

## **CANCER, REPETICION Y MUERTE**

**Autor: Mariana Velasco**

Institución: Facultad de Psicología. Universidad Nacional de La Plata.

E-mail: [marianavelascoar@yahoo.com.ar](mailto:marianavelascoar@yahoo.com.ar)

### Resumen

Laura aún no tiene 30 años, está internada por una metástasis pulmonar su aspecto físico está deteriorado. Su cuadro emocional presenta síntomas psíquicos de ansiedad y angustia, depresión, miedo, crisis, negación, regresión, alienación, confusión, culpas, duelos, conflictos, silencios.

Que más decir?...hemos venido trabajando sobre la vida, y la muerte como parte de ella; transcurre la etapa de terminalidad o fase final según se clasifica en la oncología.

El trabajo terapéutico consistió en un 1º momento en entrevistas con *técnicas de la psicoterapia psicoanalítica*, tales como la *abreación y catarsis*. Se utilizó la *sugestión* y constantemente se trabajó con el *esclarecimiento*.

Fue muy importante el *apoyo y empatía*. *Se trabajó desde el foco* o punto de urgencia.

En la psiconcología se estudia a la persona (y no al cáncer). No se dispone de tiempo. El paciente no es un neurótico que cree tener cáncer; lo tiene en su realidad psíquica y física.

Durante las entrevistas trataríamos de individualizar, controlar y neutralizar la imagen y el prejuicio de sufrimiento, dolor y muerte que representa la palabra cáncer. Nos ocuparíamos de la vida y esa fue la idea que se le transmitió en toda circunstancia.

Se trabajó la necesidad de "cambio", que prudentemente apoyamos, afrontándolo como algo necesario y real. Dado que si no se lograba, volvería a las causas por las que se enfermó. Este cambio ocurrió de preferencia en el área de sus afectos.

Una vez que la enfermedad fue aceptada y mejoraron las circunstancias físicas y psíquicas, el trabajo continuó siguiendo el modelo de la psicoterapia psicoanalítica; de objetivos inmediatos, pedagógicos, orientadora y protectora; caracterizada por no proponer la neutralidad; ni fomentar la regresión;

reforzadora de los aspectos del yo, donde el terapeuta tiene existencia real y participa y su propia personalidad es un instrumental y requiere una frecuente supervisión.

Pero no siempre es posible comprender, La enfermedad y toda la circunstancia puede ser un medio; y la muerte un objetivo...

En los pacientes que han tenido cáncer, la pulsión de repetición puede estar actuando y favoreciendo la aparición de una recidiva. El sospechar esta circunstancia permitiría por un lado reforzar su asistencia psicoterápica prestando especial atención a la transferencia, y por otro realizar algunos exámenes, a cargo del oncólogo, quien confirmará las recidivas y metástasis, y realizar posiblemente tratamientos coadyuvantes y paliativos.

Las metástasis y las recidivas, ocurren en el 60-70% de los pacientes con cáncer, y son responsables de más del 90% de una mala evolución.

Para los psicoterapeutas resulta evidente que estas complicaciones, recidivas y metástasis son la expresión de la "compulsión de repetición", donde el individuo se ve forzado a repetir, por razones muy primitivas

La propuesta es descubrir lo reprimido y hacer cesar la pulsión de repetición. (Ya que la compulsión de repetición es un fracaso de la represión). Llenar las lagunas del recuerdo., vencer la resistencia...pero no podemos detener un proceso que ya comenzó, con su biología tumoral.

**Palabras clave:** psicoterapia-cáncer-repetición-muerte

---

Trabajo completo:

Un día antes de morir, Laura, dice: "Vos como me ves?, tuve miedo...pensé a la noche que me moría, fue horrible...no puedo respirar, me ahogo...no aguanto más...Ahora estoy mas tranquila, por lo menos con el oxigeno y la punción (del pulmón) estoy mas aliviada; me dieron medicación para calmar los dolores...quiero irme a casa, ver a mi hijo, ayer estuvo, me trajo un dibujo que hizo con sus compañeritos del colegio y la maestra..."

Laura no tiene 30 años, está internada, su aspecto físico producto de su cuadro clínico es cadavérico, con alopecia provocado por efecto secundario de la quimioterapia que le aplicaron por MTS en pulmón, caquexia, supongo que no pesa 40kg, disnea, tos constante, neutropenia, inmunodepresión, astenia, cansancio y debilidad, entre otros. Le han realizado en el último mes, de 2 a 3 punciones de pulmón semanales sacando entre 1 o 2 litros de líquido en cada una de ellas. Luego de esto logra alivio y puede descansar...humano!...

