



IUSAM

Instituto Universitario de Salud Mental
ASOCIACION PSICOANALITICA DE BUENOS AIRES

Tesis de Maestría – Lic. Patricia Garlando – 2019

MAESTRÍA EN PSICOANALISIS DE FAMILIA Y PAREJA

TRABAJO FINAL DE MAESTRÍA

“La familia ante la enfermedad oncológica de un hijo”.

Impacto: Trauma y/o acontecimiento.

Autora: Lic. Patricia Garlando.

Directoras del Trabajo Final de Maestría:

- **1° Etapa:** Lic. Graciela Selener.
- **2° Etapa:** Lic. Sara Moscona.

Directora de la carrera de Familia y Pareja: Dra. Paulina Zukerman.

Año 2019



INDICE

Agradecimientos.....	4
Resumen.....	5
PARTE I: Introducción y Planteamiento del problema:.....	6
Relevancia:.....	7
Estado del Arte:.....	7
Objetivos del Trabajo:	9
Objetivos Generales:.....	9
Objetivos Específicos:.....	9
Metodología:.....	9
Enfoque metodológico y tipo de estudio	9
Fuentes	10
Instrumentos	10
Procedimiento	10
PARTE II: Marco Teórico	
Cap. I: Cáncer Infantil.....	12
1.1 Particularidades del cáncer infantil.....	12
1.2. Tipos de cáncer en los niños	15
1.3 Tratamientos del cáncer infantil	17
Cap. II: Aspectos psíquicos del cáncer infantil	18
2.1. Impacto en el niño.....	20



2.1.1 Hospitalización.....	24
2.1.2 Efectos adversos de los tratamientos	25
2.2 Impacto en los padres:.....	27
2.3 Impacto en los hermanos:.....	31
Cap.III: Algunos conceptos desde la perspectiva psicoanalítica.	35
Cap. IV: Lo Vincular.	41
4.1 El Vínculo y sus complejidades.....	41
4.2 La Familia y sus vicisitudes:.....	47
4.3 Parentalidad, Vinculo parento –filial:	50
Cap. V: Dolor y Sufrimiento vincular.....	53
Cap VI. Trauma y/o Acontecimiento.....	59
Cap VII: Dispositivos Vinculares.....	63
7.1 Dispositivos Múltiples.....	67
7.2 Posición y lugar del analista.....	71
Cap.VIII: Redes que sostienen.....	73
Conclusiones:.....	75
Bibliografía:	77

Agradecimientos

A todos los niños y sus familias, que me permitieron trabajar con ellos, conocer su realidad que me conmociona y por ser la inspiración de este trabajo.

A mis tutoras, la Lic. Graciela Selener, quién me orientó y guió en la primer parte del trabajo, gracias por su estímulo y apoyo. A la Lic. Sara Moscona, quién me acompañó en la segunda parte, hasta finalizar este recorrido, gracias por su dedicación, por su corrección minuciosa, por su apoyo incondicional, generosidad y profesionalismo.

A mis compañeros de la maestría, en especial a Juan Soullignac, por su ayuda solidaria.

A la Dra Mara Sverdlik por su asesoramiento metodológico.

A la directora de la maestría de familia y pareja, Dra Paulina Zukerman, por su orientación y apoyo constante.

A los profesores de la maestría que me permitieron descubrir y conocer la riqueza del psicoanálisis vincular.

A Adrián Hernández, de la biblioteca “Dr. R. Horacio Etchegoyen “ de Apdeba, por su buena disposición y su compromiso en su tarea.

Por último a mi familia, en especial a mis hijos y mi marido, por ser mi pilar fundamental, por estar a mi lado y por su estímulo constante.



Resumen

El presente trabajo tiene el interés de dar cuenta del impacto que suscita el diagnóstico de la enfermedad oncológica de un hijo en el grupo familiar.

El cáncer como enfermedad moviliza grandes cantidades de angustia, tanto en quién lo padece como en su familia. La intención de este trabajo es la de tratar de hacer una revisión que nos permita comprender lo que esta situación supone para quienes enferman y para sus familias. Se producen modificaciones en los vínculos familiares. La familia no permanece estática, la enfermedad irrumpe e impone marcas. Ya no son los mismos, ni serán.

Desde una perspectiva de psicoanálisis vincular, que considera a sujetos y problemáticas en situación y trabaja con el otro en presencia. Voy a trabajar el tema considerando las teorías actuales que enfatizan el papel de lo nuevo, del acontecimiento, de lo no previsible en los vínculos, la prevalencia del hacer (Berenstein, Puget) junto con la presencia de la enfermedad de un hijo, desde un contexto de diversidad humana y no de limitación, desde la lógica del Dos, dándole lugar a lo que se presenta, lo que se impone como novedad. La enfermedad como presencia que se impone. Imposición de lo ajeno irreducible. Presencia que descoloca y genera incertidumbre y extrañamiento en la familia.

Se intentará dar cuenta de una posible intervención familiar, buscando con el uso de diversos dispositivos analíticos, nuevas significaciones y sentidos. Las intervenciones analíticas son pensadas como posibilidad de producción e invención, que construyen otras tramas e intentan desanudar las que producen padecimiento.

Ahora bien, en relación con este punto, el presente ensayo tiene como principal interés dar respuesta al siguiente interrogante en particular: ¿Cómo impacta la enfermedad oncológica imprevista de un hijo? Dicho en otros términos, ¿es posible plantear desde un enfoque del psicoanálisis vincular, que la enfermedad oncológica, pasado el impacto, podría oficiar como acontecimiento, como emergente novedoso, imprevisto, azaroso?

Acontecimiento que nomina un cambio radical y no puede ser reducido a sus antecedentes, siempre los excede. (Badiou,1988)

Palabras Clave: Cáncer, enfermedad como acontecimiento, enfoque situacional.



PARTE I: Introducción y Planteamiento del problema:

El objetivo general de este trabajo es abordar un tema tan complejo como el impacto psicológico de la enfermedad oncológica en un hijo. Desde una lógica situacional, tomando la singularidad de la situación que convoca a la familia, lo singular es el acontecimiento, ese suceso que discontinúa, la enfermedad.

El interrogante que entonces surge, es que efectos produce la enfermedad en el sujeto-niño y su familia. Pensando los efectos de la enfermedad desde una concepción acontecimental, considerando que la irrupción de la enfermedad podría producir un proceso transformador y creador en las subjetividades y no solo trauma y sufrimiento.

Por un lado, en la primer parte del trabajo, abordaré algunas cuestiones sobre el cáncer infantil, el impacto en el niño, en los hermanos y en los padres. Profundizando sobre los significados que el niño y la familia construyen sobre el cáncer, las emociones que experimentan y describiendo los distintos recursos que utilizan para sobrellevar la enfermedad.

En la segunda parte del trabajo, tomaré los aportes sobre “presentación”, “imposición” “acontecimiento”, trabajados desde el Psicoanálisis vincular, por Berenstein (2004) y Puget (2010), junto al concepto de sufrimiento vincular, Moscona (2010).

Me centraré en el concepto de dispositivo desde los aportes de la filosofía, en particular de Foucault, Deleuze y de autoras del Psicoanálisis vincular como Mauer, Moscona y Resnizky.

En este marco, me propongo plantear distintas intervenciones analíticas, trabajando con la familia desde este enfoque, implicándome como analista, buscando producir efectos tróficos en cuanto a la curación, ayudando a los padres a no duelar a su hijo anticipadamente y a transitar la enfermedad de una forma diferente, motorizando la creatividad de todo el grupo, para que puedan hacer algo diferente como familia.

La intención de este trabajo es la de mostrar otra visión, otro enfoque, frente a la problemática propuesta, buscando suplementar mis referentes teóricos con el psicoanálisis vincular.

Relevancia:

El presente trabajo aborda la problemática de la enfermedad orgánica desde una mirada psicoanalítica, tomando principalmente cual es el impacto que produce en la familia. Intentando pensar articulaciones posibles entre la medicina y el psicoanálisis, con nuestra intervención, como psicólogos, dentro de un equipo interdisciplinario, desde la práctica clínica con niños, adolescentes y sus familias. Se trata, entonces, de hacer un aporte al campo del Psicoanálisis Familiar, contribuir a la Teoría Vincular en torno a la temática propuesta, y al campo de las Ciencias Médicas.

Estado del Arte:

Gracias a los avances de la medicina, la supervivencia de los niños enfermos de cáncer a los cinco años del diagnóstico, se sitúa cerca del setenta por ciento.

Los progresos conseguidos se deben no solo a tratamientos muy agresivos e invasivos (quimioterapia, rayos, cirugía), sino también a la creación de unidades especializadas y al tratamiento multidisciplinario de la enfermedad.

Dice Grau, Rubio (2002) que el diagnóstico de un cáncer pediátrico es siempre una experiencia traumática e inesperada para la familia. La autora describe el impacto psicosocial que la enfermedad produce en los padres, en los hermanos y en el propio niño enfermo. Hace sugerencias para favorecer la adaptación del niño a los tratamientos y mejorar su calidad de vida.

Méndez (2004) aclara que en Oncología Infantil, se diferencia entre el dolor procedente de la propia enfermedad y el dolor causado por los procedimientos de diagnóstico o tratamientos médicos. Los niños muy pequeños no saben expresar verbalmente sus sensaciones dolorosas y cuando adquieren la capacidad de expresar o reconocer la fuente de dolor, no tienen autonomía suficiente para llevar a cabo acciones para eliminarlo.

Kaufman, A (2017) aclara que hay tres conceptos asociados al impacto emocional vivido por el paciente con cáncer y su familia. En primer lugar el concepto de crisis situacional, asociado al de desorganización psíquica. En segundo lugar, el concepto de duelo, asociado al de pérdida y en tercer lugar el de acontecimiento traumático, asociado al de intensidad.



Dentro del psicoanálisis, la Lic. Costa Garino (2010) postula que es necesario analizar los efectos traumáticos del diagnóstico y del desarrollo de la enfermedad crónica. La subjetividad del niño, podría estar atravesada por el trauma del diagnóstico, el dolor, los tratamientos invasivos y hospitalizaciones. Múltiples restricciones, la sobreprotección de los padres y la imposibilidad de llevar una vida normal.

La Dra. Eva Rotenberg (2010) plantea que la patología orgánica grave se le presenta al sujeto, como una realidad irrumpiendo, enfrentándolo con la posibilidad de interrumpir su continuidad existencial. Dice la autora que la emergencia de una enfermedad orgánica severa, opera en sí misma como factor traumatogénico.

En consecuencia, la familia afectada, necesita del trabajo en conjunto con otras familias a través de redes que la precedan, pretendiendo conseguir un ajuste y una adaptación positiva a la nueva realidad que les toca vivir.

Favorecer múltiples vínculos que trabajen en conjunto proporciona en quienes los integran y comparten un efecto tranquilizador y terapéutico, al decir de Dabas y Najmanovich (2005).

La Lic. Sara Moscona (2011) intenta en su artículo de “Sufrimiento Vincular” diferenciar dolor de sufrimiento. Plantea que el dolor avasalla al sujeto, en cambio el sufrimiento, es lo que el sujeto logra hacer con el dolor. Se trata de una actitud subjetiva y creadora que a veces logra manifestarse, consistiría en enfrentar ese dolor y hacer algo con él.

Desde una lógica situacional dentro del psicoanálisis vincular, la Lic Sonia Kleinman (2010) plantea los vínculos familiares en el devenir padres e hijos, desde el “hacer vínculo”. La autora presenta el vínculo padres-hijos como lo paradigmático de lo que usualmente se llama hospitalidad. Un anfitrión (padres) que recibe, acoge, inviste y un huésped, hijo, que es acogido, cobijado.

La paternidad, maternidad y el ser hijo, devienen en un hacer conjunto, frente a la enfermedad descubrirán nuevos modos de ser padres e hijo.

Frente a la angustia de la enfermedad física y de muerte, crear, sostener un espacio mental y vincular que permita reconstruir una historia libidinal diferente.

Diversos dispositivos vinculares, abren la posibilidad a la simbolización y le dan nuevo sentido a lo sucedido, inauguran significaciones y permiten reposicionamientos a nivel del sujeto y de los vínculos.

Objetivos del Trabajo:

Objetivos Generales:

-Analizar el impacto psicológico de la enfermedad oncológica de un hijo, cambios en las subjetividades de la familia, en los vínculos y las elaboraciones que deberán realizar.

Objetivos Específicos:

- Identificar la dinámica y funcionamiento familiar tras el diagnóstico del cáncer infantil.
- Examinar las vivencias, sentimientos y percepciones que surgieron en los padres, el niño y en el analista.
- Explicitar los cambios en las subjetividades de la familia.
- Analizar el trabajo elaborativo de la familia, el impacto en el analista con la enfermedad a veces terminal y la posible muerte del paciente en algunos casos.

Metodología:

Enfoque metodológico y tipo de estudio

Se utilizó un enfoque metodológico cualitativo, exploratorio con el fin de generar teoría fundamentada de la información recopilada. Dadas las características del escrito se optará por un trabajo de tipo documental, es decir, que se realizará un ensayo bibliográfico. El ensayo bibliográfico es una modalidad de trabajo académico cuyo objetivo principal es proveer no sólo una visión sobre el estado del arte de la cuestión sino que, al establecer relaciones y comparaciones entre las fuentes consultadas, se propone analizar críticamente la información recopilada y así, ofrece una respuesta satisfactoria a las preguntas de investigación inicialmente propuestas.

De los resultados de la investigación bibliográfica se espera poder explicar las razones que han motivado la elección del problema, satisfacer sus objetivos e identificar los aspectos del problema que aún quedan por profundizar.



Fuentes

Para la selección de las fuentes consultadas, se ha tomado en cuenta el problema de investigación. En función de dicho problema se han utilizado en este trabajo, fuentes primarias y secundarias.

Se denomina fuentes de información a los diversos tipos de documentos que contienen datos para satisfacer una demanda de información o conocimiento. Según el nivel de información que proporcionan las fuentes, es posible clasificarlas en:

-Primarias: son los documentos originales que transmiten la información nueva y original, resultado de un trabajo intelectual (individual o colectivo).

-Secundarias: son los documentos que hacen referencia a las fuentes primarias. Son publicaciones donde se ofrecen descripciones, comentarios, revisiones y resúmenes sobre artículos, libros, tesis y ponencias. Contienen información organizada y elaborada y refieren a documentos primarios.

Instrumentos

Como instrumento se han utilizado fichas bibliográficas. La función de las fichas bibliográficas consiste en identificar, organizar y clasificar las fuentes de información consultadas sobre el tema de investigación. Los elementos básicos que se incluyen en la ficha son seis: autor, título, edición, editorial, lugar y año.

También se han utilizado fichas de consulta y de estudio. Las primeras fueron importantes para la sistematización temática de la información. Las segundas, para la articulación de las diversas perspectivas teóricas y la realización de un análisis sólido y bien elaborado.

Procedimiento

La búsqueda bibliográfica tuvo como estrategia el siguiente procedimiento: en primer lugar, buscar artículos que contengan los descriptores: "Cáncer infantil", "Impacto psicológico en la Familia", "Acontecimiento", "Trauma", "Dolor", "Sufrimiento Vincular" en los siguientes buscadores de artículos científicos: redalyc, sperienger, scielo y google académico.



En segundo lugar, restringir la búsqueda mediante los siguientes filtros: a) Periodo: 2000-2018. b) Idioma: Inglés, Español c) Tipo de publicación: Artículo/tesis/libro/capítulo.

En tercer lugar, se han seleccionado los artículos pertinentes para el presente ensayo. Los criterios de exclusión-inclusión de los artículos se rigen por los objetivos, es decir que sean investigaciones que aporten al estudio del impacto de la enfermedad oncológica de un hijo.

En cuarto lugar, se han leído los artículos seleccionados críticamente, detectando las líneas argumentales y explicativas trabajadas en los documentos leídos y realizar las fichas bibliográficas y de consulta para organizar, sistematizar y clarificar la información recopilada.

Por último, se ha realizado una descripción sistemática de las problemáticas que aparecen referidas a la comprensión lectora en la bibliografía secundaria recolectada y cotejarla con las fuentes primarias.

Parte II: Marco teórico.

Cap. I: Cáncer Infantil.

1.1 Particularidades del cáncer infantil.

Cáncer infantil o **cáncer pediátrico** es el cáncer que afecta a niños y jóvenes. Es importante destacar que cuando el cáncer afecta a un niño o a un joven lo hace en forma distinta a como afecta a los adultos.

Bajo la denominación de cáncer se agrupa una cantidad diversa de enfermedades, que comparten el crecimiento sin control y la propagación de células anormales del cuerpo. Las células del organismo crecen, se dividen y mueren de forma adecuada, siendo la división muy rápida en los primeros años de la vida de una persona.

Posteriormente la división de las células, únicamente se lleva a cabo para reemplazar células desgastadas y reparar lesiones. Las células cancerosas por su parte, continúan su división y se acumulan formando tumores que comprimen, invaden y destruyen el tejido normal. Además las células cancerosas pueden desprenderse y viajar a través de la sangre o el sistema linfático, a otras partes del cuerpo, donde se establecen y siguen creciendo en un proceso que se conoce como metástasis. (Méndez, Orgilés, López-Roig y Espada 2004)

Según la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) de Argentina, el cáncer infantil es la segunda causa de muerte entre los 5 y 24 años, precedida por los accidentes. (Dirección de Estadísticas e Información de Salud, (DEIS) 2011)

Los datos aportados por el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA), la tasa de incidencia del cáncer infantil en Argentina es de 12 a 14 casos por 100.000 niños menores de 15 años.

En Argentina se diagnostican aproximadamente 1260 nuevos casos de cáncer infantil por año.



Hasta hace treinta o cuarenta años, el diagnóstico de una enfermedad oncológica en pediatría era una sentencia de muerte. Con el avance de los estudios científicos y la creación de protocolos de tratamiento que utilizan quimioterapia, radioterapia y estrategias preventivas de recidivas, esta realidad ha cambiado drásticamente.

El 70 % de esos niños se “cura” si accede a un diagnóstico temprano, a los tratamientos adecuados en tiempo y forma. (Fundación Natalí Dafne Flexer)

Actualmente, el cáncer es la segunda causa de muerte en niños mayores de un año, superada sólo por los accidentes. En el primer año de vida ocupa el tercer lugar, superada también por la mortalidad derivada de las malformaciones congénitas. (Pacheco & Madero, s/a)¹

Los tipos de cánceres más frecuentes en niños y adolescentes son: leucemia, tumores del sistema nervioso, de huesos y del sistema linfático (linfomas) y de hígado. Todos se caracterizan por la proliferación descontrolada de células anormales. Estas enfermedades están provocadas por trastornos genéticos y muy pocas veces son hereditarias.

Un niño con cáncer debe ser diagnosticado con precisión y tratado por un equipo de especialistas multidisciplinario. Tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, el niño es sometido a diversos procedimientos médicos invasivos, entre los cuales se destacan las punciones lumbares, biopsia de médula ósea, quimioterapia y radioterapia.

