



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

El sujeto frente a su finitud: una lectura del duelo de sí desde el psicoanálisis en cuidados paliativos

Ensayo

Alumna: Skinner, Sabrina

D.N.I: 40453607

Legajo: S-5515/8

Graduado responsable: Ferraro, Juan Manuel

2025

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Desarrollo	5
Práctica psicoanalítica en cuidados paliativos	5
<i>Cuidados paliativos: una perspectiva integral y un marco legal</i>	5
<i>A pesar de las diferencias... psicoanálisis y medicina</i>	5
<i>El psicoanálisis en su extraterritorialidad</i>	6
<i>Del lugar marginal a la práctica compartida</i>	7
Cuerpo, lenguaje y síntoma	8
<i>El cuerpo-lenguaje</i>	8
<i>El cuerpo enfermo</i>	9
<i>El cuerpo en la enfermedad</i>	11
Sobre la vida y la muerte o entre la vida y la muerte	11
<i>La muerte como enigma y espejo del sujeto</i>	11
<i>Sobre el duelo</i>	13
<i>El duelo como función</i>	15
<i>Desde nuestro lugar</i>	16
Consideraciones finales	18
Referencias bibliográficas	20

Resumen

El presente trabajo aborda la clínica psicoanalítica en el contexto de los cuidados paliativos, situando la reflexión en torno al duelo y al cuerpo frente a la enfermedad crónica evolutiva. Se parte de pensar que el cuerpo del sujeto no se reduce a un organismo biológico, sino que está atravesado por el lenguaje y, por ello, marcado por el significante. Desde esta concepción, el cuerpo enfermo se presenta como un cuerpo “enfermo de significante”, en el que la dolencia no solo remite a lo orgánico, sino también a aquello que del sujeto se expresa en su padecimiento. El ensayo propone interrogar el modo en que una enfermedad amenazante para la vida confronta al sujeto con su finitud y con una pérdida progresiva de su propio cuerpo, abriendo la posibilidad de un duelo de sí mismo. A su vez, se analizan las tensiones entre los saberes médicos y el saber psicoanalítico dentro del hospital, subrayando la necesidad de una escucha que no se reduzca a la urgencia ni al imperativo de curar, sino que habilite un tiempo para que el sujeto despliegue su palabra. Se concluye que tanto las marcas corporales de la enfermedad como las representaciones simbólicas de la muerte permiten al sujeto bordear lo indecible de su existencia. El duelo, concebido como función estructurante y no solo como proceso, abre la posibilidad de un movimiento subjetivo frente a la pérdida, la vida y el deseo.

Palabras clave: Psicoanálisis – Cuidados paliativos – Duelo – Enfermedad Crónica – Enfermedad crónica debilitante

Introducción

El presente Trabajo Integrador Final propone abordar la temática de Clínica psicoanalítica en cuidados paliativos, específicamente dentro del ámbito hospitalario. El escrito, de carácter ensayístico, pretende reflexionar sobre cómo, frente a una enfermedad crónica evolutiva, el sujeto se confronta no solo con la amenaza de muerte sino con la pérdida progresiva de su propio cuerpo. Este proceso abre la posibilidad de pensar en el duelo “de sí mismo” al vivenciar en el cuerpo la enfermedad.

El desarrollo del trabajo se considera de relevancia ya que permite pensar el entrecruzamiento de saberes dentro de los equipos interdisciplinarios, donde convergen distintos puntos de vista sobre un mismo objeto. Resulta fundamental mantener abierta la interrogación acerca de qué lugar se le concede al analista en dichos espacios, donde la enfermedad suele presentarse como asunto exclusivo del personal médico. En este sentido, nos proponemos subrayar que atender y reconocer el sufrimiento subjetivo es un componente indispensable de toda concepción de salud integral, invitando a cuestionar la barrera puesta entre Salud/Salud Mental. Pensamos la función del analista no como quien ofrece respuestas, consejos o sugiere conductas, sino como quien habilita un espacio donde el sujeto pueda desplegar su palabra, sus significantes y sostener la pregunta por su deseo en un tiempo que no es el de la inmediatez.

En este marco, consideramos fundamental interrogarnos acerca de la relación del sujeto con su cuerpo, tomándolo no como un mero organismo biológico, sino como un cuerpo atravesado por el lenguaje. Tal concepción revela que la relación que tiene el sujeto con su cuerpo no es evidente, sino, profundamente enigmática. Por lo tanto, nos apoyamos en Mahé y Ramos (2012), quienes ubican al cuerpo como “enfermo de significante” al haber una indisposición en la articulación entre el psiquismo y el cuerpo. La condición de este último está determinada por el lenguaje y es a través de este que los síntomas cobran sentido para el enfermo. De este modo, subrayamos la diferencia entre síntoma médico y el síntoma analítico no solo para precisar el modo de intervención de un analista frente al síntoma —que requiere de ser interpretado en el marco de la transferencia— sino también para interrogar las contradicciones que emergen en la clínica en torno a decisiones que le competen al propio sujeto sobre su tratamiento.

Asimismo, esta forma de considerar al cuerpo nos conduce a pensar su fragmentación, lo que nos permite abordar el tema del duelo del propio cuerpo al percibirlo como ajeno. Si bien partimos de la concepción de Freud (1992b) acerca de las diversas formas de concebir la muerte para el sujeto —entre las cuales ubica la inexistencia de representación de la muerte en el inconsciente al no constituirse como experiencia— coincidimos con los desarrollos de Alizade (2012), quien encuentra a partir de las representaciones acerca de la muerte la posibilidad de bordear lo indecible de la finitud. Es así como planteamos que, a través del dolor, de los cambios físicos y el debilitamiento del cuerpo, se inscriben las marcas de ser mortal que se vivencian como angustiantes en tanto lo confrontan con su propia castración. Esta angustia constitutiva es la que nos lleva a reflexionar acerca del duelo en tanto función, el cual habilita al sujeto a interrogar la posición ocupada en relación a su Otro al mismo tiempo que puede encadenar su propia ausencia.

Práctica psicoanalítica en cuidados paliativos

Cuidados paliativos: una perspectiva integral y un marco legal

La reflexión sobre esta problemática exige, como primer paso, revisar algunos aspectos del trabajo con pacientes que cursan enfermedades crónicas evolutivas, debido a que enmarcaremos el trabajo en dispositivos de cuidados paliativos, específicamente dentro del ámbito hospitalario. Para ello es necesario desarrollar en qué consisten, cómo se conforman y, sobre todo, cómo se despliega el lugar del analista en dicho espacio.

En el marco de una primera aproximación a los cuidados paliativos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020) define como pilar fundamental el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, la atención de los problemas de orden físico, psicológico, social o espiritual a través de servicios de salud integrados y centrados en las personas que afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Esto implica reconocer que el sufrimiento del paciente no se limita a los síntomas físicos —por lo que la atención no debe ser focalizada en ellos— sino en el conjunto de los factores intervinientes.

Asimismo, tanto la Ley Nacional 27.678 (2022) como la Ley Provincial 13.166 (2011) de Cuidados Paliativos se encuentran en concordancia en tanto presentan como uno de sus objetivos la atención interdisciplinaria, conformándose equipos compuesto por médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y voluntarios. A su vez, tienen entre sus principios el respeto por la vida y el bienestar de las personas, asimismo el respeto de la dignidad y autonomía del paciente en las decisiones sobre los tratamientos y cuidados que ha de recibir a lo largo de su enfermedad.

Barreto (2008) aporta un elemento clave en este contexto al señalar que, si bien no estamos necesariamente ante una patología del sujeto, ello no implica que no merezca nuestra atención; por el contrario, se impone la necesidad de acompañar y abordar su sufrimiento. Las herramientas e intervenciones clínicas no difieren sustancialmente de las utilizadas en otros contextos, aunque es fundamental considerar ciertos aspectos específicos —incluyendo cuestiones legales— que resultan relevantes al momento de intervenir.

Ya situado el campo de nuestra interrogación y aclarado que el marco normativo —y gracias a las consideraciones de Barreto— justifica y fundamenta la inclusión de los psicólogos en la conformación de equipos interdisciplinarios de cuidados paliativos, queda por situar qué lugar y qué aportes puede realizar la clínica psicoanalítica en el ámbito que, históricamente, ha sido terreno exclusivo de la medicina.