Su cuadro emocional presenta síntomas psíquicos de ansiedad y angustia, depresión, miedo, crisis, negación, regresión, alienación, confusión, culpas, duelos, conflictos, silencios.

Que más decir?...hemos venido trabajando sobre la vida, y la muerte como parte de ella; transcurre la etapa de terminalidad o fase final según se clasifica en la oncología, y aquí en psiconcologo también tiene y puede trabajar!

Laura tuvo una infancia con violencia y agresión física y psíquica, abandonos, pérdidas, mudanzas, intervenciones judiciales, crisis de identidad... vivió en estado permanente de vulnerabilidad.

Pasados los 20 años se casó y tuvo un hijo, dándole significado a su vida, reconciliándose con aspectos maternos. Al poco tiempo de su separación apareció un tumor de mama; (tu:mores-tu:mueres poseído por el mal: imagen diabólica del cáncer). Le practicaron una mastectomía, sacándole ganglios axilares afectados. Se recuperó pronto de la cirugía, pero siguió impactada por el diagnóstico, lo simbólico y cultural del CANCER, y revivió pérdidas muy cercanas por la misma enfermedad. Duelo.

La recibí en la consulta en esa circunstancia. A partir de aquí comenzamos el trabajo terapéutico; que consistió en un 1º momento en entrevistas con *técnicas de la psicoterapia psicoanalítica*, tales como la *abreación y catarsis*, donde la descarga emocional (abreación) liberó (catarsis) el afecto ligado al recuerdo de acontecimientos traumáticos, (esto ocurrió en forma directa y por asociación).

Se utilizó la *sugestión*, es decir, el influjo sobre el paciente por medio de la transferencia; y constantemente se trabajó con el *esclarecimiento*: procurando despejar dudas sin crear ansiedad, en tanto fuera requerido.

Fue muy importante el *apoyo y empatía*: como un modo de comprender al otro; suspendiendo el juicio y creyéndole lo que presentaba. Creerle es un modo de escuchar y de acordar.

*Se trabajó desde el foco*: o punto de urgencia; que fue variando en el curso del tratamiento, y estuvo condicionado a la relación transferencial y a la función yoica; Evitamos supeditarnos al diagnóstico y el pronóstico médico, que era en la jerga médica se trataba de “Una paciente incendiada”, joven, hormonal, con ganglios comprometidos, su pronóstico era grave, y los tratamientos por drogas podrían no dar resultados satisfactorios. Recordemos que oncología siempre “algo se puede hacer”.

En la psicología se estudia a la persona (y no al cáncer). No se dispone de tiempo. El paciente no es un neurótico que cree tener cáncer; lo tiene en su realidad psíquica y física.

Durante las entrevistas trataríamos de individualizar, controlar y neutralizar la imagen y el prejuicio de sufrimiento, dolor y muerte que representa la palabra cáncer. Nos ocuparíamos de la vida y esa fue la idea que se le transmitió en toda circunstancia.

Se trabajó la necesidad de “cambio”, que prudentemente apoyamos, afrontándolo como algo necesario y real. Dado que si no se lograba, posiblemente volvería a las causas por las que se enfermó. Este cambio ocurrió de preferencia en el área de sus afectos.

Una vez que la enfermedad fue aceptada y mejoraron las circunstancias físicas y psíquicas, el trabajo continuó siguiendo el modelo de la psicoterapia psicoanalítica; de objetivos inmediatos, pedagógicos, orientadora y protectora; caracterizada por no proponer la neutralidad; ni fomentar la regresión; reforzadora de los aspectos del yo, donde el terapeuta tiene existencia real y participa y su propia personalidad es un instrumental.

Tomamos en cuenta las alteraciones en la autoestima; los cambios en el esquema corporal, el valor del cabello y del vello; la actitud de los demás frente a su imagen, la sexualidad, alteraciones estéticas, funcionales, los efectos físicos y psíquicos de la quimioterapia, la sala de espera (llamada la antesala del infierno), lo maligno, la invasión, los controles, la sala de quimioterapia (o el inyectorio), los modos del personal sanitario, la incoherencia, la falta de información, frustración, etc...