Es importante entonces que todos los niños puedan acceder al tratamiento adecuado en el tiempo indicado.

El tratamiento supone grandes exigencias para los niños y sus familias: durante un tiempo prolongado deben armar una rutina familiar en función de la hospitalización, de los horarios y cuidados que requiere un niño enfermo. El niño debe soportar procedimientos dolorosos, tomar medicación, hacerse estudios. Tolerar restricciones a lo que eran sus actividades cotidianas antes del diagnóstico y ver limitada su vida infantil.

¹ Pacheco, M, & Madero, L. (s/a). Oncología Pediátrica. Psicooncología, 107-116.



Los padres deben aprender gran cantidad de información, adaptarse a los nuevos códigos de la institución en la que se trata su hijo, cuidar a los hermanos sanos en caso de que los hubiera, resolver su situación laboral y seguir funcionando como soporte y contención de su hijo.

El impacto que produce el cáncer no es el mismo en todos los sujetos. Resulta especialmente difícil de comprender y aceptar cuando un niño contrae cáncer.

Die Trill (2003), afirma que entre las necesidades que presentan los niños que padecen de una enfermedad oncológica, se encuentran las siguientes: necesidades emocionales que son comunes a todos los niños.

Entre estas necesidades se encuentran las necesidades de sentirse queridos, de desarrollar un sentimiento de pertenencia, de sentir auto-respeto, de obtener una sensación de logro, de seguridad, de autoconocimiento y de sentirse libres de sentimientos de culpabilidad.

Estas necesidades a veces son insatisfechas por la alteración de la rutina diaria y el contacto reducido con quienes pueden satisfacerlas. Cada fase de la enfermedad genera además necesidades específicas para atender.

De esta manera las necesidades de información y comprensión, de lo que le ocurre a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, y especialmente en el inicio, el control de los síntomas, la reducción de miedos y molestias ante tratamientos invasivos, así como las dificultades de adherencia a tratamientos médicos, configuran objetivos concretos de la intervención psicológica.

Es también interesante recordar las diferencias entre las neoplasias infantiles y las del adulto. Por ejemplo, muchos de los tipos de cáncer que se dan en la adultez son resultado de la exposición a agentes productores de cáncer como tabaco, dieta, sol, agentes químicos y otros factores que tienen que ver con las condiciones ambientales y de vida. Mientras que las causas de la mayoría de los tipos de cáncer pediátricos son, todavía, desconocidas.

Como contrapartida, la mayoría de los tumores infantiles son altamente sensibles a la quimioterapia, al contrario de lo que sucede en el adulto.

Como punto de partida es importante considerar que nuestro enfermo es ante todo, un niño. Integrar la enfermedad en su vida normal y la de su familia es la forma de dar continuidad a una vida en la que irrumpe un diagnóstico de cáncer.

El objetivo de la oncología pediátrica ha evolucionado en las últimas décadas desde curar al niño a cualquier precio, a trabajar para que el niño y adolescente curados de un cáncer lleguen a ser adultos sanos, no solo desde el punto de vista físico sino también psíquico, social y espiritual.

1.2. Tipos de cáncer en los niños

Los cánceres pediátricos más frecuentes son:

Leucemia Infantil: es el cáncer que afecta la médula y los tejidos que fabrican las células de la sangre. Cuando aparece la leucemia, el cuerpo fabrica una gran cantidad de glóbulos blancos anormales que no realizan sus funciones en forma adecuada. Por el contrario, esas células anormales, invaden la médula y destruyen las células sanas de la sangre, haciendo que el paciente sufra de anemia, infecciones o moretones generalizados. La forma más frecuente de leucemia en los niños es la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA). Se ha avanzado muchísimo en su tratamiento y actualmente se curan alrededor de 7 de cada 10 niños²

Tumores infantiles del Sistema Nervioso Central: los tumores de cerebro y de médula espinal son los tumores sólidos más frecuentes en los niños. Algunos tumores son benignos y los niños son curados con una cirugía.

Tumores Óseos Infantiles: los huesos pueden ser el sitio donde otros tumores se diseminan, pero algunos tipos de cáncer se originan en el esqueleto. El más frecuente es el Osteosarcoma. El cáncer de huesos pediátrico, ocurre a menudo durante el salto de crecimiento de la adolescencia y el 85 % de los adolescentes que lo padecen tienen el tumor en sus brazos o piernas, la mitad de ellos alrededor de la rodilla.

² Artículo recuperado el 3 de junio de 2018, de:

http://www.fundacionflexer.org/joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=101&Itemid=102

Linfomas Infantiles: el linfoma es un tipo de cáncer que aparece en el sistema linfático, la red de circulación del cuerpo que saca las impurezas. Hay dos variedades de linfoma: Enfermedad de Hodgkin y No-Hodgkin.

Esta última es más frecuente en niños, aparece en timo, intestino delgado, o en las glándulas linfáticas de cualquier parte del cuerpo. Puede diseminarse al Sistema Nervioso o a la Médula. Tiene buen pronóstico de curación.

Neuroblastoma Infantil: es un tipo de cáncer que sólo se da en niños. Aparece en niños muy pequeños, un cuarto de los niños afectados presenta síntomas en el primer año de vida. El neuroblastoma se disemina rápidamente y en general es diagnosticado una vez que se ha esparcido. Los estadios tempranos son curables con cirugía y se están desarrollando nuevos tratamientos cada vez más efectivos para el tratamiento de los estadios avanzados.

Rabdomiosarcoma Infantil: es el sarcoma de tejidos blandos más frecuente en niños. Esta neoplasia extremadamente maligna se origina en el tejido músculo-esquelético. A pesar de que puede darse en cualquier lugar de este tejido, generalmente se encuentra en la cabeza y el cuello, en el tracto genito-urinario o en las extremidades. A pesar de que el rabdomiosarcoma se extiende rápidamente, sus síntomas son bastante más evidentes que otros tipos de cáncer. El pronóstico general de esta enfermedad se ha mejorado a partir del desarrollo de quimioterapia más avanzada.

Tumor de Wilms Infantil: es un tumor que se desarrolla rápidamente en el hígado y aparece más frecuentemente en niños, de entre 2 y 4 años de edad. El Tumor de Wilms en niños se comporta de manera distinta que el cáncer de hígado en adultos.

En niños, la enfermedad hace metástasis en los pulmones. En el pasado la mortalidad por este tumor era muy alta. Actualmente con la combinación de cirugía, radioterapia y quimioterapia se ha avanzado en el control de la enfermedad.

Retinoblastoma Infantil: es un tumor ocular que aparece en la temprana infancia y muestra un patrón hereditario en gran parte de los casos. Es más frecuente en América latina que en otros lugares del mundo. Tiene muy buen pronóstico de cura (95%) aunque a veces compromete la visión. Habitualmente requiere cirugía y a veces otros tratamientos agregados.



1.3 Tratamientos del cáncer infantil

Los tratamientos oncológicos son muy intrusivos, largos, agresivos, costosos y requieren continuas visitas hospitalarias y numerosos cuidados en el hogar.

Los principales métodos de tratamientos utilizados con niños son la quimioterapia, que cuenta con efectos secundarios importantes como náuseas, vómitos, anemia y la pérdida del cabello; la radiación, que suele emplearse junto al procedimiento anterior; la cirugía, combinada con la quimioterapia y la radioterapia; el trasplante de médula.

Es decir, implican la acción coordinada de cirugía, quimioterapia y radioterapia, cuyos objetivos son extirpar el tumor (cirugía), impedir la reproducción de las células cancerígenas (quimioterapia), reducir el tamaño del tumor antes de su extirpación (radioterapia) y eliminar los restos tumorales después de la intervención quirúrgica (radioterapia).

La quimioterapia es un conjunto de drogas citostáticas, que se administran por vía endovenosa especialmente. Para ello es necesaria, la colocación frecuente de vías. A menudo las venas se rompen o debilitan, produciendo que haya que reintentar varias veces hasta lograr colocarlas. Para evitar esta situación es frecuente que les coloquen catéteres subcutáneos. Dichos dispositivos son utilizados para administrar medicación o extraer sangre evitando la punción de la vena en forma directa.

En ocasiones la medicación se administra durante una visita ambulatoria al hospital, en otras el paciente debe internarse varios días para recibirla.

El profesional médico tiene el doble reto de proporcionar al niño con cáncer el tratamiento necesario y también prevenir el malestar innecesario.



Cap. II: Aspectos psíquicos del cáncer infantil

El cáncer infantil irrumpe de manera súbita, lo cual complica la asimilación de este acontecimiento, el momento del diagnóstico suele ser uno de los más críticos del proceso. La noticia de que un hijo padece cáncer es posiblemente una de las más estresantes que los padres hayan recibido en sus vidas.

En general frente al diagnóstico de la enfermedad oncológica en un hijo, se observan reacciones de shock, angustia e incredulidad, sobretodo en la primera etapa, dónde el monto de ansiedad, estrés e incertidumbre está presente en forma permanente.

El momento de la comunicación del diagnóstico, resulta muy traumático. Los padres se sienten desbordados, con una fuerte sensación de vulnerabilidad. Los padres y el paciente se cuestionan sobre la enfermedad y el hecho de padecerla. Se lamentan de no haber logrado proteger a sus hijos y no haber podido evitarles el sufrimiento. Los padres se encuentran ante una circunstancia “contra natura”, ante la posibilidad de que sus hijos mueran antes que ellos (Die- Trill, 2001) les horroriza pensar esa posibilidad, y se preguntan constantemente “¿Por qué?” y si ellos habrán hecho algo en el pasado que pueda haber provocado la enfermedad.

Es habitual que en los días posteriores al diagnóstico busquen información- sobre todo en internet – u otras opiniones médicas, con la esperanza de que todo sea un error. Siendo estas conductas de negación, necesarias para minimizar la intensidad de las emociones negativas en pro de la aceptación y elaboración de la nueva realidad.

Son frecuentes reacciones emocionales como miedo, ansiedad, ira, depresión, decaimiento, tristeza.

Se produce una ruptura del equilibrio familiar, que exige adecuaciones urgentes. Este es un primer duelo a elaborar por la familia, que es el duelo por la pérdida de la salud.

Cada miembro de la familia enfrenta la situación, según su propia interpretación de la realidad, otorgándole significados particulares.

El aturdimiento e incertidumbre y ambigüedad de los primeros días, en los padres, deja paso a sentimientos de sobreprotección y rechazo, sentimientos ambivalentes que necesitan ser reencauzados, para proporcionarle al hijo, seguridad, contención y cariño.



Es importante transmitir información adecuada al paciente y su familia sobre su diagnóstico. La comunicación eficaz desde el equipo médico, es una herramienta fundamental, dentro de la atención integral y humanizada brindada al paciente y su familia. Indagar que pensamientos y creencias tienen respecto a la enfermedad, resulta imprescindible.

La forma en que un niño maneja la enfermedad, depende de cómo lo hace su familia. (Navarro, 2004)

El niño con cáncer debe ser considerado como un interlocutor válido desde el principio. La cantidad y el contenido de la información variarán según la edad y el nivel madurativo y cognitivo del niño.

Según Pérez, C y Díaz, K (2006) "El cáncer supone para las personas afectadas, una ruptura brusca en su vida cotidiana, lo que conduce a un proceso de despersonalización, donde el yo persona es reemplazado por el yo- cáncer".

Die Trill (2003) menciona que muchas veces, el diagnóstico de la enfermedad en niños y adolescentes, trae consigo pensamientos mágicos, en donde se vive la enfermedad como un castigo. Intentan buscar la causa y respuestas a múltiples interrogantes.

En un primer momento los padres y el niño dependiendo de su edad, tienden a negar la realidad, al recibir la información del diagnóstico, es una angustia tan grande que provoca una reacción de negación. En la etapa del diagnóstico inicial, la intervención psicológica debe brindar un espacio para la escucha y la catarsis, que alivia la sensación de agobio, para poder pensar con mayor tranquilidad todas las nuevas sensaciones, emociones, e ideas que inundan a los pacientes. La pregunta del "porqué", deja el lugar a la pregunta del "cómo". Logrando superar esta primera etapa inicial, transformando las primeras sensaciones de abatimiento en la disposición a hacer todo lo que esté al alcance para lograr la curación.

El período de crisis transcurre cuando aparecen los primeros síntomas. La familia debe prepararse para realizar un tratamiento prolongado (6 meses a 2 años dependiendo del diagnóstico) y exigente, para el cual se reorganizarán, acomodándose a las frecuentes internaciones y visitas al hospital. El niño enfermo y la familia deben aprender una serie de tareas, aprender a vivir con la enfermedad y con las internaciones, aprender e incorporar los tratamientos, aprender el funcionamiento hospitalario que pasa a formar parte de sus vidas, de su cotidianeidad.

2.1. Impacto en el niño

Méndez (2004) aclara que en Oncología infantil, se diferencia entre el dolor procedente de la propia enfermedad y el dolor causado por los procedimientos de diagnóstico o de tratamientos médicos.

Los niños muy pequeños no saben expresar verbalmente sus sensaciones dolorosas y cuando adquieren la capacidad de expresar o reconocer la fuente de dolor, no tienen autonomía suficiente para llevar a cabo acciones para eliminarlo.

A partir de los cinco años, los niños van adquiriendo mayor conciencia de la seriedad de la enfermedad que padecen, aunque nadie se lo haya comunicado. Pueden expresar con claridad a través de la palabra, del discurso. Se dan cuenta de la ansiedad que existe en los que le rodean. La falta de información puede producir tensión y fantasías perturbadoras. Asimismo, los niños se enfrentan a su enfermedad de forma más madura y apropiada que la que en un principio pudiera pensarse.

La experiencia de sufrimiento en los cinco primeros años, se vive a nivel corporal, debido a que para el niño, el malestar físico y el emocional aún no son diferenciables.

Entre los 18 meses y 3 años, el cáncer en esta etapa representa un obstáculo para que el niño pueda disfrutar libremente de la motricidad, dificulta la expresión de su necesidad de control y oposiciónismo, ya que se ve obligado a seguir las indicaciones médicas y a recibir una cantidad de cuidados meticulosos durante el tratamiento. Es común que se presenten alteraciones en el control de esfínteres, como consecuencia de las repercusiones físicas y emocionales de la enfermedad y los tratamientos.

Los niños, sobre todo los pequeños, explica Moreno,J(2014) con su predominio conectivo³, están plenamente abiertos al afuera, ignoran el objeto, habitan su gran ignorancia.

³ Moreno en su libro "Ser Humano" diferencia dos lógicas: la lógica asociativa y la lógica conectiva. En la lógica asociativa, los elementos que la componen son representaciones. De esto se trata la así llamada cuenta psíquica. Dentro de esta lógica, todo lo que acontece puede ser considerado como resultante de algo predeterminado. En cambio en el polo conectivo o "conexión" refiere a los elementos que se presentan como inadmisibles, excluidos o no fácilmente asociables para la cuenta psíquica. Esto se produce ante lo ajeno del otro. Según el autor desde esta lógica, hoy en un medio que cambia aceleradamente, esa figura de sujeto absolutamente determinado queda diluido en la conexión. Este sujeto se ve afectado por múltiples inconsistencias, propias de un mundo líquido.



El autor plantea que el niño está abierto a los objetos que lo rodean, aturdido en ellos, sin necesidad de ocuparse, ni de conocerlos. Es decir, está cerrado a ellos como objetos representables, pero abierto al hecho de habitarlos. Lo que sucede para el niño, simplemente “es”.

Para facilitar el proceso de adaptación, es importante ampliar la interacción verbal, y apoyarlo estableciendo límites claros que lo ayuden a sentirse seguro y organizado frente a la desorganización interna que le ocasiona la enfermedad.

Incluir espacios lúdicos y de ejercitación psicomotriz, acorde a sus capacidades, resulta de gran ayuda.

Entre los 3 a 5 años, el cáncer en esta etapa tiene consecuencias en los procesos de juego socializado, identificación y reconocimiento del cuerpo.

A partir de los siete años, el niño tiene una mayor capacidad para comprender la enfermedad, reconocer la parte afectada, aunque esta no sea visible y comprender los efectos secundarios de los tratamientos.

En los adolescentes mayores de 13 años, la presencia del cáncer ocasiona una gran ambivalencia, ya que justo cuando el adolescente comenzaba a separarse de su familia de origen, a buscar nuevos vínculos y tener mayor autonomía, la enfermedad oncológica lo limita y le impone recibir nuevamente cuidados de sus padres y del equipo médico; la regresión concomitante le resulta muy amenazante. Se ve obligado a reestructurar sus planes a futuro de acuerdo con su condición de enfermo y las secuelas que esto le imponga, especialmente en términos de imagen corporal, la capacidad reproductiva y las habilidades cognitivas.

En la etapa adolescente es necesario profundizar aspectos informativos que propicien la adherencia al tratamiento. Los adolescentes tienden a minimizar el carácter riesgoso de los hechos. Suelen creer que ellos son inmunes a los peligros.

Los jóvenes pueden negarse a tomar medicación que altera su aspecto físico. De allí que el esclarecimiento acerca del riesgo para la vida que entraña la enfermedad.

Como dice Rodolfo, R (2004) evocando a Donald Winnicott: “el adolescente no desea ser comprendido (...) lo que equivaldría a ser un niño transparente como para los padres, mientras que ser opaco da cuenta de esa violenta necesidad de diferenciarse, oponiéndose, ofreciendo resistencia”



La adolescencia es un momento de constitución subjetiva, momento de búsqueda, exploración, deseo de inventarse, de crearse y crear al otro.

“Exploración que lo hace caminar por los bordes, a la vez que logra un camino propio del juego y construcción creativa“ Rodolfo,R (2004)

El niño- adolescente enfermo debe abandonar la asistencia a la escuela, los deportes y las actividades que le resultaban placenteras, debe separarse de su grupo de pares.

Quiero resaltar la importancia que tienen los pares para el niño/ adolescente, tomando a Rodolfo,R (2013) quién considera al grupo de pares como una de las cinco instancias de subjetivación en la infancia. La curiosidad, la atracción a veces cargada de ambivalencia que lo acerca al niño a los pares. Se producen los procesos de subjetivación, de escritura psíquica que no se pueden realizar en la familia: que el chico se sienta “nosotros”, se sienta miembro de un nosotros. Nosotros es el grupo y el grupo de pares es fundamental.

El autor se refiere a la cuestión del “amigo”, resalta la importancia del “amigo” en la adolescencia, dice que supone crear una intimidad con un extraño absoluto, con alguien que no es de la familia, lo cual supone un trabajo de suplementación. El amigo es una figura que atraviesa la oposición entre familiar y extraño, una figura de lo transicional, que no todos son capaces de construir, ya que requiere de esa paradoja que supone tener intimidad, y la mayor intimidad, con un extraño a todo lazo familiar.

Moscona,S(2003) sostiene que si la paridad es con diferenciación, nos hallamos ante un espacio, ante una organización simbólica, donde se puede producir un espacio a partir del cual se generan diferencias, espacio donde el otro del grupo, además de proporcionar un espejo donde mirarse, proporciona su propia alteridad para diferenciarse. Cita el concepto de multiapoyatura de Kaes (1991), en el sentido de los sostenes recíprocos que los jóvenes se pueden proporcionar entre sí, donde lo que apoya a su vez sostiene.

