

# Psicoanálisis y oncología a través de los cuidados paliativos: encuentros en los desencuentros

*Psychoanalysis and oncology through the palliative care: encounters between the divergences*

Por Juan Manuel Ferraro<sup>1</sup>

---

## RESUMEN

Nos proponemos delinear encuentros posibles de intervención psicoanalítica en el campo de la oncología a través de la participación en un equipo de cuidados paliativos. Nuestra idea central será que no hay encuentros sino en los desencuentros, y desde allí, intentaremos ubicarlos a dichos desencuentros en fundamentalmente dos sitios: entre una medicina curativa y otra paliativa, y entre el psicoanálisis y la medicina.

Creemos que dichos desencuentros serán la apertura para una práctica analítica posible sobre el equipo tratante, así también como sobre el paciente del Servicio de Oncología.

**Palabras clave:** Cuidados paliativos, Medicina, Oncología, Psicoanálisis, Psicología

## ABSTRACT

This article aims to set the possible encounters of psychoanalytical interventions inside a Department of Oncology by integrating a Palliative Care Unit.

Our main idea will be that there are no possible encounters, but between the divergences, and from there, we will try to locate those divergences, mostly in two places: between a medicine which aims to heal and a palliative medicine, and between psychoanalysis and medicine.

We think that those divergences could be the opportunity for a possible psychoanalytical practice upon the treating team, as well as on the patient of the Department of Oncology.

**Keywords:** Palliative care, Medicine, Oncology, Psychoanalysis, Psychology

---

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Rosario (UNR). Maestrando en Psicoanálisis. Hospital Provincial de Rosario, Argentina. Buenos Aires, Argentina  
E-Mail [jmsdferraro@hotmail.com](mailto:jmsdferraro@hotmail.com)

## Introducción

Partiendo de que no hay relación sexual (Lacan, 1973: 20) como fundamento del análisis, nos damos a la idea de que no hay encuentros sino en los desencuentros, cuestión que nos habilita a reflexionar sobre una experiencia –de encuentro entre psicoanálisis y oncología– a partir de desencuentros.

De esa forma pretendemos organizar nuestra exposición, a partir de los desencuentros en cuyos intersticios creemos posible un trabajo desde el psicoanálisis en el campo de la oncología.

## Un hospital como el laberinto de Creta

La metáfora de un Hospital General como laberinto de Creta es válida. En su enormidad, la cantidad de Servicios con que cuenta, y la enorme población que allí confluye, nos sumerge en el hecho de que solemos estar desorientados cuando algún paciente en los pasillos consulta “¿Dónde es Diagnóstico por imágenes?”.

En un lugar así, no es de sorprenderse si se dan los desencuentros. Y tampoco que en esos desencuentros uno termine encontrando algo. Resulta así cierto que uno a veces no busca, sino que encuentra (Lacan, 1959: 142). Lo que puede encontrar uno cuando anda sin buscar son múltiples cosas: desde un amor, hasta el Servicio que andaba buscando desde donde venía una interconsulta. Todas situaciones en las que las pupilas se ponen midriáticas: sea por el amor, sea por leer finalmente el buscado cartel de “Servicio de Maternidad”, cuando uno desde allí es convocado. Todo eso hace a una experiencia de encuentros en los desencuentros.

Pero ésta metáfora no se reduce a lo fáctico y espacial del Hospital como estructura edilicia, sino también a lo desorientador que es el Hospital, ya no tanto como laberinto, sino como Torre de Babel donde confluyen diversos discursos, por la multidisciplinaria –y a veces, por fortuna, aunque no sin dificultades, interdisciplinaria– conformación del personal de un Hospital General.

No se nos reprochará entonces que comencemos por valernos de un hilo de Ariadna para desandar esta experiencia, y lo que hemos escogido a tal fin, es *El orden médico* de Clavreul.