En esto estábamos trabajando, con algunos avances satisfactorios para ambas, hasta que luego de un lapso prolongado de interrupción del tratamiento por cuestiones de salud de la terapeuta, y en un periodo libre de enfermedad de la paciente, se incrementan situaciones estresantes nuevamente, familiares y personales, enfrentando esta vez el divorcio y la ley. Recibo un llamado telefónico en el que me avisa que se interna por dificultades respiratorias, y una tos persistente. Retomamos los encuentros inmediatamente. Me cuestiono si no hubiese sido necesaria la derivación en el tiempo en que no la atendí...

Pero no siempre es posible comprender, La enfermedad y toda la circunstancia puede ser un medio; y la muerte un objetivo...

En ese momento, supe que probablemente se tratase de metástasis pulmonar... mal pronosticadora, puesto que de ellas, y según mi experiencia ante estos casos, no habría recuperación...luego de unas semanas, su estado clínico no mejoraba, y le confirman el diagnóstico. Esta vez el impacto fue mucho mayor que en la 1º comunicación, dado que la ansiedad ante los controles y el fantasma de la vuelta de la enfermedad, que nunca desaparecen en los pacientes, ni aun en los "curados", generaron dolor, enojo y culpa. "todos me dicen que tengo que estar bien, poner energía, ser positiva...como si yo quisiera estar así, como si pudiera?!"

En las entrevistas que tuvimos tratamos de ordenar los acontecimientos, actuales y los sucedidos, (en el plano orgánico, clínico, contextual y personal). Aparecieron los viejos sucesos familiares de alta intensidad sumados a nuevos episodios, complejos, dramáticos, que se enlazaban a la historia de su vida, y que frágilmente había logrado encapsular, como a su tumor, pero ésta vez, el avance crudo de la evolución tumoral (y la rienda suelta a la pulsión) siguió un curso imposible de detener.

En los pacientes que han tenido cáncer, la pulsión de repetición puede estar actuando y favoreciendo la aparición de una recidiva. El sospechar esta circunstancia permitiría por un lado reforzar su asistencia psicoterápica prestando especial atención a la transferencia, y por otro realizar algunos exámenes, a cargo del oncólogo. La aparición de estos síntomas podría estar indicando cualquier perturbación, que tiene riesgo de significar peligro de metástasis. Es posible visualizarlos a través de alguna sintomatología en la conducta: aparece el mal humor, sintomatología depresiva, cambios en la

esfera afectiva y sexual, revivencia de situaciones traumáticas, y regreso al foco original; comenzaron los sueños perturbadores con despertar angustioso, recuerdo de sueños traumáticos, sueños incomprensibles, insomnios y miedos. Un sueño de repitencia era el de dejar solo al hijo con cualquier persona; apareciendo los sentimientos de culpa frente al abandono de su posible ausencia.

Retomó los dibujos, que una primera instancia de su tratamiento había ayudado a la descarga afectiva y a la reconstrucción de partes de su historia silenciada, “olvidada”!?!; funcionaban como mecanismos de proyección y descarga; eran imágenes oscuras, agresivas, transmitían angustia, soledad, terror. Ahora los dibujos, comenzaron a tener color, imágenes que simbolizaban directamente la enfermedad y los órganos dañados, crudamente y sin metáfora hablaban de su cáncer; pero al mismo tiempo comenzaron imágenes de niña/joven etérea, serena, pura, en cofres o cajas, o volando. Transmitían serenidad. Eran imágenes claras y repetidas, como en muchos pacientes, en trabajos de elaboración y tramitación de la muerte.

Empezó un nuevo tratamiento que quimioterapia que no funcionó, los ahogos y la tos aumentaron cada vez más, debilitándola, desanimándola.

Al mismo tiempo hacía proyecciones con esperanzas, tenía un fuerte deseo de mejorar y continuar.

Restaba tiempo, y había que poner a trabajar la posibilidad de muerte en tanto la paciente hablara de ello, despacio, sin empujar. Se trabajó en la organización de su entorno, la programación y establecimiento de pautas claras ante su probable partida. Esto no era sencillo.

Cuando fue agravándose el cuadro, permaneció internada en el hospital, continuamos trabajando en la vida y con la vida...frente a la inminente muerte. Estaba viva, hablamos de su estado, su pareja, su familia, su hijo, sus amigos, deseos, expectativas, etc. Algunos miembros del entorno comenzaron su despedida, y otros no aceptaron los hechos.

Fue una etapa muy difícil, se trabajó donde y como se pudo en los sitios de internación. No es fácil controlar prejuicios y reacciones ante la presencia ubicua y multiforme de la amenaza de muerte.

