



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

“El sujeto en cuidados

paliativos”

Modalidad de presentación: Ensayo

Docente responsable: Beretta, Alejandro

Alumna: Lara Gerschovsky

Legajo: G-5761/4

DNI: 41404530

Email:

Agradecimientos

A mis padres, por convertirse en interlocutores fundamentales, y transformar almuerzos y cenas en charlas profundas y “filosóficas”. También les agradezco por cultivarme el espíritu curioso.

A mi hermana, por el apoyo incondicional, y admiración mutua.

A mi familia y amigos por acompañarme en este recorrido, por haberme contenido, y animado en los momentos que más lo necesitaba. Gracias por escucharme, aconsejarme y también sacudirme cuando era necesario.

A mis amigas de la facultad y futuras colegas, con quienes comparto mucho más que el gusto por el Psicoanálisis.

Quiero agradecer también a cada profesor que, probablemente sin saberlo, encendía una chispa en mí, para seguir estudiando y aprendiendo sobre Psicología y Psicoanálisis. Un especial agradecimiento a mi tutor Alejandro Beretta, quien me ha brindado tiempo y espacio.

Y, por último, una mención especial al Tata y el Zeide que inspiraron gran parte de este trabajo.

Índice

Resumen y Palabras Clave.....	2
Introducción	3
Cuidados paliativos y psicoanálisis.....	4
La derivación a cuidados paliativos: posibles efectos subjetivos.....	7
.....	9
Reflexiones finales	13
Referencias bibliográficas	
15	

Resumen

El siguiente ensayo versa sobre los cuidados paliativos y sus efectos subjetivos en pacientes con enfermedades terminales. Más específicamente, la problemática se centra en los posibles efectos subjetivos del anotar al paciente sobre su derivación a cuidados paliativos. De esa manera, el ensayo tiene como objetivo una reflexión personal sobre la clínica psicoanalítica en el tratamiento de pacientes terminales, y la apuesta por sostener un sujeto deseante. A partir de las categorías de análisis, en primera instancia

introducimos, la clínica psicoanalítica en los cuidados paliativos. Y en función de esto, reflexionamos sobre la posición del psicoanalista, que tiene que posibilitar un espacio de escucha. Luego describimos desde esta perspectiva, el impacto subjetivo del paciente terminal sobre su derivación a dicho dispositivo. Para ello, enfatizamos en el acontecer traumático de la noticia y, en consecuencia, las defensas del sujeto, como lo son la negación y renegación. A su vez, la enfermedad acerca al paciente a la certeza de la inminente muerte y la dificultad para aceptarla, lo que abre interrogantes sobre la propia finitud. Sobre ello, revisamos algunas consideraciones psicoanalíticas sobre la muerte. Por último, sostenemos que la premisa del ensayo, se sostiene en que el duelo es el principal efecto psíquico, no solo porque la enfermedad acarrea diversas pérdidas, sino por la importancia de este, al restituir la posición del sujeto como deseante.

Palabras clave: cuidados paliativos- clínica psicoanalítica - duelo - muerte.

Introducción

El presente ensayo gira en torno a los cuidados paliativos y sus posibles efectos subjetivos en el paciente. Se entiende que, en determinado momento del tratamiento de pacientes con enfermedades terminales, se hace necesario recurrir a los cuidados paliativos. Estos últimos, son entendidos como un modelo de atención interdisciplinario

que busca aliviar los síntomas y sufrimiento que acarrea una enfermedad terminal.

El trabajo del psicoanalista en cuidados paliativos tendrá que ver con posibilitar un espacio de escucha, para este sujeto que se encuentra preso de una enfermedad. A partir del desarrollo del ensayo, nos proponemos una reflexión personal sobre la clínica psicoanalítica en el tratamiento de pacientes terminales. De aquí, la relevancia disciplinar de este tópico reside, en una apuesta clínica de sostener al sujeto deseante, que padece una enfermedad que lo amenaza con una muerte inminente.

Ante estos presupuestos, surgen algunos interrogantes: ¿Qué implica la derivación a cuidados paliativos?; ¿Cuáles son los principales efectos subjetivos que podrían acontecer ante esta situación?; ¿Cuál es la posición del analista?

Para estos sujetos enfrentados a una enfermedad terminal, la noticia de su derivación a cuidados paliativos, significa un trabajo de elaboración psíquica, para quien tal vez, conservaba la esperanza de curación. Por ende, la problemática se centrará, en los posibles efectos subjetivos en el paciente, de tal circunstancia.

Nos preguntamos entonces, qué movimientos psíquicos se generan en el sujeto, ante este anociamiento. Como hipótesis, situamos al duelo como el efecto primordial, ya que, resulta evidente que este tipo de enfermedades trae aparejado diversas pérdidas, sobre todo en un estado avanzado.

Además, lo terminal de una enfermedad, que se presentifica en el deterioro del cuerpo, y la falta de expectativa de curación, acercan al paciente a la inminencia de la muerte. Es por ello, que se hace necesario pesquisar desde la lectura del psicoanálisis, cuáles son las posibles consideraciones sobre la misma. La pregunta clave que se plantea es cómo sostener el deseo en un paciente terminal, y esta cuestión, a su vez, repercute en la problemática del duelo.

El enfoque de cuidados paliativos no está centrado en la enfermedad, sino en la persona que la padece. Así mismo, ante enfermedades complejas y tratamientos que no logran cumplir con los objetivos de curación del cuerpo, juega la ética del psicoanálisis mostrando otra intervención posible, una que se interesa por el sujeto padeciente.

posibilidad de una cura, es cuando los cuidados paliativos aparecen en escena. Ahora bien, si el propósito de este ensayo es interrogarnos acerca de los pacientes terminales y los efectos subjetivos que surgen a raíz de su derivación hacia estos tratamientos, es necesario, en primer lugar, establecer la importancia de los cuidados paliativos y a su vez, comprender cómo introducimos al psicoanálisis en él.

