



## CUANDO LA VIDA ESTA AMENAZADA

### Curso de Psicología médica en el ámbito hospitalario

Lic. Beatriz Barlocco - Lic. Jacqueline Cuesta - Lic. Eliana Vogel - Lic. Ma. Fernanda Carbajal

Integrantes del Departamento de Psicología del H.C.F.F.AA.

<https://doi.org/10.35954/SM2006.28.1.5>

#### LA ABUELA

*La abuela de Berta Jensen murió maldiciendo.*

*Ella había vivido toda su vida en puntas de pie, como pidiendo perdón por molestar, consagrada al servicio de su marido y su prole de cinco hijos; esposa ejemplar, madre abnegada, silenciosa ejemplo de virtud: jamás una queja había salido de sus labios, ni mucho menos una palabrota.*

*Cuando la enfermedad la derribó, llamó al marido, lo sentó ante la cama y empezó. Nadie sospechaba que ella conocía aquel vocabulario de marinero borracho. La agonía fue larga. Durante más de un mes, la abuela vomitó desde la cama un incesante chorro de insultos y blasfemias de los bajos fondos. Hasta la voz le había cambiado. Ella, que nunca había fumado ni bebido nada que no fuera agua o leche, puteaba con voz ronquita. Y así puteando, murió; y hubo un alivio general en la familia y en el vecindario.*

*Murió donde había nacido, en el Pueblo de Dragon, frente a la mar, en Dinamarca. Se llamaba Inge. Tenía una linda cara de gitana. Le gustaba vestir de rojo y navegar al sol.*

**Eduardo Galeano**

A través de este cuento intentamos dar a conocer lo impactante del encuentro con la muerte.

Cuando tomamos conciencia de nuestra finitud la vida se ve afectada. La personalidad, la vida hasta ese momento, los logros en ella, etc nos pueden hacer inferir nuestra reacción. Pero también existe el enigma, ya que no tenemos representación de nuestra propia muerte.

#### INTRODUCCION

En el presente trabajo reflexionaremos acerca de la intervención del Psicólogo en el ámbito de la Psicología Médica, específicamente con pacientes oncológicos y sus formas de enfrentar la muerte.

Entendemos que se hace necesario profundizar en los aspectos relacionados con esta enfermedad desde una mirada psicoanalítica, sin perder de vista que nuestro trabajo con dichos pacientes no apunta a una psicoterapia sino que, puntualmente a trabajar los efectos que la enfermedad orgánica y el enfrentar la finitud provoca en el paciente y su entorno (familiar y equipo de Salud).

Presentaremos los casos de dos mujeres que se enfrentaron al cáncer de mama y lo tomaremos como punto de partida de nuestro trabajo.

#### INTRODUCTION

In this paper we shall discuss about the intervention of the Psychologist in the environment of Medical Psychology, specifically with oncologic patients and their ways to face death.

We understand that it is necessary to extend the aspects related with this disease from a psychoanalytic point of view, always keeping in mind that our work with these patients does not intend to be a psychotherapy, but it deals with the effects that the organic disease and the fact of facing finitude provoke in the patient and his environment (family and health care team).

We shall present the cases of two women who faced breast cancer and we shall take them as a starting point for our work.

## CASO LAURA

---

*Laura mientras estaba internada por un cuadro depresivo dentro de un Trastorno Bipolar, le es diagnosticado cáncer de mama.*

*Tiene 42 años es separada y madre de dos hijos de 20 y 17 años. Presenta biografía accidentada y marcada por las pérdidas. En este momento se encuentra desocupada, siendo su profesión diseñadora y decoradora.*

*En la primera entrevista hace hincapié en los accidentes y pérdidas de su vida tratando de encontrar en ellos la justificación de su sentimiento depresivo, asumiendo su enfermedad psíquica. Previo a la segunda entrevista de interconsulta con la Psiquiatra tratante se le comunica a la Psicóloga el diagnóstico de cáncer de mama de esta paciente.*

*En la segunda entrevista el único tema tratado fue el nuevo diagnóstico y su impacto.*

