



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Integrador Final

**FINAL DE VIDA ONCOLÓGICO: una mirada psicoanalítica.
El morir, como parte de la vida**

ENSAYO

Autora: Debortoli, Lara Daiana

Legajo: D-5279/5

DNI: 39.028.869

Docente Responsable: Psic. María Fabiana Correa

Docente TIF: Dra. Luisina Bourband

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE

Resumen	pag.3
Introducción	pag.4
Desarrollo	pag.6
Diagnóstico y muerte	pag.7
Duelo anticipado	pag.8
Espiritualidad: recursos simbólicos frente a lo Real	pag.9
Deseo, vida y muerte	pag.11
Marco normativo y una consideración final	pag.12
Conclusiones	pag.15
Referencias bibliográficas	pag.17

Resumen

El siguiente escrito se orienta a problematizar la experiencia subjetiva del encuentro con la finitud en el contexto de final de vida en pacientes oncológicos. Para ello se toman como referencia dos aportes centrales del psicoanálisis: por un lado la idea freudiana de que la propia muerte no tiene representación en el inconsciente y por otro lado, la noción lacaniana de lo Real como aquello que irrumpe más allá de la palabra.

En este marco, haremos un recorrido por los conceptos de psicooncología, final de vida, cuidados paliativos, derechos del paciente y toda la regulación normativa que hay en Argentina; también se incorpora la noción de duelo anticipado propuesto por Diaz Falcio, para pensar el trabajo psíquico frente a las pérdidas anunciadas; la dimensión espiritual como parte de las respuestas subjetivas posibles frente a la muerte, aunque estas dimensiones no formen parte del marco teórico psicoanalítico, se plantea que, desde una perspectiva ética profesional, pueden constituir fuente de alivio, sostén y sentido frente a la finitud.

Finalmente, se ubica el rol del psicoanalista como una función clínica de escucha y acompañamiento que no promete curación, sino que habilita condiciones para decir, decidir y tramitar pérdidas, favoreciendo posiciones subjetivas más habitables frente a la incertidumbre.

Palabras claves: final de vida-duelo-real-psicooncología-psicoanálisis.

Introducción

En las últimas décadas, el campo de la psicooncología ha adquirido relevancia en Argentina al proponer un enfoque que trasciende exclusivamente el campo biomédico para integrar los aspectos psicológicos y sociales que atraviesan a un paciente con cáncer. Desde este campo, se reconoce la importancia de pensar no solamente en el tratamiento médico que se le debe brindar a un paciente, sino también en el impacto que tiene dicha enfermedad en la subjetividad y en la vida psíquica del mismo.

Desde una lectura psicoanalítica, abrimos una línea de interrogación en torno a la elaboración del final de vida de los pacientes oncológicos, haciendo foco en aquellos en donde la finitud de la existencia se vuelve inminente. Nos proponemos en este escrito, indagar acerca de la posibilidad de subjetivizar la propia pérdida, es decir, cómo el sujeto puede inscribir psíquicamente el fin de su propia historia, dándole un lugar simbólico a través del trabajo del duelo.

En este escrito, vamos a abordar la pérdida no solo de la vida, es decir, de la muerte biológica, sino también la pérdida de proyectos, deseos, imagen corporal, vínculos y elementos que configuran el modo en que cada sujeto va habitar su existencia.

Cuando el sujeto recibe un diagnóstico de cáncer, éste puede activar la representación de la muerte como una posibilidad cercana, dado que, los términos cáncer y muerte se encuentran fuertemente asociados a nivel cultural. Consideramos dicho diagnóstico como un acontecimiento disruptivo, como algo que rompe con la continuidad de la vida cotidiana y con la continuidad de la vida psíquica.

En este ensayo, pretendemos leer la clínica en psicooncología desde una mirada psicoanalítica, en la búsqueda de ampliación de los abordajes que existen dentro del campo conceptual, con el objetivo de incluir una clínica psicoanalítica ética que acompañe a los pacientes que se encuentran de frente a la experiencia de su finitud. Será interesante entonces retomar el concepto freudiano de duelo, para ponerlo en diálogo con el concepto de duelo anticipado que propone Díaz Facio-Lince (2011), así como también con el concepto de Real que propone Lacan.

Díaz Facio Lince (2011), busca aportar una nueva forma de intentar elaborar la muerte, de elaborar la finitud de nuestra vida. El objeto no desaparece en el proceso del duelo, sino que pasa a formar parte de la historia del sujeto, de este modo, simbolizar esa pérdida es otorgarle a la vida un lugar, construirle un sentido, más allá de que ese sentido sea contradictorio.

