



Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

**Elaboración imposible: Duelo, culpa y el deseo inconsciente en
el acompañamiento a la agonía.**

Modalidad de trabajo: Investigación bibliográfica

Autora: Bufarino, Eliana Belén

Legajo: B-5712/6

DNI: 38.087.455

Docente responsable: Leonardo Galuzzi

Agradecimientos:

A la Universidad Nacional de Rosario, que me alojó y me formó durante todos estos años; gracias a la universidad pública, espacio de posibilidad y de derechos. A los docentes que, con verdadera vocación, supieron inspirar, enseñar y dejar huella.

A mi docente del espacio TIF, Sebastián Roma, por acompañarme y sostenerme en este tramo final.

Y especialmente a mi docente responsable, Leonardo Galuzzi, por su paciencia infinita, por responder mensajes incluso los fines de semana, por entenderme, acompañarme y por la motivación que me brindó desde el primer momento. Me siento afortunada de haber elegido a un docente a la altura de acompañar y sostener esta instancia final: siempre comprometido, dispuesto y generoso. Me brindó la confianza necesaria para compartirle todas mis dudas e inseguridades; fue docente, pero también compañero y, sobre todo, una presencia que me dio tranquilidad.

A mis papás, Silvia y Hugo, que siempre me miraron con ojos de confianza. Aun cuando el camino se volvió largo y difícil, estuvieron a mi lado, sosteniéndome. Me llamaron antes de cada examen para desearme suerte y se quedaron esperando mi mensaje después de cada mesa; me felicitaron cuando todo salió bien y me alentaron a seguir cuando los resultados no fueron los esperados. La felicidad de cada materia aprobada no fue solo mía: fue compartida por quienes la sintieron con la misma alegría genuina que yo.

A mi compañero de vida, Bruno, por el aguante incondicional, los viajes, la compañía y la escucha paciente. Por ser mi sostén, por impulsarme y darme fuerzas los domingos cuando me iba casi llorando, y por esperarme despierto cuando volvía en el colectivo a las dos de la mañana. Por recordarme, una y otra vez, que no necesitaba suerte, porque esto era fruto de tanto trabajo y de animarme a perseguir mis sueños.

A mi hermano, a mi cuñada y a mis sobrinos, por comprender mis ausencias, por dejarme faltar a cumpleaños y encuentros, y por recordarme cada día que este era el camino.

A mis amigas de toda la vida, que con cábalas, mensajes y festejos me acompañaron durante todo el recorrido.

A mis facuamigas, que hicieron que todo fuera más llevadero: las que me pusieron horarios, soportaron mi impuntualidad, se sentaron conmigo una y otra vez hasta que todo cerrara y compartieron generosamente su tiempo y su saber. Y, sobre todo, me dieron la

contención necesaria para sostenerme en una ciudad que odiaba y que, gracias a su amor, terminé queriendo. Gracias por cada abrazo.

A mi psicóloga, que allá por 2016 sostuvo con rigor y compromiso su práctica, haciendo posible que algo de mi deseo encontrara lugar y que pudiera animarme a comenzar esta carrera. Me acompañó a lo largo de estos años, respetando mis tiempos y ayudándome a construir mi propio camino. Su posición ética y su convicción fueron siempre una referencia. Hoy, diez años después, escuchó con emoción las ideas de este trabajo y, una vez más, intervino con la precisión necesaria para orientarlo. Es, sin duda, un referente fundamental en mi recorrido.

Y, por supuesto, no me olvido de ellos:

a mis perros y a mis gatos, compañeros silenciosos de este recorrido, el amor más puro de mi vida. Los que me esperaron pacientemente cuando me fui a Rosario y los que se quedaron a mi lado en noches interminables de estudio, acompañando sin palabras, pero con una presencia que lo decía todo.

Nada de este recorrido fue en soledad. Este trabajo lleva un poco de cada uno de ustedes: de su tiempo, su paciencia y su amor. Gracias por acompañarme hasta acá.

Índice

Resumen y palabras clave	5
Introducción	6
Objetivo general y objetivos específicos	7
Desarrollo	8
Duelo anticipado y claudicación familiar: una lectura desde el psicoanálisis	8
Perspectivas interdisciplinarias sobre el duelo en cuidados paliativos	12
La experiencia del familiar cuidador: tensiones, culpas y pérdidas múltiples	15
Articulaciones entre clínica interdisciplinaria y lectura psicoanalítica	17
Conclusiones	19
Referencias bibliográficas	21

Resumen:

El presente Trabajo Integrador Final analiza, desde una perspectiva interdisciplinaria y a partir de una investigación bibliográfica, las transformaciones psíquicas que atraviesan los familiares de pacientes en situación terminal durante el acompañamiento al final de la vida. El problema que orienta la investigación radica en que la mayoría de los estudios en cuidados paliativos prioriza los aspectos médico-asistenciales y comunicacionales, relegando a un segundo plano los efectos subjetivos del duelo anticipado y la claudicación familiar. En este marco, el objetivo general consiste en comprender dichos procesos desde el cruce entre psicoanálisis y disciplinas como la medicina, la enfermería, la psicología de la salud y el trabajo social; y, específicamente, examinar los desarrollos teóricos sobre duelo, deseo y culpa, describir los aportes interdisciplinarios y reflexionar sobre sus implicancias para la práctica en salud mental. El desarrollo articula los aportes de Sigmund Freud, Jacques Lacan y Melanie Klein con conceptualizaciones contemporáneas en cuidados paliativos, situando la ambivalencia, la culpa y la claudicación no como signos de debilidad, sino como efectos estructurales del trabajo de duelo ante la pérdida inminente. Se concluye que reconocer estos procesos como experiencias humanas y no patologizarlas favorece intervenciones más éticas y sensibles, promoviendo dispositivos interdisciplinarios que integren la escucha del sufrimiento psíquico y el acompañamiento del cuidador en contextos atravesados por la finitud y la muerte.

Palabras clave: Duelo anticipado - claudicación familiar - cuidados paliativos - culpa - deseo inconsciente.

