp. 117-125). Nueva Visión.

- Daza de Caballero, R. (2014). Dolor y cuidado: un camino hacia la comprensión de la fragilidad humana. En L. F. Cardona Suárez (Ed.), *Filosofía y dolor: hacia la comprensión de lo humano* (pp. 95-118). Pontificia Universidad Javeriana.
- Lacan, J. (1980). *Carta al diario "Le Monde"*. Lacantera Freudiana. <https://www.lacante-rafreudiana.com.ar/2.1.12.6%20%20TEXT0%2006%20%20%2080-01-24%20%20S27.pdf>
- Lacan, J. (1998). *El seminario de Jaques Lacan. Libro 7: la ética del psicoanálisis*. Paidós.
- Lacan, J. (2009). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos* (Vol. 2, pp. 559-618). Siglo XXI.
- Lasmarías, C., Calle, C., Esteve, A., y Trelis, J. (2021). La planificación compartida de la atención en personas con enfermedad oncológica en un instituto monográfico de cáncer: estudio descriptivo retrospectivo. *Medicina Paliativa*, 28(4), 242-251. <https://www.medicinapaliativa.es/La-planificacion-compartida-de-la-atencion-en-personas-con-enfermedad-oncologica-en-un-instituto-monografico-de-cancer-estudio-descriptivo-retrospectivo674>
- Le Breton, D. (2020). Dolor de sí mismo. En *Experiencias del dolor: entre la destrucción y el renacimiento* (pp. 9-65). Topia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, 25 de junio). Resolución 2665 de 2018 [Por medio de la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el documento de voluntad anticipada]. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202665%20de%202018.pdf
- Mishima, Y. (2022). *Confesiones de una máscara*. Alianza.
- Ocaña, E. (1997). *Sobre el dolor*. Pre-Textos.
- Piñera, M. (2005). Fragilidad [Canción]. En *Leche condensada*. Jive Music.
- Saunders, C. (1964). Care of patients suffering from terminal illness at St. Joseph's Hospice, Hackney, London. *Nursing Mirror*, 7-10.

Sobre los autores

Alejandro Botero Carvajal

Magíster en Educación de la Universidad de Manizalez. Psicólogo de la Pontificia Universidad Javeriana. Docente tiempo completo en la Universidad Santiago de Cali. Investigador en el área de la salud pública y en enfermedades crónicas no transmisibles. Investigador asociado a MinCiencias.

Ángela María Jiménez Urrego

Doctoranda en Psicología y magíster en Psicoanálisis de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana, Cali. Docente asociada de la Universidad de San Buenaventura (USB) Cali. Docente asistencial en la Clínica de Occidente y del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Docente de la Especialización y la Maestría en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica de la USB Cali. Investigadora asociada a MinCiencias.

Angie Carolina Guerrero Benítez

Magíster en Enfermería en Cuidados Paliativos de la Universidad El Bosque. Diplomada en Cuidados Paliativos de la Fundación Universitaria Sanitas. Enfermera de la Universidad del Valle. Actualmente, es la coordinadora del programa de Cuidados Paliativos en la Clínica de Occidente, Cali, Colombia.

Carolina González González

Magíster en Comunicación empresarial y *marketing* de la Universidad Complutense de Madrid. Comunicadora social y periodista de la Universidad del Valle. Escritora y fotógrafa, con más de quince años de experiencia en *marketing* y comunicación en distintos sectores, especialmente el editorial, y ámbitos de la comunicación.

Daniela Gómez Aristizábal

Psicóloga de la USB Cali.

Hernán Guido Arra

Psicólogo en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Docente de Posgrado Interdisciplinario en Cuidados Paliativos en Flacso. Docente y tutor en el Instituto Nacional de Cáncer (INC). Docente en curso de extensión de Posgrado Psicología Paliativa: Introducción a la Perspectiva Psicoanalítica en Cuidados Paliativos en la UBA. Supervisor y docente en Residencias de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Javier Fernando Acosta

Magíster y especialista y en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica de la USB Cali. Psicólogo de la Universidad del Valle. Docente de la Universidad del Valle.

Jessica Motta Carvajal

Magíster y especialista y en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica de la USB Cali. Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana. Psicóloga clínica independiente y psicoterapeuta en organización para el cuidado de la salud mental en Chicago, Illinois, Estados Unidos.

Julián Alberto Agudelo Jiménez

Magíster en Derecho Médico. Especialista en Medicina Familiar y subespecialista en Dolor y Cuidados Paliativos. Actualmente es docente de la Pontificia Universidad Javeriana y docente *ad honorem* de la Universidad del Valle. Médico paliativista de la Clínica de Occidente, Cali, Colombia.

Karen Lizeth Cortés Garzón

Magíster, especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica y psicóloga de la USB Cali. Psicóloga de apoyo asistencial de oncología de adultos en la Clínica Imbanaco.

Karime Gómez Henao

Magíster y especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica de la USB Cali. Psicóloga de la Universidad del Valle.

Laura Valeria Agudelo Campiño

Psicóloga de la USB Cali. Estudiante de la Maestría en Clínica de la Infancia y la Juventud en la USB Cali.

Leydi Sabina Sánchez

Magíster, especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica y psicóloga de la USB Cali. Docente de la Universidad Santiago de Cali.

Manuel José Guerrero Gómez

Psicólogo de la Universidad de San Buenaventura Cali. Maestrante en Neuropsicología Clínica, de la Universidad ICESI. Actualmente trabaja en la Liga Colombiana contra la Epilepsia y Neurología Integral. Contacto: manuel.guerrero96@outlook.com

María del Mar Jiménez

Psicóloga de la USB Cali. Se ha desempeñado en el área clínica y educativa con enfoque en acompañamiento terapéutico a población con diversidad funcional.

Valentina Ramos Ramírez

Psicóloga de la USB Cali. Psicóloga clínica independiente orientada a la evaluación y el tratamiento de problemas del comportamiento.

Valeria García Guerrero

Psicóloga de la USB Cali. Psicóloga del Área de Hospitalización de la Clínica de Occidente.


EDITORIAL
BONAVENTURIANA
UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA

Colección
PERFILES



Este libro aborda la negociación del autor con el tiempo transcurrido entre dos cuerpos, paciente-psicólogo, y lo que acontece en medio: la reinención del lugar por la cercanía con la muerte. Subrayo aquí que, al leer “Avatares del dolor desde la clínica psicoanalítica: relatos de hospital”, se advierte también el esfuerzo de escribir -lo más fielmente posible- ambas caras del proceso clínico: quien escucha y quien habla.

Cada apartado refiere una arista sobre lo humano, lo que quizás impulse al lector a poner su vida entre paréntesis, suspender su experiencia, implicarse con la vida del otro que narra y aferrarse al relato vertiginoso de la existencia; es decir, a través del texto tendrá la oportunidad de aproximarse y escuchar lo que sucede dentro... por una puerta entreabierta que deja escapar algunos sonidos. Así ocurre con el dolor y con quienes le hacemos frente mediante todas las herramientas que tenemos disponibles.

ISBN: 978-628-7559-42-4



9 786287 155942 4

VIGILADA MINEDUCACIÓN



editorialbonaventuriana



@EditBonaventuri



EditorialBonaventuriana



editorial-bonaventuriana



editorialbonaventuriana