Podemos pensar la inserción del adolescente en los grupos de pares como apoyaturas necesarias para la remodelación identificatoria; el grupo es un campo de concreción y elaboración con otros. Además de ser un escenario privilegiado de circulación libidinal, la creación de lazos amistosos facilita la salida del ámbito familiar, soporte por excelencia en el tiempo de la infancia.



Teniendo en cuenta la importancia que tiene el grupo de pares, según lo anteriormente expresado, pienso que el adolescente/niño enfermo de cáncer, vivencia la separación de su grupo, como algo muy doloroso, una pérdida difícil de elaborar.

A lo largo del tratamiento, el niño/adolescente con cáncer debe exponerse a procedimientos potencialmente estresantes, como la radioterapia, quimioterapia o extracciones de sangre, que en ocasiones se han considerado incluso más dolorosas que la propia enfermedad. Por ello, también es común que se generen en ellos comportamientos negativos extremos, gritos, oposición, resistencia general y poca colaboración con el personal sanitario, lo que puede dificultar la adherencia del tratamiento.

Los trastornos del sueño y/o la fatiga son frecuentes en niños que padecen la enfermedad del cáncer. El dolor puede alterar su ritmo de sueño, como también las preocupaciones y el miedo por la enfermedad o la ansiedad por su futuro.

Los problemas de ansiedad que manifiestan los niños con cáncer surgen debido a diversos motivos. Destacan las frecuentes hospitalizaciones que suponen una ruptura en sus hábitos y su vida cotidiana, la separación de sus hermanos, y el miedo a la muerte, sobre todo si la información que se les proporciona es contradictoria.

También se sienten alterados por el temor a las curaciones, a las batas blancas y a los instrumentos y procedimientos médicos, por la toma de determinados fármacos, por el sueño y por el dolor. En ocasiones, el niño incluso puede manifestar ansiedad anticipatoria ante los procedimientos médicos, manifestada por náuseas, erupciones cutáneas, insomnio o llantos. Puede expresar desde ansiedad y temores, a fobias y angustias profundas.

Junto a la ansiedad, el niño puede mostrar un estado de ánimo depresivo, lo que le hace sentirse con pocas o sin fuerzas para afrontar la enfermedad. La depresión se puede manifestar en el paciente oncológico con llantos frecuentes, tristeza, irritabilidad, aislamiento, falta de interés por las actividades de juego, problemas de sueño, síntomas que pueden constituir un indicador para ayudar a los padres y al personal sanitario a detectar en el niño un estado depresivo.

2.1.1 Hospitalización

El contacto con un centro hospitalario constituye para muchos niños una experiencia negativa y traumática. Los niños más pequeños interpretan la hospitalización como un castigo por algo que han hecho mal, tienen miedo al abandono, presentan comportamientos regresivos, dependientes e inmaduros, y pérdidas de autoestima.

La ansiedad y depresión son las principales alteraciones emocionales producidas por la hospitalización que, junto con los miedos y temores y la falta de actividad, pueden causar importantes alteraciones comportamentales como: conductas negativas, agresividad, trastornos del sueño, respuestas de evitación, mutismo y trastornos de atención.

Los temores infantiles más frecuentes son: a lo desconocido, al contacto con un entorno extraño, a la muerte, a la anestesia, a la mutilación corporal, al dolor, a la separación familiar, a las agujas e inyecciones, a la alteración del ritmo normal de vida y relaciones con los compañeros, y al retraso escolar. Estos temores difieren en función del estadio de desarrollo emocional; los niños menores de 5 años tienen miedo al contacto con un ambiente extraño, a la separación del entorno familiar y al abandono. En la edad escolar pueden expresar un mayor miedo al dolor físico.

Los efectos que la hospitalización causa en el niño dependerán de muchos factores: la edad y el desarrollo biopsicosocial del niño; la naturaleza y grado de severidad de la enfermedad; temperamento y características personales del paciente; las experiencias previas a la hospitalización; la duración de la estancia en el hospital, y del tratamiento; las características y organización del centro hospitalario; cómo las personas del entorno del niño responden a la hospitalización, la separación paterna y entorno familiar, y la información de que disponga.

Finalmente podemos decir que la hospitalización y la enfermedad producen, una discontinuidad en la vida del niño enfermo, que se caracteriza por: la interrupción de sus actividades y alteración de la normalidad; pérdida del control sobre el entorno y sobre sí mismo y desequilibrio; transformación y adaptación; incertidumbre sobre el futuro; ruptura del desarrollo normal de la vida, y cambios en la vida personal, social, familiar y escolar.

2.1.2 Efectos adversos de los tratamientos

Entre los efectos secundarios del tratamiento a los que tiene que enfrentarse el niño, podemos señalar:

Ansiedad y dolor: el dolor en los niños con cáncer está más relacionado con el tratamiento que con la enfermedad. Aunque los protocolos de tratamiento multimodal han aumentado las tasas de supervivencia, son muy agresivos, ya que implican toxicidad y están sujetos a multitud de técnicas diagnósticas, como punciones venosas, aspiraciones de médula y biopsias. El dolor en enfermos de cáncer puede asociarse a: la progresión del tumor y patología, a los procedimientos diagnósticos y terapias agresivas, a la toxicidad de la quimioterapia y radioterapia, a las infecciones, o cuestiones de origen osteomuscular, cuando los pacientes limitan su actividad física.

El niño con un dolor crónico presenta los siguientes síntomas: falta de interés, ensimismamiento, lentitud de movimientos y rechazo de sí mismo, mal humor e irritabilidad, llanto y comportamiento regresivo.

Por eso, el control del dolor es un objetivo prioritario del tratamiento, porque, si el dolor es permanente, causa un sufrimiento innecesario, y porque el dolor disminuye la actividad del niño, el apetito y el sueño, y puede debilitar más al niño que ya está débil.

Cambios en la imagen corporal: tienen su causa en las alteraciones de peso, erupciones y decoloraciones cutáneas, cicatrices, pérdida de órganos y extremidades, y alopecia que puede provocar sentimientos de vergüenza.

Debido a estas alteraciones físicas los niños enfermos tienden a autoperibirse de un modo más negativo que los niños sanos. Suelen verse diferentes e inferiores, y rechazados por su familia y amigos. Estos niños tienen una imagen distorsionada, un alto nivel de autocritica y un falso autoconcepto. Se manifiestan fuertes conflictos de dependencia/ independencia, gran desconfianza en sí mismos, y tendencia al aislamiento. Estas dificultades de adaptación se derivan principalmente de los trastornos, que la propia enfermedad y su tratamiento provocan sobre la imagen corporal.

Náuseas y vómitos: producidos por la quimioterapia.

Infecciones: mayor susceptibilidad a las infecciones debido a un descenso de glóbulos blancos producida por la quimioterapia.

Fatiga: producida por la anemia y por la propia enfermedad, que reduce los niveles de entusiasmo, actividad y motivación del niño.

Insomnio y alteraciones del sueño: los trastornos del sueño y/o fatiga son frecuentes en niños que padecen la enfermedad del cáncer. El dolor puede alterar su ritmo de sueño, como también las preocupaciones y el miedo por la enfermedad o la ansiedad por su futuro.

Fiebre: las causas más comunes de la fiebre son las infecciones, los propios tumores, las reacciones alérgicas a un medicamento y las transfusiones de sangre.

Ataques de cólera, irritabilidad: son debidos a la enfermedad, a los tratamientos y a los sentimientos de impotencia que experimenta, ante las invasiones desde el exterior y desde el interior del cuerpo.

Con respecto a la prioridad de buscar evitar el sufrimiento innecesario del niño, en ciertas ocasiones ocurren lamentablemente ciertos excesos o carencias que provienen de funcionamientos familiares o del equipo de profesionales, desconociendo las reales necesidades y singularidades del niño (sobremedicación, aplicaciones innecesarias, etc) Pienso que estas situaciones representan un exceso perjudicial para el funcionamiento del yo. Entiendo esta situación como un tipo de violencia, del mundo adulto hacia el niño enfermo, la cual la podríamos entender como una **violencia secundaria**, como plantea Piera Aulagnier. (1977)

La autora explica en primer lugar la **violencia primaria**, como estructurante del sujeto, considera que se puede producir un trauma en el encuentro Madre-infans. En cuanto a la constitución de la imagen corporal, aclara que la sincronía y la diacronía de la excitación de las zonas erógenas es fundamental: condición previa necesaria para la integración del cuerpo como unidad futura, pero también es causa posible de fragmentación de esta "unidad", fuente de una angustia de despedazamiento (Violencia de la Interpretación, Pág.53). La posibilidad de que se logre la armonía de dichas zonas dependerá de la presencia o no de otro, provisto del poder de hacer sentir placer o displacer a las zonas erógenas del infans (Aulagnier, P. Pág.74) y de la necesidad de una cierta "violencia primaria" dadora de sentido.



La autora se refiere al encuentro entre el bebé y el pecho materno, en que las palabras y los actos maternos se anticipan siempre a lo que el niño puede conocer de ella. Pensamiento, elección o acción motivados en el deseo del que lo impone, pero que se apoyan en el reconocimiento de algo necesario para el niño.

En cambio la **violencia secundaria**, aclara que se abre camino por el mismo carril de su predecesora, pero conlleva un exceso perjudicial y nunca necesario para el yo.

La **violencia primaria** aporta a la constitución del yo, en cambio la **secundaria** se ejerce contra el yo. Representa un exceso perjudicial para el funcionamiento del yo. Una violencia que implica el desconocimiento del Otro como tal, que se ejerce desde un lugar de poder, simbólico o imaginario, intentando destituirlo en su calidad de otro.

Muchas veces se observa este tipo de violencia desde el mundo adulto hacia el niño enfermo, como irrupción violenta sobre el niño que provoca dolor, o que deja al niño a merced de sus propias necesidades insatisfechas.

La violencia aparece como deshumanización, como no-reconocimiento. Pienso que es imprescindible que el niño/adolescente enfermo sea reconocido como semejante diferente para ayudarlo a transitar la enfermedad.

2.2 Impacto en los padres:

La situación de un niño con cáncer y su familia es altamente estresante.

No es una experiencia fácil de ser enfrentada para los padres, tener un hijo enfermo con posibilidad de morir supone una inversión del ciclo natural de la vida y como tal una experiencia traumática.

Cada día corresponde a un nuevo desafío al auxiliar a su hijo enfermo, permaneciendo junto a él, presenciando las limitaciones impuestas por la enfermedad y por el tratamiento, además de angustiarse al ver como la calidad de vida de su hijo y también la de ellos, es afectada. Los padres son confrontados con la incertidumbre de la cura y la posibilidad de la muerte del hijo. Sin embargo es una oportunidad para reconocer fortalezas, cambiar roles, aceptar ayudas, aprender de otros que pasaron por la situación, compartir experiencias.



Para que esto suceda además de los recursos internos de la familia, es fundamental el acompañamiento que la comunidad y el entorno afectivo, de la familia ampliada (abuelos, tíos, primos) puedan brindar. Perdiendo el miedo, el temor a impresionarse y valorando que más allá de estar enfermo de cáncer, se trata de un niño, que necesita jugar, ir a la escuela, distraerse, vincularse con sus pares, crecer y desplegar sus potencialidades.

Cuando ambos padres trabajan, uno de ellos debe interrumpir su actividad laboral, para dedicarse exclusivamente a su hijo enfermo. La presencia de los padres, así como su participación en los cuidados resultan vitales. El “cuidador primario” es quién asume el cuidado de la persona enferma. Habitualmente en el caso de los niños, suelen ser las madres.

Grau Rubio, C.(2002) plantea que cada familia reacciona y vive la enfermedad de un hijo de una manera diferente y singular. Todas las familias pasan por las diferentes fases de la adaptación (negación, ira, depresión y aceptación) pero sus reacciones y resoluciones son diferentes. Ocurren cambios en el estilo de vida de la familia.

Kubler-Ross, E.(1969) describe cinco fases para la aceptación de la enfermedad crónica.

Este proceso de afrontamiento es similar al del duelo, porque la enfermedad crónica, provoca la pérdida de la tan codiciada salud.

La primera fase, es la negación, será la primera reacción de defensa ante la noticia de la enfermedad. La negación la autora la describe como total o parcial, dice que generalmente es parcial. La negación tiene consecuencias cuando es total, porque aleja al paciente y a su familia del campo médico. La negación permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada.

La segunda fase es la ira, cuando se reconoce que la negación no puede continuar porque la enfermedad se hace evidente, aparecen sentimientos como la ira. Esta fase es complicada para la familia y también para el equipo médico. La ira se desplaza y se desparra, para todas las direcciones, se descarga.

La tercera fase es la de negociación, pacto, intentar llegar a acuerdos, con ellos mismos y con los demás. El pacto funciona como estabilizador del paciente y su familia.



Con el pacto aparece la planificación, el tiempo, intentar recuperar en lo posible, la salud perdida.

La cuarta fase es la de depresión, el paciente y la familia llora, siente pena, se da cuenta que su estilo de vida ha cambiado, ya no es el mismo, ni son los mismos como familia. Empiezan a asumir la realidad de la pérdida y ello genera sentimientos de tristeza y depresión.

La quinta fase es el duelo y la de aceptación, la enfermedad es aceptada, como parte de su vida, comprenden que la vida será distinta a la que tenían y que a pesar de la enfermedad y de las limitaciones se puede hacer algo productivo.

El diagnóstico de cáncer en un hijo, desplaza la imagen construida del hijo y ubica allí algo inesperado del orden de un objeto científico, al que nomina y sobre el cual los padres no saben. Un posible desenlace de esto es la cosificación, la objetivación del niño, el quedar atrapado en las manos y en la mirada de la ciencia. Opacando la singularidad del niño. Los padres apropiando el dolor y el posible duelo, quedan orientados hacia un saber externo, que dificulta al niño la circulación simbólica propia del medio familiar al que pertenece.

Los padres de los niños y adolescentes que padecen cáncer se enfrentan a múltiples duelos, por las pérdidas reales y simbólicas desde el momento del diagnóstico y a lo largo de la enfermedad.

El duelo conmociona, es el paradigma de lo doloroso.

Al referirme a la noción de **duelo**, es pertinente remitir al aporte realizado por Freud (1917) que describe el duelo como un proceso intrapsíquico que atraviesa todo sujeto que ha perdido una persona querida, un objeto o una situación que tenga el mismo valor. Indica que la pérdida de una abstracción tal como la libertad, un ideal o la patria también pueden propiciar un duelo.

“Las causas desencadenantes de un duelo pueden ser múltiples pero todos tienen una base común, la valoración afectiva que consciente o inconscientemente es atribuida a la pérdida”. (Freud, 1917).



En este caso en particular, los padres deberán atravesar un duelo por el hijo sano que ya no es y por la familia que ya no serán.

También el psiquiatra inglés Bowlby(1976) conceptualiza el proceso de duelo. Describe cuatro fases por las que atraviesa toda persona que transita esta aflicción penosa, las cuales se pueden visualizar, en este caso el de la enfermedad oncológica de un hijo, tanto en el paciente como en la familia.

La primera fase, el autor la denomina: **Embotamiento de la sensibilidad**, en este caso particular, se iniciará cuando el médico comunica el diagnóstico de cáncer. Predomina el estado de shock, aturdimiento, confusión. La sensibilidad se encuentra adormecida. En esta etapa se puede decir que el proceso de duelo, aún no ha comenzado.

La segunda fase que Bowlby denomina de **Anhelo y búsqueda de la figura perdida**, la persona comienza a distinguir la realidad por la que está atravesando, aunque solo por momentos. Nervios, miedo, dolor, enojo, son las emociones que invaden a los sujetos. Caracteriza esta fase la búsqueda incansable por modificar o apropiarse de otra realidad.

Predomina el sentimiento de descreimiento y no aceptación, hay una negación del hecho, los padres niegan la posibilidad de que el hijo tenga cáncer.

En ocasiones en que el descreimiento de los padres hacia la enfermedad del hijo es parcial, la desmentida como defensa actúa positivamente para transitar la tristeza y el dolor por el diagnóstico.

Cuando la negación es mayor, imposibilita que se puedan vincular con el diagnóstico y adherir a los tratamientos que los profesionales indican. Frecuentemente quienes transitan por esta situación, sienten que alguien o algo tuvo que ver con la enfermedad, intentan encontrar un culpable. También responsabilizan al destino, la religión, los médicos o ellos mismos. Los sentimientos de culpa se presentan con preponderancia, muchas veces aparecen interpretaciones irracionales.

La tercera es la etapa de la **Desesperanza y desorganización**. El sujeto toma consciencia de la pérdida de salud y la imposibilidad de cambiar la realidad, por lo que no tiene sentido seguir buscando una respuesta diferente al diagnóstico.



La última etapa que describe Bowlby es de **Reorganización**, los padres logran lentamente reconocer y aceptar la pérdida de ese hijo sano, y logran aceptarlo con su enfermedad, sus limitaciones y se comienza a reorganizar la familia y el paciente niño/adolescente, buscando sus propios recursos.

Ir adaptándose a todo lo nuevo, enfrentar los cambios siempre con incertidumbre. Sin saber si la enfermedad los conducirá a la muerte de su hijo. La flexibilidad que manifiesten los padres, en cuanto a este nuevo estilo de vida es fundamental para el desarrollo y progreso del tratamiento.

Se producen cambios en el funcionamiento familiar, reposicionamientos, los vínculos familiares se modifican, la familia logra unirse más debido a la enfermedad y participar y acompañar al niño.

En el mejor de los casos, los padres irán construyendo esta nueva forma de ser padres de un hijo “enfermo”, lo cuidarán, lucharán por la vida de su hijo, intentarán alejar situaciones que empeoren su condición y la posibilidad de perderlo. Transitarán este nuevo ser padres, enfrentando los cambios que la enfermedad implica. Deberán asumir sus funciones de forma intempestiva. Frente a esta realidad, los padres desearán que la situación de la enfermedad sea lo menos traumática posible. Irán afrontando la enfermedad y adhiriendo a los tratamientos, le brindarán un cuidado efectivo, permitiendo el desarrollo del niño, promoviendo su independencia y autonomía, según la edad.

Según Grau Rubio (2002), cada familia desarrollará sus propias estrategias como una respuesta normal a un sistema desequilibrado provocado por la enfermedad.

2.3 Impacto en los hermanos:

También hay que tener en cuenta el grado de impacto en los hermanos. En general, ante la hospitalización, los hermanos muestran síntomas de irritabilidad y retraimiento social. Es importante la inclusión de los hermanos en el proceso de la enfermedad, que reciban información adecuada a su edad. Die Trill, M (2003)



El hermano es el doble, el semejante, que identificación mediante permite reconocer rasgos y características que son familiares y también describen lo ajeno del otro.