Introducción:

El presente Trabajo Integrador Final se propone indagar las transformaciones psíquicas que experimentan los familiares expuestos prolongadamente a la agonía de pacientes terminales, a partir de una investigación bibliográfica, centrando el análisis en los procesos de duelo anticipado, la claudicación familiar y las manifestaciones de culpa y deseo inconsciente que emergen en esta experiencia límite. El interés por esta temática surge de la necesidad de comprender cómo la cercanía de la muerte y la exigencia de sostener al Otro inciden en la subjetividad de quienes acompañan, dando lugar a vivencias de pérdida que se entrelazan con la presencia del ser querido.

La investigación se desarrolla a partir de una revisión bibliográfica que articula aportes del psicoanálisis con perspectivas interdisciplinarias del campo de los cuidados paliativos. El trabajo asume que los fenómenos ligados al morir y al duelo no pueden comprenderse desde un único campo del saber, sino a partir del entrecruzamiento entre la clínica psicoanalítica, las prácticas de salud mental y los dispositivos asistenciales en cuidados paliativos. Este enfoque permite integrar dimensiones biológicas, vinculares y simbólicas del sufrimiento humano, reconociendo la especificidad del aporte psicoanalítico en la lectura de los procesos inconscientes implicados.

En primer lugar, en el apartado Duelo anticipado y claudicación familiar: una lectura desde el psicoanálisis, se examinan los conceptos fundamentales que permiten pensar cómo el duelo puede iniciarse antes de la pérdida efectiva y cómo las exigencias del acompañamiento pueden conducir a la claudicación emocional y subjetiva del cuidador.

En el segundo apartado, Perspectivas interdisciplinarias sobre el duelo en cuidados paliativos, se presentan aportes provenientes de la medicina, la enfermería y la psicología de la salud, destacando el modo en que el trabajo conjunto entre disciplinas contribuye a una comprensión más integral del proceso de morir y de los efectos emocionales que produce en las familias.

El tercer apartado, La experiencia del familiar cuidador: tensiones, culpas y pérdidas múltiples, se centra en los testimonios y análisis de situaciones en las que el familiar enfrenta sentimientos ambivalentes, la dificultad para sostener el cuidado y la vivencia de pérdidas sucesivas que exceden el fallecimiento mismo del paciente.

Finalmente, en Articulaciones entre clínica interdisciplinaria y lectura psicoanalítica, se busca poner en diálogo las prácticas de acompañamiento en cuidados paliativos con los aportes del psicoanálisis, para reflexionar sobre cómo esta articulación puede favorecer intervenciones más sensibles a los límites subjetivos y al sufrimiento psíquico de los cuidadores.

Objetivo general:

- Analizar, desde una perspectiva interdisciplinaria y mediante una revisión bibliográfica, las transformaciones psíquicas que atraviesan los familiares de pacientes terminales en el contexto del acompañamiento al final de la vida.

Objetivos específicos:

- Examinar los principales desarrollos teóricos del psicoanálisis en torno al duelo, el deseo y la culpa, para situar su relevancia en el acompañamiento a la agonía.
- Describir los aportes de las disciplinas que integran el campo de los cuidados paliativos (medicina, enfermería, psicología de la salud y trabajo social) en torno a los procesos emocionales y vinculares que atraviesan los familiares cuidadores.
- Reflexionar sobre los aportes que esta revisión bibliográfica ofrece a la formación y la práctica profesional en salud mental, particularmente en los contextos marcados por la finitud y la pérdida.

Desarrollo:

La revisión bibliográfica preliminar muestra que la mayoría de los estudios se concentra en el ámbito médico-asistencial, priorizando los protocolos de atención y comunicación, mientras que los efectos psíquicos sobre los familiares suelen quedar en un segundo plano. Por ello, la presente investigación se propone aportar una mirada que recupere la dimensión inconsciente del duelo y del vínculo con el enfermo, reconociendo que las reacciones de claudicación, ambivalencia o culpa no son signos de debilidad, sino expresiones humanas frente a lo insoportable de la pérdida inminente.

Esta aproximación busca, en definitiva, contribuir a la comprensión del acompañamiento a la agonía desde una perspectiva que contemple tanto la complejidad emocional de los cuidadores como la necesidad de dispositivos de apoyo interdisciplinarios que integren la escucha del sufrimiento psíquico y la elaboración del duelo.

Duelo anticipado y claudicación familiar: una lectura desde el psicoanálisis.

Acompañar a un ser querido en cuidados paliativos confronta a los familiares con una experiencia límite: la pérdida ya está en curso, aunque la muerte aún no haya llegado. En ese tiempo suspendido, la vivencia del vínculo se vuelve inestable y ambivalente, transformándose día a día. Los familiares experimentan no solo tristeza y angustia, sino también claudicación: un punto en el que el sostén físico y psíquico se resquebraja frente a lo insostenible. ¿Cómo pensar esta experiencia desde el psicoanálisis? ¿Qué aporta esta perspectiva para comprender que la claudicación no es solo un signo de debilidad, sino una manifestación subjetiva frente al encuentro con la pérdida y la muerte?

Bowlby (2006) afirma que “el duelo es la respuesta a la pérdida de una figura de apego e implica el proceso de duelo mientras se mantiene una representación internalizada del objeto perdido” (p. 142). En sus estudios sobre el duelo infantil, identificó fases características —protesta, desesperanza y desapego—, que posteriormente fueron adaptadas a la comprensión del duelo en adultos. En el acompañamiento de un familiar gravemente enfermo, estos movimientos psíquicos pueden aparecer durante el proceso mismo: el familiar protesta ante lo inevitable, se desesperanza al constatar que la situación no se revierte y ensaya formas de distanciamiento emocional para sostenerse, aun cuando el ser querido continúa presente.

Kübler-Ross (2021), desde otra perspectiva, propuso que tanto pacientes como familiares atraviesan etapas emocionales de negación, ira, negociación, depresión y aceptación. No obstante, dichas fases no son universales ni se desarrollan de manera lineal, sino que constituyen una guía descriptiva y no prescriptiva de los procesos de afrontamiento ante la pérdida. En el duelo anticipado, lejos de seguir un trayecto ordenado,

estas experiencias se reactivan y superponen una y otra vez, configurando un movimiento circular en el que los cuidadores transitan contradicciones y ambivalencias permanentes.