Para comprender la finalidad de los cuidados paliativos, nos es necesario revisar las prácticas en torno a la muerte y la enfermedad, teniendo en cuenta el contexto socio cultural. A lo largo de la historia, la responsabilidad y el enfoque hacia la muerte han variado significativamente. A razón de que no siempre han sido los mismos actores sociales quienes se han encargado de la muerte. La asistencia del moribundo fue diferente en cada momento histórico. Con el avance de la medicina moderna y la especialización de la atención médica, los cuidados paliativos emergieron como un campo crucial que introdujo el proceso de morir como un objeto de la práctica médica (Dulitsky, 2023)

Nos interesa detenemos a pensar el surgimiento de los cuidados paliativos, para entender su filosofía y objetivos. Y en ese movimiento, desnaturalizar el dispositivo de cuidados paliativos, ya que no siempre ha existido. Entendemos que los cuidados paliativos, son el producto de una evolución en nuestra comprensión de cómo abordar la atención de pacientes en etapas avanzadas de enfermedades graves.

El historiador Philippe Ariés realiza un desarrollo teórico acerca de las diferentes maneras de afrontar la muerte que ha tenido la humanidad a lo largo de la historia, determinadas por las diversas creencias religiosas y saberes de cada época. Por ejemplo, durante la Edad Media, el moribundo es parte de una escena familiar, y la muerte no era un hecho sorprendente. En esta etapa, ya estaba presente la figura de los hospicios, lugares destinados a alojar acogida para peregrinos, pobres y moribundos (Ariés, 2000).

Sin embargo, la clave para comprender la concepción, y la justificación de la existencia de los cuidados paliativos, hace que debemos detenemos en la muerte ocultada y prohibida de la Modernidad. La muerte se ha convertido en un tema que evitamos y que intentamos suprimir en gran medida. A partir de allí, nuestra actitud sobre la muerte se basa en una negación sistemática hacia ella (Ariés, 2000). La idea se ve envuelta en el avance científico que pretende evitar las enfermedades, el envejecimiento o, al menos, retrasarlo lo máximo posible. Así, nos habilita a pensar que la muerte es ahora concebida como patológica, y es objeto de censura, como una anomalía que debe evitarse o retrasarse lo máximo posible.

Desde esta perspectiva, la muerte, y el moribundo se han convertido en un tabú. Si anteriormente la muerte era una escena familiar, ahora, se trata de una muerte asistida en un lugar público y aislado, en hospital. Con la progresiva medicalización, parece ser que la muerte es concebida como el final de una enfermedad que la ciencia no sabe todavía curar. En este sentido, la vida o muerte depende, sobre todo, de la decisión del equipo médico tratante. Aquello concluye en una muerte medicalizada, decisión del equipo médico, que muchas veces demora la llegada inevitable de la muerte, por tratamientos negligentes.

A partir de estos avances médicos, se empezó a investigar soluciones para los requerimientos de pacientes en situación terminal. Entendemos que espíritu de los cuidados paliativos nace a partir de los avances médicos y tecnológicos sobre la vida. En este contexto, podemos ubicar que el surgimiento de los denominados cuidados paliativos descansa en un común denominador sobre responder a cuestiones sobre la “muerte digna” o el derecho a morir dignamente. Existen muchos recursos teóricos al hablar de decisiones de fin de vida, anclados en la defensa de la dignidad y autonomía de la persona, por una prosecución de calidad de vida. Tradicionalmente en cuidados paliativos se hace hincapié en los principios bioéticos, ligados estrechamente a los derechos humanos.

En efecto, no pretendemos adentrarnos en una extensa exposición sobre la

bioética paliativa, sino más bien, enfocarnos en comprender la lógica subyacente que está en juego en el cuidado de los pacientes terminales. Dicho fenómeno se desprende a raíz de que la

4

medicina y tecnología han alcanzado avances sorprendentes en lo que respecta a prolongar la vida.

Estos postulados y principios pueden verse reflejados en la normativa argentina que se encuentra vigente, como la Ley N° 26.742, promulgada en 2012, que otorga un marco legal a cuestiones cruciales dentro de los cuidados paliativos. Dicha ley trata sobre los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, conocida por su modificatoria en relación a la muerte digna. En esta misma, en su primer artículo, por ejemplo, “queda establecida la potestad del paciente con una enfermedad incurable para manifestar su voluntad acerca de aceptar o rechazar procedimientos médicos. Como así también, el rechazo a procedimientos de reanimación artificial o soporte vital desproporcionado”. (Ley 26742, 2012, párr.3)

Los desarrollos de la tecnología médica, como lo son procedimientos de soporte vital e intervenciones quirúrgicas de alta complejidad, nos plantean preguntas fundamentales sobre la calidad de vida y el sufrimiento del paciente en las etapas finales de la enfermedad.

En reiteradas ocasiones, el tratamiento termina por generar una prolongación innecesaria de la vida o el proceso de morir. De este modo, el paciente se convierte en objeto de tratamientos médicos excesivos. Esto último es llamado coloquialmente encarnizamiento terapéutico. Se trata de la situación en la que se le continúan aplicando a un paciente gravemente enfermo, tratamientos médicos agresivos o invasivos, a pesar de que estos tratamientos ya no ofrecen beneficios significativos.

En este contexto, contrariamente, lo que se busca es la limitación del esfuerzo terapéutico en pos de la decisión del paciente. La restricción del esfuerzo es entendida como retirar o no implementar medidas que no conlleven a un directo beneficio del estado de la calidad de vida del paciente. Un ejemplo de esto último, es evitar realizar una reanimación cardíaca a alguien que padece una enfermedad terminal. En cuidados paliativos, no se trataría de extender la vida a cualquier costo, sino respetar el deseo, dignidad y autonomía del paciente. En ese aspecto, los cuidados paliativos sirven como un recordatorio valioso de la importancia de reconocer y aceptar la muerte como una parte natural del ciclo de la vida.