El hermano es percibido como intruso, como ajeno y al mismo tiempo como un semejante. La tensión entre lo semejante y lo diferente es inherente al vínculo fraterno. En la fraternidad se juega una búsqueda incesante de diferenciación y un anhelo irreductible de homogeneidad. Los lazos fraternos abren amplias posibilidades suplementándose con los lazos edípicos.

Gomel y Matus (2011) apuntan a lo fraterno como una "legalidad horizontal", dando la posibilidad de autorganización entre los hermanos, más allá de la legalidad- vertical, propia del poder paterno filial. Las autoras diferencian el hermanarse, en tanto ser nombrados como tales por los padres, de la fraternización, proceso de constitución y sostén del vínculo entre hermanos.

El hermano/a desde el psicoanálisis, tiene un significado muy importante en la constitución del psiquismo, en el desarrollo del pensamiento y en el pasaje del narcisismo a la relación objetal. El hermano, como un par, que es ajeno, sería el que lo confronta al niño enfermo con sus miedos, sus dificultades y le brinda la posibilidad de sostén, apuntalamiento y protección, en el mejor de los casos.

El **vínculo fraterno** es la relación entre los hijos de una misma familia. Esto incluye lazos que pueden ser o no consanguíneos, pero que necesariamente deben pertenecer a la misma generación. Lo fraterno se arma en función de una historia común que comparten, que los significa y subjetiviza. Por lo que el mutuo reconocimiento se anuda a la pertenencia al grupo de hermanos.

El ir adaptándose como hermanos, implica una fraternización por deseo, elegirse como hermanos. Se refieren al concepto de fraternización para referirse al "proceso de constitución y sostén de la vincularidad entre hermanos", como un movimiento instituyente, y que "hace hermanos más allá de la hermandad instituída por el proceso de filiación"(Gomel y Matus, 2011. p57 a p.59)

Cabe aclarar los aspectos tróficos y los aspectos tanáticos del vínculo fraterno.



Kancyper,L(2003) evidencia los aspectos tróficos del complejo fraterno. Explica que todo sujeto requiere a la vez la presencia de otro, personificado en un hermano imaginario y simbólico, cuya presencia resulta fundamental y fundante, como el garante doble que asegura la posible desalienación del poder edípico y la resignación de la creencia inconsciente de ser el único y perfecto hijo que sobrelleva la misión de salvar a los padres y salvarse de los padres.

Relación horizontal con un “otro fraterno” que cumpla la función de auxiliar, modelo y objeto de complementación y de reconocimiento. El autor aclara que la **dimensión trófica** del complejo fraterno puede cambiar de signo, cuando el hermano se relaciona de un modo paranoide con otro, a quién inviste como a un intruso rival, ominoso, que puede llegar a perturbar, destruir, esto sería la **dimensión tanática** del complejo.

El hermano paranoide, lejos de aliarse con lazos de solidaridad, no admite al otro como a un diferente y semejante, sino que intenta combatirlo hasta destruirlo.

Mauer, Moscona y Resnizky (2014) plantean que las tramas fraternas aportan un caudal de vitalidad y movimiento que intentan aligerar los efectos del impacto traumático. La presencia del semejante, la “liga de hermanos” dicen las autoras, son agrupamientos que se autoconstruyen en horizontalidad e inmanencia.

El niño- adolescente enfermo encuentra en el vínculo fraterno, la intimidad afectiva que necesita, convivencia comprometida entre sí y también posibilidades de discriminarse. Resulta importante apelar a una responsabilidad compartida para pensar una operatoria entre pares como construcción de una trama solidaria. Responsabilidad así entendida es humanización. Proyección de horizontes, de confianza y de esperanza respecto de un posible futuro.

Las autoras plantean que la incidencia de los efectos traumáticos se altera cuando una alianza fraterna filtra el avasallamiento y la irrupción en el psiquismo de estímulos que lo exceden. Esta dimensión de “protección antiestímulo” deviene una posible vía de tramitación .

El vínculo fraterno es además un punto de anclaje, proveedor de sentidos, de posibilidades que despliegan, que transforman y promueven el crecimiento, pero también puede devenir un obstáculo y ser fuente de sufrimiento.

En el caso del niño enfermo de cáncer, tener un hermano que habilita, que esté disponible, para que se puedan dar juegos identificatorios, brinda una oportunidad para que el niño se pueda encontrar con la ajenidad del otro y con la ajenidad propia (la enfermedad) es una oportunidad para compartir el sufrimiento, que vivencia el niño con cáncer.

Es asimismo un ámbito de lo familiar en el espacio de la paridad con diferencia, en tanto configura el modelo vincular que ejercita el compartir y el competir en horizontalidad.



Cap.III: Algunos conceptos desde la perspectiva psicoanalítica.

Cuando el cuerpo comienza a dar señales de enfermedad, cuando se recibe un diagnóstico que enfrenta la posibilidad de morir, desde la conformación narcisista, hay un repliegue de la libido hacia el yo, para de alguna manera preservarlo, defenderlo del sufrimiento y también una expansión del yo hacia los otros objetos, los objetos de amor.

El cuerpo y el organismo, para cierta concepción clásica de la biología, es una sumatoria de tejidos, órganos y funciones de órganos. El cuerpo humano es para la medicina un cuerpo concreto y real, es decir esta concepción ve al cuerpo como una suma de partes desvinculadas de lo afectivo. La concepción que aporta el psicoanálisis, ve al cuerpo-continente, como el resultado de una construcción intrasubjetiva, intersubjetiva y transubjetiva, sin dejar de lado su “presencia real”.

En “Pulsión y destinos de Pulsión”(Freud, 1905) Freud define a la pulsión como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma.

Entonces, desde el psicoanálisis no consideramos lo somático puro, sino la relación somato- psíquica. Además de la anatomía, hay una realidad diferente poblada por las fantasías, por un imaginario, el inconsciente que se expresa en múltiples lenguajes.

Habrán dos verdades que se entrecruzan, la del cuerpo real atravesado por el cuerpo imaginario, el deseo.

El psicoanálisis plantea el cuerpo erógeno que resulta ser un cuerpo libidinizado, articulando biología y deseo, es producto de una construcción dada en una trama de interdependencias afectivas. Es a partir de la trama padres-hijo, facilitadora de la subjetividad del hijo, que surgirá la constitución de una imagen corporal favorable al yo.

Sami- Alí (1991) en su libro “Pensar lo somático” plantea que el cuerpo se correlaciona con dos órdenes de parámetros: los somáticos y los psíquicos, ambos constituyen la unidad de integración psicosomática de la persona.

Cuerpo y psiquismo constituyen una unidad, indisolublemente ligados, se implican uno al otro.



Constitutivos del sujeto, establecen una relación de correspondencia que muestra que, a una modalidad de funcionamiento corporal, la psiquis responde de acuerdo con su historia y viceversa. Desde la materialidad y funcionalidad del cuerpo, la enfermedad será dotada de significación por cada persona.

Costa Garino,R (2010) postula que es necesario analizar los efectos traumáticos del diagnóstico y del desarrollo de la enfermedad crónica. La subjetividad del niño, podría estar atravesada, por el trauma del diagnóstico, el dolor, los tratamientos invasivos y hospitalizaciones. Múltiples restricciones, la sobreprotección de los padres y la imposibilidad de llevar una vida normal. La autora plantea que el paciente adolescente que padece una enfermedad crónica, presenta una problemática de la imagen corporal y emocional. El cuerpo, objeto de diversas manipulaciones, implica la pérdida de intimidad en el adolescente. Lo vive como una intrusión en su persona. El cuerpo del adolescente que está en pleno proceso de sexuación, es sitiado por la enfermedad, cuerpo sexuado y cuerpo enfermo cohabitan en un mismo cuerpo y psiquis.

El aparato psíquico trata de procesar el impacto del diagnóstico de la enfermedad, acomodándose a todo lo nuevo. Kaufman,A (2017) aclara que hay tres conceptos asociados al impacto emocional vivido por el paciente con cáncer y su familia. En primer lugar el concepto de **crisis situacional**, asociado al de desorganización psíquica. En segundo lugar, el concepto de **duelo**, asociado al de pérdida, y en tercer lugar el de **acontecimiento traumático**, asociado al de intensidad.

La crisis situacional la define, como el estado que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales. Es un período de desorganización y de alteración, durante el cual se intentan distintas soluciones.

El encuentro y la superación de la situación de la enfermedad, da lugar a un trabajo mental similar al duelo. La situación traumática desemboca en una inundación del yo que viene a reactivar el estado primitivo de desvalimiento. Se produce el desarrollo de angustia intensa que no puede ser dominada. Según la autora, el conocimiento de que se está enfermo, puede ser vivido como un acontecimiento traumático o abrir un camino a una mirada distinta sobre sí mismo, la enfermedad y su futuro.

Rotenberg,E (2010) plantea que la patología orgánica grave se le presenta al sujeto, como una realidad irrumpiendo, enfrentándolo con la posibilidad de interrumpir su continuidad existencial.

Dice la autora que la presencia de la enfermedad opera en sí misma como factor traumatogénico.

Rotenberg explica que la patología orgánica con riesgo de muerte, genera ansiedades que deben ser elaboradas, para que no se intensifique un mayor compromiso somático.

De no hacerse conscientes los efectos, amplificaría la patología, influyendo negativamente en la evolución del paciente. La irrupción de una patología severa, especialmente en la primera infancia, la integración psique-soma puede verse interrumpida y la libidinización materna podría afectar por exceso. En el caso de sobreprotección, o por carencia, al temer la pérdida del niño.

Resalta la importancia de la mirada del entorno, que devuelve una marca identificatoria muy fuerte y es alrededor del cuerpo injuriado que se construye, lo que denominan (Rotenberg, y Vazquez) "la identidad corporal" cuando alguien es nominado y hablado por y desde su enfermedad: "el cáncer de páncreas", etc. Dice la autora sería una pseudo identidad con carácter defensivo para permitir la disociación, de parte de los médicos y como defensa restitutiva para el paciente.

La autora resalta la importancia del medio ambiente como lo describía Winnicott (1982), como ese espacio transicional que se genera entre la madre y el niño, que no es ni totalmente interno, ni totalmente externo. Plantea que es en este espacio, donde resulta de suma importancia la imagen del rostro de la madre, como también de los médicos. Quienes funcionan como espejo donde el niño se mira y en esa mirada encuentra una imagen de sí mismo, deduciendo su estado de salud.

Rotenberg propone pensar las alteraciones en la temporalidad que ocurren en estas situaciones. La infancia conlleva una temporalidad futura, los niños se preparan para cuando sean grandes, constituyen parte del proyecto de vida de los padres. El diagnóstico de una enfermedad con posibilidad real o fantaseada de muerte produce efectos en la temporalidad. En lugar de invertir a un tiempo futuro, se pasa a un tiempo sentido como detenido, en el presente como si fuera existir en el limbo, con el riesgo de desinvertir lo vital, lo de afuera puede perder relevancia, no se sabe si habrá futuro.

El adolescente que padece una enfermedad severa, puede vivir su enfermedad inconscientemente como un castigo frente a los deseos y realizaciones sexuales que descubre.

En consecuencia se produce una desestabilización de la vida psíquica del adolescente y denegación de la sexualización.

El cuerpo herido del adolescente, órganos defectuosos, insuficientes, impregnados de marcas. La imagen corporal real causa sufrimiento psíquico y no coincide con la imagen corporal ideal.

La pérdida de la imagen, por ejemplo de la fortaleza, la vitalidad del niño/ adolescente que se resquebraja con la enfermedad, moviliza en el niño/adolescente y su familia, dinámicas de duelo.

Los confronta con la realidad de la pérdida, que ellos inicialmente se resisten a aceptar. Les exige irse desligando del ideal de la imagen perdida y construir una relación con la nueva que capta la mirada.

Es muy importante la mirada que se le devuelve al niño/adolescente en este proceso de construcción de su nuevo esquema corporal.

Dice Alizade,A (1995) en su libro "Clínica con la muerte" que la relación del yo y el otro, es necesaria para Ser, y es también necesaria para dejar de ser, para morir. Siguiendo un paralelismo con la teoría del espejo, ella plantea que el paciente, hace uso de este proceso para poder ver en el otro que acompaña, el cuidador, qué le devuelve el otro. El otro, postula la autora, que ahora es necesario para poder transitar este camino de la enfermedad hacia la curación o hacia la muerte. Rescato la importancia del otro, para poder percibirse a sí mismo, el otro para poder construirse en un principio, el otro que libidiniza, el otro que sostiene, el otro que refleja, para poder verse a sí mismo, el otro que también permite la ida, la separación, la muerte.

Alizade,A (1995) habla de un duelo particular, duelo por estas pérdidas que van ocurriendo. Lo llama pre-duelo, consiste en elaborar la pérdida definitiva de la salud del enfermo, aceptar que la persona ha cambiado, ha modificado su cuerpo, que el hijo querido, conocido, saludable, amado, se ha perdido y ha dejado tras de sí un nuevo ser, marcado por la enfermedad y las transformaciones que ellas producen y al que con frecuencia no se reconoce. Es un duelo por lo que ya no será más.

Cuando la enfermedad ha remitido, la mayor preocupación de los padres es la reaparición. Aunque en esta etapa mantengan la esperanza de la curación, la ansiedad siempre estará presente en sus vidas.

En el caso de recidiva, toda la familia sufre enormemente, la adaptación a las recidivas, es más compleja cuanto más larga haya sido el período de remisión. En algunos casos el desenlace es la muerte. Acontece el fallecimiento de un hijo enfermo, se produce un enorme vacío y un desconcierto difícilmente asumible.

Tizón (2004) señala que, en el caso de que se dé la muerte de un hijo, se alterará la adaptabilidad del sistema y los elementos básicos de la dinámica familiar.

Bernasconi,E y Smud,M (2000) plantean que la muerte de un hijo, es el duelo más doloroso, la pérdida de un hijo es diferente de cualquier otro duelo, rompe con todo lo esperado.

Sostienen que la persona que se va es irremplazable, esa persona, en este caso, el hijo, además de irse, se lleva algo de los padres que también es irremplazable.

Los autores explican que los padres, además de soportar la pérdida de un ser querido y justamente de ese hijo que han engendrado, y al que los unía un sentido de honda responsabilidad, ellos pierden esa mirada que los convertía justamente en padres, pierden esa mirada que ubica a su cuerpo como objeto de deseo, en relación con el deseo del otro. Se preguntan cómo duelar el tiempo que el otro no ha vivido, cómo duelar algo que quedó trunco, algo que debería ser y no es. No hay forma de reemplazar al objeto perdido. Los autores aclaran que la muerte del hijo es el duelo por las huellas no realizadas, las huellas que jamás se escribieron, pero que podrían haberse escrito. Por eso ese hijo es insustituible e irremplazable.

Plantean que escuchar a alguien tiene consecuencias en quién habla y también en quién escucha. Si la escucha tiene que ver con la muerte, se dificulta la cuestión, escuchar de la muerte es estar en presencia permanente de la angustia de castración. Esto diferencia la consulta por un duelo de la consulta por un síntoma.

Roitman,A, Armus,M,Swarc,N,(2002) plantean que la muerte de un hijo produce una abrupta ruptura de la idea de la “inmortalidad del yo” y de la “continuidad generacional”. Se desgarran la vida porque se coló definitivamente la muerte. No hay palabras que nomine a aquel que sobrevive a un hijo. Los autores explican que no se puede aceptar haber sido padre como algo efímero, es decir asumir la destitución de ser padre de ese hijo. En estas circunstancias cae violentamente el proyecto de investidura de futuro, a través de la continuidad generacional que un hijo implica para sus padres.



Allouch, J(1996) en el “ Duelo de la muerte a secas” plantea que el paradigma del duelo ya no es el del padre tal como lo formulara Freud, diciendo que “era la pérdida más terrible en la vida de un hombre”, sino que el paradigma del duelo es el de la muerte de un hijo. Este desplazamiento del paradigma, es una de las características principales de la versión del duelo que desarrolla Allouch. “El padre es alguien que ha dejado huellas, e incluso alguien que en el momento de su muerte ha dejado de producir noticias, como si su cuenta estuviera completa” Entonces, a partir de estas huellas el trabajo de duelo se podría realizar.

Dice el autor que con un hijo, la pérdida es más radical, se pierde no solo un ser amado, o un pasado en común, sino lo que potencialmente un hijo hubiera podido brindar de haber vivido. La medida del horror de quién está de duelo es función de la medida de la no realización de la vida del muerto.

Perder a un hijo provoca un vacío imposible de llenar. Su desaparición física ocasiona conmoción, aturdimiento, provoca la angustia de la supervivencia y el cuestionamiento como padres: “hemos fallado, no supimos cuidarlo “

Para este autor a diferencia de Freud en “Duelo y Melancolía” la muerte de un hijo marca un dolor único y eso implica que sea un proceso de duelo largo y para toda la vida. Con la pérdida es necesario que padres y hermanos pierdan un trozo de sí. Es una pérdida sin sustitutos, sin reemplazos.

Tal vez nosotros psicoanalistas, nos encontramos con dificultades para enfrentar esta problemática tan dolorosa, la muerte de un paciente, ya que hablar de la muerte es siempre hablar del sufrimiento y el dolor.

Cap. IV: Lo Vincular.

Al decir de D. Najmanovich (2001) “Pensar en términos de una dinámica vincular nos posibilita el darnos cuenta que devenimos sujetos entramados en múltiples configuraciones, como espacio de transformaciones “.

Dice la autora que el individuo es una unidad heterogénea y abierta al intercambio, las propiedades ya no están en las cosas sino “entre” las cosas, en el intercambio. El sujeto construye al objeto en su interacción con él, y por otro lado el propio sujeto es construido en la interacción con el medio ambiente natural y social.

4.1 El Vínculo y sus complejidades.

Para comenzar, es necesario mencionar que el término vínculo deriva del latín “vinculum” de “vincere”: atar, lo que tiene como significado unión o atadura de una persona, lazo que liga a dos o más personas (sujetos) de una manera fluida y estable. Esta definición sugiere la idea de un “ligamen”(Berenstein y Puget, 1988:32) duradero que une a los sujetos y que tiende a la estabilidad aunque expuesto a vicisitudes, alteraciones, rupturas. Ligadura que les permite hacer y ser diferentes de lo que serían individualmente o si estuvieran en una relación con otra persona.

Los aportes de Berenstein y Puget fueron las primeras contribuciones realizadas en Argentina. Estos autores concibieron el “vínculo” como una construcción básica de la subjetividad. De manera amplia, este concepto da cuenta de la “relación estable entre los sujetos “(Berenstein y Puget, 1988), pero a partir de los desarrollos y de la profundización en otros campos de observación, como Familias, Parejas, Grupo e instituciones, fue adquiriendo estatus propio.

En sus comienzos, en los años 70, Berenstein y Puget hicieron una clara diferenciación entre distintos tipos de ligaduras estables. Aquellas que pertenecen al mundo interno, al de las relaciones objetales (término utilizado por Melanie Klein) propio del mundo de las representaciones, desde donde se sostiene la identidad del sujeto- es el área de la intra-subjetividad-, de otras ligaduras estables como las que se establecen entre dos o más sujetos, yoes deseantes- es el área de la inter- subjetividad.