A pesar de las diferencias... psicoanálisis y medicina

Si bien psicoanálisis y medicina parten de perspectivas distintas, es precisamente en esa diferencia donde puede abrirse un espacio fecundo de trabajo conjunto. En efecto, entendiendo que se trata de enfermedades que culturalmente son asociadas a la muerte, es frecuente en la práctica hospitalaria que los consultantes expresen angustia frente a tratamientos invasivos o diagnósticos terminales. Aunque el médico pueda percibir y escuchar este malestar, su intervención se limita al cuerpo en su dimensión orgánica y poco tiene que hacer con los asuntos psíquicos que estén involucrados en él. Sobre esto, Unzueta Nostas y Loras (2002) señalan que la enfermedad es convertida en objeto, lo cual orienta la intervención médica hacia el beneficio del paciente, centrando sus esfuerzos en restituir la salud y mitigar los síntomas. Así, cuando el cuerpo es atacado por la enfermedad, el médico puede constatar qué tan grave es la situación, pero le resulta difícil abordar ese sufrimiento psíquico que lo acompaña.

Esta imposibilidad nos abre dos líneas de lectura posibles: la primera está relacionada a las limitaciones acerca de la formación y el alcance de los saberes para poder abordar la subjetividad de los pacientes, puesto que los estudios sobre el cuerpo son dirigidos a lo operativo, a la carne y sus componentes. Por otro lado —y en relación a lo antedicho—, coincidimos con lo advertido por Barreto (2008): el hecho de presenciar el sufrimiento y el dolor ajeno expone al personal a un riesgo afectivo que no puede ser desestimado.

Tras esta separación, conviene aclarar que estas dos perspectivas requieren de un abordaje diferenciado: en el primer caso se trata de un trabajo dirigido al paciente, mientras que en el segundo se precisa trabajar internamente con el equipo interdisciplinario. En el presente escrito nos centraremos en desarrollar lo relativo al primer caso, dejando el segundo para eventuales desarrollos posteriores.

A partir de esto, resulta pertinente introducir lo planteado por Lacan (2007b) en “Psicoanálisis y Medicina”, donde ubica al psicoanálisis como una práctica marginal y extraterritorial. Marginal, en tanto la medicina le otorga un lugar de ayudante externo o asistente. Extra-territorial, entendiendo como un posicionamiento epistémico en el que los propios analistas encuentran razones para mantenerse. En este marco, se vuelve necesario reflexionar sobre el lugar que los analistas pueden ocupar dentro de equipos guiados por la lógica de la interdisciplina. Si bien los discursos de la medicina y del psicoanálisis se sustentan en marcos teóricos que podrían presentarse como antagónicos, consideramos que es posible pensarlos en una articulación complementaria, al menos en un plano ideal.

El psicoanálisis en su extraterritorialidad

En este sentido, Ferraro (2020) reflexiona acerca de tres posibles encuentros entre el psicoanálisis y la oncología, los cuales no son sin desencuentros. El primero refiere a la medicina en su función paliativa, la cual pone en suspenso la enfermedad, dejando en segundo plano el *furor curandis*, teniendo en cuenta que el propósito no es ni acelerar ni retrasar la muerte, por lo que tiene como fin cuidar la integridad del paciente. Es en este punto donde el psicoanálisis puede entrar en escena en Cuidados Paliativos. El segundo punto que menciona Ferraro aborda una cuestión epistémica, en tanto el médico tiene un saber acerca de qué es lo mejor para el paciente; el analista, en cambio, deja un vacío abierto para ser llenado con la palabra del enfermo, quien tiene sus razones para disentir. Aquí es donde encontramos también, en la Ley 26.529 de Derechos del paciente (2009), la potestad de la persona en tratamiento para decidir sobre la atención médica, incluyendo la posibilidad de rechazar determinadas intervenciones. Es muy común escuchar que los médicos, en esa instancia, si consideran que es conveniente, acudan al psicólogo para que lo haga entrar en razón. Nos preguntamos allí si conviene responder a su demanda o escuchar al paciente desde otro lugar; desde el lugar del analista que indague y sostenga la posición del sujeto.

A continuación, vemos que de esta tensión epistémica se desprende una dinámica específica en la relación médico-paciente, en donde el saber se encuentra del lado del primero. Es el médico quien tiene el saber acerca de la biología, la fisiología, los medicamentos y tratamientos; el analista abre la pregunta sobre aquello que le pasa al sujeto, y en ella puede operar dejando un vacío abierto, que no sea colmado con la palabra del médico que le retorne en una variante del “Tu eres”, sino que ese vacío pueda ser llenado por la palabra del paciente (Ferraro, 2020).

Entendemos que Lacan (2007b) alude, en parte, a lo que venimos desarrollando cuando señala el carácter extra-territorial del psicoanálisis en relación con la medicina. Esta posición se sostiene, entre otras cosas, en lo que denomina una falla epistemo-somática, es decir, al “efecto de los avances de la ciencia sobre la relación de la medicina con el cuerpo” (p. 4). En este sentido, se vuelve visible otro desencuentro: mientras la medicina se orienta hacia un saber sobre el cuerpo en su dimensión biológica —ese real del cuerpo medible y

observable—, el psicoanálisis se interesa por otro plano, aquello que queda excluido de esa relación entre saber y cuerpo y que trasciende la dimensión de la extensión. Lapaco (2009) lo plantea con claridad al afirmar que, “desde la perspectiva del psicoanálisis, habrá cuerpo sólo si hay alguien que diga ‘mi cuerpo’, goce de él y lo unifique en una imagen que lo representa en la escena pública” (p. 2). Es precisamente esa dimensión subjetiva del cuerpo la que el analista está en condiciones de poner de relieve, allí donde el saber médico no puede operar.

Del lugar marginal a la práctica compartida

A partir de estos desencuentros, entonces, podemos pensar que en cuidados paliativos es preciso que haya un común acuerdo entre los discursos. Esto no implica dejar de lado las diferencias, sino por el contrario, celebrarlas, ya que ellas serán las que permitan realizar un trabajo interdisciplinario responsable. Es aquí donde se abre la posibilidad de reivindicar el lugar del psicoanálisis en la práctica hospitalaria, ya que se corre del lugar de asistente, de lugar secundario. Se torna indispensable escuchar al paciente más allá de lo que acontece como demanda.

La conformación de un equipo interdisciplinario constituido como base para cuidados paliativos responde a un posicionamiento respecto a la concepción de Salud/Salud mental, avanzando en el derribamiento de dicha dicotomía. Tal como lo plantea Stolkiner “el éxito del campo de la Salud Mental sería su desaparición para incorporarse en prácticas sociales de salud-enfermedad-cuidado en las que la dimensión social y subjetiva haya sido restituida” (Stolkiner, 2012, p.3). No es solo estar advertido de que en el contexto de la enfermedad crónica pueda surgir angustia sino comprender que la angustia es algo inherente al ser humano y que la salud involucra todas las dimensiones.

Siguiendo esta línea, resulta oportuno señalar que si bien podemos hablar de los beneficios que de la interdisciplina resultarían, la mayoría de las veces esta se presenta como un ideal al cual nunca se llega con plenitud. Stolkiner (2005) la plantea como un proceso en el cual se ven involucrados más que un grupo heterogéneo de profesionales, y donde aparecen dificultades que si no son tenidas en cuenta hacen tambalear la continuidad de un equipo conformado para los fines que se presentan. Con esto se refiere al reconocimiento de la incompletud de las disciplinas, una sola no basta para responder todas las preguntas acerca de un problema. Es por esto que advierte que “en los equipos de salud lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión” (p. 8). En este sentido, en el ámbito hospitalario fácilmente puede resultar una situación donde el cuerpo médico convoque a otros profesionales como una ayuda a sus intervenciones, tal como lo hemos planteado anteriormente. Es por esto por lo que el trabajo interdisciplinario debe planificarse y mantenerse constante como lógica grupal.

A su vez, Ferraro (2021) plantea una reflexión interesante respecto de la interdisciplina: si bien podría suponerse que su objetivo es la construcción de un saber superador surgido de la suma de distintas disciplinas, lo que verdaderamente se busca no es una síntesis teórica sino una práctica conjunta. Una práctica que habilite la producción de un trabajo que incluya múltiples lecturas y que, fundamentalmente, pueda alojar al destinatario de esa intervención.

En consecuencia, consideramos que la interrogación continua permite que el trabajo en equipo no resulte estático, sino que posea una logicidad tal que pueda ser incorporado de manera natural en el desarrollo individual de la práctica con los pacientes, siempre y cada vez, en el medio y en consideración del lugar del sujeto. Justamente es por esta razón que exponemos tales argumentos.