En cuanto a los interrogantes que nos atraviesan sobre cómo llevar adelante el trabajo de subjetivación y elaboración de nuestra propia pérdida, no apuntamos a una respuesta única y verdadera, sino que lo usamos como punto de partida para abrir a más

interrogantes: ¿en qué medida el concepto de “duelo anticipado” puede articularse con el marco freudiano para pensar la elaboración psíquica del final de vida en pacientes oncológicos?, ¿cuáles son los procesos subjetivos que se ponen en juego ante una pérdida que aún no se ha consumado?. Teniendo en cuenta que el deseo es aquello que nos empuja a vivir ¿cómo incide la cercanía de la muerte en la posibilidad de sostener el deseo de la vida?.

Desde una mirada clínica y ética se nos presentan interrogantes cómo ¿de qué modo se puede sostener una intervención psicoanalítica cuando el tiempo, el espacio y el encuadre están condicionados por el contexto y la proximidad de la muerte?, ¿cómo pensar la clínica psicoanalítica en los escenarios donde la muerte es inminente?

DESARROLLO

El final de vida oncológico enfrenta a los sujetos, a su entorno y también a los equipo de salud con un límite radical: la proximidad de la muerte. Ese momento suele organizarse alrededor de decisiones, indicaciones y tratamientos orientados ya no a la cura, sino al confort, la calidad de vida y a la atención paliativa. Sin embargo, este momento clínico del paciente no es solamente campo de la medicina hegemónica. En el plano subjetivo, la comunicación de incurabilidad puede producir un impacto que rompe con la continuidad de la vida cotidiana, un impacto que modifica el lazo con el propio cuerpo y reordena las coordenadas del deseo y de la vida. Desde el psicoanálisis, pensamos ¿que lugar puede tener la escucha en un contexto donde el real de la enfermedad se impone y donde las palabras muchas veces faltan o sobran?

Muchas veces, la muerte suele quedar capturada entre dos extremos: por un lado, un silencio que evita nombrarla, y por el otro, un discurso cargado de tecnicismos médicos que no alcanza para alojar el sufrimiento. Pensamos a la psicooncología en este lugar, interviniendo allí donde el cuerpo y el tiempo se van reorganizando por la enfermedad, dándole un lugar al sujeto para que no quede reducido a la condición de paciente. En el final de vida, acompañar no equivale a convencer de aceptar la muerte, ni a imponer una tranquilidad idealizada. Acompañar es muchas veces, sostener un espacio donde la angustia y el dolor encuentren un lugar y donde el lazo con los otros no se rompa bajo la forma de aislamiento por el final.

Como ya mencionamos, el presente ensayo, se inscribe en el campo de la psicooncología pero desde una perspectiva psicoanalítica, se parte del supuesto de que la finitud se vive caso por caso, de acuerdo con la historia, la singularidad y los recursos de cada sujeto. En este marco, retomaremos dos ideas para pensar este encuentro con la muerte: por un lado, siguiendo a Freud (1915), “en el fondo nadie cree en su propia muerte o, lo que viene a ser lo mismo, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad” (p. 290). Por otro lado, Lacan sitúa lo real como aquello que no se deja simbolizar plenamente; en este sentido, la muerte puede pensarse como un encuentro con ese Real. En palabras de él, “lo real es lo que resiste absolutamente a la simbolización” (Lacan, 1988, p.) entonces nos preguntamos, ¿cómo sostener una clínica psicoanalítica de la palabra en el final de vida, sin caer en el ideal ingenuo de que todo puede decirse, pero sin resignarse al silencio que abandona?

Sabemos que no es posible una simbolización plena de la propia muerte, sin embargo esto no equivale a la imposibilidad de toda elaboración. La apuesta es sostener que, aun en el final de vida, hay lugar para el sujeto, para su palabra y para la toma de decisiones que dignifican la propia vida y la propia muerte.

Diagnóstico y muerte

Como ya mencionamos, el diagnóstico de cáncer suele asociarse culturalmente a la muerte, aun cuando existen tratamientos curativos y remisiones prolongadas. Esta asociación simbólica no es simplemente un prejuicio de la cultura sino que opera como un marco anticipatorio, de temor y significación que puede irrumpir como un acontecimiento desestabilizador en el momento del diagnóstico. No obstante, sabemos que el final de vida introduce un gran cambio, ya que no se trata de la muerte como una posibilidad abstracta, sino de una finitud que se vuelve inminente y que tiende a producir una reorganización del tiempo, el cuerpo y del lazo social.