Las investigaciones contemporáneas corroboran esta paradoja. Alvarado y Araujo (2020) muestran cómo los cuidadores primarios desarrollan vínculos de apego y dependencia tan intensos con el paciente que, tras la pérdida, reorganizar la vida cotidiana se vuelve particularmente difícil. La dedicación absoluta que exige la fase terminal convierte al duelo anticipado en algo más que una preparación: lo transforma en un proceso autónomo, con efectos subjetivos específicos. En él emergen mecanismos de negación, resignación, ansiedad y culpa, que hacen de este tiempo de transición una experiencia profundamente desgastante. El objeto todavía está, pero ya comienza a perderse, y esa duplicidad genera tensiones que dejan huellas indelebles en la vida psíquica de los familiares.

En este escenario aparece la claudicación familiar, que en el ámbito clínico suele explicarse como agotamiento físico: la consecuencia de días y noches dedicadas al cuidado. Sin embargo, desde el psicoanálisis puede pensarse en un sentido más radical: como experiencia límite en la que se quiebran los soportes simbólicos e imaginarios que sostenían al sujeto en su lugar de cuidador. Kübler-Ross (2021) fue clara al advertir que resulta cruel esperar la presencia constante del familiar al lado del enfermo: así como se necesita respirar, también se necesita cargar batería lejos de la habitación. La exigencia de permanecer sin tregua genera colapso y revela que no se trata sólo de cansancio corporal, sino de la irrupción de un límite subjetivo: el reconocimiento de que no se puede sostener indefinidamente al Otro frente a la proximidad de la muerte. ¿Hasta qué punto es legítimo exigirle al cuidador que permanezca entero frente a lo insoportable? ¿No es la claudicación, más que un signo de debilidad, la evidencia misma de un límite humano? Allí donde el ideal del buen cuidador demanda fortaleza inagotable, la experiencia subjetiva muestra fisuras inevitables.

La claudicación, lejos de significar fracaso, implica un doble duelo: por el ser amado y por la propia imagen de omnipotencia que se derrumba. El familiar pierde al paciente, pero también pierde la fantasía de poder sostenerlo sin interrupciones, sin desmayos, sin deseo de huir. La posición idealizada del cuidador se revela insostenible, y es en esa grieta donde se inscribe el carácter humano de la experiencia: comprender que acompañar no significa sostener sin fisuras, sino atravesar la imposibilidad de permanecer entero frente al sufrimiento del otro. Aquí el psicoanálisis ofrece una clave fundamental: la claudicación no concierne sólo al vínculo con el ser querido, sino también a la pérdida de un lugar imaginario del yo, lo que reactiva cuestiones ligadas al narcisismo.

Freud (2013), en Introducción del narcisismo, subrayó que los vínculos amorosos están siempre atravesados por inversiones narcisistas, y que en la pérdida se conmueve no

solo la relación con el objeto, sino también la consistencia del yo. En el duelo anticipado, el yo se desmorona en su propia idealización, y la claudicación expresa ese golpe al narcisismo que acompaña la confrontación con la impotencia.

El duelo implica una ambivalencia estructural entre amor y hostilidad hacia el objeto perdido (Freud, 2013, p. 246). En *La interpretación de los sueños* (2013), Freud mostró que todo sueño es una realización de deseo, y que los sueños de muerte de personas queridas pueden expresar deseos reprimidos, incluso cuando resultan inaceptables para la conciencia. En ellos se revela que, junto al amor, subsiste un odio reprimido o un deseo de liberación. Esta ambivalencia se vuelve particularmente intensa en el contexto del duelo anticipado: querer que el otro viva y, al mismo tiempo, desear que muera para poner fin al sufrimiento propio y ajeno. Tal contradicción genera inevitablemente sentimientos de culpa; los familiares pueden sentirse responsables de la enfermedad o avergonzados por desear un desenlace que alivie no solo al paciente, sino también a ellos mismos.

En *Duelo y melancolía* (2013), Freud señaló que el duelo implica un trabajo psíquico por el cual el yo retira poco a poco la libido del objeto perdido. Pero cuando la carga ambivalente es demasiado intensa, ese trabajo se vuelve especialmente doloroso. En el duelo anticipado, la paradoja es aún mayor: el desprendimiento libidinal comienza mientras el objeto aún vive. Ese desfase —retirar libido de alguien que todavía existe en el plano real, pero cuya pérdida ya se anuncia— produce un sufrimiento singular que explica, en parte, la claudicación. El aparato psíquico se ve sobrecargado por tensiones de amor, odio, impotencia y deseo de alivio que no se tramitan en su totalidad.

Freud abordó esta ambivalencia en *Tótem y tabú* (2014), donde mostró que el tabú de los muertos no puede entenderse sin la mezcla de veneración y hostilidad hacia ellos. La prohibición de nombrarlos, tocarlos o acercarse a ellos cristaliza en lo social la ambivalencia inconsciente: amor y odio coexisten en la relación con los seres queridos, y al morir, esa contradicción se intensifica. Como señala Freud: “el mismo muerto contra el cual se elevan sentimientos hostiles era también un ser amado” (p. 54). Esta idea adquiere especial relevancia en el duelo anticipado: el familiar que cuida a un moribundo no espera a la muerte para experimentar esa ambivalencia, sino que la vive en tiempo presente. Además, la proyección de la culpa en el espíritu del difunto dota de un matiz más psicoanalítico a esta tensión: el tabú cultural que protege al muerto se traduce, en la intimidad, en sentimientos de culpa y en la claudicación frente al deseo inconsciente de que el sufrimiento termine, incluso a costa de la vida del otro.