Cuerpo, lenguaje y síntoma

El cuerpo-lenguaje

Hemos referido anteriormente que la concepción del cuerpo en psicoanálisis se inscribe en una lógica discursiva, en contraste con la perspectiva biomédica predominante en la medicina. De esta forma, se aleja radicalmente de la comprensión médica tradicional; no se trata del cuerpo-objeto de estudio anatómico, sino del cuerpo hablado, pulsional, atravesado por el lenguaje.

Consideramos que este es un recorrido posible entre muchos por dos razones: la primera, porque tanto en la obra de Freud como en la de Lacan, las nociones de cuerpo recorren un largo camino que abre la posibilidad de hablar de cuerpos, en plural; segundo, porque las fronteras entre el cuerpo y lo discursivo son difusas justamente por su multiplicidad y por haber dejado de lado las concepciones de la medicina.

La invención del psicoanálisis por parte de Freud nace precisamente de su encuentro con el cuerpo de las histéricas que encarnan allí una dimensión extraña a la anatomía (Freud, 1992e), en el acercamiento con las pacientes de Charcot (Freud, 1992f), quienes manifiestan síntomas inexplicables para la biología, los cuales podrían ser creados o cesados en sesiones de hipnosis (Freud, 1992j). A partir de estas observaciones despierta su interés por la histeria notando que ni la anatomía ni el instinto determinan el síntoma. Por el contrario, comprendió que el síntoma podía funcionar como una vía de satisfacción pulsional.

La distinción es clara si la rastreamos en “Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas” (1992a), Freud analiza y se interroga acerca del origen de las parálisis histéricas notando diferencias con respecto a las motrices.

De la hemiplejía común orgánica (parálisis de los miembros superior e inferior y del facial inferior), la histeria no reproduce sino la parálisis de los miembros, e incluso disocia con gran frecuencia y con la mayor facilidad la parálisis del brazo, de la pierna, presentándolas separadas en forma de monoplejías. Del síndrome de la afasia orgánica reproduce la afasia motriz en estado de aislamiento, y, cosa inaudita en la afasia orgánica, puede crear una afasia total (motriz y sensitiva) para un idioma determinado, sin atacar en absoluto la facultad de comprender y articular otro distinto, fenómeno observado por mí en varios casos aún inéditos. (Freud, 1992a, p. 201)

Estas manifestaciones, junto con otras observadas, se caracterizan por su exceso e intensidad, lo cual contrasta marcadamente con la clínica neurológica. Freud argumenta entonces que

la lesión de las parálisis histéricas debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella. (Freud, 1992a, p. 206)

El síntoma, por tanto, no imita fielmente la anatomía, sino que recorta el cuerpo desde una lógica distinta, haciendo que una parálisis facial no tenga razón de afectar el brazo o la pierna, o que pueda observarse las manifestaciones de una afasia para un idioma, pero que no ocurra de la misma forma para otro, por ejemplo (Freud, 1992a).

Así, respecto a la naturaleza de esta sintomatología tan peculiar, Freud (1992a) concluye que la lesión existente en las parálisis histéricas tiene una raíz inconsciente, una asociación con valor afectivo relacionado a un trauma al cual el yo consciente no puede acceder. Esto permite pensar que la relación del sujeto con su cuerpo se ve atravesada por

una dimensión que excede lo orgánico: el cuerpo, en psicoanálisis, se constituye en la articulación con el lenguaje y el inconsciente.

Es de esta constitución del cuerpo de la que nos habla en “Tres ensayos de teoría sexual” (1992I), remontándose y remontándonos a la sexualidad infantil, cuando nos muestra que ciertas acciones del lactante, como el chupeteo, llegan a un punto en que no responden a una necesidad biológica inmediata, sino que buscan a partir del apuntalamiento de la sexualidad en la función nutricia, una dimensión que ya no tiene que ver tanto con la satisfacción sino más bien con el placer.

A partir de allí se empieza a configurar un cuerpo distinto, que no se organiza en torno a las necesidades vitales, sino que se ve atravesado por la búsqueda de la satisfacción pulsional, lo que va delimitando en esa masa cárnica que toma por objeto la medicina una topografía distinta que la anatómica en la conformación de un cuerpo erógeno desplazándose así del orden biológico al registro del deseo.

Lacan, en “La significación del falo” (2009), retoma esta lógica y propone un orden diferente en este pasaje de lo biológico hacia el deseo, introduciendo una dimensión fundamental. Sostiene que es precisamente por estar atravesados por el significante que las necesidades se desvían y se pierden. Al quedar sujetas a la demanda, estas ya no retornan al sujeto en su forma original, sino de manera alienada. Y es justamente en ese resto no articulable por la demanda donde se manifiesta el deseo en el sujeto.

Desde esta perspectiva, hablamos de un cuerpo que no es simplemente el organismo biológico, sino que se constituye a partir del lenguaje, en tanto es recortado a partir de la lectura de un Otro, quien posibilita que el significante opere de dicha forma en ese cuerpo. Si bien el cuerpo para Lacan tiene una dimensión imaginaria importante, notamos que la imagen que hemos construido de él solo puede revelarse en tanto es enunciada. En el decir de Lacan, “la palabra es ante todo ese objeto de intercambio por el cual nos reconocemos” (Lacan, 2008, p. 77). Por ende, el organismo en el acto de enunciarse aparece como borrado —y barrado— perdido, mítico. Algo debe perderse para su constitución. Aquella imagen del cuerpo proyectada en el espejo resulta ajena, impropia, dado que en principio es imagen del otro, y, si bien es allí donde encuentra su unidad, siempre se encuentra a merced de la demanda y deseo del Otro (Lacan, 2007a).

Coincidimos con lo planteado por Garo (2020), en “Vigencia del abordaje psicoanalítico del cuerpo”, cuando subraya que el cuerpo no es algo dado de ante mano, sino que se constituye como una posibilidad, y esta surge en el encuentro con el lenguaje (siempre mediada por un Otro). De allí que abordar el cuerpo desde el psicoanálisis implique interrogar cómo cada sujeto logró —o no— hacerse de un cuerpo propio.

El cuerpo enfermo

Mahé y Ramos (2012), en *Enfermedad, cuerpo y síntoma*, destacan que la desregulación del lenguaje es responsable de la imposibilidad de un equilibrio psíquico-corporal. Para los autores, en el cuerpo no solo se alojan la imagen como un acicalado narcisista y las representaciones, sino también el goce. A partir de esta perspectiva, introducen una idea crucial: el cuerpo del ser hablante está enfermo de significante, y por ese hecho, el sujeto está —y es— traumatizado.

Teniendo estas primeras aproximaciones, podemos plantear que sujeto, cuerpo y —podemos agregar también— síntoma están profundamente vinculados, marcada por una lógica que no es lineal ni transparente, sino profundamente enigmática y cargada de tensión, ya que en el acto de enunciar “este es mi cuerpo”, el sujeto se enfrenta a una afirmación que nunca es del todo simple ni del todo clara. En efecto, el lenguaje produce al cuerpo como efecto, pero también como resto. No hay identidad plena posible con esa imagen corporal que promete unidad: algo siempre se desliza, se omite o se deforma.

Claro está entonces que el cuerpo no es simplemente lo que se tiene, sino aquello construido que se habita en la tensión entre la imagen, el significante y el goce. Aun así, es precisamente en el campo de la palabra y del lenguaje donde se despliega el sujeto y su verdad (Lacan, 2009), donde se abre la posibilidad de interrogar esa experiencia, y de construir, con y a través del síntoma, un saber singular sobre el “propio” cuerpo.

A partir de estas diferencias podemos resaltar un desencuentro —antes ya mencionado— en cuanto a la expectativa de los médicos tratantes con respecto a lo que acontece cuando se proporcionan indicaciones o soluciones ante ciertas dolencias. Por ejemplo, cuando al aumentar una dosis que calmaría el dolor, el paciente se rehúsa, pero sigue quejándose de ese dolor. Es frecuente en la formación médica asumir que el vínculo que los pacientes establecen con su cuerpo y su malestar se basa en su grado de información o ignorancia, por lo que no tendría sentido una escena similar. Desde esta perspectiva se entiende que es el yo del sujeto el que se resiste.

Desde nuestro lugar, en cambio, se pone en evidencia que los órganos hablan más de lo que se cree y que las piernas no solo sirven para caminar, o el estómago para procesar los alimentos, por lo que es posible abrir la escucha en otra dirección. Lacan (2008) en *El Seminario II. El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*, plantea que el análisis de las resistencias no apunta a la sugestión, ya que iría en contra de lo que atañe a preguntar acerca de que significa la historia del sujeto. Se trata más bien de saber desde que lugar se ofrece una respuesta en cada momento del análisis. En este sentido, advierte que "toda intervención que se inspire, es decir, que se base en una imagen ideal de desarrollo psicológico normal, está condenada al fracaso si su objetivo es que el sujeto se adapte a ese ideal" (Lacan, 2008, p. 71).