De allí tomamos que “El límite de la libertad le está marcado a la medicina por la muerte, y a la psiquiatría por la locura” (Clavreul, 1983: 30). Ocurre, a veces, que las cosas se reúnen. Un dato de la experiencia es: los locos también mueren. ¿Cómo trabajar ahí, entre los límites? El paciente gravemente accidentado que además se presenta delirando o con consumo de sustancias, momento por el cual se solicita al analista, en tanto psicólogo o psiquiatra, la intervención como cubo de los desperdicios (Raimbault, 1985: 23).

## Mors certa; hora incerta

El hecho ineludible aparece ser que la muerte es límite para todos. Es el adagio latino: *mors certa; hora incerta*.

Ocurre que, a veces, la hora de la muerte, y así la muerte misma, se hacen inminentes. No obstante, este hecho no es terreno exclusivo de algún Servicio en particular, ni nosotros mismos estamos exceptuados de su inminencia por entrar al Hospital como profesionales, y no como pacientes.

Pero es cierto que, en Oncología y Cuidados Paliativos, esta situación cobra cierta pregnancia. Es el sitio donde mejor se grafica *Der Arzt, das mädchen und der tot* de Saliger<sup>1</sup>, siendo que desde allí Pedro Ferraina y Alejandro Oria (2001) nos enuncian que, en un proceso neoplásico maligno, “La célula anormal prolifera autónomamente, invade a través de barreras tisulares normales, se disemina a tejidos locales y distantes, y se reproduce indefinidamente” (p. 155), y que, si no se interviene, el curso natural de la enfermedad “lleva a la muerte del huésped”. Pero, ¿cómo se entiende a la medicina paliativa?

## 1º desencuentro: medicina curativa y medicina paliativa

Como nos comenta Suarez Richards (2005), para algunas concepciones la medicina paliativa se plantea en una relación no sólo de oposición, sino también de reversibilidad con respecto a otro tipo de medicina adjetivada como curativa (p. 425). Esto si se considera a la medicina sencillamente como curativa, y a la tarea paliativa como medicina “Que proporciona alivio, pero no cura” (Saunders, 1985: 1146). Pero plantear las cosas de ese modo sería desconocer la etimología de la medicina, en tanto *medēri* significa “Curar, cuidar” (Corominas, 2000: 388). Por esta razón es que cometeríamos un error al plantear que la función de la medicina es solamente curativa y en una oposición interna a la medicina paliativa –incluso considerando que sin función de cuidado no habría medicina preventiva, y solo habría medicina cuando el proceso patógeno ya está iniciado–; antes bien, lo que convendría rescatar es la máxima que enuncia *Guérir, quelquefois. Soulager, souvant. Consoler, toujours*<sup>2</sup> (Payne, 1967: 47)

Palpamos así un primer desencuentro en el que la medicina en su función paliativa –para no caer en el pleonismo de la inútil división entre una medicina curativa y otra paliativa– lo que hace es poner en suspenso el *furor curandis* que prima en la función curativa.

Esta puesta en suspenso será tal vez la apertura propicia para que pueda entrar en escena el psicoanálisis en Oncología y Cuidados Paliativos.

## 2° desencuentro: una cuestión de epistemologías

Saliendo ya de un primer desencuentro al interior de la medicina, pasamos ahora a un desencuentro entre ella y el psicoanálisis, a través de sus epistemologías.

La epistemología de la medicina se juega en el orden de la consciencia y el reconocimiento; en el orden del sujeto que sabe, y sabe que sabe. De ahí cobra razón que el médico apele, en la anamnesis, al saber que tiene el paciente de su padecer: “¿Qué le pasa? ¿Qué medicación toma? ¿Qué siente?”.

Para esta epistemología, es central que el sujeto sepa y que reconozca, por caso, su estado de enfermedad, para así de ese encuentro poder instituirse uno como médico y el otro como paciente.

Lo que es preciso hacer notar es que el saber del paciente al que apela el médico es un saber en cierta forma limitado, ya que no es nada sin que el médico lo valide en tanto instituyéndolo como signo de una enfermedad.