Existen diversas definiciones institucionales de cuidados paliativos. La Organización Mundial de la Salud la define como:

un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con Enfermedades Amenazantes para la Vida (EAV), a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales (OMS, 2002, como se citó en Dulitsky, 2023)

De esta definición, se desprende un punto a destacar, que es la utilización del término *enfermedades amenazantes para la vida* de manera sustituta al modo de nombrar dichos pacientes coloquialmente como enfermos terminales. Además, cuenta con una serie de pautas entre las cuales se destacan la búsqueda por mejorar la calidad de vida, y el ofrecimiento de un sistema de contención a familiares. Si bien, existe una mayor incidencia de trabajo con pacientes con cáncer, el campo se extiende a enfermedades crónicas como lo son cardiovasculares o respiratorias, así como VIH/SIDA, o enfermedades neurológicas. (Dulitsky,2023) En ese marco, comprendemos que se puede padecer una enfermedad incurable pero no estar transitando la fase terminal.

Del mismo modo, se hace hincapié en no utilizar frases típicas como “ya no hay

más nada para hacer” o “se agotaron las posibilidades”, que remiten a una práctica ceñida a la terminalidad. Se busca que la acción del equipo de cuidados paliativos no sea una intervención que se limita a ser una acción tardía y superficial. La meta actual es enfocarse en brindar atención a lo largo de todo el curso de la enfermedad, desde el momento del diagnóstico hasta el momento del fallecimiento. Esta idea remite a que si bien, no hay tratamiento curativo, si hay tratamiento paliativo, y evitar así el abandono del paciente.

5

Si anteriormente se trataban de cuidados al final de la vida, ahora el objetivo es que la intervención del equipo de cuidados paliativos no recaiga en los últimos momentos. Existen pacientes que poseen pronóstico de curación a largo plazo, pero la sintomatología y/o las consecuencias de los tratamientos hacen que se dificulte la calidad de vida. Por ende, no se trata solo del trabajo con la muerte, esto último es solo una parte de la labor de cuidados paliativos.

La dimensión psicológica aparece integrada en los aspectos a cuidar del paciente a partir del trabajo interdisciplinario que se desprende de la definición de cuidados paliativos. Aquí el papel del psicólogo responde al tratamiento de las manifestaciones anímicas y subjetivas en el transcurso de dichas enfermedades. (Dulitsky,2023)

Comprendemos que es la noción de sufrimiento que parece instaurar una marca particular de cada sujeto padeciente. La definición de sufrimiento abre la puerta a las diversas dimensiones que este concepto implica, sea físico, moral, o psíquico, que dependen de la singularidad de cada paciente.

Ante la pregunta “¿Cuánto dolor sentís del 1 al 10?” posiblemente formulada por el médico paliativista, se instaura una dimensión subjetiva. La experiencia del dolor es siempre singular. El dolor nos dice algo acerca del sujeto, que no necesariamente se explica a causa biológica corporal. Hay un dolor que escapa de la explicación física, que nos dice algo, y llama a ser puesto en palabras. Escuchar sus miedos, y angustias. En función de esto podemos precisar más la pregunta, ¿cuál es la función del psicoanalista en cuidados paliativos?

Interpretamos que el ideal curativo de la medicina, busca erradicar la causa de malestar en el paciente, y hacer lo posible por salvar su vida. La base está en curar al paciente de su enfermedad. En cambio, la medicina paliativa abandona ese camino, su objetivo no es la curación. El foco aquí está puesto en la persona que padece la enfermedad, y su cuidado. Esto último abre paso a pensar en una de las directivas freudianas, que podría ser una de las justificaciones del por qué la introducción del Psicoanálisis en cuidados paliativos. A diferencia de otras terapéuticas, Freud (2012) postula que el *furor sanandis* o deseo de sanar, era un fanatismo inútil. Aquí es donde se produce un encuentro del psicoanálisis con la medicina paliativa que suspende ese objetivo. El psicoanálisis demuestra otra intervención posible, sobre el sujeto, aun cuando la muerte se avecine.

Entonces, más allá de los principios enunciados por las normas y leyes, es necesario contemplar la singularidad de cada paciente.

Si los principios bioéticos tratan de responder a la pregunta sobre cuál es la mejor forma de morir en nuestra sociedad, a priori, la función del analista en cuidados paliativos tiene que ver con tomar con cuidado el ideal bioético, ya que genera una cosmovisión ordenadora sobre el buen morir. ¿Quién dice cuál es la mejor muerte posible? Si bien surgen respuestas científicas, filosóficas, y bioéticas, aun así, quien tiene la palabra, es el sujeto. Cada analizante esbozará en análisis su propio ideal de dignidad.

La idea es recuperar la subjetividad de cada paciente, caso por caso. Por consiguiente, se trata de no universalizar la particularidad de cada uno. Ya que más allá de la dignidad configurada por los principios bioéticos, la que nos interesa es la dignidad

pautada por la dimensión subjetiva, de la que solo accedemos a partir del propio paciente. Y de la que solo se desplegará en el movimiento de análisis, al abrir interrogantes que habiliten la emergencia subjetiva del deseo. De ese modo interpretamos que es el valor propio que le otorga cada sujeto a partir del ideal que ha construido en relación a su padecer y proximidad a la muerte. No tiene la misma significación para cada uno, el analista está advertido de esto.

A partir de la lectura, entendemos que la incorporación de un psicoanalista, en un equipo de cuidados paliativos, produce un enfrentamiento clásico. La posición de la medicina versus la posición del psicoanálisis. En la relación médico/paciente, quien tiene el saber es el médico. Es quien reúne signos y síntomas y otorga un diagnóstico sobre la enfermedad. Sin embargo, tiende a excluir la palabra propia del paciente, que es quien enuncia su sufrimiento, para enumerar los síntomas en algún cuadro específico de

6

enfermedad. Y el paciente se dirige hacia él, ese Otro que encarna el lugar del saber y viene a llenar de sentido esos síntomas. (Negro,2011)

Por otro lado, la posición del analista es diferente, implica un paso de la mirada a la escucha. Siguiendo nuestra lectura, para el analista, no se trata de diagnosticar, sea cual fuere la enfermedad que acecha al sujeto; está advertido de que los sujetos llegan con su demanda articulada en un discurso de significantes, y que el buen morir, y la significación sobre su enfermedad será distinta a la de otro sujeto. El analista suspende cualquier teoría para que emerja la escucha en singular de ese sujeto. Esto, quiere decir que, en el transcurso de su enfermedad, y aproximación a la muerte, se abran interrogantes que den cuenta de un saber, y su deseo, que el mismo sujeto no sabe que posee. De esta manera, comprendemos que, se trata entonces, no de una generalización sobre cómo enfrentar las consecuencias de la enfermedad sino en el cómo cada uno se enfrenta a ese particular que le toca vivir.