Cabe aclarar que no sostenemos una lógica psicosomática que vincule de manera directa y causal lo psíquico y lo somático, pero sí consideramos que, en la medida en que el sujeto habla, se ponen en juego su subjetividad y sus modalidades de goce.

Desde esta perspectiva, los síntomas en análisis difieren de aquellos abordados en el consultorio médico. Su estatuto no se define por parámetros clínicos objetivos, sino por su valor subjetivo, por la forma en que se articula con otros significantes. En palabras de Mahé y Ramos (2012),

por el hecho de ser hablada es que adviene y se articula, como una manera de ser donde se elabora la pregunta por el Otro. De ser así expresado, en una búsqueda de sentido, el signo patológico es movilizado en cuanto síntoma y puede, en ese caso, constituir un tipo de solución que pasa por el cuerpo. De allí la importancia de considerar la manera que tiene el enfermo de habitar el síntoma. (p. 272)

A su vez, Lacan (2008), respecto del síntoma analítico, destaca que se inscribe en un nivel descentrado con respecto a la experiencia individual, en su formación se enlaza a un significante, a una palabra que actúa como matriz de aquello que el sujeto desconoce de sí mismo. Por lo que toda intervención debe recaer sobre ese nivel descentrado para que el síntoma ceda. Es decir que el síntoma no coincide con la experiencia consciente del sujeto.

El síntoma analítico posee un estatuto particular, requiere ser interpretado en el marco de la transferencia, es decir, allí donde se introduce el Otro como lugar del saber (Lacan, 2007a). Sin embargo, el síntoma no se ofrece inmediatamente a la interpretación, porque no es solo mensaje, sino también goce: un goce que se encuentra revestido de sentido, pero no reducido a él. Por eso, aunque pueda ser leído como formación del inconsciente, su dimensión de goce resiste al desciframiento y se mantiene como resto irreductible.

Considerando lo anteriormente planteado, podemos afirmar que en el momento que se nos presenta un sujeto afectado de una enfermedad que atenta contra su vida, resulta imposible saber qué es lo que espera de nosotros. Sin embargo, es probablemente, nos dirija

un pedido, incluso un remedio a sus problemas, a su sufrimiento, puesto que todas sus investiduras libidinales están retiradas a su yo (Freud, 1992g). Desde nuestro lugar, se presenta la oportunidad de intervenir transformando aquello en una pregunta que involucre al sujeto y su historia particular.

El cuerpo en la enfermedad

En este marco creemos pertinente trazar una analogía entre el cuerpo en la enfermedad orgánica y el cuerpo de las históricas. Es decir, cuerpos que son lenguaje a pesar de su soporte anatómico, ya que estos no se evocan sino metafóricamente. El cuerpo en la enfermedad orgánica se enuncia como alterado, fallado, padece de significante, a pesar de que el dolor tenga una localización anatómica. De hecho, Leisbon (2018), en *La máquina imperfecta*, considera que el hecho de que Freud se separase del saber médico-biológico lo hace definitivo dejando la posibilidad de retorno por fuera. El autor, destaca la imposibilidad de hablar de un cuerpo como un concepto cerrado y descarta su carácter de propio, al estar constituido a partir de la imagen del cuerpo del otro y que, en el intento de apropiárselo, algo cae por fuera.

Ahora bien, consideramos que la enfermedad, el significante de estar enfermo, sobre todo cuando la enfermedad amenaza la vida con tanta magnitud, se introduce en el sujeto de manera particular. En principio, puede surgir como un significante que no remite a nada, que no hace cadena. Hay una enfermedad, una falla a nivel orgánico, al nivel de la máquina que deja de funcionar y que hay que reparar. No hay metáfora allí, hay una falla, un dolor y, para ello, un tratamiento. Porque la medicina nombra aquello que sucede con el organismo a partir de la lesión que se ve en los estudios, en la evidencia. Y, en ese acto de nombrar la enfermedad, el sujeto queda forcluido (Leisbon, 2018). En segundo lugar, hay una posibilidad de parte del sujeto de ser metaforizada, de aportarle un sentido, de responder con sus fantasmas, o armarlo a partir de allí. Pero para ello, es preciso que eso haga cadena. Cuando decimos que puede aportarle un sentido, nos referimos a la posibilidad de que se enlace con la historia del sujeto, aun cuando se le encuentra una causa al modo de culpabilización, como puede ocurrir cuando uno enuncia, por ejemplo: “por callar lo que me pasa generé un cáncer en la garganta”; porque a partir de esto se puede comenzar a trabajar con la implicancia que tiene el sujeto en la enfermedad. Esto no quiere decir que el trabajo esté dirigido a apuntalar esa hipótesis, sino que a partir de ella puede generarse una interrogación.

Por lo tanto, el implicarse subjetivamente tiene la función de acotar lo real de la enfermedad, y afrontar de otra forma el diagnóstico, que muchas veces puede resultar avasallante. Sin embargo, consideramos que estas metáforas pueden operar como una vía de apertura, mientras no se cierren en una significación.

Lo que se vuelve evidente es que cuando el sufrimiento, el dolor o el goce se manifiestan en el cuerpo, ese cuerpo se hace escuchar de otro modo. Es ahí donde se vuelve central la tarea del analista: habilitar un espacio para la palabra allí donde se encuentra obturada. En este sentido, la intervención en el hospital adquiere un valor singular: puede propiciar un desplazamiento desde una posición pasiva —la del paciente que padece— hacia una posición de sujeto que interroga lo que le ocurre (Mahé y Ramos, 2012).

Sobre la vida y la muerte o entre la vida y la muerte

La muerte como enigma y espejo del sujeto

La vida y la muerte fueron siempre temas de reflexión. Nos encontramos nuevamente con el desafío de trazar un recorrido posible acerca de esta problemática. Hay tantas maneras de pensar la vida y la muerte como sujetos habitan en la tierra. Cada uno responderá a partir

de sus creencias, su experiencia, su religión, su cultura. Por ello emprendemos la tarea de responder desde donde nos propusimos en este escrito, desde el psicoanálisis.

En este marco, “De guerra y de muerte. Temas de actualidad” (1992b), nos acerca el pensamiento de Freud sobre la actitud de los hombres frente a la muerte, y sostiene que resulta imposible imaginar la propia. Al intentar hacerlo, nos damos cuenta de que sobrevivimos como observadores. Al ponerlo en palabras, pensamos en aquellos que se verían afectados por nuestra partida. Por consiguiente, aún advertido de su condición mortal, el sujeto mantiene, en lo inconsciente, una creencia de inmortalidad que opera como una marca narcisista, una fantasía en la cual es digno de semejante trofeo. Ahora, cuando se trata de la muerte ajena, el hombre puede deseársela incluso por motivos insignificantes o —a veces acto seguido— evita imaginársela siquiera, movido por sentimientos de culpa, los cuales se intensifican especialmente cuando de esa muerte podría obtenerse un beneficio personal.

Por lo tanto, la muerte, como tema de conversación, se presenta como un tabú, aunque no por ello se deje de evocar constantemente. En la vida cotidiana aparece frecuentemente en boca de alguno y es callada por otro. El hecho de que no haya huella psíquica de la misma la hace aún más misteriosa, más temible en algunos casos, más intrigante en otros. Como hemos anticipado, existen mitos, leyendas, religiones enteras armadas a su alrededor. Se impone de tal forma que los muertos siguen dialogando con los vivos a través de territorios psíquicos intermedios, como los rituales y ceremonias de despedida, lo que facilita el pasaje de la vida a lo desconocido (Alizade, 2012).

Retomando el planteo de Freud, no estamos alejados a la actitud del hombre primordial frente a la muerte de un ser querido: dominados por la ambivalencia que hoy persiste, reconocemos la muerte como la suspensión de la vida y por otra parte la desmentimos como si fuera irreal. Estas dos actitudes contrapuestas entran en conflicto y se ponen de manifiesto ante la muerte de un ser querido, a quienes se toma como una parte de sí, del yo propio, como una propiedad interior. En este punto Freud señala que la muerte ajena también nos confronta con la nuestra. A su vez, el autor destaca que el amor siempre conlleva su opuesto: incluso una pequeña porción de hostilidad hacia aquellos que amamos puede impulsar el deseo de su muerte. De allí que estos seres queridos sean, a su vez, en cierta medida, extraños, y en tanto tal, rivales (Freud, 1992b).