Por otra parte, en *Más allá del principio del placer* (2013), Freud introdujo la noción de compulsión de repetición y la pulsión de muerte. El duelo anticipado, atravesado por la prolongación del sufrimiento y por la reiteración diaria de escenas de agonía, expone a los familiares a una compulsión repetitiva: el enfrentamiento cotidiano con lo mismo, con un

dolor que no cesa. Allí donde el principio del placer busca descargar tensiones, el principio de realidad los devuelve una y otra vez a la inminencia de la pérdida. Es importante precisar que la pulsión de muerte no equivale a un deseo consciente de morir. Expresa, más bien, una tendencia estructural hacia la reducción de tensiones hasta el grado cero: una fuerza que empuja la vida psíquica hacia la quietud y la eliminación del conflicto. En este contexto, la pulsión se hace sentir como un deseo inconsciente de fin, de interrupción definitiva del sufrimiento. Así, la claudicación no es sólo agotamiento, sino también una manifestación subjetiva del choque entre el principio del placer y esa pulsión que lo trasciende.

Desde la perspectiva kleiniana, el duelo anticipado puede comprenderse como la reactivación de la posición depresiva. Klein (2011), en *Duelo y estados maníaco-depresivos*, planteó que el duelo implica revivir las ansiedades de la infancia ligadas a la pérdida y la destrucción del objeto amado. En los familiares de pacientes terminales, la amenaza de pérdida reactiva sentimientos de culpa por la hostilidad hacia el objeto y el temor a que dicho objeto desaparezca como resultado de la propia agresividad. La noción de reparación, central en la teoría kleiniana, permite enriquecer esta lectura: los familiares intentan simbólicamente restaurar al objeto dañado, aunque la pérdida sea irreversible. La claudicación, entonces, puede interpretarse también como expresión de la imposibilidad de cumplir ese intento de reparación y del peso emocional que ello conlleva.

En este recorrido, Lacan aporta una lectura precisa. Aunque no desarrolló una teoría sistemática del duelo, sus elaboraciones ofrecen claves fundamentales. En el Seminario 7, *La ética del psicoanálisis*, analiza la tragedia de Antígona para mostrar que la muerte confronta al sujeto con lo real, aquello que no se puede simbolizar. La muerte no se representa, se enfrenta como límite absoluto. El duelo, en este sentido, no es solo desligamiento libidinal, sino experiencia de borde donde el lenguaje se muestra impotente. La claudicación puede pensarse como esa irrupción del límite: el momento en que ni el relato simbólico ni la imagen ideal del cuidador logran sostener lo real de la muerte.

Si en Freud el duelo implica un trabajo de desligamiento libidinal, en Lacan se desplaza hacia el punto en que el lenguaje fracasa ante lo real de la pérdida. Lacan subraya en varios pasajes de su obra que la pérdida es estructural: no hay sujeto sin pérdida, y toda relación con el objeto está marcada por una falta constitutiva. El duelo no hace sino reactualizar esta condición. En el contexto de los cuidados paliativos, la exposición cotidiana a la agonía confronta al familiar con esta verdad: el objeto se escapa, aunque siga presente. La claudicación aparece así como la marca subjetiva de ese encuentro con lo imposible de retener.

En suma, el duelo anticipado y la claudicación familiar no deben comprenderse ni como desajustes emocionales ni como fallas personales. Son procesos subjetivos complejos que ponen en juego ambivalencia, culpa, ruptura de defensas y contacto con lo

real de la muerte. El psicoanálisis, desde Freud hasta Lacan, permite leerlos como momentos constitutivos del trabajo de duelo, lejos de toda patologización. Reconocer que en la claudicación se expresa lo humano frente a lo imposible no solo posibilita comprender mejor la experiencia de los familiares, sino también abrir caminos de acompañamiento más sensibles en el marco de los cuidados paliativos.

Ahora bien, esta perspectiva no agota el problema. En el campo de la medicina, la enfermería, la psicología y el trabajo social se han producido aportes significativos que permiten situar la claudicación familiar en sus dimensiones asistenciales, comunicacionales y relacionales. Comprender el fenómeno en su complejidad exige un diálogo entre disciplinas, de modo que la lectura psicoanalítica se articule con las conceptualizaciones que surgen de la práctica clínica y de la investigación empírica. En ese cruce se abre el camino del próximo capítulo, dedicado a examinar las perspectivas interdisciplinarias sobre el duelo anticipado y la claudicación familiar, para luego ponerlas en diálogo con la mirada del psicoanálisis.

Perspectivas interdisciplinarias sobre el duelo en cuidados paliativos.

Según Astudillo, Arango Pujal y Mendinueta (2012), los cuidados paliativos comprenden la atención médica destinada a prevenir y aliviar el sufrimiento, ofreciendo acompañamiento integral y de calidad a personas que atraviesan enfermedades potencialmente mortales. Este enfoque pone especial énfasis en la comunicación interdisciplinaria y en la articulación entre los valores y deseos del paciente y su familia. El diagnóstico de terminalidad se establece ante la presencia de una enfermedad incurable y progresiva —oncológica o no—, con una expectativa de vida menor a seis meses, el agotamiento de tratamientos convencionales y la aparición de síntomas intensos y cambiantes que impactan emocionalmente tanto en el paciente como en su entorno. Adoptar una posición clínica adecuada frente a esta situación permite centrar los esfuerzos en el alivio y el acompañamiento, evitando el abandono del enfermo a su propio destino.

El proceso de la terminalidad suele atravesar diferentes etapas. Tras el diagnóstico, se distingue una primera fase de estabilidad en la que el paciente mantiene un relativo bienestar funcional, seguida de una etapa sintomática en la que emergen complicaciones que generan sufrimiento sin limitar por completo las actividades básicas. Posteriormente aparece un período de declive, caracterizado por el deterioro progresivo del estado funcional y la pérdida de autonomía. Finalmente, la fase agónica marca los últimos días de vida, con signos de postración, somnolencia, confusión, pérdida de apetito y alteraciones respiratorias que anuncian la proximidad de la muerte.

La evaluación de síntomas requiere un diálogo constante con el paciente, su familia y los cuidadores. Durante estas entrevistas, es fundamental transmitir interés y respeto,

garantizar la comodidad del enfermo y preservar su privacidad. Una comunicación empática y clara facilita la detección de necesidades y preocupaciones, recordando que las personas gravemente enfermas pueden tener limitada la comprensión o la retención de la información.