El saber del paciente es un saber del orden del síntoma en tanto síntoma médico, entendido como prueba subjetiva de la enfermedad (Saunders, 1985: 1484). Es a partir de esto –aunque no de manera excluyente, ya que su arte le permite reconocer patologías sin la necesidad del discurso del paciente, como por ejemplo, mediante el diagnóstico por imágenes– que el médico se erige como sujeto de un saber matemáticamente potenciado –no supuesto, sino efectivo–, y puede dar el paso hacia el más allá del síntoma que es el signo, como prueba objetiva y perceptible de una enfermedad (p. 1454).

De esta forma, el saber que en definitiva importa en la medicina es un saber alienado en el Otro. Es este Otro –encarnado por el médico– quien sabe qué es lo que le pasa al sujeto y le devuelve un “Tu eres” versionado en los códigos alfanuméricos del CIE-10.

Este es el fundamento de la llamada alianza terapéutica entre médico y paciente, relación dialéctica en la que uno precisa del médico para que lo reconozca como enfermo, y el otro precisa, a su vez, del enfermo para que lo reconozca como médico.

Por tanto, como cuestión preliminar a toda relación médico-paciente posible, lo que encontramos es algo del orden del reconocimiento. Un reconocimiento de un hombre que padece algo, razón por la cual acude al médico para que lo instituya como sano o enfermo mediante su saber académico.

En este meollo es donde entrar a jugar la noción de *insight*.

El *insight* nos es definido por Kaplan y Saddock (1997) como “Percepción que tiene el paciente de que sufre un problema o enfermedad” (p. 483), *conditio sine qua non* para la relación médico-paciente. Ocurre que, a veces, esto no se da. La psiquiatría percibió esta falla: “En la psicosis aguda se carece de *insight*” (p. 484), aunque sin descartarla en otros casos: “Sin embargo, su ausencia o niveles bajos, también se observan en numerosas afecciones no-psicóticas”.

El paso siguiente es calificar a la falta de *insight* como uno de los “Signos y síntomas típicos de enfermedad

mental” (p. 499).

¿Qué ocurre cuando, donde se suponía el encuentro armónico entre médico y paciente, se da este desencuentro del paciente enfermo que no reconoce la gravedad de su enfermedad y, de manera subsecuente, no sigue las indicaciones médicas? Este hecho puede ir en su espectro desde el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica al que se le dice “No fume”, hasta el traqueostomizado que aun así lo sigue haciendo, situación en la cual se nos suele convocar por nuestro título habilitante para emitir dictamen basado en la eminencia y que certifiquemos, a partir de esa situación, si el paciente tiene o no algún trastorno psiquiátrico, razón por la cual no querría curarse y estaría en el origen de ese desencuentro entre médico y paciente.

En este punto es preciso hablar del suelo epistémico en el que se basa el análisis. En vez de enunciar que el paciente no reconoce su estado y no sigue las prescripciones médicas a causa de una falta de *insight* o incluso de algún trastorno psiquiátrico, el psicoanálisis reconoce en el sujeto un *no querer saber nada* con eso, que puede tomar los distintos matices que van desde una *Verdrängung* hasta una *Verwerfung*. Y reconoce también una dimensión por la cual “La vida no quiere curarse” (Lacan, 1955: 384), que es la dimensión del goce.

Pero el psicoanálisis lo reconoce y lidia con eso –sin forzarlo en su contrario, cosa que demanda a veces el médico si nos pide hacerlo “entrar en razón”–, porque el sujeto que reconoce no es el guiado por la consciencia, sino el sujeto del inconsciente, y habitado por el goce.

Quedará en nuestras manos –o en nuestro aparato fonatorio– si actuaremos respondiendo a la demanda normalizadora del médico, o si actuaremos como analistas dejando un vacío que dé lugar a la palabra del sujeto.