A raíz de estas premisas, podemos pensar que, el sujeto, de la misma forma que toma a los otros como parte de su yo, es también un extraño en su propia casa. Freud lo considera en muchos de sus trabajos, sin ir más lejos, en “El yo y el Ello” (1992d) sitúa el conflicto que se produce entre las identificaciones que forman al yo y la reactividad enérgica del superyó frente a ellas. Como resultado, la formación del ideal del yo se impone como doble exigencia al yo: como mandato, pero también como prohibición. En este marco, el yo se encuentra inevitablemente en falta, siempre insuficiente frente a ese ideal, que, tal como lo aborda el autor, actúa como abogado del ello. Además, la distinción de las instancias en este texto permite contemplar una vez más la tercera herida narcisista de la humanidad: el yo no es dueño de su propia casa (Freud, 1992m).

Asimismo, el cuerpo, como hemos comentado, se presenta estructuralmente ajeno al sujeto. El cuerpo es el resultado de una serie de operaciones que permiten que un sujeto pueda apropiarse de él a través de la palabra. A su vez, de ese cuerpo puede horrorizarse en algún momento, volverse completamente extraño y lejano (Leisbon, 2018). Estas consideraciones nos remiten a lo expuesto en “Lo ominoso” (1992i), donde se explora acerca de lo *unheimlich*, aquello extraño en lo familiar. Con el cuento del arenero, Freud sitúa el temor a la pérdida de los ojos como ejemplo paradigmático de este carácter siniestro, asociándolo a la angustia de castración. En este contexto, los ojos funcionan como sustitutos de los genitales, aunque podrían ocupar ese lugar otros órganos del cuerpo. La posibilidad de su mutilación revela, entonces, la presencia de una angustia constitutiva. Asimismo, la narración introduce la figura de un sustituto paterno, al que se le atribuye la intención de la castración. Tal como

concluye Freud “todas nuestras dudas desaparecen cuando, al analizar a los neuróticos, nos enteramos de las particularidades de este «complejo de castración» y del inmenso papel que desempeña en la vida psíquica” (Freud, 1992i, p.7).

Por consiguiente, no es descabellado suponer que el hombre afronta el tema de su propia muerte tomándola desde ponerse a sí mismo como objeto, o a una parte de sí mismo, si consideramos su fragmentación. De hecho, en el contexto de una enfermedad que amenaza la integridad de quien la padece, surge un sentimiento de extrañeza aun mayor al no reconocerse en ese cuerpo doliente. De esta forma, la muerte propia, o bien, todo lo que nos acerca a ella, adoptan también este carácter de lo siniestro.

Sobre el duelo

Nos detenemos un momento a analizar lo expuesto por Freud acerca del duelo. Para ello, tomamos “La transitoriedad” (1992h) donde reflexiona junto a dos compañeros acerca de la finitud a partir de lo que comenta su poeta amigo: toda la hermosura de la naturaleza que estaba apreciando tenía el destino de desaparecer junto al invierno, así como todo lo bello que rodea al hombre y que el hombre crea o podría crear. Por esa razón, aquello que de otro modo habría amado y admirado le parecía desprovisto de valor debido a la transitoriedad a la que estaba condenado.

Ante esta situación, comenta Freud, pueden desplegarse dos posibles movimientos anímicos: un profundo tedio existencial o la negación radical de que esa belleza deba necesariamente perecer. Ambas actitudes nos remiten a lo que el autor señala acerca de la muerte, pues en última instancia de eso se trata. Sin negar el carácter efímero de las cosas, Freud discute la desvalorización que se les adjudica: el hecho de que algo pueda desaparecer no anula la posibilidad de gozar de su hermosura mientras existe. Ahora bien, sus reflexiones parecen no despertar conmoción en sus interlocutores.

Tiene que haber sido la revuelta anímica contra el duelo la que les desvalorizó el goce de lo bello. La representación de que eso bello era transitorio dio a los dos sensitivos un pregusto del duelo por su sepultamiento, y, puesto que el alma se aparta instintivamente de todo lo doloroso, sintieron menoscabado su goce de lo bello por la idea de su transitoriedad (Freud, 1992h, p. 310)

De esta forma es que introduce lo que acontece en el gran enigma del duelo. Ante la pérdida de un objeto amado, la libido —en un principio dirigida al yo y luego extrañada de este y depositada en otros objetos, que incorporamos a nuestro yo— queda libre. En este punto deja la pregunta abierta acerca de por qué este desasimiento de la libido resulta un proceso tan doloroso. Lo que comprendemos, es que la libido se aferra a esos objetos y no quiere abandonarlos aun cuando un sustituto se asoma. “Eso, entonces, es el duelo” (Freud, 1992h, p. 310).

El párrafo previamente citado nos deja algunas preguntas. Esta desvalorización de lo bello y la reducción de la capacidad de disfrutarlo, ¿no es acaso un duelo anticipado ante aquello que desaparecerá? Al percibir que lo bello no durará, los sujetos experimentan un “anticipo” del dolor de su pérdida. Se sienten de antemano en duelo por algo que todavía está presente pero que saben que se perderá. Dado que sea este el caso, ¿será posible trasladar estas elucidaciones al sujeto y la pérdida de su vida?

Podríamos plantear que el anuncio de un diagnóstico con pronóstico desalentador podría desencadenar tales pensamientos. Sin embargo, considerando el hecho de que el sujeto tiende a creerse invencible, nos detenemos a pensar que, si bien un diagnóstico que atenta contra su vida puede despertar pensamientos relacionados a la muerte, estos podrían ser abandonados con rapidez. Pareciera que se requiere algo más para que se ponga en marcha un proceso de duelo hacia uno mismo. Recordamos entonces que tal como lo plantea

Freud en “Duelo y Melancolía” (1992c), el duelo es la reacción ante una pérdida de una persona amada, o, también una abstracción o ideal cargado de afección. Esta pérdida conlleva, aparte de dolor, una inhibición de interés por el mundo exterior, una entrega incondicional al duelo que no deja lugar a otros propósitos. Un mundo empobrecido para el doliente, el cual deja de tener sentido. Además, hacemos hincapié que en este pasaje no solo refiere a la muerte de una persona, sino también a otros objetos cargados de afecto.

Por lo tanto, decíamos que hace falta algo más que la comunicación de un diagnóstico; hace falta una pérdida, y es allí donde situamos que el cuerpo, marcado por otras faltas, por ejemplo, las marcas evidentes de la enfermedad, como el dolor, la pérdida de algún órgano o miembro, pueden resultar las más de las veces como objeto amado perdido. Marcas que Alizade (2012) nombra “marcas de ser mortal”, las cuales marcan una localización de pérdida en la propia carne, en donde un lugar o una función es señalada con la muerte. “Una suerte de antesala de la pérdida general que acaecerá con la muerte total” (p. 41).

La enfermedad modifica al enfermo tanto en su vertiente corporal como en su vertiente psicológica. Está débil, ha adelgazado de manera notoria, ha perdido una parte de su cuerpo, ha modificado el carácter. Ya no es el marido de antes, o el amante, o el padre cariñoso. Algo de lo irreconocible se dibuja psicósomáticamente sobre su ser. (Alizade, 2012, p. 211)

Con estas palabras, Alizade refiere a la percepción que los seres queridos del enfermo tienen a raíz de los cambios en su cuerpo, ánimo y, esencialmente, en la posición que ocupaba en su vida. Podemos agregar que el enfermo lo percibe de la misma manera al anoticiarse que la muerte puede estar muy cerca y al atravesar el dolor y los cambios físicos producidos por la enfermedad y/o su tratamiento. Basta con que esos síntomas sean hablados, escritos, que den la posibilidad de lectura.

La autora continúa argumentando que el familiar comienza un trabajo de duelo frente a lo que fue su objeto amado, lo encuentra un extraño ahora que “ha cambiado” y sabe que la vida está en peligro. Llama pre-duelo a la elaboración de esta muerte ajena. El propio paciente, en la mirada del otro y en la propia frente al espejo, también inicia movimientos internos de duelo de sí mismo.

A lo largo de este recorrido, surge reiteradamente la pregunta acerca de cómo podría el sujeto transitar un duelo sobre su propio cuerpo si no existe representación posible de la propia muerte. En este sentido, retomamos lo desarrollado por Alizade (2012), quien entiende las representaciones de la muerte como representaciones indirectas que remiten a ella. No se trata de la inscripción de la experiencia misma de la muerte en la psiquis, sino de “representaciones nacidas no de lo directamente vivido sino bajo la forma de anticipación imaginaria de un acontecer futuro” (p. 53).