Y finalmente, un tercer territorio de ligaduras estables, el referido a las relacionadas con lo socio-cultural y sus representaciones, la transubjetividad. Estas tres áreas o espacios conviven y tienen sus propias lógicas y mecanismos.

En aquella época, Berenstein y Puget, proponían la noción de “inconsciente vincular” como matriz, resultado de la conjunción de lo pulsional, del lugar y función que ocupan los sujetos en el vínculo de acuerdo a reglas inconscientes y al mandato cultural. En estos primeros desarrollos trazan una diferencia entre las categorías del otro como objeto (representación) y la del “otro” como sujeto del vínculo.

Despliegue de lo vincular como una categoría compleja:

Con el transcurso del tiempo, el concepto fue adquiriendo mayor complejidad y se amplía a nivel epistemológico. Ambos autores intuían que la presencia del otro real, producía algo diferente, que excedía lo meramente proyectado por el sujeto, es decir, la representación.

Puget, J (2001, 2003, 2006) explica que el vínculo funciona en dos espacios heterólogos, que coexisten sin mezclarse y se explican desde lógicas diferentes. Uno es el espacio de la representación, donde las producciones psíquicas corresponden a cada Yo y el otro es pensado como un objeto proyectado, que remite a aquel inscripto en la mente en épocas tempranas y que, eventualmente, se puede evocar.

Los conflictos en los vínculos suelen aparecer en el encuentro con el otro, en lo que no coincide con la representación que se tiene de él dentro del yo. A esto nuevo que introduce el otro, que no tiene inscripción y sorprende al yo, es otro espacio al que Puget y Berenstein (2001) llamaron **Presentación**, y al trabajo mental que produce una modificación, consistente en introducir la marca de algo nuevo, lo denominaron **Efecto de presencia**.

El vínculo pasó a ser, la presencia del otro real aquello que constituía un borde o zona de conflicto entre los sujetos. Se introduce otra manera de pensar el vínculo, ya no solo desde la semejanza y la diferencia, sino también como ajeno⁴.

⁴ Berenstein, I. (2004) Se entiende por ajenidad “aquello del otro y de uno, que no se logra inscribir como propio. El sujeto del vínculo intentará incorporarlo dentro de alguna representación pero lo que caracteriza a la ajenidad del vínculo es justamente su imposibilidad. Esta ajenidad corresponde a lo extraño dentro del territorio de pertenencia al vínculo, donde la subjetividad de cada uno marca territorios difíciles de asimilar como propios.

Janine Puget (2005) postula que la noción de vínculo, da cuenta de un movimiento subjetivo, se crea un espacio inviolable, que se amplía en cada intercambio entre dos o más sujetos, cuya cualidad esencial es la alteridad de que cada uno se impone al otro o a los otros. El encuentro tiene siempre algo inédito e impensable previamente, algo que no estuvo antes.

Dice Berenstein (2004) que un sujeto deviene otro desde el vínculo con el otro, donde ninguno de ellos es el centro de sí mismo, ni de la relación, sino que ambos se producen como sujeto, a partir de determinadas relaciones de poder que recorren el vínculo.

El sujeto se sostiene en la pertenencia inherente al vínculo, y en la identidad inherente al yo, ambos concurren en la construcción de la subjetividad.

El vínculo a diferencia de una relación, marca, modifica, no somos los mismos en los diferentes vínculos que habitamos.

Llamaremos “otro” al que además de un sector semejante y uno diferente ofrece al yo, un sector “ajeno”. Que impone algo que excede al sujeto. La ajenidad define al otro y su presencia. Es ajenidad en una relación significativa, todo aquello del otro que los sujetos no logran inscribir como propio.

Es inherente a la ajenidad que nunca se logre incorporar totalmente al Sujeto, sea el propio yo o el otro sujeto.

Así la subjetividad no queda restringida a la repetición y al pasado, sino que el psiquismo estaría capacitado de recibir nuevas inscripciones en cada experiencia significativa. Se piensa en un psiquismo abierto a la posibilidad de que nuevas marcas a lo largo de la vida, a través de vínculos y encuentros que sean productores de subjetividad.

Moreno,J(2014) propone una alternativa según la cual el sujeto varía en cada presentación. De esta manera distingue “sujeto” de “habitante”. El concepto de “habitante de una situación” refiere a lo discontinuo, aquello que se presenta y no estuvo incluido. Por lo tanto explica el autor que habría dos configuraciones, “el sujeto” que pone en juego el principio de recursos asociativos en un mundo representado en un tiempo cronológico, y “el habitante”, que conecta algo de lo inconsistente de la situación que habita, donde existen presentaciones no representadas.



En la vincularidad postulamos que cada encuentro con significado implica un origen, es decir una novedad, ya que no existen inscripciones previas a ese encuentro. Cada encuentro es significativo si logra modificar a quienes lo producen. En otros términos, la presencia pone a trabajar al psiquismo a partir de lo que se presenta y no solo de lo que representa.

Pensar lo vincular desde la perspectiva de producción de diferencias, incluyendo la semejanza, la alteridad y lo radicalmente diferente.

El vínculo transita el camino del hacer, es novedoso en el sentido de producir efectos no conocidos. Pensar en los vínculos, es ubicarse “desde el medio “en el “entre” y a partir de allí, analizar las condiciones de producción.

Desde la vincularidad se postula la multiplicidad del sujeto. Las distintas marcas dadas por la pertenencia a vínculos, componen la multiplicidad del sujeto, aquello por lo cual no es el mismo en las distintas relaciones. Dice Puget, J que el sujeto se va haciendo y va siendo con otros.

En virtud de esta nueva concepción, los autores hablan de un psiquismo vincular abierto, es decir, que tiene múltiples inicios. Puget (2003) desarrolla la hipótesis de que “la representación es una dimensión que está en crisis“.

La subjetividad no está hecha de una vez y para siempre, sino del interjuego de continuidades y fundamentalmente discontinuidades. De este modo se llama “nuevo” a lo no prefigurado, a lo imprevisto, al acontecimiento, a lo incierto que sorprende a la subjetividad.

El vínculo exige un trabajo, tiene un costo, al cual ha llamado J. Puget (2010) el “impuesto a pagar”, se trata de hacer algo que necesariamente descoloca de un posicionamiento narcisista a quienes habitan el vínculo.

Los padecimientos derivados de la presentación, pasarán por el duro trance de admitir que el sujeto se altera y modifica porque no es lo que era, sino algo nuevo que se agregará a lo anterior. Nuevos territorios, nuevos devenires.

Para que eso, lo novedoso tenga lugar, ha de haber un cambio en la significación.



La teoría psicoanalítica vincular considera la multiplicidad de determinaciones para la constitución de un sujeto.

La vincularidad plantea que el sujeto no es solo determinado por sus experiencias infantiles, sino que además, se vuelve fundamental su inclusión en vínculos significativos, a medida que se desarrolla en tanto instituyentes de subjetividad, donde toma relevancia, además de lo intra-psíquico, lo inter y lo transubjetivo, es decir, que estas tres instancias, influirán en la construcción de la subjetividad.

El espacio intrasubjetivo, abarca al sujeto y a sus representaciones, sus sueños, sus fantasías, sus imágenes. "Allí se alojan las representaciones del cuerpo, así como del propio funcionamiento mental" (Berenstein y Puget, 2007, p22)

Haciendo referencia a la direccionalidad de los espacios, este espacio se caracteriza por la unidireccionalidad, el sentido predominante es desde el yo hacia afuera.

Sin embargo, Puget sostiene la bidireccionalidad desde el nacimiento, dada la interrelación de la díada madre- hijo.

En el espacio intersubjetivo, el sujeto está con otros. Para Berenstein la presencia del otro es "inexorable" en el sentido que el objeto condiciona al yo, constituyéndose el yo en esa relación, el yo "obtiene la forma de ser sujeto" (2007, p. 12)

Dentro de ese espacio, Berenstein y Puget, sostienen que se encontrarán los modelos de la pareja y familia, extendiéndose a las amistades.

En este espacio intersubjetivo se da la representación inconsciente del vínculo. Contiene las representaciones inconscientes de los otros dentro del psiquismo, implicando las inscripciones de acuerdos y pactos inconscientes (Krakov y Pachuk 1998)

El sentido estaría dado por la relación con los otros, siendo ésta bidireccional.

El espacio transubjetivo, corresponderá a las representaciones de la sociedad, como son los valores, las creencias, los principios morales, la ideología y la historia. Puget, a su vez, agrega que el espacio transubjetivo, estaría conformado por "las representaciones del mundo externo real", en las dimensiones social y física, relacionados con la ideología, el poder, la religión y la pertenencia.



Partiendo de estas conceptualizaciones antes mencionadas, al efecto de presencia me parece importante incluir el concepto de imposición, que pasaré a describir.

Las características que los autores postulan sobre la **presencia**, permiten describir el mecanismo propio y constitutivo del vínculo, esto es el mecanismo de "la **imposición**"- en el sentido de acción independiente del deseo, que tiene carácter instituyente y de obligación-.

Berenstein, I (2004) define a la **imposición**, como aquel mecanismo por el cual el sujeto se instituye a partir de inscribir la pertenencia a la relación y a aceptar que se es instituido por ella. Constituye una marca fundante y lleva a asumir una serie de acciones que convierte a cada cual en sujetos de esa relación y no de otra. Este sentido de la imposición le otorga al vínculo la posibilidad de que surja la novedad, es decir de que ocurra aquello que previo al encuentro, el sujeto no tiene.

Berenstein (2004) llama **imposición** a la acción de otro sobre el yo, o de éste sobre otro, que establece una marca no dependiente del deseo de quién la recibe, y se realiza sobre la base de una relación entre quién impone y a quién le es impuesta. La imposición es el mecanismo "constitutivo del vínculo" y su no tolerancia da lugar a la violencia. Dice el autor, que imponer es una acción instituyente, tiene carácter de obligatoriedad ya que debe hacer un lugar donde no lo había antes, hacer una marca, que establece un "nuevo" significado a cada sujeto del vínculo. De esta forma el psiquismo estaría capacitado de recibir nuevas inscripciones en cada experiencia significativa. Cada encuentro es significativo si modifica a quienes lo producen.

Dice el autor que en base a la identificación se produce un yo escindido y en base a la imposición se produce un "sujeto múltiple" e indeterminado, puesto que se determina tanto en la relación con el yo- cuerpo y lo pulsional, como en el vínculo con el otro y con los otros.

El "hacerle" un lugar a eso que se presenta y que no puede ser incorporado se denomina efecto de presencia, y es lo que inaugura el encuentro con el otro.

La **presencia** es esa cualidad, suerte de evidencia del otro que incide fuertemente en mí como sujeto o si es mía incide en el otro, impone una marca, me y lo modifica.

La **presencia** es inédita, es súbita, sorpresiva, no es esperable y en un primer movimiento, la pulsión se propone revestirla y asociarla con lo ya representado.



La presencia de la ajenidad produce un sentimiento de incomodidad, perplejidad y origina una gran resistencia.

Puget, J (2015) explica que el propio cuerpo impone su ineludible presencia: el cuerpo es lo propio y lo apropiado y de él tenemos noticias, por momentos puntuales, de la serie del dolor/ sufrimiento y placer / satisfacción e insatisfacción, de la enfermedad, de los valores propios de cada sujeto, de la mirada del otro.

La autora cita a Nancy, J.L, (2000) quién creó el término el **intruso** en un bello texto que transforma una noticia penosa: su grave enfermedad cardíaca y su posible trasplante.

Allí concluye que nada es tan extranjero ni tan propio como el cuerpo, como el cuerpo del otro o de los otros. “Se introduce por la fuerza “afirma” sorpresivamente o por astucia, sin derecho, sin haber sido admitido “(p.11)

Dice Puget que el cuerpo enfermo de uno de los componentes de un vínculo, en este caso el hijo enfermo de cáncer, impone una presencia exigente y promueve reglas de intercambio acordes con la disponibilidad de quienes habitan ese espacio.

A modo de síntesis, planteo la irrupción de la enfermedad oncológica de un hijo, como una presencia que se impone, imposición de lo ajeno irreducible, presencia que descoloca que genera incertidumbre. La vivencia de continuidad se interrumpe, teniendo la sensación de estar a merced de algo extraño, ajeno. Lo imprevisto no se anticipa, se presenta y hay que hacer algo con eso, crear algo nuevo. Esto nuevo que irrumpe, “la enfermedad”, que impone una marca, producirá cambios en las subjetividades de todos los miembros de la familia.

4.2 La Familia y sus vicisitudes:

Según Berenstein I.⁵ “Una familia es un conjunto de personas vinculadas por la pertenencia tanto al sistema de parentesco, como al de la lengua. Estos dos sistemas comprenden un largo período de tiempo vivido y transitado en común, como también una relación donde se obligan a compartir un tiempo actual llamado cotidianeidad. “

⁵ Berenstein, Isidoro (1996) Psicoanalizar una familia Paidós Psicología Profunda. Bs As



La familia se constituye como un conjunto de lugares y de vínculos ocupados por sujetos y estos lo hacen a través de sus acciones. Las acciones pueden estar previstas (sería aquello que se debe hacer de acuerdo a lo prescripto) Pero también hay acciones que se realizan en cada momento, que resultan de la posible inventiva a realizar en el conjunto para resolver algunas cuestiones. Sería una tarea más creativa.

El hecho de ocupar lugares en la familia y que cada uno tenga nombres de parentesco, el lugar del padre, el lugar de la madre, el lugar de hijo, y el cuarto lugar, lugar del representante de la familia materna o avunculado.

Estos lugares están relacionados y estas relaciones o vínculos tienen nombres: Vínculo matrimonial o de pareja, vínculo de filiación (aquél que une a los padres con los hijos) vínculo fraterno, y el vínculo avuncular (el del hijo con el tío materno)

Berenstein señala, que reflexionar sobre familia implica pensar desde tres posibles modalidades:

- 1) La más cercana a lo biológico, (sangre de tu sangre)
- 2) La más cercana a la posición en el parentesco donde se establecen lugares para cada uno...con el legado transgeneracional (la matriz de parentesco)
- 3) Padres e hijos haciendo, produciendo un vínculo.

Quiero rescatar de este último punto la producción conjunta, este hacer o construir el vínculo, pensando a la familia de esta forma, como una institución que se transforma y se altera.

La importancia del lugar de los padres, es dada en consonancia con el lugar que le dan al hijo, y que dependerá de cómo ambas partes van al encuentro, se relacionan y van construyendo un vínculo.

Rojas,MC, (2007) desde un enfoque de la complejidad, propone que la configuración familiar se va construyendo, deviniendo y transformando. Habilitando la creación de lugares y vínculos novedosos, la idea de construcción implica flujo, devenir, transformación. En la organización familiar el fluir auto-organizativo implica la deconstrucción y construcción constante de lugares.



La autora caracteriza a la familia como una organización vincular abierta y compleja en la que se despliegan niveles inconscientes, configuración vincular transformable anudada en la trama Sujeto- Vínculo- Cultura. Postula que la familia al acoger al niño en el momento de su nacimiento, se hace cargo de modo preferencial de la función de constitución subjetiva, a través de dos operatorias, de sostén y de corte y de procesos de investidura libidinal y narcisista.

Desde este enfoque vincular pensamos a la familia como un sistema abierto, donde el nuevo suceso, la enfermedad, el cáncer en un hijo, no tiene un lugar que la espera, se presenta y es imprevista e imprevisible, azarosa e incierta. La familia afectada deberá hacerle un lugar a la enfermedad que antes no lo tenía y modificarse.

El hacer vincular familiar, se refiere a la construcción de una pertenencia, de una convivencia y de una historización, de una manera particular y singular, de un conjunto de sujetos llamados familia.

Es a partir de los efectos de presencia que se engendran prácticas singulares a un vínculo que permitirán habitarlo, produciendo un sentimiento de pertenencia.

Desde esta lógica del Dos, se rompe con la idea de estructura, de lo establecido de una vez para siempre. La familia tendrá que crear un espacio de diálogo y procedimientos adecuados para ir apropiándose de lo que va sucediendo y poder habitar nuevos lugares, sin que ello implique un “para siempre”. Pensar desde un hacer “entre” los sujetos que habitan la producción vincular y los efectos que ese hacer a su vez produce.

La familia, considerada como un sistema abierto, la familia afectada por la enfermedad oncológica de un hijo, posiblemente existirá más de una posible salida a la situación crítica. Las posibilidades son muchas, pero finalmente alguna dará un nuevo equilibrio al sistema.

En el mejor de los casos de ser posible, deberán adoptar un enfoque positivo de la situación, la esperanza como motor que los impulse a actuar y a superar los obstáculos.



4.3 Parentalidad, Vinculo parento –filial:

Vivir el diagnóstico de cáncer del hijo es una experiencia repentina, el lugar de los padres no es fijo, precisará ser revisado, construyendo un nuevo vínculo con su hijo enfermo.

Esta experiencia es una ruptura en sus biografías, buscarán acompañar a su hijo en todo momento luchando contra la enfermedad, comprendiendo que ese es el tiempo del niño y de luchar por su vida. Buscarán estar disponibles, protegiendo al hijo de las amenazas que la enfermedad provoca. Se transformarán en el apoyo y soporte de su hijo, protegiendo la integridad del niño para que continúe viviendo su historia a pesar del cáncer.

Es necesario fortalecerse en la batalla y fortalecer al niño. Todo esto los padres lo realizan por amor a su hijo. El foco de su vida es luchar por la vida de su hijo enfermo.

Habrá que hacerle lugar a la presencia de la nueva situación y a la incertidumbre que despierta, enfrentar lo desconocido de dicha situación, alojando lo nuevo, lo diferente a lo esperado.

Una alternativa para poder pensar el vínculo parento-filial, desde una perspectiva de descentramiento de las denominaciones y funciones, es lo que plantea la Lic. Sonia Kleinman (2010) como los vínculos familiares en el devenir padres e hijos, desde el “hacer vínculo”.

La autora presenta el vínculo padres-hijos como lo paradigmático de lo que usualmente se llama hospitalidad. Un anfitrión (padres) que recibe, acoge, inviste y un huésped, hijo, que es acogido, cobijado.

....” La hospitalidad no pertenece originalmente ni al anfitrión, ni al invitado, sino al gesto mediante el cual se dan la acogida” “Es ese movimiento de invitación” Derrida (1997)

La hospitalidad, dice el autor es ese “gesto de invitación” que implica ser huésped y anfitrión, al mismo tiempo, en simultáneo. El hecho hospitalario se produce en lo impredecible, en los efectos de presencia, a diferencia de lo ya representado en la fantasía.



Por mi parte pienso, que frente a la sorpresa de encontrarse siendo padres, de su hijo enfermo de cáncer, ellos mismos se desconocen y se encontrarán haciendo cosas que nunca se hubieran imaginado. Tendrán que hacer algo con lo ajeno propio y lo ajeno del hijo y alojarlo.