## 3° desencuentro: los saberes.

### ¿Efectivos? ¿Supuestos? ¿Dónde?

Así rescatamos de lo anterior que en la alianza terapéutica de la relación médico-paciente el saber está del lado del médico. Efectivamente, es este el que sabe de patología, de fisiología, de indicaciones medicamentosas y de posología.

En cambio, el saber en el psicoanálisis –transferido al analista–, es tan sólo supuesto, pues el saber de aquello que le pasa al sujeto lo tiene ese mismo sujeto padeciente, razón que da justo lugar a habilitar la palabra del paciente.

La dificultad se halla en el momento en que el médico queda fascinado por su saber académico y reduce todo lo que le acontezca al paciente al orden de lo orgánico, o de los efectos secundarios de alguna medicación, sin posibilidad alguna de apelación por el paciente en el sentido “No. Lo que me pasa es otra cosa”.

Es ahí un intersticio posible para que el analista entre a funcionar abriendo la pregunta sobre aquello que le pasa al sujeto. Es el momento para que el analista opere dejando un vacío abierto, que no sea colmado con la

palabra del médico que retorne, otra vez, en una variante del “Tú eres”, sino que éste pueda comenzar a ser llenado por la palabra del paciente.

#### 4° desencuentro: el reconocimiento y el goce

El analista reconoce, tras Freud, la existencia de un *Más allá* (Freud, 1920). Por más que, en su vida como sujeto también reniegue en ocasiones a lo concerniente a su goce –que tampoco podemos decir estrictamente que sea suyo–, al menos por su análisis está advertido de su existencia. Y no solo advertido, sino incluso convencido de ella.

El médico a esta dimensión no puede prestarle coherencia en su orden, ya que no necesariamente ha atravesado la situación del análisis propio y no ha tenido chance de reconocerla. Además, presta creencia a la alianza terapéutica y el sincero esfuerzo del paciente en sanar. Es que su labor parte de la idea de que el paciente quiere sanar, y que él puede y es su función el curarlo.

Cuando esta situación se ve perturbada por algún motivo –cualquiera sea el modo de presentación de esa otra escena que se dé: sea la del *no querer saber nada* como “Un pobre *insight*”; sea la del goce como vida que no quiere curarse– se da un *impasse* de la clínica médica en el que podemos sacar del foco al paciente de Oncología, para ponerlo sobre el mismo médico o equipo tratante –cuando la situación se le vuelve a éste particularmente insoportable, a punto de lindar con la cólera que Lacan (1958 / 1959) nos define como “lo real que llega en el momento en que hemos hecho una muy bella trama simbólica (...) De repente nos damos cuenta que las clavijas no entran en los agujeritos” (p. 159)– sobre qué lo interpela a sí mismo de aquello que acontece con su paciente. Es el punto para poder intervenir sobre el médico y su relación no necesariamente analizada entre él y la medicina. Pero, reconociendo la violencia que se esconde en toda interpretación cuando se percibe como ejercida desde un saber supuesto (Aulagnier, 1988, p. 12), creemos necesario hacer notar que es de buena práctica el llamado a la reflexión tan solo en la enunciación de un interrogante. Invitación que puede ser tomada o aceptada de igual modo que rechazada. Que quizás no simplifique la práctica diaria, pero seguramente la enriquezca. Que puede llevar a que el médico busque su espacio propio, o no, como así también a un encuentro común estatuido en el que con cierta frecuencia el equipo tratante se dé el tiempo y el espacio para repensar su práctica.

#### Conclusión

Lo que pretendemos haber situado con este recorrido de los desencuentros es la brecha por donde se puede colar el encuentro entre oncología, cuidados paliativos y psicoanálisis.

La oncología, que nos mostró a la intervención orientada a evitar la muerte del huésped, nos revela su enfoque curativo. El desencuentro se produce cuando el paliativismo suspende el *furor curandis* mostrando otra intervención posible: la que es sobre la muerte, incluso cuando es *certa*. En situación tal, es indiscutible que el lugar del psicoanálisis puede darse, y más aún, cuando la suspensión del *furor curandis* es una de las directivas freudianas en las que se orienta la práctica del análisis, por calificarlo de fanatismo inútil (Freud, 1914: 174).