Estas representaciones aparecen como metáforas y se convierten en recursos para afrontar el horror de la mortalidad, o al menos para figurar aquello que resulta irrepresentable, indecible. Ejemplo de ellas son la mudez, el vacío, el silencio, las flores cortadas, una vela consumiéndose, incluso pasar un día en la cama puede vivenciarse como yacer en el lecho de muerte (Alizade, 2012). De esta forma, el sujeto se vale de ellas para representar lo que acontece en su propio cuerpo en deterioro y el porvenir del fin. Así, se advierte que es en el campo del lenguaje donde el sujeto encuentra y construye estas metáforas que le permiten bordear lo indecible. Tal como ya señalaba Lacan en su *Seminario VII* (1990), la imagen del cuerpo —en tanto envoltura de todos los fantasmas posibles del deseo— se sitúa en el límite de lo bello y pone en juego la “segunda muerte”: allí el deseo se revela en su dimensión de vacío, de falta en ser, y el sujeto accede a la idea de su propia muerte no por experiencia biológica directa, sino porque en la medida en que el sujeto articula una cadena significativa, estos le revelan que está hecho de ausencias y sustituciones.

Según la autora en la que nos apoyamos en este apartado, no es lo mismo tener conciencia de que uno va a morir que experimentar la inminencia de la muerte, sobre todo cuando se debe atravesar el debilitamiento del cuerpo y su progresivo deterioro en el camino hacia la extinción (Alizade, 2012). Por consiguiente, estas pérdidas que resaltan la mortalidad, la finitud, no pueden resultar sino angustiantes. Y como sabemos, la angustia nos lleva al camino indiscutible de lo más radical de la experiencia psicoanalítica: la falta. Estas pérdidas no hacen más que levantar el velo a la castración, a eso de lo que en realidad somos (Lacan, 2007a).

El duelo como función

Es en el *Seminario X* (2007a) donde Lacan retoma la definición freudiana del duelo como identificación con el objeto perdido, pero señala que no resulta suficiente. Por lo que agrega que no estamos en duelo sino por alguien de quien podemos decirnos: Yo era su falta.

Llevamos luto y experimentamos sus efectos de devaluación en la medida en que el objeto por el que hacemos el duelo era, sin nosotros saberlo, el que se había convertido en soporte de nuestra castración. Cuando ésta nos retorna, nos vemos como lo que somos, en la medida en que nos vemos esencialmente devueltos a esa posición de castración. (Lacan, 2007a, p. 125)

La referencia citada nos devuelve un contrapunto, en tanto el autor ubica al otro del cual podemos situarnos en su falta, actualizando la pregunta constitutiva del sujeto sobre qué soy para el otro, qué me quiere el otro. Ahora bien, desde nuestro planteo, si bien hemos fundamentado que el sujeto podría tomarse como objeto de duelo al experimentarse como ajeno, surge la interrogación: ¿Es posible dirigir esa pregunta también hacia ese extraño que uno mismo encarna? Tal vez una salida a esta paradoja se encuentre en la interrogación acerca de la posición fantasmática que el sujeto construye a partir de la falta en ser, posición que, como sabemos, nunca se sostiene sin el otro. Por lo tanto, hablamos de una oportunidad de que el sujeto se interroge en su relación con su Otro.

A su vez, esto nos abre la posibilidad de articular la vivencia especular que describe Alizade cuando confronta al sujeto con la vivencia de los seres queridos en pre-duelo de su existencia y la noción lacaniana de la falta estructural: al confrontarse con las marcas de su propia mortalidad, no sólo se interroga por su falta para los otros, sino que comienza a elaborar —en ese mismo movimiento— un duelo por su propia ausencia.

De esta forma, Lacan desarrolla el duelo a partir de considerar la falta estructural, trabajando el duelo hecho acerca de esa “libra de carne” que perdemos cuando entramos al mundo del lenguaje. A diferencia de Freud que lo considera como un proceso, un trabajo de duelo, Lacan le atribuye el carácter de función. Considera entonces al duelo como fundante del sujeto y los posteriores duelos serán duelos secundarios que nos remiten siempre a esa primera pérdida (Lacan, 2007a).

Si bien este panorama parece desalentador, ya que no podemos negar que el dolor se hace protagonista en este encuentro, no todo es tan devastador. Tal como situábamos anteriormente, esta es también una posibilidad de elaborar algo inédito en relación al sujeto con su deseo. La pérdida, la falta, relanza esa posibilidad. Se abre nuevamente esa pregunta del sujeto acerca de su ser, de su posición frente los otros, por ende, a su deseo. No sería extraño en esta instancia encontrarse con cuestionamientos acerca de quién ha querido ser durante su vida, o cómo ha sido como madre/padre, hijo/a, hermano/a, amigo/a, incluso acerca de su trabajo y sus metas de la vida.

Este recorrido nos permite situar que el duelo no se reduce a la reacción de la pérdida de un objeto amado. Si en Freud se trata de la dificultad del yo para desasirse de la libido depositada en los objetos, para Lacan en el duelo se revela también la pérdida de una posición

ocupada en relación al otro: el de ser su falta. Ante la ausencia de ese objeto de amor, cae el soporte que velaba nuestra propia castración. En este sentido, el duelo, ya sea por un ser querido, una función corporal o por un ideal, confronta al sujeto con lo real de su finitud y con la falta estructural que lo constituye, dejando a la angustia como testimonio de este encuentro ineludible. Y, a su vez, la adquisición de una nueva posición simbólica del sujeto frente a su deseo.

Desde nuestro lugar

Como último tramo de este camino, consideramos pertinente preguntarnos sobre el lugar del analista frente a esta problemática. Lo hemos enmarcado en el ámbito hospitalario ya que es un lugar prospero para formar un equipo interdisciplinario y donde muchas veces es el lugar donde los pacientes tienen la posibilidad de un encuentro con un profesional de la salud mental que pueda alojarlos en todo el embrollo que están transitando con su enfermedad. Con esto queremos dejar en claro que no pensamos que sea el único lugar donde podemos recibir estas consultas, de hecho, reconocemos que estos duelos pueden darse en varios momentos de un análisis independientemente de si el sujeto está atravesando una enfermedad.

Dicho esto, nuevamente debemos tener presente que el sujeto tiende a renegar de su mortalidad, por lo que muchas veces este camino elaborado del duelo previo es inexistente. “¿Cómo no habría de defenderse el yo enfrentado con angustia e inerme a la espera de un advenir que solo le promete la impensable aniquilación?” (Alizade, 2012, p. 145). Sin embargo, este escrito tiene como propósito analizar reflexivamente lo expuesto sobre el duelo. Ello no excluye que en futuras elaboraciones se retome y amplíe el recorrido aquí planteado.

Retomando, tal como hemos hecho referencia en varios apartados de este escrito, creemos pertinente resaltar que nuestro lugar, no difiere a la posición que adoptamos en cualquier otro análisis. Si bien los aportes teóricos acerca de la relación del sujeto con su cuerpo son de relevancia, no tenemos el saber sobre los significantes que dan como efecto a cada sujeto. Es decir, no podemos asumir el lugar de sujeto supuesto saber. Lo que si podemos hacer es ofrecer el espacio para que el sujeto emerja.

Si nos situamos nuevamente en “Duelo y Melancolía” (1992c), leeremos en Freud que el duelo es una afección normal la cual no debe perturbarse, ya que resalta que no es una reacción patológica sino, más bien, esperable. Además, atribuye un tiempo cronológico de la vuelta a la normalidad. Tiempo que no está preestablecido en ningún manual, ya que es particular de cada sujeto. La experiencia psicoanalítica se apoya en esta particularidad del tiempo. Tiempo que no va al ritmo de las demandas de los tiempos actuales. Nos parece prudente detenernos en esta idea. En una entrevista, José Schavelzon (2005) —médico oncólogo y psicoanalista— sostiene que, en el caso de pacientes con cáncer, la intervención más adecuada es una psicoterapia breve, contraindicando el psicoanálisis. Argumenta que la vivencia del tiempo para el paciente difiere de la del analista: el primero percibe un horizonte acotado y sus demandas deben ser atendidas con inmediatez, punto no compatible con el dispositivo analítico. Desde esta perspectiva, un tratamiento psicoanalítico no resultaría útil para aliviar su angustia y, además, podría implicar una remoción emocional que, lejos de favorecerlo, podría dañarlo. De esta forma, finaliza que una reactualización histórica puede ser destructora y no tiene nada que ofrecerle.