La paternidad, maternidad y el ser hijo, devienen en un hacer conjunto, frente a la enfermedad descubrirán nuevos modos de ser padres e hijo.

Pensar como habitan esa vincularidad, pensar con un enfoque situacional, habitar un lugar, construirlo, crear un territorio. La propuesta es la de un hacer errante, en movimiento, exploratorio, sin lugares fijos a los cuales aferrarse.

El hacer vincular requiere de figuras errantes, en el sentido de la disponibilidad para habitar episodios, sucesos imprevistos. No se es padre / madre, antes de hacer, de estar con su hijo en esa situación. El errar, es un andar exploratorio, sugiere desplazarse en la intemperie, sin vivirlo como catastrófico. En el errar, no hay lugares fijos a los que aferrarse y desde ahí estar con otros. Hay territorios, o sea aquello que es necesario recorrer, construir, para dar cuenta de formas singulares de existencia. Implica ir recorriendo, mapeando, dejando lugar a lo indeterminado.

La incertidumbre promueve un estado de perplejidad que conmociona y puede llevar a la paralización o llevar a la invención de recursos.

Será necesario, para estos padres, ir construyendo su lugar como padres, habilitando un espacio de poder y sostén en el vínculo con su hijo enfermo. Se trata de una "construcción conjunta" que va adquiriendo un significado propio de esta familia, se van constituyendo nuevos ámbitos de producción de sentido.

Tendrán que habitar esta situación de la enfermedad, producir nuevos modos de hacer entre ellos. Al principio lo nuevo no puede ser entendido porque no hay categorías para pensarlo. Es necesario que se establezcan nuevas categorías distintas a las ya existentes, para que todo lo nuevo que vaya surgiendo en esta familia, pueda ser pensado desde otro lugar. Pensar lo nuevo que les está sucediendo desde otros territorios, que los implique en una zona de diferencia.

Un vínculo que permita el despliegue de sus singularidades y que permita surgir las diferencias. Se trata de ir creando una vincularidad que enriquezca, habitando las situaciones y alojando lo azaroso.

En estas familias, implicaría salirse del como siempre, y pensar lo que les está sucediendo, desde un nuevo territorio emocional vincular, crear un nuevo territorio que los implique en una nueva zona de diferencia. Buscar nuevos modos de hacer entre ellos, promoviendo un cambio en la dinámica familiar. El conjunto y las nuevas subjetividades se irán modificando y se irán constituyendo en nuevos vínculos, nuevas experiencias, imposibles de cerrarlas.



Cap. V: Dolor y Sufrimiento vincular

Bouquet E. y al (2008) destaca que la definición del dolor integra un concepto fisiológico esencial, que está en relación con la lesión de los tejidos orgánicos. Tener dolor significa que hay una lesión. La aparición de fenómenos dolorosos nuevos puede marcar irreparablemente al cuerpo y a la psiquis como una cicatriz inalterable, aunque el dolor haya pasado.

En la base del encuentro analítico está el dolor, uno o varios exponen su dolor o sufrimiento y el analista intenta darle cabida a esa experiencia del dolor. El dolor siempre concierne al doliente ante otro, alude a la presencia, su ausencia, su pérdida, dolor que se origina en el eje encuentro- desencuentro y culmina en un grito que compromete siempre a otro. Es difícil acercarse al dolor, es difícil medirlo, los psicoanalistas “lo escuchamos”.

El dolor es afecto, el dolor acompaña al doliente, impregna su vida.

Entre el dolor como puro afecto y su representación, se pone en juego el trabajo del análisis.

Freud en el “Proyecto”(1895) definió al dolor como variaciones excesivas en la vida psíquica, que amenazan su organización. En ese momento de su obra, prima, la idea de exceso de afecto, el dolor como afecto disruptivo y exógeno, que desorganiza al aparato psíquico. Allí Freud describía al dolor físico. El autor explica que le corresponde al yo moderar, ligar y cualificar ese quantum de dolor que inunda al aparato.

Luego en “Duelo y melancolía” (1915) habla del displacer de dolor. El carácter doloroso por excelencia según Freud, es el duelo. Aquí se evidencia la concepción del dolor ya no como puro afecto, sino en su carácter representacional y sobre todo en relación a una pérdida.

Juan David Nasio (1996) dice que el dolor ya sea físico o psíquico siempre es un fenómeno límite. Según el autor es un fenómeno mixto que surge en el límite entre el cuerpo y la psique. Explica que el dolor es un afecto, el último afecto, la última fortaleza defensiva ante la locura y la muerte. Es un puro real, emoción brutal, hostil. Es como un sobresalto final que da testimonio de la vida y de nuestro poder de recuperación.



El autor sostiene que tanto el dolor psíquico como el dolor corporal, remiten a una causa definida y puntual que los provoca. El dolor testimonia un trastorno profundo en la vida psíquica.

Nasio plantea que el dolor sigue un complejo proceso que puede descomponerse en tres tiempos: comienza con una ruptura (la pérdida), un segundo tiempo de conmoción psíquica que desencadena la ruptura (el caos que esa pérdida produjo) y culmina con un tercer tiempo, con una reacción defensiva del yo para protegerse de la conmoción.

En el dolor corporal la sobreinvestidura recae en la representación del cuerpo lesionado.

El yo siente el dolor local de una herida y experimenta el dolor indefinido y penetrante de una perturbación interior. A los ojos del yo sufriente, es una efracción frontal, invariablemente periférica.

El dolor, dice Nasio, resulta de una doble percepción, una inclinada hacia el afuera (percepción externa) para captar la lesión y la sensación dolorosa y la otra vuelta hacia el adentro, percepción interna para captar la perturbación psíquica que se produce consecuentemente. La homeostasis del sistema psíquico, resulta rota y su principio regulador, el principio de placer se encuentra momentáneamente abolido. El dolor es un afecto que resulta de la sobreinvestidura de la representación del órgano lesionado y simultáneamente de la desinvestidura del mundo exterior. Se genera una investidura elevada, narcisista, del lugar doliente del cuerpo.

La irrupción de la enfermedad o más bien, el malestar asociado a signos corporales, dan visibilidad al cuerpo silenciado en la cotidianeidad y desafían el estatuto de la problemática del cuerpo. (Good 1994)

Los síntomas físicos representan el avance de la enfermedad. Son formas de interpelar al cuerpo. Presentan una forma de hipervigilancia del cuerpo, donde las sensaciones corporales son interpretadas como un síntoma del avance de la enfermedad.

El propio cuerpo se constituye en foco de incertidumbre. El cuerpo enfermo con dolor, interpela y es interrogado de forma renovada. El enfermo se convierte en un lector, un descifrador de su propio cuerpo.



Cuando el cuerpo se enferma, se enfrenta también al dolor físico del cuerpo doliente, este dolor es un "...hecho personal encerrado en el concreto e irrepetible interior del hombre y el sufrimiento una experiencia incomunicable" (Le Breton, D, 1999)

El dolor es una experiencia subjetiva en las que factores como la cultura, la tradición, las vivencias previas, la educación, el sexo y la personalidad juegan un papel importante. En este caso, lo que causa el dolor es la enfermedad, el cáncer.

El dolor es uno de los síntomas más temidos en la enfermedad por cáncer, tanto por quién lo padece como por su familia.

Es uno de los síntomas que mayor malestar genera en el paciente. Puede ocurrir como consecuencia de la misma enfermedad o de los tratamientos.

En general existe una dificultad para comunicar el dolor.

Fischbein, J (2008) plantea dos conceptos del dolor, uno relacionado con lo cuantitativo, con la ruptura de la barrera antiestímulo, concepto emparentado con el choque, y la efracción y otro vinculado a lo representacional y a la pérdida de los objetos que aportan gratificaciones libidinales.

El primer concepto está relacionado a la idea de trauma y el segundo, con el trabajo de duelo.

El autor afirma que mientras en el dolor se juegan las catexias narcisistas, en el trabajo de duelo se juegan las catexias objetales.

Evocar la vivencia de desamparo, presentifica a la muerte.

En la enfermedad, el conflicto es experimentado como una lucha del sujeto con una exterioridad, no vivenciada como propia, una exterioridad, que lo somete. Esta exterioridad es el soma. Lo somático al pertenecer al orden biológico es ajeno al sujeto psíquico.

En consecuencia se genera un vínculo apremiante con un cuerpo vivido como extraño, que requerirá ser incluido – a posteriori- en lo representacional. Al estar involucrado un soma lesionado, aparece el riesgo de muerte real.



Dice el autor que clínicamente, en los comienzos del proceso de enfermar orgánicamente, observamos dificultades para abordar vivencias dolorosas, no hay posibilidad de hacer duelos, el psiquismo se muestra como si estuviese vaciado y el discurso remite solo al presente. Recién cuando reaparece la cronología, elemento indicador de que el sujeto comienza a abordar sus pérdidas, con un antes y un después, se desarrolla la posibilidad de organizar estructuras fantasmáticas que nos hacen posible inferir la reorganización intrapsíquica.

Dentro del vínculo con el otro significativo, se comienza a escribir la historia del porque y el para que de la enfermedad, este proceso es la historización que le da sentido al devenir de la persona.

El dolor es una de las inquietudes principales del paciente oncológico. La sensación de dolor es un mecanismo protector del organismo, que alerta a la persona que lo padece de que algo funciona mal y le incita a llevar a cabo alguna acción para disminuir o eliminar este dolor. Las conductas de dolor son las que lleva a cabo la persona para recuperar su bienestar y la mayoría se adquieren durante el proceso de socialización.

Por ello, los niños muy pequeños cuentan con un repertorio limitado de conductas de dolor; no saben expresar verbalmente las sensaciones dolorosas y, cuando adquieren la capacidad de expresar o reconocer la fuente de dolor, no tienen autonomía suficiente para llevar a cabo acciones para eliminarla.

Berenstein,¹ (2009) dice que la experiencia del dolor físico, la observación del dolor físico del otro no duele, trae pena, lástima, conmiseración, una vivencia de desgarramiento pero no dolor físico. Sin embargo, la afectación asimétrica y la posibilidad de desarrollar acciones en esa situación, hacen a la experiencia de estar no solo con el otro doliente, sino entre nosotros viendo cómo hacemos y tratamos de resolver esta asimetría.

Nuestro propósito como analistas es escuchar el sufrimiento humano. Profundizando en el concepto de sufrimiento, tomo como punto de partida a Freud.

Freud,² (1930) planteó que “Desde tres lados amenaza el sufrimiento, desde el cuerpo propio, que destinado a la ruina y la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma, desde el mundo exterior, que puede abatir sus furias sobre nosotros con fuerzas hiperpotentes, despiadadas, destructoras.



Por fin, desde los vínculos con otros seres humanos“. Resalta que al padecer que viene de esta fuente lo sentimos tal vez más doloroso que a cualquier otro.

Dice Piera Aulagnier (1991) que el sufrimiento, pero más particularmente el del niño, rara vez deja indiferente la mirada de los otros. En la mayoría despierta, el recuerdo de la fragilidad, de la dependencia, de la necesidad de ayuda, conjunto de rasgos que forman parte de la representación que el adulto conserva dentro de sí, del niño que él fue.

Hornstein (1991) utiliza la palabra sufrimiento y plantea que el sufrimiento concierne al sujeto que todavía inviste y que está enfrentado a la pérdida, al rechazo, a la decepción que le impone un objeto investido. Dice que el sufrimiento es tanto una necesidad, como un riesgo. Es necesidad porque es aquello que obliga a la psique a reconocer la diferencia entre realidad y fantasía, es riesgo porque la psique ante el exceso de sufrimiento puede desinvertir aquello que la causa. De allí la idea de la existencia de dos tipos de sufrimiento: uno elaborativo, al servicio del Eros y otro no elaborativo al servicio de Thanatos.

Kovadloff, S (2003) diferencia dolor de sufrimiento. Dice que si el dolor es afecto, cantidad, se trataría de transformarlo en sufrimiento.

El dolor es siempre intensidad y denuncia la presencia de algo extraño que llama el “Intruso“. Por el contrario el sufrimiento convierte a un sujeto en persona, dejando de ser un doliente.

El autor plantea que al sufrimiento se accede, no es él quién nos busca, es la voz de la existencia, en cambio el dolor compromete al ser entero, amenaza al hombre en la aniquilación. El dolor obra de manera inconsulta: se autoimpone. Tiene la prepotencia de la fatalidad. Al sufrimiento, en cambio se accede. Es preciso salir a su encuentro. Kovadloff dice que el dolor habla de la muerte y aclara que no somos como se suele referir “seres para la muerte“ sino que somos seres ante la muerte. El ser para, implica resignación, sin cuestionamientos, en cambio el ser ante, nos plantea dilemas nunca resueltos del todo.

Moscona, S (2011) explica que el dolor avasalla al sujeto, el sufrimiento en cambio, es lo que el sujeto logra hacer con el dolor. Aclara que es una actitud subjetiva y creadora, es implicarse subjetivamente y hacer algo con él.



Dolor por las pérdidas y duelos, pero también por el caos que producen las pulsiones perturbadas por la conmoción traumática. El yo no puede asimilarlo porque el dolor convulsiona todas las referencias de espacio, tiempo e identidad.

Gomel,S y Matus,S (2011), explican que si sujeto / vínculo / cultura constituyen una trama, solo es posible puntuar predominancias en relación al sufrimiento en sus tres dimensiones; subjetivo, vincular o social. Dicho de otro modo cada vez será un determinado tipo de sufrimiento el que salga a escena.

Las autoras definen al sufrimiento vincular como el producido en los sujetos de un vínculo por su pertenencia al mismo. Esto no implica que cada uno de ellos sufra de la misma manera. Cualquiera sea el sufrimiento- subjetivo, vincular, social- la sede del mismo es el sujeto.

M, Spivacow, (2011) plantea que los sufrimientos son siempre individuales, el que sufre es el sujeto. Define al sufrimiento vincular, como padecimientos que afectan a la familia, es aquel que deriva de funcionamientos vinculares.

El autor describe al sufrimiento, como el registro consciente de un malestar. Plantea que la estrategia frente a los sufrimientos debe ser la de encontrar, inventar un “saber hacer” como propone Lacan. Poder desarrollar un saber hacer con los conflictos y los sufrimientos.

En el caso de este ensayo, la enfermedad de un hijo, sería el motivo de sufrimiento que afecta a los miembros de la familia. Cada miembro de la familia sufre de manera diferente, pero el sufrimiento está sustentado de tal modo que el funcionamiento de uno de los miembros, condiciona al del otro, en el que se apoya.

Nuestro trabajo como psicoanalistas consistiría en otorgarle un sentido al dolor para hacerlo soportable y que se transforme en un dolor simbolizado. Sería darle un sentido al dolor y que decante en sufrimiento.



Cap VI. Trauma y/o Acontecimiento.

Cuestionando el pensamiento lineal y abriéndonos al pensamiento complejo, me interesa diferenciar las categorías de trauma y acontecimiento, las cuales proceden de campos epistémicos diferentes.

El interrogante que entonces surge, es que efectos produce la enfermedad en el sujeto-niño-adolescente y su familia. Considerando los efectos de la enfermedad como una concepción más determinista del trauma o desde una lectura acontecimental, considerando que la irrupción de la enfermedad produce un efecto transformador y creador en las subjetividades.

Entendiendo al trauma como exceso a elaborar y acontecimiento como postula Badiou, A (2003) como creador de posibilidades.

El trauma psíquico se entiende como la condición en la cual el yo se encuentra ante exigencias tales que no puede escaparse.

Laplanche y Pontalis (2007) sostienen que el traumatismo psíquico es un acontecimiento de la vida del individuo que se define por su intensidad, la incapacidad para responder adecuadamente, la conmoción y los efectos patógenos verdaderos que causa en la organización psíquica. En términos económicos el traumatismo se caracteriza por afluencia de excitaciones que es excesiva, en relación a la tolerancia y la capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones.

El recorrido de los textos freudianos ofrece dos perspectivas con relación al trauma psíquico. Según la primera, el "trauma en dos tiempos", la herida, es decir, la efracción, se produce en un momento a posteriori, como consecuencia de la convergencia de los dos tiempos. Esto fue enunciado por Breuer y Freud (1893) como una experiencia que evoca situaciones desagradables: una situación actual resignifica un hecho del pasado, otorgándoles carácter de trauma. Desde manifestaciones solapadas, difusas, los efectos son observables a posteriori. La segunda perspectiva plantea que lo traumático irrumpe a través de cantidades excesivas de excitación. Freud (1917) lo concibe como una experiencia que aporta un cúmulo de estímulos no tramitables mediante los recursos habituales del sujeto.



Freud en “Inhibición, síntoma y angustia” (1926) plantea que la instancia yoica, al desencadenar la señal de angustia procura evitar ser sobrepasada por la angustia automática que dispara la situación. Ante ella el yo está indefenso y la sobrecarga ataca al yo; desde afuera montos de excitación que, en apariencia no representan peligro, implican una agresión.

En “Análisis terminable e interminable”(1926) amplía la noción de trauma y plantea, que en la situación traumática, coinciden peligro interno y peligro externo. La situación no es asimilada por el sujeto, ya que el aparato psíquico es incapaz de tramitar la excitación, sea esta un episodio único o una acumulación excesiva de excitaciones.

Tomando el concepto de **acontecimiento**, Badiou,A(2003) define el acontecimiento como la creación de una posibilidad y la Idea es el nombre general de esta posibilidad nueva. Acontecimiento es la convicción de que puede surgir una posibilidad distinta de aquello que hay, que no es creación de una nueva realidad, sino expectativa de una posibilidad que se ignoraba. Es decir no estaba en el horizonte de lo existente, allí hay expectativa de esperanza en tanto posible apertura, posible creación. Dice el autor que todo dependerá de que esa posibilidad propuesta por un acontecimiento, sea captada, trabajada, incorporada, desplegada en el mundo.

El acontecimiento tiene la capacidad de engendrar un tiempo propio, lo nuevo marca un punto cero de origen. Se instala una nueva temporalidad. Comienza una nueva significación. El autor destaca la importancia de hallarse en la disposición subjetiva de reconocer la nueva posibilidad, estar dispuesto a acoger al acontecimiento.

Berenstein (2004) describe al acontecimiento, como aquello que se presenta sin que anteriormente se le haya dado un lugar, por ello la estructura psíquica debe hacer movimientos y resignificarse para otorgarle un espacio nuevo.

Junto al acontecimiento deviene el sentimiento de ajenidad, producto de la sorpresa del hecho, el autor define ajenidad como:

“Aquello del otro que no se puede homologar, ni en lo semejante, ni en lo diferente y es inherente a la presencia del otro. Compone una situación, a ser pensada desde el Dos, pensamiento que requiere entre otros al concepto de imposición. (...) ve en el enfrentamiento con la ajenidad una salida si se quiere optimista: ésta herida impone un trabajo y forja un lugar con marcas para albergarla. (Berenstein, 2004, 529-534)



Ofrece distintas figuras para comprender el concepto de ajeno, refiere al desconocido, al extranjero, al refugiado, pero destacando que hay dos maneras de resolver este estado entre la hostilidad, el rechazo, la eliminación, o la hospitalidad, que lleva poder alojarlo.