El profesional debe emplear un lenguaje simple, cálido y sensible, especialmente cuando el paciente desconoce su diagnóstico o teme su futuro. Más que un interrogatorio, la entrevista debe constituirse como un espacio de confianza y escucha activa, donde el silencio, los gestos y las emociones del paciente sean respetados y acogidos con empatía. La evaluación integral incluye además la dimensión psicosocial, que permite identificar los problemas emocionales, familiares y existenciales que acompañan al sufrimiento físico. Para ello, es necesario generar un clima de seguridad y sostén que favorezca la apertura del paciente y su familia. (Astudillo, Arango Pujal y Mendiñeta, 2012).

Según Astudillo, Mendiñeta, Díaz-Albo y Astudillo (2012), el cuidador del enfermo terminal cumple un rol central dentro del triángulo terapéutico conformado por paciente, familia y equipo sanitario. Su labor abarca la atención de las necesidades del paciente, la resolución de problemas cotidianos y el soporte emocional continuo. Además, constituye la principal fuente de información para el equipo médico sobre la evolución del enfermo, su respuesta a los tratamientos y su estado general. Para prevenir el agotamiento, es fundamental brindar al cuidador formación adecuada, apoyo médico-social personalizado y una comunicación fluida acerca de las necesidades y la evolución del paciente, especialmente en las etapas finales, donde el impacto emocional suele ser más intenso.

Los cuidadores deben cuidar también su propio bienestar mediante descanso, alimentación equilibrada, ejercicio y mantenimiento de vínculos afectivos. Contar con espacios de recreación, humor y afecto contribuye a aliviar el estrés y la tensión emocional que genera el cuidado constante del enfermo. La claudicación familiar se produce cuando los miembros de la familia no logran responder adecuadamente a las necesidades del paciente, afectando la comunicación y el soporte emocional. Este fenómeno está más relacionado con la carga emocional que con la física, y suele requerir ayuda profesional para distribuir responsabilidades, consensuar objetivos terapéuticos y acompañar el proceso final de la vida. Acompañar al cuidador incluso después de la muerte del paciente, reconociendo su esfuerzo y ayudándolo a encontrar sentido frente a la experiencia vivida, resulta fundamental. (Astudillo, Mendiñeta, Díaz-Albo y Astudillo, 2012).

El duelo constituye una experiencia subjetiva de profundo dolor frente a la pérdida de un ser querido. Aunque se trata de una reacción natural y adaptativa, cada persona lo atraviesa de manera singular, determinada por el tipo de vínculo con quien ha fallecido. En este proceso, el sufrimiento puede alcanzar gran intensidad, especialmente en los cuidadores que acompañan a pacientes en fase terminal, quienes a menudo necesitan

apoyo emocional y contención profesional. Desde la década de 1980, distintos autores señalaron la importancia de asistir emocionalmente a las familias antes y después del fallecimiento, promoviendo además que las instituciones sanitarias ofrecieran condiciones adecuadas para transitar este momento vital. Investigaciones posteriores, como la citada por Franks (2000, en Astudillo et al., 2007), mostraron que un tercio de los familiares de personas en situación terminal presentan elevados niveles de ansiedad, lo que refuerza la necesidad de acompañamiento psicológico.

El duelo anticipado comienza desde el diagnóstico de una enfermedad terminal. El deterioro progresivo brinda a la familia un tiempo de adaptación, de acompañamiento activo y de fortalecimiento de los lazos afectivos. Este proceso despierta emociones ambivalentes —tristeza, ansiedad, reconciliación o esperanza—, pero también ofrece la posibilidad de prepararse psicológicamente para la pérdida inminente. El duelo normal, en cambio, emerge tras la muerte del ser querido y suele caracterizarse por tristeza, desorganización emocional y sensación de vacío. Con el tiempo, la mayoría logra aceptar la realidad de la pérdida y mantener un recuerdo sereno. El duelo complicado se distingue por la persistencia de síntomas intensos que impiden elaborar la pérdida. Tal como señala Bowlby (1980–1986, citado en Astudillo, Mendinueta y Zulaica, 2007), se trata de reacciones emocionales que se prolongan en el tiempo, evidenciando una dificultad para simbolizar una pérdida que ha desbordado los recursos internos del doliente. (Astudillo, Mendinueta y Zulaica, 2007).

La familia cumple un papel insustituible en el acompañamiento de las personas con enfermedades terminales, ya que su presencia no solo ofrece contención emocional, sino que constituye un componente esencial en el alivio integral del sufrimiento. Desde el momento del diagnóstico, los familiares enfrentan el impacto emocional inicial, la reorganización de sus rutinas y el desafío de sostener un equilibrio entre el cuidado del paciente y su propio bienestar. Adaptarse a esta nueva dinámica implica transitar la incertidumbre y lidiar con el desgaste físico y emocional. Por eso, el equipo de cuidados paliativos debe incluir también el acompañamiento psicológico y social, favoreciendo una comunicación clara y la toma compartida de decisiones. Cuando la familia se siente acompañada, puede desempeñar su función con mayor serenidad, lo que redundará en una mejor calidad de vida para el paciente.

Entre los deseos más frecuentes de los pacientes terminales se encuentra el de pasar sus últimos días en el hogar. Esta posibilidad puede concretarse si existen condiciones adecuadas —tanto físicas como emocionales— y si la familia dispone de un sistema de apoyo sanitario que lo haga viable. No obstante, el cuidado del paciente no debería recaer exclusivamente sobre una sola persona. La distribución equitativa de las tareas resulta fundamental para evitar el agotamiento y las tensiones internas. Dentro de esta dinámica, el cuidador principal ocupa un lugar central, ya que asume la mayor parte de

la responsabilidad directa sobre el bienestar del paciente. Este rol suele recaer en una persona muy próxima afectivamente —frecuentemente una pareja o un hijo— y requiere tanto fortaleza emocional como sensibilidad. El cuidador primario ideal combina salud mental, empatía y capacidad de sostén, cualidades indispensables para acompañar el proceso del final de la vida con respeto, comprensión y humanidad. (Del Pozo Armentia, 2007).

La experiencia del familiar cuidador: tensiones, culpas y pérdidas múltiples.