No obstante, aquí se pone el foco en que psicoanálisis y medicina logren complementarse para dar lugar a reducir el exceso de sufrimiento para quien esté amenazado de muerte, y lograr alivio físico y psíquico.

De esa manera, si ahora el acento está puesto en el paciente, y su subjetividad. Cabe recuperar los interrogantes que orientan el ensayo: ¿Qué implica la derivación a cuidados paliativos? ¿Cuáles son los principales efectos subjetivos que podrían acontecer ante esta situación?

La derivación a cuidados paliativos: posibles efectos subjetivos

*Hacer la vida un poco posible, pese a
la muerte
Marta Gerez Ambertín (2005)*

La persona derivada a cuidados paliativos, puede que ya haya tenido un diagnóstico previo de enfermedad, como no. En el último caso, se trata de un diagnóstico de enfermedad incurable al momento de ser detectado. Y en el primer caso, ya no se trata del anuncio de una enfermedad sino del carácter irreversible de esta. Nos preguntarnos, ¿es diferente el impacto subjetivo de la noticia?

Se trata de la presencia de enfermedad, que conlleva desgaste del cuerpo -por ende, desgaste psíquico- no solo por el cáncer, o la enfermedad que fuere, sino por los procedimientos a los que ven sometido su cuerpo sea medicación, quimioterapia, o cirugías. Podríamos decir, una afrenta narcisista a la que se ve implicado el sujeto, ahora devenido objeto a intervenir. Amenazas que evidencian que la vida peligrará.

En el momento del diagnóstico o de la comunicación del pronóstico, que va de la

mano con la derivación a cuidados paliativos, ¿Cuál es el impacto subjetivo de la noticia? El sujeto es atropellado por una oleada de información, que podríamos considerarla catastrófica. Pronóstico desfavorable, opciones de tratamiento, introducción a los opiáceos; además de su padecimiento corporal. Esa vivencia traumática, hace que este sea avasallado por una cantidad de excitación inconmensurable, que no pueda enfrentar con su yo. Aquí se presentifica algo de lo no simbolizable, que rehúsa a la representación por la palabra.

El paciente carga con el peso de ser rotulado bajo el carácter de terminal, la idea es que el diagnóstico de este tipo de enfermedades está directamente asociada a una sentencia de muerte. Justamente Freud (1979) destacaba el cuerpo propio como amenaza del sufrimiento, con destino a la ruina y disolución, presentando como señal de alarma, al dolor y la angustia. La idea que se forma aquí es la de un movimiento libidinal que involucra al narcisismo. Comprendemos a la excitación libidinal como aquella, que rompe con la homeostasis del aparato psíquico. Tal vez sería pertinente hablar de un cataclismo interior, a partir de una imagen del cuerpo ahora transformada y trastocada.

7

El avance de la enfermedad va produciendo cambios, dolores varios, amputaciones, cierta discapacidad para continuar con las tareas diarias, por ejemplo, abandonar el trabajo, la vida sexual, etc. Se tratan de pérdidas que conllevan a una limitación de la autonomía en general. Podríamos precisar que a raíz de esto se desencadenan diversos duelos, de aquellos objetos, situaciones, estados que se pierden, y probablemente no se recuperen. Hay duelos que acarrearán la irreversibilidad de la situación.

Por supuesto que involucra al entorno familiar de los pacientes. Uno de los principios del cuidado en paliativos es también acompañar a la familia del enfermo. Con esto nos referimos que son los más allegados quienes también deben elaborar psíquicamente las transformaciones que se van sucediendo en el paciente y en la dinámica familiar. Nombramos esto, porque muchas veces quienes guardan expectativas de curación, o atentan con el trabajo interdisciplinario por descreimiento de la situación del paciente.

Pero, volviendo a poner el foco en el paciente con una enfermedad amenazante, frente al diagnóstico, se desencadena un trabajo de anociamiento subjetivo, que implica un movimiento libidinal de tramitación de los cambios sobre la imagen del cuerpo, la relación con los otros y el mundo exterior. Al sujeto en cuidados paliativos se le impone, se le precipita sin rodeo pulsional aquella vuelta a lo inanimado. Freud nos impone (1992) la meta de toda vida es la muerte (p.38) se trata de pulsiones parciales destinadas a asegurar el camino hacia la muerte peculiar del organismo. En esa idea, se plasma que el cuerpo no quiere morir sino a su propia manera. Podemos precisar que se trata de experiencias previas al advenimiento de la muerte, aún está sea a meses o pocos años de distancia. Es cuestión de preguntar ¿qué se pierde con lo perdido? Esa pérdida de sentido, hace que emerja la angustia ante la pérdida de las referencias diarias, de una posición que se venía sosteniendo.

¿Qué es esto que se presenta como *unheimlich*, en el cuerpo, desconocido, en lo familiar del cuerpo? Los cambios físicos que acompañan la enfermedad, hacen percibir el cuerpo, como si se tratase de un objeto extraño. Esa extrañeza, que surge frente a un objeto tan familiar, como es el propio cuerpo, hace emerger la angustia. Ahora, el sujeto se encuentra con un real de la enfermedad que no puede escapar.