Creemos que este primer desencuentro descripto, así como el último, son ocasiones propicias para que el psicoanálisis entre cuestionando la práctica médica –entre curativa y paliativa–, para propender en su horizonte a instalar la pregunta del médico sobre su práctica y su relación con ella.

Espacio de reflexión que quizás brinde algún esclarecimiento sobre los *impasses* en los que se topa la clínica médica y permita descubrir alguna salida posible.

De este modo la labor del profesional con orientación psicoanalítica será la de un trabajo al interior del equipo tratante, reconociendo que en esta práctica también dos hombres entran en la chimenea, y también los dos salen tiznados de ella (Leff, 2011: 15). Perspectiva que descrea de la pétrea e inmovible cara de la medicina, pero que no deja de reconocer las consecuencias que ella puede tener, en tanto ideal petrificante, sobre quienes ofician de sus representantes.

A su vez, en los restantes desencuentros, creemos hallar también terreno propicio para ejercer la que creemos más importante función del psicoanálisis en un Hospital. Laurent (2000) cuando se interroga sobre el lugar del analista, nos comenta que “ha de ayudar a impedir que en nombre de la universalidad o de cualquier universal (...) se olvide la particularidad de cada uno” (p. 116). Por universal creemos poder entender los protocolos de tratamiento médicos, y entonces hallamos en ese desencuentro irreductible entre médico y paciente, que la hiancia abierta por ella es propicia para que su lugar sea ocupado por la reserva hecha al sujeto, para que allí pueda o no mostrarse como parlante, antes del objeto del que se habla –en los Pases de sala–, que se manipula –en la colocación de vías y en el transporte del domicilio al efector– y del que se trata –en el sentido del tratamiento impuesto por el equipo tratante–.

En todo esto creemos encontrar encuentro posible en la intersección de los desencuentros. Notamos que estas formulaciones pueden ser extrapolables a cualquier encuentro entre psicoanálisis y medicina, pero dado nuestro interés, es que lo encaramos desde Oncología y Cuidados Paliativos.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Aulagnier, P. (1988). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.
- Clavreul, J. (1983). *El orden médico*. Barcelona: Argot, 1983.
- Corominas, J. (2000). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid: Gredos, 2000.
- Ferraina, P. y Oría, A. (2001). *Cirugía de Michans*. Buenos Aires: El Ateneo, 2001.
- Freud S (1914). "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia". En: *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.
- Freud, S. (1920). "Más allá del principio del placer". En: *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.
- Kaplan, H. y Saddock, B. (1997). *Tratado de psiquiatría*. Buenos Aires: Intermédica, 1997.
- Lacan, J. (1955). *El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica. El Seminario, Libro II*. Buenos Aires: Paidós, 2015.
- Lacan, J. (1959). *El deseo y su interpretación. El Seminario, Libro VI*. Buenos Aires: Paidós, 2015.
- Lacan, J. (1973). *Aun. El Seminario, Libro 20*. Buenos Aires: Paidós, 2015.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Tres Haches, 2000.
- Leff, G. (2011). *Juntos en la chimenea*. México: Epeele, 2011.
- Payne, L. M. (1967). "Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours". En: *British Medical Journal*. 1967 Oct 7; 4(5570):47-8.
- Saunders, W.B. (1985). *Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina, Dorland*. Madrid: Interamericana, 1985.
- Suarez Richards, M. (2005). *Psiquiatría en medicina general*. Buenos Aires: Polemos, 2005.
- Raimbault, G. (1985). *El psicoanálisis y las fronteras de la medicina*. Barcelona: Ariel, 1985.

**NOTAS**

<sup>1</sup>*Der Arzt, das mädchen und der tot*, es un cuadro del pintor austriaco Ivo Saliger, 1920.

<sup>2</sup>"Curar, a veces. Aliviar, a menudo. Consolar, siempre". La traducción es nuestra.