Acompañar a una familia durante el proceso de duelo no es una tarea sencilla. Implica enfrentarse a emociones intensas como el dolor, la ira, la apatía e incluso la sensación de derrota, a pesar de los esfuerzos por sobrellevar la pérdida. Desde el inicio, establecer un vínculo sólido con los familiares supone un compromiso profundo que marca la relación y orienta todo el acompañamiento.

La muerte de un ser querido transforma la vida de quienes lo rodean: nada vuelve a ser igual. Con el tiempo, el sufrimiento se va modulando hacia la aceptación, y la familia continúa su camino en un mundo en el que la persona fallecida ya no está presente. Este tránsito requiere de un acompañamiento atento, paciente y comprensivo, que funcione como un sostén seguro en medio de la incertidumbre y el dolor.

Acompañar significa estar dispuesto a escuchar y aceptar la expresión emocional de los demás en toda su intensidad, respetando tanto sus manifestaciones de enojo como sus silencios más profundos. Implica comprender el sufrimiento sin juzgarlo, compartir la experiencia emocional sin esperar recompensas y confiar en la capacidad de los familiares para sobrellevar la pérdida. También requiere respetar sus creencias, valores y rituales, reconociendo la singularidad de cada proceso de duelo.

El acompañamiento activo de la persona que se encuentra en fase terminal no solo beneficia al doliente, sino también a quienes participan de su cuidado. Brindar apoyo en las necesidades físicas y emocionales hasta el final permite afrontar la pérdida con una sensación de satisfacción íntima y contribuye a que el duelo posterior pueda elaborarse de manera más saludable. Este proceso requiere tiempo, dedicación y sensibilidad, y refleja la importancia de la presencia constante, empática y comprensiva durante el tránsito por la experiencia límite de la pérdida (Espina Eizaguirre, 2007).

En el contexto familiar, es fundamental que los integrantes puedan reconocer, compartir y asumir la diversidad de emociones que surgen frente a la pérdida, manteniéndolas dentro del ámbito doméstico. Este proceso resulta especialmente desafiante, ya que cada miembro puede experimentar los sentimientos de manera distinta o atravesar distintos tiempos del duelo. Para lograrlo, es necesaria una actitud de flexibilidad y tolerancia, que permita aceptar y comprender las manifestaciones emocionales de los

demás, incluyendo experiencias complejas como la ira, la decepción, el desamparo, el alivio o la culpa (Pérez Trenado, 2007).

Seguendo a Bermejo (2007) la comunicación con una persona que atraviesa el duelo puede resultar especialmente compleja, dado que las palabras pueden percibirse como insuficientes o superficiales ante la intensidad de su angustia. Esto genera incomodidad y un sentimiento de impotencia en quienes acompañan, al reconocer que no se puede revertir la pérdida que se está viviendo. Sin embargo, superar estas dificultades permite establecer un encuentro genuino que favorece tanto al enfermo terminal en su proceso de duelo anticipatorio como a familiares y profesionales en la elaboración anticipada del dolor que la pérdida traerá.

Durante el duelo, los familiares suelen experimentar culpa por no haber hecho todo lo posible para evitar la muerte del ser querido o por percibir cierto alivio tras el fallecimiento, especialmente cuando la enfermedad fue prolongada y requirió cuidado constante. Estas emociones reflejan la ambivalencia afectiva que se establece en el vínculo con el moribundo: junto al amor profundo, puede surgir un deseo inconsciente de que cese el sufrimiento del otro, una combinación de sentimientos que forma parte de la experiencia humana ante la pérdida (Echeburúa, De Corral & Amor, 2007).

Aprender a despedirse de manera consciente implica expresar sentimientos y reconocer el significado de la relación, lo que facilita la liberación emocional y otorga sentido a la separación. La escucha, ejercida con atención y respeto, puede constituir la mejor forma de apoyo, ayudando a nombrar y comprender emociones complejas como la culpa (Bermejo, 2007).

Los sentimientos de culpa pueden intensificarse cuando el cuidador percibe que no ha cumplido con la imagen idealizada de “buen cuidador” o que ha fallado en sostener al otro sin interrupciones. Esta percepción puede generar una sensación de pérdida del propio lugar, una caída de la omnipotencia imaginaria que el cuidador creía poseer. Comprender que esta experiencia de límite es parte del proceso de duelo permite que los familiares reconozcan sus emociones sin juzgarse y que puedan transitar el duelo con mayor conciencia de su humanidad y de las tensiones inherentes al acompañamiento de un ser querido en la fase terminal (Astudillo, Mendinueta & Casado da Rocha, 2007).

Los sentimientos de culpabilidad acompañan muchas experiencias humanas, especialmente cuando estas quedan incompletas. Suelen surgir de la tendencia a atribuir la responsabilidad de lo ocurrido a errores propios o a la omisión de acciones adecuadas. Cuando la aflicción dura más de un año y se acompaña de incapacidad para superar la pérdida, el problema primordial puede no ser la pérdida en sí misma, sino algún otro elemento subyacente que requiere atención profesional (Astudillo, Mendinueta & Casado da Rocha, 2007).

Aceptar los límites propios y reconocer la imposibilidad de sostener al otro indefinidamente forma parte de un aprendizaje fundamental en el duelo. Esta conciencia no solo permite una elaboración más saludable de la pérdida, sino que también transforma la experiencia del cuidado, mostrando que acompañar implica humanidad, vulnerabilidad y reconocimiento de la finitud, tanto del ser querido como del propio cuidador.

Articulaciones entre clínica interdisciplinaria y lectura psicoanalítica

El trabajo en cuidados paliativos exige sostener la tensión entre la vida y la muerte, entre el deseo de aliviar y la imposibilidad de evitar el sufrimiento. En este escenario, el psicoanálisis ofrece un marco que permite pensar los límites del cuidado, el lugar del deseo en el acompañamiento y la dimensión inconsciente que atraviesa tanto a los pacientes como a los profesionales. No se trata de psicoanalizar la práctica sanitaria, sino de introducir una lectura que otorgue espesor simbólico a lo que se pone en juego en los vínculos, posibilitando nuevas formas de elaboración frente al dolor.