En este pasaje del paciente a cuidados paliativos, la inminencia de la intempestiva muerte se presentifica. Es por eso que se nos hace necesario pesquisar desde la lectura del psicoanálisis, cuáles son las consideraciones posibles sobre la misma. ¿Qué nos dice Freud (2013) sobre la muerte? Nos comenta la incapacidad de concebir nuestra propia

muerte, y el carácter inconsciente de nuestra inmortalidad. Indica que, si bien pretendemos aceptar que la muerte es inevitable, secretamente no estamos convencidos de que pueda pasarnos a nosotros mismos. Por lo tanto, la dificultad para aceptar la muerte, se abre paso en el tratamiento de cuidados paliativos. Ya no como algo contingente, sino que se trata de una certeza del fin, a mediano y corto plazo. Eso hace que se abra el interrogante acerca de la propia finitud.

En este sentido, nos encontramos con la muerte excluida de la cadena significativa. Nos encontramos en una ausencia de significativo que la nombre, y por lo tanto esto desencadenaría algo del orden traumático. Ya que, el verdadero problema surge no cuando la muerte es de otro, sino cuando es la propia. La experiencia del enfermo terminal lo confronta con la posibilidad certera de morir, y no hay significativo que posibilite tramitación simbólica. En ese marco, encontraríamos una juntura entre muerte y trauma. En esa línea, se trata de un real imprevisto e imposible de evitar. De aquí partimos que el sujeto tiene una incapacidad de responder desde los desfiladeros del significativo.

Sin embargo, la autora Alizade (2012) nos invita a pensar que en psicoanálisis se ha confundido “representación” con “experiencia”. Por cuestiones obvias, nadie tiene experiencia de su propia muerte, nadie fue y volvió. Aun así, de lo que sí podemos apoyarnos es de representaciones parciales de la muerte en tanto objeto. De la misma manera que tenemos representaciones de lugares que no conocemos, sucesos, etc. En

8

ese sentido, afirmamos que no hay representaciones de la muerte, pero sí representaciones acerca de la muerte.

En este punto, hay algo de la muerte que es anticipable vía lo imaginario. Por ejemplo, representaciones que se sostienen a través de la defunción de otros. De esta manera, la muerte queda reservada para otros: ya sea la pérdida de un ser querido, un vecino. Hay una alusión a la posibilidad de la propia muerte, pero aún no es la nuestra. Y cuando ella ocurre, cercana buscamos una contingencia, tendemos a acentuar su carácter accidental para explicarla, una enfermedad, o un accidente.

De la misma manera, algo se anticipa, se inscribe en el cuerpo. Marcas de mortalidad, la vejez que se imprime en arrugas, o en este caso, a propósito de una enfermedad terminal, en las consecuencias de la enfermedad y los tratamientos hacia esta. Por tanto, la muerte toca el cuerpo e imprime su cercanía. Podríamos perfilar que algo del saber-se mortal se relaciona con la presencia de estos síntomas orgánicos de intensidad desmesurada que llevan al paciente a caer en la cuenta de la gravedad de su estado. Hay un conocimiento consciente que no termina de responder a la pregunta sobre la muerte propia.

La incertidumbre que desencadena esta conciencia de finitud, y el sufrimiento propio del enfermo hacen que el sujeto ponga en marcha mecanismos de defensa frente a la angustia. Podemos circunscribir estas defensas en al menos dos, la negación y la renegación.

El primer mecanismo de defensa mencionado, la negación, se manifiesta cuando el paciente desestima o rechaza una ocurrencia enunciada, como si se tratara de algo que no puede ser cierto. Por ejemplo, “no puedo estar enfermo” “no puede ser correcto ese diagnóstico”. En ese sentido, tiene que ver con aquello que Freud nos situaba como lo que puede ser admitido en la conciencia a condición de ser negado.

El otro mecanismo, el cual Freud (1975) nombra como desmentida o renegación, asociado por excelencia a la frase: “ya lo sé, pero aun así...”, refiere a una escisión yoica. Por tanto, aquí entendemos por este mecanismo a un proceso defensivo. Entonces, en el caso de los pacientes en paliativos-así como sus familias-, podemos hipotetizar que, por un lado, su yo rechaza la realidad de una percepción traumática que amenaza su creencia

de inmortalidad. Esto da lugar a fantasías de corte esperanzador, como esperar la curación milagrosa. Y, por otro lado, una parte del yo, asume aquella realidad sobre lo que sucede, que se evidencia en el cuerpo del paciente mismo.

La idea sería que el paciente al encontrarse frente a un peligro amenazante para la vida o la integridad física, parecería que debe desmentir ese peligro externo. Por lo tanto, podría existir, para el sujeto, paralelamente la posibilidad de curación y la inminencia de la muerte. Una coexistencia de una actitud más acorde al deseo y otra acorde a la realidad.

La negación les permite inicialmente evitar la realidad dolorosa, mientras que la renegación involucra una lucha interna en la que parte del yo acepta la realidad, pero otra parte la rechaza. Dichos movimientos psíquicos que se generan a partir del diagnóstico o pronóstico, y también en el transcurso de enfermedad, podríamos precisar que se tratan de estrategias defensivas del sujeto, para mitigar algo del padecimiento psíquico que acarrea las consecuencias de su enfermedad.

Sobre el duelo como efecto primordial

“¿De qué otra forma se puede amenazar que no sea de muerte? Lo interesante, lo original, sería que alguien lo amenace a uno con la inmortalidad.”

Jorge Luis Borges, 1988

En las diferentes escenas en cuidados paliativos, es muy recurrente las frases del estilo “le queda poco tiempo” “me queda poco tiempo” de parte de los diferentes personajes. Una frase sentencial, pronunciada por el médico o el mismo paciente, le

9

arrebata el porvenir. El tiempo aquí la misma adquiere cierto estatuto diferencial debido a que involucra la categoría misma del ser: ser durante el tiempo que reste de vida. La idea aquí es que no se trate de una mera espera hacia la muerte. Ya que, en relación al diagnóstico, asociación con la terminalidad, la variable del tiempo se asocia a la falta de este. Encontramos aquí una expectativa angustiada de algo por venir.