Ahora bien, apresurar algo que no sabemos de qué se trata no tiene mucho sentido desde nuestra postura. Querer aliviar la angustia es un deseo muy noble, sin embargo, tal como lo advierte Lacan (1990) en el *Seminario VII, la ética del psicoanálisis*: el buen motivo no siempre dejó demasiada contenta a la gente. “Pues, si hay que hacer las cosas por el bien, en la práctica lisa y llanamente uno tiene que preguntarse por el bien de quién” (p. 280). Es decir, no basta con las buenas intenciones para que la angustia se disipe, lo que el sentido

común nos dice no siempre funciona con el otro. De hecho, consideramos necesaria que emerja ya que la angustia es constitutiva del sujeto, y, en tanto tal, es condición de posibilidad del deseo.

Alojar el duelo, o incluso posibilitar que se inicie, requiere un tiempo que no podemos medir ni controlar. Del mismo modo, la práctica psicoanalítica no busca garantizar la felicidad, sino abrir un espacio en el que la falta no quede obturada y se sostenga la posibilidad de la interrogación. Desde nuestro lugar, se trata de ofrecer ese espacio habilitando la escucha donde el sujeto pueda desplegar los significantes que lo determinan (Ferraro, 2020). No se trata de intervenir *per via di porre* —como señalaba Freud respecto de la sugestión, que introduce algo “suficientemente poderoso” para impedir la exteriorización de la idea patógena, sin atender a su origen ni a la fuerza de los síntomas— sino de operar *per via di levare*: sustraer más que añadir, no imponer un sentido sino atender a la génesis de los síntomas y a la trama psíquica que sostiene la idea patógena, de modo que sea el propio sujeto quien, a partir de ese trabajo, pueda desprenderse de ella (Freud, 1992k).

De esta forma concluimos que, si bien Freud plantea la imposibilidad de representación en el inconsciente de la muerte propia, es posible abrir una vía de trabajo a partir de las marcas de ser mortal y las representaciones acerca de la muerte. Lo fundamental es que allí donde se manifiesta la vulnerabilidad corporal puedan enlazarse interrogantes que den lugar a un trabajo analítico. En este punto, el lugar del analista es habilitar que el sujeto pueda apropiarse de ese espacio y dar la posibilidad de que se interroge acerca de su posición frente a su vida y frente a sus otros. Creemos que precipitar las palabras acompaña a la perspectiva de apresurar las decisiones o “resolver los asuntos” lo antes posible, como si hubiese un punto de llegada definitivo. ¿No resulta acaso una mirada determinista imponerle al sujeto un tiempo limitado, cuando precisamente su vivencia esta atravesada por la incertidumbre? ¿No sería, en última instancia, responder a su demanda, cerrando la posibilidad de que algo nuevo se produzca en su decir? En un tiempo en que todo parece exigir inmediatez sostener una pausa inaugura un tiempo distinto: un tiempo donde lo indecible pueda bordearse, donde la palabra encuentre su lugar y el duelo, en tanto función, pueda empezar a desplegarse.

A su vez, consideramos fundamental mantener un espacio donde prime la interrogación tanto del sujeto como de la práctica misma por parte de los profesionales. En definitiva, el psicoanálisis en cuidados paliativos no busca dar respuestas ni resolver la incertidumbre, sino por el contrario, su desafío consta en la posibilidad de sostener abierta las preguntas, donde las pérdidas no obturen el deseo, sino que lo vuelvan a poner en movimiento.

Consideraciones finales

A lo largo de este ensayo hemos intentado reflexionar acerca del duelo del propio cuerpo en personas que transitan una enfermedad crónica evolutiva. Este propósito pudo hacerse posible a partir de situar la clínica psicoanalítica dentro de equipos de cuidados paliativos en el hospital, resaltando su riqueza para pensar el abordaje de la salud. Para ello, consideramos la interdisciplina como forma de trabajo conjunto, cuyo objetivo no consiste en diluir las diferencias entre las disciplinas ni generar un saber superador acerca del objeto (Ferraro, 2020), sino que persigue un trabajo de articulación constante que reconoce la singularidad de cada perspectiva. En este contexto, el analista se integra al equipo de profesionales quienes evalúan la problemática en función del problema y no por el peso que supuestamente ocupa cada profesión (Stolkiner, 2005). Desde esta perspectiva, el sufrimiento subjetivo no representa un obstáculo para la eficacia médica, sino que se contempla dentro del concepto de salud como proceso. Por lo tanto, consideramos que el trabajo interdisciplinario se presenta como un desafío el cual no se supera de una vez y para siempre, sino que exige mantener la interrogación y sostener un diálogo que permita alojar la complejidad del sufrimiento.

Por otro lado, la escucha del analista tiene especial relevancia ya que se direcciona en un nivel distinto al del sentido común. Lejos de imponer un sentido, proporciona un espacio donde la pregunta del sujeto por su historia es fundamental. En el contexto de una enfermedad que afecta al cuerpo, usualmente abordado como un organismo que falla a nivel de una máquina, el analista invita a interrogar al sujeto la relación que posee con su cuerpo, la cual se revela como profundamente enigmática. Por lo tanto, desde la perspectiva que nos orienta, entendemos que hay una separación de la concepción biomédica del cuerpo que sobrepasa lo medible y observable.

A partir de que el sujeto se introduce en el lenguaje, hecho que sucede incluso antes de su nacimiento, tanto el ser como el cuerpo dejan de ser representados por un significante universal que lo definan de una vez y para siempre. Lo biológico no deja de cumplir su papel esencial para su funcionamiento, pero las observaciones de Freud y Lacan revelan que el cuerpo se ve atravesado por una relación que excede lo orgánico, siendo constituido en la articulación del inconsciente y el lenguaje. A su vez, esta relación está siempre mediada por un Otro, quien posibilita que el significante opere sobre el cuerpo. En consecuencia, el cuerpo queda inscripto en una dimensión de ajenidad, nunca del todo propio, marcado por significantes que provienen del Otro. En su intento de apropiación, algo siempre cae por fuera, quedando un resto que evidencia la división estructural entre el cuerpo y el significante.

Es así como entendemos al cuerpo como enfermo de significante (Mahé y Ramos) en tanto la entrada al lenguaje configura —o desconfigura— un cuerpo que no corresponde con lo anatómico y se separa del saber médico-biológico. Así se va palpando la importancia de una orientación que contemple esta otra dimensión del cuerpo y sobre todo cuando es afectado por el significante “estar enfermo” —más aun cuando la enfermedad atenta contra la vida y/o porta un peso cultural en torno a la muerte— que puede irrumpir en la vida del sujeto y lo hace siempre y en cada caso de un modo particular. Tal como hemos situado, si en el proceso de atención no se lo tiene en cuenta al no contarse con la dimensión de inconsciente en el equipo tratante, puede que el sujeto quede forcluido y ese significante de estar enfermo no remita a nada más que al organismo fallando (Leisbon, 2018); o bien, al contrario, encuentre la forma mediante la intervención de la escucha de articularse con la historia del sujeto. Es en este marco que a partir de la fertilidad del psicoanálisis en cuidados paliativos se encuentra la posibilidad de anudar la experiencia desde otro lugar en la que el sujeto se implique subjetivamente.

De la misma forma que el cuerpo encuentra su diferenciación en la clínica psicoanalítica, también planteamos que el síntoma se constituye a partir de su valor subjetivo,

en un nivel descentrado con respecto de la experiencia consciente del sujeto (Lacan, 2008), por lo que la intervención debe apuntar a esa particularidad y teniendo en cuenta que posee una dimensión de goce que resiste a ser interpretado. Esto implica que en la escucha analítica más que ofrecer soluciones al modo de las indicaciones médicas del qué hacer —si la radioterapia o la quimioterapia—, abra la posibilidad a que el sujeto despliegue su palabra, y en ese acto, pueda tomar una posición activa en su proceso de cuidado y en la cual se interrogue acerca de lo que le acontece.

Llegado a este punto se impuso la necesidad de analizar las concepciones sobre la mortalidad y cómo estas inciden en la posibilidad —o imposibilidad— de pensar la propia muerte y de esa forma iniciar un proceso de duelo. Destacamos que la muerte también esconde una dimensión enigmática y que se presenta como un tabú. Si bien los desarrollos de Freud apuntan a la imposibilidad de representar la propia muerte —al no constituirse como experiencia— consideramos que existen caminos por los cuales el sujeto puede asimilarla. El cuerpo, en tanto ajeno, permite ponerse como objeto de duelo, particularmente cuando el dolor o los cambios físicos despiertan un sentimiento de extrañeza aún mayor. Esto último nos lleva a plantear algo fundamental de nuestro trabajo: las manifestaciones físicas, el dolor o el debilitamiento, productos de la enfermedad, se constituyen como pérdidas que actúan como “marcas de ser mortal”, las cuales resaltan la finitud en una parte o función del cuerpo, actuando como metáforas que posibilitan bordear aquello que resulta indecible.