Desde Freud (2012), sabemos que todo acto de cuidado involucra transferencias: el profesional no es un observador neutral, sino un sujeto afectado por el sufrimiento del otro. En ese encuentro, emergen resonancias inconscientes, identificaciones, deseos y resistencias que forman parte de la trama clínica. Lacan (2012) subraya que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, recordándonos que la escucha va más allá de lo dicho: incluye los silencios, las repeticiones, los gestos y lo que se escapa al sentido. Esta perspectiva amplía la mirada de los equipos de salud, permitiendo atender no solo los síntomas visibles, sino también los significantes que dan forma al padecimiento.

El psicoanálisis, además, aporta una lectura ética del deseo y del límite. Cuidar no significa poder todo, sino reconocer lo que no puede ser reparado. Como plantea Castaño (2013), asumir los límites del cuidado no equivale a la renuncia, sino a la posibilidad de sostener la falta sin convertirla en fracaso. Esta posición ética es la que permite a los equipos no quedar atrapados en la omnipotencia ni en la claudicación, sino moverse en un espacio intermedio donde el cuidado sigue siendo posible aun cuando la cura no lo sea.

En la práctica interdisciplinaria, el encuentro entre disciplinas puede generar tensiones, pero también abre la posibilidad de elaborar colectivamente lo que, de otro modo, se viviría en soledad. Kaës (2000) señala que las instituciones de salud funcionan como dispositivos de resonancia psíquica: en ellas se depositan angustias, ideales y defensas compartidas. Reconocer los efectos inconscientes del trabajo en equipo permite transformar el agotamiento y la sobreimplicación en espacios de simbolización colectiva, donde el sufrimiento encuentra palabras y el sentido se reconstruye de manera conjunta.

El psicoanálisis permite pensar la resiliencia desde una perspectiva diferente: no como fortaleza, capacidad de resistencia ni superación, sino como la posibilidad de elaborar

el dolor mediante la palabra, el vínculo y la aceptación de la pérdida. En los equipos de salud, esta forma de resiliencia se traduce en la capacidad de sostenerse frente al padecimiento del otro sin negarlo ni identificarse completamente con él; en encontrar sentido en el acto de acompañar, incluso en los momentos de mayor impotencia. Desde esta perspectiva, la resiliencia no es resistencia ni negación del dolor, sino tramitación simbólica de lo que duele, con la conciencia de que algunas experiencias permanecen y que el duelo y la pérdida no se superan, sino que se integran en la vida subjetiva.

Por otra parte, el concepto de duelo anticipado resulta fundamental para comprender las dinámicas familiares en contextos de enfermedad terminal. Este proceso se inicia cuando la familia toma conciencia de la proximidad de la muerte de un ser querido, generalmente tras la comunicación médica de la terminalidad. A partir de ese momento emergen temores ligados a lo desconocido: miedo al dolor emocional, a la pérdida y a las transformaciones que inevitablemente afectarán su estructura y su modo de vida. Ninguna familia, por más fortalecida que parezca, permanece inmune a este proceso. El duelo anticipatorio implica una preparación gradual para la muerte que se aproxima, así como para las tareas que seguirán a la pérdida. Sin embargo, a diferencia del duelo posterior, este proceso suele estar acompañado por una dosis de esperanza que sostiene a los familiares durante la espera (Díaz, Losantos & Pastor, 2014).

En este contexto, la claudicación familiar puede aparecer como una respuesta frente al agotamiento emocional y físico que produce la prolongada exposición al sufrimiento. Díaz, Losantos y Pastor (2014) describen este fenómeno como la dificultad o incapacidad de la familia para ofrecer una respuesta adecuada ante las múltiples demandas y necesidades del paciente y de la situación. Desde una lectura psicoanalítica, esta claudicación no debe ser interpretada como falla o debilidad, sino como el punto en el que el sujeto o el grupo tropieza con sus propios límites simbólicos. En la medida en que esos límites puedan ser reconocidos y elaborados, se abre la posibilidad de que la angustia se transforme en palabra y la impotencia en acto de cuidado.

En definitiva, el aporte del psicoanálisis a los equipos de salud radica en abrir un espacio de pensamiento donde lo imposible pueda ser nombrado, donde la angustia encuentre un marco simbólico y donde el acto de cuidar recupere su dimensión humana. Comprender los límites del hacer, sostener el deseo sin pretender colmarlo y dar lugar a la palabra en medio del dolor son modos de resistir la desubjetivación que a menudo impone la práctica sanitaria. En esa intersección entre el agotamiento real y la simbolización posible, el psicoanálisis se vuelve una herramienta ética y clínica para acompañar, cuidar y pensar lo que la muerte —inevitablemente— pone en juego.

Conclusiones:

El presente trabajo permitió profundizar en la comprensión de las transformaciones psíquicas que atraviesan los familiares de pacientes en situación terminal, situando el análisis en el entramado complejo donde se cruzan el duelo anticipado, la claudicación familiar y la culpa inconsciente. A lo largo del recorrido teórico se evidenció que acompañar a un ser querido en la agonía supone enfrentarse con la pérdida antes de que esta se produzca, abriendo un tiempo suspendido en el que la vida y la muerte coexisten y donde el lazo con el otro se redefine constantemente. Desde esta perspectiva, el duelo anticipado puede entenderse no sólo como un proceso emocional, sino también como un movimiento psíquico que busca elaborar, en el plano inconsciente, la inminencia insoportable de la pérdida.

El análisis de los conceptos freudianos y lacanianos permitió advertir que, en este tipo de experiencias, la subjetividad se ve interpelada en sus fundamentos. Freud (2013) ya había señalado que el duelo implica un trabajo psíquico orientado a desligar la libido del objeto perdido, aunque este proceso se encuentre atravesado por ambivalencias y resistencias. En el contexto del duelo anticipado, esta operación se complejiza, ya que el objeto —el ser querido— continúa presente. La culpa, las contradicciones afectivas y el agotamiento del cuidador no son signos de patología, sino efectos de un trabajo psíquico llevado más allá de los límites del yo, que intenta sostener al otro mientras se enfrenta al propio límite. Lacan (2012) en el seminario 11, clase II, aporta una lectura que amplía esta comprensión, al situar que el inconsciente está estructurado como un lenguaje: allí donde las palabras se detienen, emergen los gestos, los silencios y las repeticiones como modos de significar lo indecible del dolor.