Angustia relacionada con el tiempo que incide en la estructura del sujeto. Implica una inminencia de lo por venir y que se manifiesta en el cuerpo. En lugar de hacer lugar a una situación de duelo, respuesta esperable frente a la pérdida tanto como frente a la herida narcisista que produce la enfermedad, lo deja desarmado frente a lo irremediable.

Hasta aquí, angustia como reacción frente al desvalimiento ante algo del orden traumático. Ahora bien, frente a este sinsentido que se ve envuelto el paciente de cuidados paliativos. Un golpe del orden de lo real, en este encuentro con la percepción del deterioro orgánico del cuerpo, abrupto, y la percepción certera de la muerte... ¿Cuál es la salida para ese sujeto que se encuentra entrampado? Todo su universo simbólico y fantasmático se encuentra conmocionado. Hemos expuesto, por un lado, la confrontación traumática del sujeto con el anoticiamiento de su derivación a cuidados paliativos. Y, por otro lado, las diferentes pérdidas que conllevan a duelos de diversos objetos y actividades.

La pregunta es si el saber de qué uno se está muriendo, ese conocimiento desencadena un duelo o melancolía. Freud en su conocido texto sobre estos dos afectos, sitúa a la melancolía en relación a una inscripción de la pérdida, al igual que el duelo.

Aun así, encontremos las mismas características en ambos, como lo son la pérdida de interés por el mundo circundante, el cese de la búsqueda de objeto de amor, y cierta improductividad. A la melancolía, le agregamos un enorme empobrecimiento del

yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo. Se trata de una identificación del yo al objeto desecho, abandonado. Podemos fundamentar aquí de lo que se presenta como dolor de existir. La famosa frase freudiana, podría remitirse aquí como la sombra del objeto (muerte) recae sobre el yo. La desesperanza toma su lugar e impregna la escena.

Analizamos que existiría una angustia sobre la muerte, que en consecuencia lleva al dejarse morir, abandonarse por haberse sentido abandonado. Aquí, el tiempo detenido, coagulado en ese tiempo que pasa pero vacío. Se nos devela algo en el sufrimiento melancólico, este no está orientado en el deseo. Donde parecería que, ante la pérdida de uno mismo, la despedida de los otros, y, por ende, un acabamiento del deseo. Es una respuesta subjetiva ante el vacío de existencia que se le impone al sujeto.

Para poder pensar cierta restitución del sentido, es que debemos adentrarnos en la dimensión del sujeto. Frente a la finitud inminente, solo hay vida posible para alguien en el marco de su relación con el deseo. Porque el paciente, podrá estar vivo en términos biológicos, pero ¿qué es de ese sujeto detrás de la etiqueta paciente terminal?

La actitud renegatoria de la muerte se ve confrontada a ese examen de realidad que intenta imponerse. Por sustitución metafórica, el sujeto aquí amenazado de su propia castración. Castración del cuerpo en su totalidad, del yo definitivo e irreversible. Es una pérdida del Todo. La angustia, en la que el sujeto se ve envuelto, tiene que ver con lo que Lacan (2021) en el seminario 10 sitúa a propósito de la falta estructural. Falta irreductible al significante, una falta de la cual el símbolo no da cuenta, y que se encuentra en la constitución misma de la subjetividad.

En esa maniobra, el autor hace una lectura de la castración solidaria al duelo, y le otorga una función estructurante para el sujeto. De esta manera, el autor sobre la función freudiana del duelo, dará un paso más, y dirá que en él se pierde una parte de sí. Para que alguien devenga sujeto tiene que haber pasado por un duelo, situarse como un objeto perdido para el otro, lo que creía representar para ese Otro. La idea aquí refiere a que los sujetos están atravesados por una falta que permite la inscripción del deseo. Si en este punto, en su pasaje a cuidados paliativos el paciente se ve enfrentado al propio cese de su existencia, ¿No es la pérdida del ser a la que el sujeto se ve implicado desde su misma constitución subjetiva?

10

El giro aquí lo podemos situar a partir de que el sujeto escindido es fundado en la misma experiencia de la muerte, de la mortificación significativa. El sujeto emerge de allí, entonces podríamos conjeturar que la primera inscripción de la falta, tiene que ver con la muerte. En el momento que entra en el mundo simbólico, se produce esta falta en ser según Lacan (2021). La idea es que si el sujeto accede al mundo simbólico es porque hay un punto de indeterminación en ese otro, un significante faltante en el campo del Otro, el de la muerte. El sujeto a su vez, es rescatado por el Otro, de su muerte por medio de la cadena significativa y su constitución, en ese mismo juego, en el deseo.

Por tanto, la muerte nos habita a través del lenguaje. Ser sujeto del lenguaje equivale a ser mortal. La consecuencia es que, a partir de la muerte, de esa desaparición del ser en tanto, se inscribe en los vaivenes del lenguaje, se convierte en lo que puntúa y da sentido.

A lo que queremos arribar es que, a partir de la función del duelo, este resulta en un intento de escritura de la muerte en el sujeto. Este mismo trabajo de duelo, ubica una pérdida que provoca un agujero en lo real. Lo que consideramos es que la ausencia deja en desamparo al sujeto frente a esta conciencia de finitud. En el duelo se posibilita cierta inscripción de la muerte para el sujeto, ya no solo en términos del significante sino también del objeto. Se trata de la escritura sin la inscripción del significante mismo. Pero ¿Acaso podemos esbozar que se trata de un duelo anticipado a la muerte? No podemos

aquí dar la respuesta directa hacia aquella pregunta. En todo caso, podríamos llegar a esbozar la idea de que aquello que duela el sujeto, es su propia inmortalidad que creía poseer.

Lo que nos lleva a pensar que la inminencia de la muerte podría estar ligada a una reactivación de la falta estructural (Negro, 2011). ¿Cómo justificar ese movimiento? En ese encuentro con la falta irreductible al orden significante, el duelo restituye la posición deseante del sujeto. Si algo se inscribe, en la antelación de la posibilidad de perderse a uno mismo, estas marcas de finitud podrían dar lugar a un sujeto deseante. Y el sujeto, perdiendo lo perdido, la inmortalidad, aquél que era antes de su enfermedad, gana algo de esa angustia, que no lo remite a otro lugar más que el de causa. Ya que la angustia señala que lo que opera es lo real, y esta no está ausente en la misma constitución del deseo.