Algunas consideraciones de la psiconcología:

Nuestra propuesta es la necesidad de un modelo biológico psicológico social, imprescindible para responder a la necesidad de la coherencia y sentido frente al paciente.

Todos los tejidos del organismo, a partir de las últimas semanas antes de nacer se reproducen, en diferentes tiempos y después de 6-8 duplicaciones mueren y son eliminadas. En el curso de esta reproducción-maduración-muerte, suelen nacer células hijas diferentes, llamadas displásicas (del griego: mal hechas) pero que son rutinariamente eliminadas. Podemos decir que son leídas como diferentes y por consiguiente provocan la reacción del sistema inmunitario. Debemos considerar a este proceso como perfectamente normal y que ocurre millones de veces en el curso de la vida. En un momento dado y por un conjunto de razones de las que conocemos algunas y desconocemos muchas otras, estas células diferentes son aceptadas como propias por el individuo y adquieren como tales, una serie de características biológicas: capacidad vital de reproducirse, privilegio de no evolucionar hacia la maduración y de no morir. Tienen preferencia alimentaría. Desarrollan un sistema circulatorio propio, adquieren capacidad de emigración, de atravesar membranas, de asentarse en otros órganos y tejidos y reproducir allí el tejido original. En este enfoque, el proceso se llama tumoral. Debemos aceptar que sus propiedades y características solo pueden surgir de *la relación* entre esa célula hija y el individuo, como totalidad. De acá surge la pregunta ¿Qué parte de un ser humano es responsable o interviene en la relación con todo elemento para reconocerlo como propio, que le pertenece, que integra su estructura psíquica y física?. Veremos que es el YO; quien en lo psíquico y físico significa a lo propio y lo ajeno, no solo como interpretación, sino como director y orientador del aparato psíquico. Este Yo es una función. Es parcialmente conciente e inconciente, psíquico y corporal. En el cáncer, las células diferentes, son aceptadas como propias, y por lo tanto no las destruye. Se genera así una proliferación acelerada de células atípicas, que formarán el TUMOR. Esto condiciona todo el comportamiento psíquico y biológico previo y ulterior del paciente. El cáncer que se considera así no es una degeneración, no es un

error, no es un tejido anárquico ni desordenado. Es otro orden. Entonces suponemos que el tumor palpable y reconocible puede estar desde 5 a 10 años antes de su reconocimiento por estudios de imágenes...Por lo tanto el acontecimiento cercano ¿traumático? no es la causa de la enfermedad, pero sí podríamos pensarlo como el desencadenante coyuntural de una circunstancia histórica.

Las metástasis y las recidivas, ocurren en el 60-70% de los pacientes con cáncer, y son responsables de más del 90% de una mala evolución. Los pacientes creen comprender (o desean? o están mal informados?) que con los controles, análisis y exámenes clínicos, de laboratorios o imágenes evitan la reaparición del tumor. Son frecuentes los síntomas depresivos y la ansiedad frente a estos "controles". También creen que cumplidos los 5 años se encuentran a salvo. Lo que sucede en realidad, es que por evolución tumoral disminuyen las probabilidades estadísticas de metástasis y recidivas. Y esto se cumple con controles o sin ellos...

Los controles en realidad intentan diagnosticar tempranamente la reaparición de la enfermedad ya reinstalada. Siempre existen las inquietudes referentes a los factores que intervendrían en las diferentes etapas de esta desgraciada complicación.

Recientes investigaciones (American Cancer Soc) parecen demostrar que el fenómeno de la formación de émbolos celulares, nacidos del tumor y que en forma permanente se desprenderían, llegarían a colonizar en órganos de preferencia, favorecidos por los corticoides, la prolactina y los traumas locales y generales. Su capacidad de desprenderse del tumor, atravesar diferentes membranas y capas, emigrar por corriente sanguínea o linfática, esta inducido por la presencia de neurotransmisores; esto coloca la *diseminación tumoral como proceso relacionado o dependiente de situaciones de estrés y otras circunstancias psíquicas*. Por consiguiente previsible y posiblemente tratable en psicoterapia. Como vemos, serian los neurotransmisores presentes en circunstancias psicosociales como el estrés y procesos psíquicos, como la ansiedad, angustia, depresión y otros, los que se muestran responsables de la progresión y diseminación tumoral.



Para los psicoterapeutas resulta evidente que estas complicaciones, recidivas y metástasis son la expresión de la “compulsión de repetición”, donde el individuo se ve forzado a repetir, por razones muy primitivas. En Lo Ominoso Freud plantea que “la pulsión de repetición confiere caracteres demoníacos a ciertos aspectos de la vida anímica”

Kaufmann propone que “la repetición brinda placer, ya que lo nuevo opone resistencia”.