*Laura ya fue comunicada de su diagnóstico y con este abre la entrevista "Hoy me dijeron que el viernes es la operación y que el tumor es malo..." "¿Tengo que asumir que tengo cáncer?..." "Se ve que el bicho esta ahí y me duele..." "Que me arranquen todo..." "yo soy muy coqueta y quedarme sin teta..." "Hoy me agarrás desarreglada, yo no soy así, siempre estoy maquillada y con brushing..." "Pero tengo miedo a la metástasis..." "¿La depresión provoca cáncer?..." "Yo me imagino el después porque mi tía se esta muriendo de esto y una íntima amiga murió a los 42 años de esto..."*

*Hubo un tercer encuentro, en el cual la Psicóloga concurre al otro día de la operación y la encuentra muy animada, maquillada y peinada, en el cual comunica "no me la sacaron".*

*Se coordina para nuevos encuentros, a los cuales la paciente no concurre.*

---

## CASO MARIELA

---

*Mariela tiene 45 años, es casada madre de un hijo de 20 años, se encuentra internada y recién intervenida quirúrgicamente, se le extirpó la mama.*

*Se realiza la consulta a pedido de enfermería ya que la notan muy angustiada y la analgesia no está dando resultado, de trato cordial manifiesta su sorpresa por esta enfermedad, a pesar de sufrir intensos dolores durante la entrevista, trasmite el impacto que le causó su diagnóstico.*

*"Pensé que era estrés..." "Adelgacé..." "nunca me imaginé..."*

*Comunica su preocupación por los cambios que esta viviendo, y el dolor que está sintiendo. "Que me pasa que no me hacen efectos los calmantes..." "Que pasará con mi marido..." "Soy muy coqueta..." "me corté el pelo... Pensé que era menos el impacto que con el pelo largo..." (refiriéndose a los efectos de la quimioterapia). Al finalizar la entrevista la paciente se encuentra tranquila y se coordinan nuevos encuentros.*

*Mariela, continúa concurrendo a las entrevistas fijadas en esta oportunidad. En ellas logra trabajar los cambios corporales y emocionales que la enfermedad le causo a ella y a su entorno familiar. Así mismo se llevaron adelante varias entrevistas con su esposo las cuales tuvieron una importancia capital en el proceso de Mariela.*

---

*En las fases iniciales de la reacción al impacto emocional producido por una enfermedad catastrófica lo que el paciente necesita es ante todo que alguien lo escuche empáticamente.*

*En este momento la persona piensa en su vida pre-situación dolorosa y en su futuro, el cual indefectiblemente será cambiado; aquí el rol de psicólogo sería el de acompañar al paciente intentando lograr una adaptación a la nueva situación vital.*

En los casos de Laura y Mariela podemos ver que en las entrevistas pudieron encontrar un espacio donde compartir sus miedos sus preguntas referidas al origen de su enfermedad “¿la depresión provoca cáncer?”. “Pensé que era estrés “ y preocupaciones frente al diagnóstico de cáncer que ellas padecen.

Paralelamente debemos enfatizar la importancia del soporte familiar en estas pacientes, un ejemplo de esto es en el caso de Mariela donde las entrevistas con su esposo le permitieron a éste trabajar su angustia, miedo, inquietudes, logrando de esta manera ser un buen soporte.

Por otro lado no debemos olvidar la importancia del Equipo de Salud (del cual formamos parte) en este proceso. Ya que en él se deposita tanto la sanación como la muerte. Por el papel fundamental que tiene el equipo se hace necesario que este maneje todos los movimientos y altibajos que puede tener este proceso.

Todos los integrantes del equipo tienen un rol fundamental. Por ejemplo en el caso de una internación vemos la importancia del vínculo con el personal de enfermería, ya que este no sólo es el intermediario con el médico, sino que es quien lleva a cabo el tratamiento en forma directa con el paciente.

Este contacto permanente le da un lugar privilegiado a la hora de detectar la necesidad de una posible intervención, como en el caso de Mariela.

Desde el punto de vista del paciente, debemos tener en cuenta qué significado le está dando al suceso en este momento concreto de su vida, ya que esto está relacionado con su historia, sus fantasías, su estructura de personalidad y sus mecanismos de defensa.