La idea es justamente, en esta posición deseante, el interés es en el objeto en tanto causa de deseo, perdido. Si el duelo se trata de afrontar el agujero en lo real con la falta simbólica, y en la melancolía esto está impedido, podemos pensar que es en la estructura que no tiene lugar la falta, la mediación simbólica de la castración. Al no poder restituir los lazos con este objeto causa, atraviesa la escena identificándose al objeto.

Si bien, ante la muerte, será el agujero que caracterizará tanto la pregunta como la respuesta. Frente a esto solo será plausible alguna respuesta fantasmática. Si el sujeto logra caer de ser objeto de enfermedad, ser objeto médico, familiar moribundo del cual no se espera nada. Si logra salir de aquella obturación, tendrá una chance. Una chance de actuar como sujeto.

El tiempo de estar muriendo permite a veces que se lleve a cabo cierta elaboración del duelo de perder la vida y que penetre en el alma el sentimiento de aceptación de la finitud. (Alizade, 2012) En nuestra opinión, se trataría de elaborar lo transitorio de la vida. Frente a la caducidad de las cosas, de la vida misma, en lo constatable del cuerpo, es aquella pérdida inherente estructural de ella misma. Dicho movimiento promueve un cambio de posición subjetiva ante la muerte y su resignificación del dolor que produce el hecho por-venir. Así, entendemos una salida, podría ser que el sujeto activamente tome decisiones sobre actos que involucran un trabajo preoperatorio de muerte. Como lo son: Dejar asentado regalos en vida, arreglar los testamentos, justicias, despedidas, etc. Habita su tiempo y la pulsión de vida hasta el último momento. Muchos cometen actos osados o intrépidos, ya que consideran su última chance de hacerlo. Y así garantiza imaginariamente su supervivencia simbólica.

Para que dicho movimiento se motorice ¿cómo se posiciona un analista en un dispositivo como el de cuidados paliativos?

El psicoanalista Negro (2011), plantea que la brújula del trabajo con este tipo de pacientes llamados terminales, tiene que ver con recuperar lo íntimo del sujeto –pulsiones,

11

deseos, inconsciente- en las escenas que habita. Se trata de una ética que recupera la subjetividad excluida en el discurso médico, hacia una dignidad que no caiga en el anonimato estadístico. Ya que dos pacientes podrían compartir un mismo diagnóstico, pero dos formas de transitarlo diferentes.

En definitiva, frente a la muerte son semejantes analista y paciente, ninguno sabe qué pasará. Tal vez, nuestra función como analistas, tenga que ver con construir un saber sobre la modalidad particular de sufrimiento del sujeto. Construir comedia frente a la tragedia de la certeza en relación a su destino.

Alejarse de esa manera, de los ideales éticos ordenadores, partiendo desde una ética del deseo, que recupere la verdad subjetiva, que muchas veces cae frente a los ideales del equipo tratante. Recuperar a ese sujeto que habita con una enfermedad grave, y probar una salida posible. Aun así, su cuerpo está tomado por el cáncer o la

enfermedad

que fuese, allí hay un sujeto padeciente, que no se reduce a objeto de tratamiento médico. El tiempo que le queda al sujeto, no sabemos cuál es, aun así, no esté amenazado por una enfermedad, entonces desde el sentido común, habilitar la historización frente a ese destino fatal, que resignifique algo del por-venir. Permite apuntar en dirección a la ética del deseo, es sostener el deseo como lugar motor del trabajo clínico. Aún nos confronte con lo displacentero, lo peligroso, la idea está en no retroceder ante ese deseo inconsciente. Frente a la circunstancia de la derivación a cuidados paliativos, el trabajo como psicoanalistas consiste en tratar que algo de ese exceso de sufrimiento psíquico y físico pueda tramitarse. Capturar algo de ese exceso de real sin nombre que lleva a la angustia, y vehiculizar por medio de la palabra lo difícil de nombrar. A diferencia de otros enfoques terapéuticos, el psicoanalista no viene a consolar al paciente. Sino de abrazar aquella angustia para lograr entrever el deseo. Al fin de cuentas, según Freud (1984) es lo transitorio que le otorga valor a las cosas y belleza a lo humano.

Desde nuestra posición, en el tránsito del paciente por cuidados paliativos, se trata de implicar al sujeto en su padecer. Buscar al sujeto en la enunciación, esto quiere decir transformar el interrogante qué le duele, hacía a quién le duele. Un énfasis en el sujeto atravesado por una enfermedad que presenta la muerte como hecho inexorable. En principio, en tanto analistas, funcionamos como cierto sostén que aloje ese sujeto que se desmorona. No nos referimos a entretener al paciente con palabras alentadoras, sino de sostener lo que para él tiene relación con su deseo. De este modo, buscamos enfatizar en quien enuncia su padecer en el centro de la escena y no sólo se convierta en un cuerpo enfermo. Lograr la mejor muerte posible, tendrá que ver con lo fantasmático de cada sujeto. Escena que se pueda armar que lo rescate de la incertidumbre del pronóstico diagnosticado. Y allí, nos encontramos con el psicoanálisis que no hace caso omiso al sujeto que padece, sino que crea condiciones de posibilidad frente a lo inefable.

Reflexiones finales

*Un enfermo simplemente es un ser humano, de carne y hueso, que sufre,
ama, piensa y sueña. - Miguel de Unamuno
(1997)*

A través del ensayo, hemos partido de una temática general, cuidados paliativos y psicoanálisis, para adentrarnos a la problemática del mismo, que se basó en esbozar los posibles efectos subjetivos del paciente derivado a cuidados paliativos. Y donde establecimos como premisa al duelo como mecanismo fundamental.

Para ello, comenzamos argumentado que la muerte se considera algo patológico y tabú. Asociada con la atención médica en hospitales, donde la vida o muerte depende en gran medida de las decisiones del equipo médico, lo que a veces conduce a tratamientos prolongados y negligentes que retrasan la muerte inevitable.