Ahora bien, allí donde el sujeto se encuentra con su propia finitud, con su propia falta, inevitablemente, se presenta la angustia. Esa angustia constitutiva es la que nos interesa destacar para pensar el duelo no solo como un proceso —tal como lo describe Freud—, sino como una función estructurante del sujeto. Sin desconocer la riqueza del planteo freudiano, recuperamos la noción lacaniana de duelo como función que abre la posibilidad de que el sujeto interroge su posición frente a los otros y, en el mejor de los casos, pueda desplazarse a su posición subjetiva. En consecuencia, resaltamos que desde nuestro lugar existe una vía posible para abordar la problemática, otorgando la oportunidad al sujeto de elaborar algo inédito en torno a su deseo, a partir de ofrecer ese espacio de escucha, en la cual el sujeto se interroge sobre su propio cuerpo y su posición frente a la vida.

Lejos de querer encontrar un sentido oculto, apostamos a buscar y alojar el sinsentido. Sostenemos que clausurar el tiempo del sujeto es equivalente a pensar la enfermedad como terminal, desconociendo la posibilidad de que algo pueda elaborarse aún en el límite. Tal posición se opone al espíritu mismo de los cuidados paliativos, que no busca acelerar ni detener la muerte, sino acompañar la vida que en su singular modo de desear y de decir.

En definitiva, no pretendemos curar el dolor, ni encontrar su sentido oculto, mucho menos apresurar el duelo. Pretendemos, en cambio, ofrecer un espacio donde este pueda tener su tiempo y su palabra, donde pueda desplegarse como función. Apostamos así a sostener las preguntas: la del sujeto frente a su cuerpo, frente a su vida, y, por supuesto, frente a su deseo. Lo fundamental radica en mantener ese intervalo donde el lenguaje pueda bordear lo indecible y, aun ante la certeza de la pérdida, algo del sujeto logre seguir interrogándose. De ahí que nuestro lugar sea el de no obturar esa pregunta, incluso cuando el tiempo parezca agotarse.

Cerramos abriendo estas preguntas, que invitan a ser planteadas e interrogadas en cada caso puntual, en cada encuentro con cada sujeto que se apreste a hacer de su propio duelo una función.

Referencias bibliográficas

- Alizade, M. (2012). *Clínica con la muerte*. Beibel: Buenos Aires.
- Díaz F acio Lince, V. E. y Ruiz Osorio, M. A. (2011). Sobre la experiencia de morir. Reflexiones sobre el duelo anticipado. *Desde el Jardín de Freud*, 11 (1), 163–178. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/27238>
- Balarezo Morales, M. E. (2010). Elaboración de duelo de los pacientes con diagnóstico de cáncer en su evolución durante la enfermedad. Tesis previa a la obtención del título de Psicología. Universidad Politécnica Salesiana Sede Quito. <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/875>
- Barreto, M. (9 de octubre de 2008). Intervención psicológica en el sufrimiento al final de la vida y en la elaboración del duelo. *Infocop Consejo General de la Psicología de España*. <https://www.infocop.es/intervencion-psicologica-en-el-sufrimiento-al-final-de-la-vida-y-en-la-elaboracion-del-duelo/>
- Cueto, E. (13 de marzo de 2005). Entrevista a José Schavelzon. *EISigma*. <https://www.elsigma.com/entrevistas/entrevista-a-jose-schavelzon/6928>
- Ferraro, J. M. (2021). Consideraciones sobre interdisciplina y multidisciplina a propósito de los Cuidados Paliativos. *Alternativas*, 22(1), 44–50. <https://doi.org/10.23878/alternativas.v22i1.346>
- Ferraro, J. M. (2020). Psicoanálisis y oncología a través de los cuidados paliativos: encuentros en los desencuentros. *Revista universitaria de Psicoanálisis*. 20. pp. 35-39.
- Freud, S. (1992a) Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices e histéricas. *En Sigmund Freud: Obras completas. Tomo I*. Amorrortu: Buenos Aires. [191-110]
- Freud, S. (1992b). De guerra y de muerte. Temas de actualidad. *En Sigmund Freud: Obras completas. Tomo XIV*. Amorrortu: Buenos Aires. [273-303]
- Freud, S. (1992c). Duelo y melancolía. *En Sigmund Freud: Obras completas. Tomo XIV*. Amorrortu: Buenos Aires. [235-258]
- Freud, S. (1992d). El yo y el ello. *En Sigmund Freud: Obras completas. Tomo XIX*. Amorrortu: Buenos Aires. [1-66]
- Freud, S. (1992e). Histeria. *En Sigmund Freud: Obras completas. Tomo I*. Amorrortu: Buenos Aires. [41-66]
- Freud, S. (1992f). Informe sobre mis estudios en París y Berlín. *En Sigmund Freud: Obras completas. Tomo I*. Amorrortu: Buenos Aires. [1-16]
- Freud, S. (1992g). Introducción al narcisismo. *En Sigmund Freud: Obras completas. Tomo XIV*. Amorrortu: Buenos Aires. [65-78]
- Freud, S. (1992h). La transitoriedad. *En Sigmund Freud: Obras completas. Tomo XIV*. Amorrortu: Buenos Aires. [305-312]
- Freud, S. (1992i). Lo ominoso. *En Sigmund Freud: Obras completas. Tomo XVII*. Amorrortu: Buenos Aires. [215-252]
- Freud, S. (1992j). Prólogo a la traducción de H. Bernheim. De la suggestion. *En Sigmund Freud: Obras Completas. Tomo I*. Amorrortu: Buenos Aires. [77-94]
- Freud, S. (1992k). Sobre psicoterapia. *En Sigmund Freud: Obras completas. Tomo VII*. Amorrortu: Buenos Aires. [243-274]
- Freud, S. (1992l). Tres ensayos de teoría sexual. *En Sigmund Freud: Obras completas. Tomo VII*. Amorrortu: Buenos Aires. [109- 224]
- Freud, S. (1992m). Una dificultad del psicoanálisis. *En Sigmund Freud: Obras completas. Tomo XVII*. Amorrortu: Buenos Aires. [125-136]
- Garo, S. (2020). Vigencia del abordaje psicoanalítico del cuerpo. *Psicoanálisis en la universidad*, (2), [51–61]. <https://doi.org/10.35305/rpu.v0i2.21>

- Lacan, J. (1990). *El seminario: Libro 7: La ética del psicoanálisis*. Paidós: Buenos Aires.
- Lacan, J. (2007a). *El Seminario. Libro 10: La angustia*. Paidós: Buenos Aires
- Lacan, J. (2007b). Psicoanálisis y medicina. En *Intervenciones y textos I*. Manantial: Buenos Aires.
- Lacan, J. (2008). *El Seminario. Libro 2: El Yo en la Teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*. Paidós: Buenos Aires.
- Lacan, J. (2009). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. *Escritos 1*. México: Siglo veintiuno editores.
- Lapaco, N. (2009). *Una práctica extraterritorial*. Reunión Lacanoamericana de Psicoanálisis, Bahía Blanca, Argentina.
- Leisbon, L. (2018). *La máquina imperfecta. Ensayos del cuerpo en psicoanálisis*. Letra viva: Buenos Aires.
- Ley Provincial N° 13.166. (2011). *Cuidados Paliativos*. Legislatura de la Provincia de Santa Fe, Santa Fe.
- Ley N° 26.529 (2009). *Derechos del Paciente*. Congreso de la Nación Argentina. Buenos Aires.
- Ley N° 27.678 (2022). *Cuidados Paliativos*. Congreso de la Nación Argentina. Buenos Aires.
- Mahé, L. y Ramos, C. (2012). Enfermedad, cuerpo y síntoma. *Desde el Jardín de Freud*, 12, pp. 267-277. Bogotá. Disponible en enlace: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/36143>
- Organización Mundial de la Salud (20 de agosto de 2020). Cuidados Paliativos. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. [presentación en jornada]. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, I Jornadas Provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de Hoy. Posadas, Misiones (Argentina).
- Stolkiner, A. y Ardilla Gomez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 23(101), 52-56.
- Unzueta Nostas, C. Lora, M. (2003). El estatuto del cuerpo en psicoanálisis. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP, 1(1), 136-154. Recuperado en 13 de noviembre de 2023, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000100009