La articulación con los aportes provenientes de la medicina, la enfermería y la psicología de la salud permitió reconocer la necesidad de integrar la dimensión subjetiva al campo de los cuidados paliativos. El sufrimiento no se limita al cuerpo enfermo, sino que atraviesa los vínculos, las historias y las identificaciones de quienes acompañan. Por ello, pensar el duelo anticipado desde una perspectiva interdisciplinaria implica favorecer espacios donde las diversas disciplinas dialoguen sin jerarquías, reconociendo que la escucha del padecimiento requiere tanto del saber clínico como del saber sensible que surge del encuentro humano. En este sentido, el trabajo interdisciplinario se configura como una herramienta ética que posibilita intervenciones más integrales, sostenidas en una concepción del cuidado respetuosa de los tiempos psíquicos de los sujetos involucrados.

Asimismo, el análisis de la claudicación familiar permitió visibilizar una dimensión muchas veces invisibilizada en la práctica asistencial: el cansancio, la desesperanza y el sentimiento de impotencia del cuidador principal. La exigencia de sostener al otro puede

llevar a un punto de colapso, donde el sujeto queda atrapado entre el deber de cuidar y la imposibilidad de hacerlo sin perderse a sí mismo. Reconocer este límite no significa renunciar al cuidado, sino humanizarlo. Desde la perspectiva psicoanalítica, este reconocimiento abre la posibilidad de una posición más ética, donde el profesional o el familiar pueden alojar el sufrimiento sin quedar subsumidos por él, sosteniendo una presencia que no pretende salvar, sino acompañar.

Finalmente, este trabajo invita a reflexionar sobre el lugar que ocupa el profesional de la salud mental en los equipos de cuidados paliativos. El psicoanálisis aporta una escucha particular que no busca eliminar el malestar, sino darle un sentido dentro de la historia subjetiva de cada quien. La formación en salud mental, desde este enfoque, implica no solo adquirir herramientas técnicas, sino también revisar la propia implicación en el acto de acompañar, reconociendo que el encuentro con la muerte del otro confronta con la propia finitud. Comprender este límite posibilita una práctica más ética y sensible, respetuosa tanto de los pacientes y sus familias como de los propios profesionales.

Referencias bibliográficas:

- Astudillo, W., Arango Pujal, M. O., & Mendinueta, C. (2012). *Evaluación integral del paciente en la fase final de su vida*. En W. A. Astudillo (Ed.), *Medicina paliativa y alivio del dolor en atención primaria* (1.^a ed., pp. 6–27). Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos & Paliativos Sin Fronteras.
- Astudillo, W., Mendinueta, J., Díaz-Albo, R., & Astudillo, W. (2012). *El apoyo al cuidador del enfermo oncológico*. En W. A. Astudillo (Ed.), *Medicina paliativa y alivio del dolor en atención primaria* (1.^a ed., pp. 283–300). Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos & Paliativos Sin Fronteras.
- Astudillo, W., Mendinueta, C., & Casado da Rocha, A. (2007). *¿Qué puede ayudar en el duelo?* En W. Astudillo, M. Pérez, A. Ispizua, & A. Orbegoza (Eds.), *Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa* (pp. 267–298). Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Astudillo, W., Mendinueta, C., & Zulaica, A. (2007). *Bases para la solidaridad en el proceso de duelo*. En W. Astudillo, M. Pérez, A. Ispizua, & A. Orbegoza (Eds.), *Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa* (pp. 39–62). Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Bermejo, J. C. (2007). *Acompañar y vivir sanamente el duelo*. En W. Astudillo, M. Pérez, A. Ispizua, & A. Orbegoza (Eds.), *Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa* (pp. 215–242). Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Bowlby, J. (2006). *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Castaño, M. (2013). *Cuidar hasta el final. Reflexiones desde el psicoanálisis sobre los límites del cuidado*. *Revista de Psicología y Salud*, 25(3), 215–228.
- Del Pozo Armentia, E. M. (2007). *La importancia de la familia en la atención a enfermos terminales*. En W. Astudillo, M. Pérez, A. Ispizua, & A. Orbegoza (Eds.), *Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa* (pp. 63–75). Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Díaz, P., Losantos, S., & Pastor, P. (2014). *Guía de duelo adulto para profesionales socio sanitarios* (Edición no venal). Fundación Mario Losantos del Campo.

- Echeburúa, E., De Corral, P., & Amor, P. J. (2007). *La resistencia humana ante los traumas y el duelo*. En W. Astudillo, M. Pérez, A. Ispizua, & A. Orbegozo (Eds.), *Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa* (pp. 243–266). Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Espina Eizaguirre, M. (2007). *Acompañar a la familia en su proceso de duelo*. En W. Astudillo, M. Pérez, A. Ispizua, & A. Orbegozo (Eds.), *Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa* (pp. 75–88). Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Freud, S. (2012). *Sobre la dinámica de la transferencia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2013). *Duelo y melancolía*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2013). *Introducción del narcisismo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2013). *La interpretación de los sueños*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2013). *Más allá del principio del placer*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2014). *Tótem y tabú*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaës, R. (2000). *La institución y las instituciones: estudios psicoanalíticos*. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (2011). *Duelo y estados maníaco-depresivos*. Buenos Aires: Paidós.
- Kübler-Ross, E. (2021). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial.
- Lacan, J. (2007). *Seminario 7: La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2012). *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales*. Buenos Aires: Paidós.
- Pérez Trenado, M. (2007). *La experiencia de duelo como posibilidad de crecimiento individual y familiar*. En W. Astudillo, M. Pérez, A. Ispizua, & A. Orbegozo (Eds.), *Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa* (pp. 157–164). Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Velarde Alvarado, P., & Verdugo Araujo, L. (2020). *Proceso de duelo de cuidadores de pacientes en fase terminal y la labor de Trabajo Social*. Sinaloa, México.