Kierkegaard escribe “lo que se repite ha sido anteriormente, pues de lo contrario no podría repetirse”...

Freud... “y que difícil puede ser llegar a comprender donde reside el placer de repetir algo que le puede costar la vida?...” porque la curación puede significarle una pérdida inconsciente de objeto”.

Si la enfermedad se acepta: entonces se elige tener cáncer? (Schavelzon)

Retorna el mal?, retorna lo maligno?. En las entrevistas con la paciente, retorna lo angustiante. Se repiten experiencias propias, sufrimientos y muerte.

Schutzemberger plantea que “una lealtad invisible nos empuja a repetir, lo queramos o no, lo sepamos o no, la situación agradable, el acontecimiento traumático”. Esa herencia arcaica, los secretos familiares comprenden trazos mnésicos de generaciones anteriores... las fuentes de las repeticiones existen sin tomar conciencia de lo que pasa. Y muchas veces, por identificación inconsciente aparece un “enfermo designado”; un verdadero chivo expiatorio”.

Se repite no como recuerdo (porque está reprimido), sino, como acción. Se repite sin saber lo que está haciendo.

La propuesta es descubrir lo reprimido y hacer cesar la pulsión de repetición. (Ya que la compulsión de repetición es un fracaso de la represión). Llenar las lagunas del recuerdo., vencer la resistencia...

Pero hay que tener en cuenta que los recuerdos entran a la conciencia modificados. Y que la biología tumoral en muchas ocasiones no se puede detener.

En el caso de Laura, ante los acontecimientos, planteos teóricos e interrogantes, no tengo respuestas que me satisfagan, aunque sí tengo diversas racionalizaciones. La respuesta dejará de ser importante mientras lo ubicado en mi inconsciente no me lleve a la frustración o a la dificultad de progreso.

La evidencia de que el tratamiento iba resultando (en su periodo libre de enfermedad y en sus avances afectivos) aun exitosos, no fue todo, no era todo, no era la respuesta. El sujeto es siempre "MUCHO MAS".

Y "lo enfermo" (su entorno) puede ser mucho más que el paciente, puesto que los pacientes traen su circunstancia.

Bleger plantea que "toda conducta es siempre la mejor conducta posible", posible para ese alguien, tal como ese alguien fue y es, en las circunstancias en que ese alguien se encuentra. Quizá hasta la única posible, la unidad psicofísica y su insoslayable y particular modo de estar en el mundo... Su conducta y su condición de posibilidad es también su elección. No se trata solo de soma que se enferma de cáncer y en quien se dan concomitantes psicológicas; tampoco un ser psíquico en quien el dolor y la furia no expresados deviene enloquecimiento celular; tampoco un ser que sufre un entorno despiadado... él es una unidad que se expresa de múltiples formas; es un ser que habla simultáneamente diversas lenguas... El silencio de la enfermedad y el silencio de su portador nos invitan a pensar no solo en la lengua oculta, sino en lo callado. Ser portador de un cáncer no es solo un tumor en un órgano, no es una depresión o violencia vivida; no es un drama, no es un indicador estadístico... es todo eso junto y es mas... nos interroga y nos contesta acerca de la proliferación de un estado humano que en estos tiempos vive y que se acrecienta.

Quien crea en la posibilidad de un pensamiento puro y neutral, científico, sin pasión, sin intereses y sin motivaciones inconcientes es solo un incauto.

Para el psiconcologo una persona es tal mientras vive, y esto deparará gratificantes sorpresas. Por lo tanto, no deberá intentar "preparar a nadie para su muerte", aunque sea necesario que hable de la muerte.

Recordemos que se trabajará con la vida mientras el paciente vive!

En fin, lo que se expuso aquí, en definitiva, tiene que ver con los afectos, y esa es la idea que deseo transmitir.

Bibliografía.

- Schavelzon J . Psiconcología. Principios teóricos y praxis para el siglo XXI. Letra Viva. 2004.
  - Freud S. Obras completas.
  - Kaufmann P. Enciclopedia del psicoanálisis. Paidós.1996.
    - Kierkegaard S. La repetición. JCE 2004.
    - Schutzemberguer A. la voluntad de vivir. Omebe. 2005.
- Rubin ph. American cancer soc. metastases and diseminated cancer. Pergaman press.1979.