El acontecimiento es un hecho nuevo que emerge, que es imprevisto, no cabe en el saber, sino en el suceder, en el devenir. No es del orden del ser, es irrepresentable, no tiene lugar sino que deberá hacerlo, se sustrae a todo enunciado y solo se puede enunciar después, cuando se ha sustantivado. El acontecimiento no es posible aprehenderlo hasta después de producido. Su existencia genera una modificación, si obtiene un lugar para el yo, se instala una nueva subjetividad.

El acontecimiento, la novedad es, en algún sentido, invisible, innombrable hasta que adquiere visibilidad y nombre. Adquiere un lugar y solo después se puede enunciar.

Lewkowicz, I (2002) plantea que con el trauma se busca asimilar lo que irrumpe, sin alterar la estructura previa. Explica que el acontecimiento sí exige y produce una alteración de la lógica previa. Requiere de una transformación subjetiva para ser tomada. Algo ocurre que no tiene lugar en esa lógica, irrumpe y desestabiliza la consistencia de esa lógica.

Dice Lewkowicz,⁶ que el trauma, remite a la suspensión de una lógica por la presentación de un término que le es ajeno. Se trata de un estímulo excesivo que no puede ser captado por los recursos previos.

Si entendemos a la enfermedad de cáncer como trauma, sería lo que deja perplejo, deja sin respuesta por su evidencia e intensidad desmesurada. Pero esa intensidad paulatinamente va cediendo y trabajosamente, se busca asimilar lo nuevo.

El autor aclara, que el trauma no supone ninguna alteración radical, si se produjera un lugar heterogéneo la variación sería acontecimental. Si concebimos la irrupción de la enfermedad como un acontecimiento, según Lewkowicz, (2002) no se reduce a pura perplejidad frente a lo inaudito, se trata de la capacidad de lo inaudito para transformar la configuración que ha quedado perpleja frente a él. El acontecimiento requiere de una transformación subjetiva, lo exige, lo produce, lo funda.

⁶ <http://www.pagina12web.com.ar/diario/psicologia/9-75>



Lo decisivo se juega en la producción de nuevas subjetividades, capaces de habitar las transformaciones inauguradas por esa ruptura.

Gomel,S (1976) expresa que el trabajo de ligadura y elaboración realizado por aquel psiquismo que vivencia una situación traumática, es tan fundamental como las posibilidades que le otorgan el entorno para tal elaboración, en esta línea enuncia:

“La cualidad traumática de determinados eventos familiares no depende exclusivamente de lo sucedido, cuenta también la posibilidad que el grupo haya tenido o no de otorgarle algún sentido, a partir de la riqueza y la complejidad de la trama simbólica- imaginaria tejida en la intersubjetividad“(p. 41)

Intentando reflexionar en torno a los aportes referidos, adhiero a pensar que cuando acontece e irrumpe el cáncer en un hijo, los padres se enfrentan al dolor de la pérdida de su hijo sano, se impone la realidad de su hijo enfermo, ese hijo enfermo que se siente ajeno.

El acontecimiento inesperado, implicará que la familia se reacomode modificando nociones previas para dar lugar a lo desconocido.

En ocasiones el sentimiento de ajenidad de los padres, es mayor que la posibilidad de identificarse y complementarse con su hijo, ganando la batalla la imposibilidad de actuar frente a la angustia de la noticia, esto sin duda dificulta y condiciona la relación vincular con su hijo enfermo.

“Si reina la ajenidad, nos topamos con la hegemonía de la imposibilidad vincular (...) y su efecto de déficit de lo simbólico y lo imaginario, vale decir, de la semejanza y la alteridad. Podríamos relacionarlo al mito de Drácula, en el cual hay espejamiento y aparece la angustia del no reconocimiento del otro. (Gomel,S ,p. 71)

Es importante que el niño/ adolescente, enfermo de cáncer pueda experimentar lo que le acontece; que pueda tener algún tipo de registro; “esto nuevo que me sucede, me pasa, no sé bien de que se trata pero lo acepto como una vivencia nueva en mí “



Este registro del acontecer, pide ser experimentado como propio. El registro subjetivo de los cambios corporales, buscando un registro psíquico donde inscribir la nueva imagen corporal.

Lo difícil es alojar lo impensado, algo que hasta ese momento no existía. Me interesa pensar sobre lo vincular, como productor de lo que está pasando, que no está dado de antemano.

La enfermedad es un evento del que la familia no sabe, y no pueden buscar la significación en algo anterior. Es un evento que acontece ahora, y cuya peculiar manera de hacer algo con él, dice lo que les está pasando a la familia en la actualidad.

Me interesa abordar “la enfermedad oncológica en un hijo“, desde un enfoque teórico diferente del estructural, que considere como eje fundamental la actualidad vincular. Se trata de pensar de nuevo, de inventar otras formas de pensar, abriendo a nuevas expectativas, en tanto posible apertura, posible creación. Se busca incluir lo inaugural, lo inédito, dándole lugar a lo indeterminado. De esta forma podrá surgir una posibilidad que se ignoraba.

Es probable que a la familia les resulte difícil transitar por la experiencia de habitar esta situación familiar que los excede y que no es a imagen y semejanza de lo imaginado y representado por ellos.

El paciente y su familia, se encontrarán dispuestos a habitar y hacer algo, sin saber a donde los conduce este proceso. Dando lugar a transformaciones subjetivas y vinculares.

Borensztein,L y Selener,G (2014) plantean que con una perspectiva estructural, con una lógica identitaria, nos centraríamos en la historia producida por la familia, en la línea de la repetición vinculada al trauma, lo desmentido y lo negado.

Las autoras explican que desde la otra perspectiva, la de actualidad vincular, con una lógica incierta, no se trata de conocer, ya que el conocimiento sólo cabe dentro de una lógica representacional, que siempre es identitaria. Se trata de pensar lo actual, pensar de nuevo, inventar otra forma de pensar, ocuparse de lo acontecido y habitar esta situación familiar que los excede.



Aclaran que con esta lógica incierta, no se busca develar, en la búsqueda de un origen que explique el presente. Es una producción de sentido actual que abre a múltiples líneas de fuga posibles, fuera de una lógica binaria y representacional, que produce efectos de subjetivación.

Las autoras diferencian lo impensable por dolor, exceso o conflicto, que sería la línea traumática, de lo impensado, lo inexistente, lo no producido, lo no creado, sería la línea acontecimental, de actualidad vincular.

“Solo podemos preguntarnos por las condiciones de emergencia, por los factores co-productores que se relacionan con la aparición de la novedad, que no solo genera algo nuevo, sino que reconfigura lo existente en tanto modifica la trama. La emergencia a diferencia de la causalidad, hace lugar al acontecimiento y al azar, rompe con la linealidad del tiempo y da cuenta del aspecto creativo de la historia.”
Najnamovich, D(2001).



Cap VII: Dispositivos Vinculares

Las intervenciones psicológicas con el paciente oncológico y su familia, representan hoy un valor terapéutico muy eficaz, probado que aumenta y mejora las posibilidades de vida y disminuye los efectos negativos de los otros tratamientos.

Centrar la mirada en las personas que sufren, como “sujetos de derecho”, en este caso los niños enfermos de cáncer, orientando las prácticas hacia los cuidados integrales.

Trabajando con la familia, desde un enfoque situacional, implicándonos como analistas, interviniendo, me pregunto ¿es posible producir efectos positivos en cuanto a la curación? Tal vez ayudando a los padres a no duelar a su hijo anticipadamente o a transitar la enfermedad de una forma distinta, motorizando la creatividad de todos. Quizás puedan hacer algo diferente entre ellos como familia, comenzando nuevas significaciones y transformándose como sujetos.

La clínica psicoanalítica no apunta a “borrar” ese dolor que invade al sujeto y a su familia, cuando es diagnosticado con cáncer. Busca darle lugar a la palabra, para que surja el deseo y el paciente se responsabilice de su enfermedad y tratamientos. Se trata de trascender la representación de un cuerpo enfermo, poniendo en un lugar de relevancia el deseo, una nueva apertura hacia la vida.

Quiero rescatar el sentimiento de **responsabilidad**, un hacer lo común, como explica Puget,J(2014) ser responsable es vivir una experiencia, habitarla en un espacio con otro, inventarla, se trata de operaciones del pensamiento. Dice la autora que es tomar la decisión de configurarse dentro de una situación. Ubica el sentimiento de **responsabilidad** en la dimensión intersubjetiva, sea ésta de dos o más otros.



En consecuencia, implica dar sentido a lo que es “hacer junto con otro” construir lo común. Al construir lo común, habrá que responder “de” y “a”, obligación y deberes lo que incluye un don o sea el despojarse de una totalidad creando un vacío, un “entre” de donde nace un vínculo.

Se propone una clínica como una experiencia de vida, interesándonos por la potencia, la invención en la multiplicidad, el encuentro.

Conviene en estos funcionamientos vinculares trabajar entre otros dispositivos, con un dispositivo familiar, que abarque a los protagonistas de este sufrimiento.

La estrategia en estos casos sería, inventar un saber hacer que metabolice estos sufrimientos por caminos distintos a la repetición y a la destructividad. Ayudar a construir un saber hacer con los conflictos y las desavenencias.

Crear dispositivos que favorezcan procesos de subjetivación.

“Nuestro trabajo, en psicoanálisis de las configuraciones vinculares, apunta a simbolizar y tramitar el sufrimiento vincular, brindando un marco de escucha, tratando de abrir ventanas con palabras e intervenciones, que hagan saber a los pacientes que “hay más luz “cuando se habla y se piensa a pesar de la inexorable oscuridad de los dolores del cuerpo, del alma, de la vida y de la angustia ante la muerte”.
Moscona,S(2011)

¿Cómo abordamos el sufrimiento de estas familias? Como plantea Selener,G(2014) corriéndonos de un lugar del saber, construyendo un encuentro de pensamiento, de esta forma será posible el armado de una experiencia vincular.

Una lectura desde la vincularidad permitirá pensar en la construcción vincular como en un devenir en la producción con otro.

Es necesario crear espacios donde la presencia del analista implicado en la producción del vínculo, apunte a la construcción de nuevos sentidos, de lo impensado que se presenta y no tenía representación. Armar una situación de pensamiento, los habilita a preguntar, interrogar, cuestionar, trabajar sobre la alteridad y la diferencia para poder construir juntos un nuevo camino de encuentro. Tolerando la incertidumbre, lo imprevisible, transitando y habitando el encuentro, generando efectos subjetivantes que producen transformaciones.

7.1. Dispositivos Múltiples

Para Foucault, el dispositivo es un organizador de todos esos elementos heterogéneos. Es el intercambio organizado estratégicamente el que construye una red inscrita en una relación entre saber / poder / subjetividad.

El término “dispositivo” es un concepto utilizado en el ámbito psicoanalítico, producto del giro epistemológico que se produjo a partir del pensamiento de la complejidad.

Lo que convierte en dispositivo es el vínculo que asocia, que conecta todos estos elementos de una manera y no de otra. La amplitud de elementos dados en su definición tiene el significado de resistir a todo discurso de verdad. Estos son artificios que, desde una dimensión productiva, hacen callar o hacen hablar. En este sentido, el dispositivo se ve influenciado por el momento histórico que atraviesa.

Saber, poder, subjetividad, son constituyentes de toda práctica y nos permite comprender el dispositivo en un estado de movimiento productivo, es decir, una potencia que impulsa hacia un objetivo y que, con este movimiento, promueve cambios en la subjetividad y en el vínculo.

Deleuze (1999) retoma el concepto de dispositivo de Foucault, este autor para explicar que es un dispositivo utiliza otra metáfora, conocida como la de agenciamiento, permite asociar a la idea de vínculo, proponiendo un hacer, un transitar en múltiples direcciones, un ensayar en espacios y tiempos diferentes. La idea de dispositivo como una máquina para hacer ver y hacer hablar- cada dispositivo tiene su régimen de luz, que distribuye lo visible y lo invisible- hace posible la aparición de algo nuevo.

Para Deleuze, la máquina no mueve sólo relaciones de poder sino que es una máquina de deseo, y es abstracta porque puede tomar cualquier forma: social, científica, técnica, etc. (Deleuze,1972)

La líneas de fisura, fractura o fuga (Deleuze,1999) de distinta naturaleza son componentes de visibilidad, de enunciación, no discursivas. Su aprovechamiento permite trazar un mapa y recorrer tierras desconocidas, investigar aspectos inconscientes del paciente. Instalarse en terrenos desconocidos, permitirá armar nuevas líneas de subjetivación. Rescato tres aspectos del dispositivo, la naturaleza estratégica, su heterogeneidad y su carácter reticular.



Habilitar distintos modelos en Psicoanálisis hace posible elegir el dispositivo que la situación amerite. La resistencia a pensarlos como universales dan oportunidad a lo creativo y a lo nuevo, a la singularidad del caso por caso. Sus resultados se evaluarán a posteriori, en el proceso de subjetivación y en el alivio del sufrimiento.

Mauer, Moscona y Resnizky (2014) definen al dispositivo como un sistema, una red de relaciones, en el cual elementos singulares adquieren nuevos sentidos, produciendo nuevas significaciones. Como dicen las autoras, las diferentes alternativas de un mismo dispositivo, entrevistas de familia, vinculares, individuales, iluminarán zonas diferentes del entramado vincular. Proponen diseñar con cada paciente y su demanda un dispositivo apropiado. Construir el dispositivo apropiado a dicha situación y estar atento a "lo desconocido que llama a nuestra puerta", como dice Deleuze, G (1968).

Es imprescindible abrir nuestro pensamiento creando espacios, dar lugar a los cambios, como verdaderas transformaciones. Cartografiando territorios fluidos, podremos producir sentido, concebir itinerarios, crear nuevas configuraciones (Najmanovich 2001)

Pensar a la situación clínica como la creación de un campo de posibilidades que pueda habilitar otra vez el flujo, en la configuración familiar, que desobstruya lo que está obstruido, con las herramientas psicoanalíticas, para que el movimiento se reestablezca y fluyan los procesos auto- organizativos.

La posibilidad de hacer juntos, arma situación. Se trata de habitar una situación. Donde se configuran diversos lugares, donde se crean espacios de encuentro. Tomando a Lewkowicz (2000) una situación se habita, si el que lo hace, nace al habitar, si se constituye ahí. Dice el autor que habitar una situación es la capacidad para ir produciendo actualidad, para ir circunscribiendo lo que tiene valor actual, disponer de la potencia para decir que hay un presente.

Como dice Janine Puget (2015) pensar desde el Dos, se trata de un "pensar con", o pensar entre dos. Ese pensar requiere un hacer que surge de la inesperada alquimia de elementos dispersos. Además comporta el desafío de un hacer con lo que excede, con los excesos. El pensar entre dos o más, genera un hacer algo a partir de lo que la alteridad de cada uno impone y crea. El motor es lo ajeno y la alteridad y ello siempre excede. En ese pensar con, el escuchar al otro es fundamental, el otro debe ser alojado momentáneamente.

Planteo una intervención terapéutica marcada por la apertura a la diversidad de cada caso y el descentramiento de las situaciones. Intervenciones que frecuentemente aparecen potenciadas por el trabajo interdisciplinario, buscando y favoreciendo el cambio subjetivo y vincular. Se trata de estar disponible a lo nuevo, a lo que estar por venir.

Los pacientes en general arriban al consultorio derivados por el oncólogo, niño y familia los cuales están atravesando un malestar urgente y real que demanda alojar angustias y sufrimientos causados por la enfermedad. Durante el tratamiento será necesario transitar los sentimientos de culpa de los padres, correr el foco hacia el enriquecimiento de emociones. Se trata de generar espacios de contención, elaboración y sostén de la crisis que atraviesa la familia. Potenciando recursos y produciendo nuevas herramientas.

Como dice Rubiños Fejerman,P (2014) “ El consultorio deviene espacio de experiencia para atravesar afectos tristes y de muerte, potenciar la alegría y la vitalidad y elaborar duelos por tratamientos, cirugías, y estudios médicos.”

En un primer momento es importante con el trabajo psicoanalítico, fomentar el ajuste y adaptación a las exigencias de la enfermedad. Que los miembros logren hablar abiertamente acerca de los problemas, reconocerlos, revisando los logros y las pérdidas.

Ayudándolos a comunicarse con los profesionales y participar y colaborar con los tratamientos. Es importante promover el crecimiento después de la crisis y fortalecer a las familias.

Recuperando la potencia de existir, reconectándose con la emoción y el deseo.

Promoviendo que entre los miembros de la familia se produzca apoyo emocional, diálogo, comunicación, colaboración mutua y compromiso.

En los encuentros terapéuticos con la familia, la idea es abordar la crisis de manera positiva para generar redes que fortalezcan y sostengan la trama vincular.

Tratar de posibilitar devenires y habitar el tiempo presente como acontecimiento. Apuntar con el tratamiento a correr el foco de la enfermedad y abrir las posibilidades vitales de toda la familia, se trata de ir creando una vincularidad que enriquezca.



Se busca producir un movimiento en la dinámica familiar, que puedan expresar los afectos, escucharse y escucharnos, para abrir a otro modo de vincularidad.

Con el trabajo terapéutico podrán habilitarse a conversar sobre lo que les está pasando, tolerando la incertidumbre, descubriendo nuevas potencias que no conocían, generando nuevas posibilidades de elaboración y de acción, vislumbrando que pueden dar más de lo que creen.

Es importante también ayudar a detectar como circulan en la familia, ciertos prejuicios o creencias en relación a la enfermedad. El temor al rechazo, la discriminación y la exclusión social.

El dispositivo familiar no sustituye la riqueza del análisis personal del niño, la indicación pertinente se define en el caso por caso. Situar a la familia en y con la familia abre otro camino de encuentro con su problemática. Los tratamientos pueden realizarse en simultaneidad y/o en sucesividad.

El análisis individual con el niño enfermo, alojando un acercamiento emocional singular, a través del juego, y de actividades gráficas, un espacio potencial de juego, en donde el otro pueda ser.

Quiero resaltar la importancia del **juego** y los dibujos, como elementos terapéuticos de niños con cáncer.

El **juego** creativo, capaz de producir nuevos posicionamientos, el jugar contribuye al alivio de sufrimiento, producción de diferencias para que alguna transformación sea posible.

Se trata de brindar condiciones para que el niño pueda comunicarse con el otro y pueda expresar sus fantasías, sus emociones, transformar la realidad, según sus deseos y necesidades y es una forma de ir elaborando lo displacentero.

Brindando un abordaje familiar, la familia logra transitar un cambio transformador, se posicionan de otra manera, encuentran un sentido a lo que les está pasando, se alejan del lugar de víctimas y se pueden recuperar como personas e intentar elaborar el sufrimiento personal y vincular que padecen.