En consecuencia, resaltamos que la finalidad de los equipos interdisciplinarios de cuidados paliativos se aboca principalmente a las consecuencias que sufren los pacientes que cargan con una enfermedad terminal, amenazante para la vida. Por tanto, el trabajo siempre está enmarcado en principios bioéticos que respeten la autonomía y dignidad del paciente. En este marco, la inscripción del psicólogo en cuidados paliativos, tiene que ver con ayudar al paciente a mitigar su sufrimiento psíquico, y el de sus familias. Para arribar al meollo del asunto, nos preguntamos más específicamente por la inclusión de un psicoanalista en cuidados paliativos, y su posición. De allí, cuestionamos los principios e ideales de la práctica bioética en cuidados paliativos, para dar lugar a una práctica sobre el sujeto y su deseo. Donde el ideal no está marcado por una norma, sino por el mismo deseo del sujeto. Por medio del ensayo, buscamos reivindicar la subjetividad de los pacientes en las escenas de cuidados paliativos.

No obstante, para situar algunas consecuencias psíquicas de la derivación a cuidados paliativos, en principio situamos que el momento del diagnóstico o pronóstico. La noticia de un pronóstico desfavorable, opciones de tratamiento limitadas y terapias paliativas se experimenta como una avalancha de información catastrófica. Por tanto, ubicamos allí intensa excitación libidinal difícil de ligar para el aparato psíquico que irrumpe las posibles defensas del sujeto. Por otra parte, es el mismo cuerpo que amenaza al narcisismo, y es objeto de mutilaciones, cambios, transformaciones.

Situamos que a raíz de la enfermedad y los tratamientos hay diversas pérdidas a las que el sujeto se enfrenta. Dichos cambios traen aparejados duelos. Pero más específicamente lo que precisamos es que a partir de la derivación a cuidados paliativos, hay implícita o explícitamente el anoticiamiento subjetivo de que ya no hay expectativa de curación para aquel sujeto. El hecho de ser portador de una enfermedad terminal hace encontrarse al sujeto con la posibilidad de su muerte. Y allí, situamos la posición freudiana sobre la muerte. Al renegarla, desmentirla, no creemos en ella, y tenemos una sensación de inmortalidad. No poseemos un significante de la muerte, y dicha cuestión nos llevaría a pensar algo del orden traumático. Aun así, la muerte se presentifica, en las marcas del cuerpo a causa de la enfermedad.

Frente a esto situamos que se desencadena el trabajo de mecanismos de defensa del sujeto, ante el diagnóstico y pronóstico, como lo son la negación y la renegación, que provoca una escisión yoica. Formas de tramitar algo de la angustia.

De esa manera, llegamos a la premisa del ensayo, sobre el duelo como el mecanismo primordial ya que habilita el sostenimiento de un sujeto deseante. Reflexionamos aquí, sobre los postulados lacanianos sobre el duelo, para pensar como el sujeto es constituido a partir de la mortificación del significante, en la castración que lleva a la inscripción de la falta. Y en ese movimiento podemos ubicar la inscripción del sujeto en la cadena significante, y por ende convertido, sujeto de deseo. Sustener aquella falta, permitiría que el sujeto duele algo en relación a su propia inmortalidad.

Ello nos llevó a precisar cuál sería la función del analista en el trabajo con los pacientes de cuidados paliativos. El analista, se ve en el entre sostener proyectos de vida

envuelto el sujeto. Movimientos en análisis que oscilan entre esperanza y negación del paciente para con su enfermedad y el destino marcado, fluctuar entre estar vivo y prepararse para la muerte. En todo caso, implicar al paciente en aquello de lo que es objeto, tratamientos, enfermedades. Tal vez, quitarle la etiqueta de enfermo de vez en cuando, y con esto nos referimos a habilitar al sujeto historizar más allá de lo que acontece en su cuerpo.

Aquí concluimos que se trata entonces de la puesta en marcha del deseo singular como brújula, que permita una posición subjetiva un poco menos sufriente. Al final, haciendo referencia a la cita de Miguel de Unamuno en el epígrafe, se trata de pensar aquel enfermo amenazado con una muerte inminente, como sujeto que aún tiene algo por decir.

Referencias bibliográficas

- Alizade, A. (2012) *Clínica con la muerte*. Buenos Aires: Ediciones Biebel.
- Alifano, R. (1988) *Borges: Biografía Verbal*. Barcelona: Plaza & Janes.
- Aries, P (2000). *Morir en occidente*. Buenos aires: Adriana Hidalgo.
- Dulitsky, S. (2023) *Vivir con finitud*. Sufrimiento existencial y cuidados paliativos. Buenos aires: Letra viva.
- Freud, S. (1975). *La escisión del yo en el proceso defensivo* en Obras completas.

- Tomo
 XXIII. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1979) *El malestar en la cultura*. En Obras Completas. Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1984) *La transitoriedad*. Obras Completas, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones.
- Freud, S. (1992) *Más allá del principio de placer*. Obras completas. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud S (2012). *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia* en Obras Completas.
 Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2013a). *De guerra y muerte: Temas de actualidad*” en Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2013b). Duelo y melancolía. En Obras completas, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gerez Ambertín. (2005) El incurable luto en psicoanálisis. *Psicología em Revista*, Belo Horizonte, Volumen 11, n. 18, p. 179- 187.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v11n18/v11n18a03.pdf>
- Honorable Congreso de la Nación Argentina (2012, 24 de mayo) Ley 26.742 Modificase la Ley N° 26.529 los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. Boletín Nacional.
<https://www.boletinoficial.gob.ar/pdf/linkQR/QU14bDJPVTRBazA9>
- Negro, M. (2008). *La otra muerte. Cuidados paliativos y psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra viva.
- Lacan, J. (2021) *Seminario 10: La angustia*. Ed. Paidós.
- De Unamuno, M. (1977) *La vida literaria*, Madrid, Espasa-Calpe