Como plantea Alizade en: “Clínica con la muerte”: *“Una cosa es saber que uno va a morir y otra cosa es vivenciar que ese morir está muy cerca, más cuando hay que soportar el desfallecimiento del cuerpo y sus graduales deterioros camino a la extinción”.*

La pérdida de una parte del cuerpo o fantasías acerca de una mutilación ressignifica necesariamente el

Complejo de Castración y anteriores pérdidas (el vientre materno, el destete, etc).

El enfrentar estas genera un vacío donde el Yo deposita fantasías. Fantasías relacionadas con todo lo anteriormente expresado.

En el caso de Mariela en su corte de pelo *“pensé que era menor el impacto que con el pelo largo”*, a través del corte de pelo intenta defenderse de las marcas de la muerte, muerte proyectada en el tratamiento de quimioterapia. Dejando ver lo ambivalente de este momento, ya que por un lado se lo vivencia como la salvación pero simultáneamente imprime un deterioro visible (caída de pelo, adelgazamiento, malestar, etc.) confirmando la cercanía de la muerte.

En el caso de Laura, su historial de pérdidas genera un sentimiento de mayor angustia apareciendo luego del diagnóstico su dolor *“se ve que el bicho esta ahí y me duele”*. Podemos hacer una doble lectura de su dolor, por un lado el dolor físico y por otro el dolor que le causa el impacto de esta enfermedad, transmitiendo lo desgarrador y devastador de esta situación vital *“que me arranquen todo”*, un todo que va mas allá del órgano afectado un todo que es la vida, ya que inmediatamente hace referencia a su certeza de muerte: *“Yo me imagino el después porque mi tía se esta muriendo de esto y una íntima amiga murió a los 42 años de esto”* (recordemos que esta paciente tiene 42 años).

Al trabajar estas temáticas no podemos olvidar el papel fundamental que juega el dolor físico, con respecto a esto Freud escribe: *“En el dolor físico nace una elevada carga narcisística del lugar doloroso del cuerpo, carga que aumenta cada vez más y “vacía”, por decirlo así, al Yo”.*

En el caso de Mariela los dolores que sufre y que se hicieron manifiesto durante la entrevista le marcan constantemente la pérdida de una parte de su cuerpo. “El dolor <habla> sin palabras” nos cuenta tanto los miedos, fantasías que está viviendo el paciente como también la evolución orgánica de su enfermedad.

Este dolor tiene que ser tratado por todo el Equipo de Salud, ya que responde a múltiples factores que se

relacionan íntimamente y determinan en su conjunto "el umbral del dolor".

No sólo estamos aliviando o modificando este umbral cuando pensamos en una "analgesia compartida" sino que también estamos "uniendo" el cuerpo que se vivencia mutilado, en una intervención quirúrgica.

Cuando trabajamos específicamente con pacientes que han sido sometidos a una resección de mama es fundamental evaluar los elementos para una reacomodación en su esquema corporal. Desde lo real lo corporal se ve modificado, se produce "*la pérdida de un lugar amado del cuerpo*" (Capezzuto), por lo que se debe transitar un duelo. Lo que conlleva un trabajo de asunción del nuevo esquema, que implica su identidad femenina, ya que la mama en la mujer tiene importantes significaciones desde la sexualidad, la estética y maternidad.

A través de la presentación de estos casos y nuestra reflexión, que no pretende ser más que un intento de

aproximación en esta vasta temática, hacemos hincapié en el rol del psicólogo médico dentro del Equipo de Salud, y la importancia del trabajo interdisciplinario para lograr una comprensión global del paciente en este momento crítico de su vida.

## BIBLIOGRAFIA

---

ALCIRA MARIAM ALIZADE. "Clínica con la muerte" Editorial Amorrortu Bs. As. 1996.

BEATRIZ CAPEZZUTO. "Curso de Psicología Médica en el marco hospitalario" 2002 Coordinadora de Psicólogos.

DAVID W. KRUEGER. "Psicología de la Rehabilitación" Editorial Barcelona Herder 1988.

EDUARDO GALEANO. "El Libro de los Abrazos" Editorial América Latina Uruguay 1989.