Se trata del trabajo que habrán de realizar los miembros de la familia del niño enfermo de cáncer, para hacer algo teniendo en cuenta las diferencias, es decir sus respectivas alteridades. Mediante algunos intercambios adquirirán riqueza, ampliando el espacio entre dos.

7.2. Posición y lugar del analista:

La posición del analista en este tipo de trabajo, es muy comprometida, muchas veces atravesada por la incertidumbre y la angustia, que se constituyen en conductores de intervenciones. Cada paciente y su familia deja una marca y la subjetividad del analista es modificada por cada uno de ellos, y a su vez modifica la de los otros.

El analista activo, desde el primer momento contiene y regula, en una clínica situacional, rescatando el valor de la singularidad, a partir de una escucha y una mirada abierta a la diversidad.

Dice Puget, J, el analista en el campo vincular interviene tanto como miembro de dicho vínculo o sea como otro sujeto presente, que como **testigo** de un proceso interno de su paciente, para el cual, él es un objeto externo-interno, de su analizado o de la familia.

La autora aclara que el analista interviene como sujeto y como objeto. El analista como sujeto de la situación y al mismo tiempo afectado por la situación.

El analista debe implicarse en forma responsable en su trabajo, ser testigo de lo narrado por el paciente y su familia, acompañar, sostener y apuntalar.

El trabajo con este tipo de pacientes y sus familias incluye acompañamientos a lo largo de la experiencia, contención, y el trabajo con el niño/ adolescente y su familia, en la posibilidad de simbolización de las distintas situaciones vividas al enfrentar la enfermedad.

El poder testimoniar lo que padecen y que alguien pueda alojar las vivencias que tienen.

El tema del **testimonio** resulta fundamental. El testimoniar, como función subjetivante. Poder armar un relato, ser escuchado, poder transmitir sus propios afectos, ser tomado en cuenta, es clave para que esta situación de la enfermedad pueda ser metabolizada.



Al testimoniar se produce la enunciación de la imposibilidad de hablar, crear condiciones para la enunciación, para que la enfermedad pueda ser nombrada. Nombrar e inscribir la experiencia.

Como analista el objetivo es lograr acompañar al paciente y su familia en un recorrido arduo y doloroso, en el que puedan recuperar aspectos de sí, que fueron aniquilados, silenciados, etc.

En relación con el valor de los testimonios, el analista es testigo privilegiado que puede trabajando en la línea de la defensa de la vida, ir ayudando al niño a armar un relato, una historia y una trama que sostenga, allí donde sólo quedaban marcas del dolor.

Ocurre una transformación subjetiva a través del testimonio.

Las intervenciones analíticas provienen de las afectaciones mutuas, afectar en el sentido de producir perturbación, alteración.

Cap.VIII: Redes que sostienen

Desde el enfoque del pensamiento complejo, se concibe un mundo en cuya creación, nosotros mismos participamos, es decir se piensa en la co-construcción de la realidad.

Pensar en “red “implica ante todo la posibilidad de tener en cuenta, el alto grado de interconexión de los fenómenos y establecer itinerarios. Las redes dinámicas son fluidas, pueden crecer, transformarse y reconfigurarse.

Se propone desde este pensamiento, un sujeto en trama, al considerar como punto de partida una red donde los sujetos se anudan, red afectada por el devenir.

Dice Matus, S (2011) en el ámbito específico del psicoanálisis, la metáfora de la red constituye uno de los modelos posibles para pensar el entramado sujeto- vínculo-cultura, metaforizado como hilos de una trama donde aquellos se entrecruzan, se anudan, se desanudan y donde hay puntos de vacío.

A propósito del concepto de red, abordado por Dabas y Najmanovich (2001) cada familia es una red abierta y compleja en permanente movimiento, reestructura y permutación, que a través de dinámicas singulares, va en busca de quietud y equilibrio para sus integrantes.

En consecuencia, la familia que se encuentra en la situación propuesta, requiere y necesita del trabajo en conjunto con otras familias a través de redes que la precedan y la extiendan, pretendiendo conseguir un ajuste y una adaptación positiva a la nueva realidad que les toca vivir. Es decir, favorecer múltiples vínculos que trabajen en conjunto proporciona en quienes los integran y comparten un efecto tranquilizador y terapéutico.

Compartir un problema similar con otro, permite la ruptura del aislamiento que siente frente al mismo.

Esta dinámica de trabajo, permite que quienes participen, logren encontrarse y descubrirse con otras familias que pasan por situaciones similares, posibilitando hallarse ellos mismos en otro, visibilizarse y así enfrentar la situación que les provoca malestar.



Esto permite la posibilidad de encontrar nuevos horizontes donde no se habitará solo, sino siendo parte de un conjunto que los apunala y les dará la posibilidad de ser el sostén de otros.

Desde este enfoque, es pertinente hacer referencia a la implicancia que puede tener la consulta psicológica, desde una visión integradora de intervención en salud. Esta concepción permite trabajar y ubicar al psicólogo en uno de los ejes que hacen al trabajo en equipo, posibilitador del efecto red y generador de cambio.

En el mejor de los casos la posibilidad de poder asistir y pertenecer a grupos de autoayuda es una experiencia muy enriquecedora tanto para el paciente como para su familia.

Sujetos que configuran un grupo de ayuda-par, convergen en torno al mismo rasgo, en este caso la enfermedad, el cáncer, que actúa como factor uniformador, este es sólo un primer momento de consolidación grupal que parte de las semejanzas.

Con esta modalidad de los grupos se favorece cierta estructuración de la autoestima, ayuda a los miembros del grupo a sostenerse desde un lugar diferente, instituido sobre la base de redes de apuntalamiento mutuo. De esta forma se impulsa y moviliza la lucha contra la dificultad.

Constituye la producción de un accionar que transforma lo pasivo, lo sufrido y doliente en activo. Así se impulsa y moviliza la lucha contra la dificultad y al mismo tiempo el grupo otorga un lugar de identificación y pertenencia (Moscona, S 2003)

Dice la autora que se intenta hacer algo nuevo con esa identidad dañada. Al modo de una "piel vincular", el grupo los sostiene y los protege.

Un prójimo- próximo, y a su vez ajeno, producen un pacto de reciprocidad que consiste en ser par, en compartir las necesidades pero también promover la responsabilidad personal. Esto genera un vínculo basado en el eje horizontal concebido como posibilidad de transitar el sendero de la diferenciación.

Rojas,MC (2008) plantea que una perspectiva vincular en psicoanálisis de niños, considera al sujeto en vías de constitución en sus diversas redes de pertenencia. Habilita los abordajes múltiples y el trabajo en equipos intra e interdisciplinario.



Conclusiones:

A modo de conclusión puedo decir que el presente trabajo, ha permitido ir comprendiendo el impacto de la enfermedad oncológica de un hijo, a través de un enfoque que propicie ante todo, la calidad de vida del sujeto y de su familia.

Nadie está preparado para aceptar la enfermedad oncológica de un hijo, esto implica un trabajo de duelo permanente durante todo el proceso: proceso que puede devenir en curación o en elaboración del duelo por la muerte de un hijo.

Es importante remarcar la visión manifestada desde el trabajo en redes. Esta modalidad permite que quién debe atravesar un acontecimiento de esta magnitud, tenga la posibilidad de encontrar nuevos horizontes, abre a nuevas formas de ir siendo, donde no se habitará solo, sino siendo parte de un conjunto que lo sostendrá y que le dará la oportunidad de ser el sostén de otros. Una multiapoyatura necesaria para tan difícil tránsito.

Reflexionando sobre el material teórico que he analizado a lo largo del trabajo, priorizo la necesidad de visualizar la irrupción de la enfermedad oncológica de un hijo, como un acontecimiento, un evento nuevo, que pueda producir un efecto transformador y creador en las subjetividades, abriendo nuevas posibilidades. Si pienso lo vincular como aquello que deviene en un “entre” los miembros de la familia participan de la situación, no puedo ceñirme solo a lo representacional.

Se trata de tener disponibilidad para alojar otras formas de pensar, que incluyan lo inédito, hacerle lugar a la multiplicidad de sentidos que el hacer juntos produce. Pensar en las familias desde lo que sucede y se produce en situación, en inmanencia, sin centro y no desde la estructura de parentesco con sus lugares y funciones. Esto supone trabajar no solo con una teoría traumática-causal.

Pienso que con esta línea de comprensión, menos clausurante, se visibiliza la incertidumbre, lo ajeno, lo diferente e implica una ruptura con lo previo.

A lo largo del trabajo, desarrollé y privilegié desde el psicoanálisis vincular, los conceptos de presencia, imposición, acontecimiento, sufrimiento.



Abordar esta problemática tan difícil, desde este enfoque entendiendo a la irrupción de la enfermedad, como un acontecimiento, hecho nuevo, imprevisto que es del orden del suceder, me permite un abordaje de nuevos espacios para que surjan otros sentidos para que se produzca algo nuevo, brindándoles al paciente y a su familia la posibilidad de habitar esta situación y hacer algo con ello, sin saber adónde los conduce este proceso, soportando el desconcierto y la incertidumbre.

A través del trabajo psicoanalítico, implementando múltiples espacios a quienes han sido atravesados por ésta situación, implicándome como analista y otorgándole un sentido al dolor, semantizándolo para hacerlo soportable y que se pueda transformar en dolor simbolizado y para que pueda decantar en sufrimiento.

Desde esta perspectiva es interesante concebir el rol del psicoanalista dentro de un sistema complejo y dinámico en diálogo permanente con otras disciplinas, propiciando las intervenciones con dispositivos múltiples.

De esta forma, intento cambiar el foco, en lo posible con dirección hacia los aspectos positivos, cartografiando, y construyendo nuevos territorios subjetivos y vinculares.

Quiero terminar con una frase de Lewkowicz, I (2002) *“Una situación límite es estar ante una configuración de elementos que me obligan a transformarme para habitarla”*

Bibliografía:

- Alizade, A. (1995) "Clínica con la muerte ". Ed. Lumen.
- Allouch, J (1996) " Erótica del duelo en el tiempo de la muerte seca" Bs,As.Edep.
- Aulagnier, P.(1991) "De lo originario al proyecto identificador" en Cuerpo, historia , Interpretación " Ed. Paidós Psicología Profunda.
- Aulagnier, P(1977) "Violencia de la Interpretación" Ed Amorrurtu. Bs As.
- Berenstein, I. (2001). El sujeto y el otro: de la ausencia a la presencia. Barcelona: Ed. Paidós.
- Berenstein, I (2004) Devenir otro con otros. Cap. 1 "Lo vincular vuelto a presentar" Ed. Paidós. Bs As.
- Bernasconi, E y Smud, M (2000) "Sobre duelos, enlutados y duelistas". Ed. Lumen. Bs As.
- Borensztein, L y Selener, G (2014) " Ser o no ser una lógica a cuestionar " Ateneo Apdeba.
- Borensztein, L; Selener, G; DeGrazia, S; Urman, F; Levi, M; Puget, J; Vorcheimer, M; Zadunaisky, S; Zac, H: (2014) "Un itinerario Grupal. Trabajando Diferencias. Jornadas Interinstitucionales.
- Borensztein, L; Selener, G (2014) "Algunas ideas en clínica familiar". Ateneo Departamento Niñez y Adolescencia. Apdeba.
- Bouquinet, E., et al (2008) Maladie chronique et enfance: Image du corps, enjeux psychiques et Alliance thérapeutique, archives de pédiatrie 15 .
- Bowlby, J (1996) "La pérdida afectiva " Ed. Paidós. Bs As
- Casanova, Kleinman, Romero. (1995) "Clínica psicoanalítica con Niños Enfermedad Oncológica y Vínculo en un enfoque interdisciplinario" Fepal.

- Cabrera, Ferraz (2011) "Impacto del cáncer en la dinámica familiar " Revista Biomedicina, Medicina Familiar y Comunitaria 6 (42-48)
- Costa Garino, R "La etapa de la adolescencia, enfermedad crónica, trauma y subjetividad" Revista on-line de AAPIPNA.
- Dabas, Najmanovich (s/f) Una, Dos, muchas redes: itinerarios y afluentes del pensamiento y abordajes en redes. Recuperado de: [http://www.dircap.org.ar/Materiales/ Curso Redes/una.doc](http://www.dircap.org.ar/Materiales/Curso%20Redes/una.doc).
- Deleuze, G (1968) "Diferencia y repetición " Ed. Juncar. Universidad España.
- Deleuze, G (1990) "Que es un dispositivo " en Michel Foucault, filósofo (AAVV) Barcelona, Ed. Gedisa.
- Die-Trill, M. (2003) "Efectos psicosociales del cáncer en el enfermo pediátrico y su familia ". En Psico-oncología. Madrid. España: Ed. ADES .
- Eslava, Ah: " Aspectos psicológicos del adolescente con cáncer " (2010).
- Fischein, José." Patología del duelo y somatización" en El cuerpo: lenguajes y silencios. Ed APA. Ed. Lugar (2002)
- Freud, S. (1893). "Estudios sobre la Histeria". En Sigmund Freud. Obras completas, Tomo I, Ed. Amorrortu, Bs As.
- Freud, S (1895) "Proyecto de psicología para Neurólogos "En Obras Completas, Tomo I, Ed. Amorrortu, Bs As.
- Freud, S (1915) "Duelo y melancolía ". En obras Completas, Tomo XIV, Ed. Amorrortu, Bs As.
- Freud, S (1917) 18 Conferencia" La fijación al trauma, lo inconsciente" En Obras Completas, Tomo XVII, Ed. Amorrortu, Bs As.
- Freud, S (1926) " Inhibición, síntoma y angustia" En obras Completas, Tomo XX, Ed. Amorrortu, Bs As.

- Gomel,S y Matus,S (2011) “ Conjeturas psicopatológicas: Clínica de familia y pareja “ Bs As, Ed. Psicolibro.
- Gomel, S (1976) “Transmisión Generacional, Familia y Subjetividad “ Ed. Lugar, Bs As.
- Grau Rubio,C (2002) “Impacto psicosocial del cáncer infantil en la familia. Educación, desarrollo, diversidad“
- Matus, S (2003) Vínculo fraterno: De la legalidad paterna a la multiplicidad de legalidad en Czernihowshi, E, Gaspari,R, Moscona,S (Eds) Entre hermanos: sentidos y efectos del vínculo fraterno. (pg 9-48) Ed. Lugar,Bs As.
- Moreno,J (2014) “ La infancia y sus bordes; un desafío para el psicoanálisis” Ed Paidós, Bs.As.
- Moreno,J (2014) “ Ser Humano: la inconsistencia, los vínculos, la crianza” Ed. Letra Viva,Bs.As.
- Hornstein, L. (1991) “Cuerpo, Historia, interpretación “. Ed. Paidós. Bs As.
- Kancyper,L.(2003) “ Jorge Luis Borges o la pasión de la amistad” Ed. Lumen, Bs.As.
- Kaufman,A.(2017) “ Trabajos psicoanalíticos con pacientes con cáncer de mama “ Revista Topia.
- Kleinman,S. (2016) “Sin centro comenzando desde el medio “ en “Diálogos en Construcción “ Ed. Hospital Italiano.
- Kleinman,S (2014) “Los vínculos como espacio de producción entre otros“ Ficha de Cátedra de la Maestría de Familia y Pareja del IUSAM.
- Kleinman,S (2014) “El vínculo parento-filial en perspectiva de Hospitalidad”. Revista psicoanálisis de Apdeba.
- Kubler-Ross,E (1969) “ Sobre la muerte y los moribundos “ Ed Debolsillo.
- Kovadloff, S (2008) “El enigma del sufrimiento“ Ed Emecé, Bs As.
- Le Breton, David (2003) “La sociología del cuerpo”. Nueva Visión. SAIC, Bs As.



- Lewkowicz, I. (2002) "Traumas, acontecimientos y catástrofes en la historia "El texto, especial para Página/ 12, desarrolla un trabajo presentado en la Jornadas de Clínica Psicoanalítica ante las catástrofes sociales".
- Matus, S. (2017) "Multiplicidad y transformaciones en la clínica vincular "Foro de Psicoanálisis del Centro Oro.
- Mauer, S, Moscona, S, Resnizky, S (2014) "Dispositivos clínicos en Psicoanálisis" Ed. Letra Viva. Bs As, 2014.
- Mendez, Orgilés, Lopez, Roig y Espada (2004) "Atención psicológica en el cáncer infantil" Revista de Psicooncología. Vol.1, Num. 1, pg 139.154.
- Moscona, S. (2011) "Sufrimiento Vincular "XIX Congreso Latinoamericano. FLAPAG, Bs As.
- Moscona, S. (2003) Lazos de paridad. La trama vincular en la relación entre pares. En "Entre Hermanos "Czernikowski E, Gaspari, R, Matus, S, Moscona, S y otros. Ed. Lugar. Bs As.
- Morin, E. (2007). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa.
- Nancy, J.L (2000) El intruso. Ed. Galileo, Paris.
- Najmanovich, D (2001) "Pensar la subjetividad" Campo Grupal N 21, Bs As .
- Najmanovich, D: (2005) "El juego de los vínculos" Ed. Biblos, Bs As.
- Nasio. (2007) "El dolor de amar". Ed Gedisa, Bs As.
- Puget, J (2015) Subjetividad discontinua y psicoanálisis. Ed. Lugar, Bs As.
- Rodulfo, R. (2013), "Los lugares donde se trama la subjetivación". En Andamios del psicoanálisis. Lenguaje vivo y lenguaje muerto en las teorías psicoanalíticas. Ed. Paidós, Bs As.
- Rodulfo, R (2004). "El psicoanálisis de nuevo" Ed Eudeba, Bs As.
- Rojas, M.C. (2008) "Psicoanálisis con Niños: Un enfoque Vincular" Revista DoNesme, Vol5. Disponible en www.redalyc.org/pdf/1394/139412687005.

- Rojas, M. C. (2007), “Pensar la familia/s hoy: estar solo, con otro.”, Revista Psicoanálisis e Intersubjetividad, 2 (7). Disponible en <http://www.intersubjetividad.com.ar/website/articulo.asp?id=172&idd=2>
- Roitman, A, Armus, M, Swarc, N. (2002) “El duelo por la muerte de un hijo”, Fepal XXIV. Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. Montevideo, Uruguay. “Permanencias y cambios en la experiencia psicoanalítica “
- Rotenberg, E. (2010). “El psicoanálisis en la problemática del trasplante de órganos en niños y adolescentes “. Revista de Psicoanálisis, APA, tomo LXVII, N 4, Bs As.
- Rubiños Fejerman,P(2014) “Abordaje en Psicoanálisis Vincular: Niños y adolescentes con trastornos neurológicos” Ed Lugar., Bs As.
- Sami- Ali, M. (1991)”Pensar lo somático. El imaginario y la patología”. Ed Paidós, Bs As.
- Spivacow, M. (2011) “Sobre los sufrimientos derivados de funcionamientos vinculares “XIX Congreso Latinoamericano FLAPAG, Bs As.
- Winnicott, D (2011). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Ed. Paidós, Bs As.
- Tizón, J (2004) “Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia”. Ed, Paidós Ibérica, Barcelona.