En este momento, el avance de la enfermedad no es un mero acto informativo, sino que es un acontecimiento discursivo. Desde este punto de vista, el diagnóstico es también un acto de la palabra del Otro (médico) que cae sobre el sujeto. El modo de decir, el tiempo, la escena, los silencios, inciden en cómo se tramita lo escuchado.

En cuanto a la definición de final de vida, “cuando la enfermedad llega a un punto en el cual ya no hay cura posible y comienza un proceso que lleva a un avance inevitable hacia la muerte, estamos hablando de una persona en fase final de la vida” (Gatto, 2017, p.109).

Esto nos abre a una pregunta: ¿qué produce en un sujeto escuchar que no hay más nada que hacer, sino esperar?

“La muerte propia no se puede concebir; tan pronto intentamos hacerlo, podemos notar que en verdad sobrevivimos como observadores” (Freud, 1915, p. 290). A nivel inconsciente el sujeto no cree en su muerte y se mantiene convencido de su inmortalidad. Esto no significa que el sujeto no sepa que es mortal, sino que la propia muerte no se puede inscribir como representación. De allí derivan, según Freud, actitudes de negación y silenciamiento respecto de la muerte, tanto en la vida cotidiana como en los contextos profesionales (Freud, 1915). Podemos decir que la muerte se torna sombra: está, pero no se dice.

Ahora bien, que la muerte propia no tenga representación no significa que el sujeto no sufra ante la proximidad del final. En el final de vida, el sujeto se enfrenta a un conjunto de pérdidas reales y simbólicas: pérdidas de funciones, de autonomía, de fuerzas, de proyectos, de sexualidad, de futuro. Además se produce una gran transformación en la cotidianidad de la vida, tiempos médicos, hospitalizaciones, visitas, tratamientos paliativos, estudios. El mundo del sujeto se reduce.

En este punto es donde sostenemos que la muerte como real no se simboliza plenamente, pero el dolor, la angustia, las pérdidas sí se vuelven pasibles de ser tramitadas a través de las palabras. La presencia de un espacio de escucha puede operar como condición de posibilidad para que algo de ese dolor se vuelva decible.

La noción lacaniana de Real, sin reducirse a, puede entenderse como aquello que resiste a la simbolización y que retorna como algo que es imposible de integrar plenamente en el sentido. El Real no es lo contrario de lo imaginario o de lo simbólico, sino el punto donde estos registros encuentran un límite. La muerte, puede pensarse como uno de los nombres de lo real, no porque represente un vacío abstracto sino porque en ella se pone en juego un límite para el saber y para el sentido. Lacan sostiene que “la única cosa de la que puede ser culpable un sujeto es de haber cedido en su deseo” (Lacan, 1988, p.321). Desde esta perspectiva, la enfermedad no debe ser tomada como aquello que arroja al sujeto fuera del campo de la palabra y del deseo. Mientras haya sujeto, hay posibilidad de deseo, aun cuando lo real amanece con el final.

El final de vida oncológico introduce un encuentro con lo Real. Sin embargo, ese límite no clausura la clínica psicoanalítica, sino que la orienta. No se trata de simbolizar plenamente a la muerte, se trata de interrogar que puede simbolizar, que puede tramitar, qué puede decir, qué decisiones pueden tomarse y que pérdidas parciales pueden elaborarse.

Duelo anticipado

“El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1917, p.241). Esto nos parece central para este escrito ya que el duelo no se limita a la muerte de un otro, ni a un objeto material. El final de vida puede pensarse como un tiempo de pérdidas múltiples, algunas ya ocurridas (salud, autonomía, imagen corporal, proyectos a futuro), otras anunciadas (futuras pérdidas, despedidas).

Ahora bien, si el duelo supone la pérdida real de un objeto, ¿cómo pensar un duelo cuando la muerte propia aun no ocurrió, y además, cuando la muerte propia no tiene representación?

Proponemos en este escrito, no un duelo de la propia muerte como si se tratara de un objeto ya perdido, lo cual además resulta imposible, sino que se duelan fragmentos de la vida que se pierde y se duela también el futuro que se vuelve inaccesible. Es decir, el sujeto no puede representar su muerte, pero puede intentar elaborar pérdidas y construir una posición frente al final a través de la palabra y la escucha.

Díaz Falcio Lince (2011) define al duelo anticipado como “el proceso psíquico que permite al enfermo y sus amados, a partir de las marcas del ser mortal que se registran en el cuerpo de quien muere, ir inscribiendo en su vida psíquica la posibilidad tangible de la muerte”, resignificando así la historia y el tiempo que queda por vivir. A partir de esta formulación podríamos decir que el cuerpo enfermo introduce un real que empuja a reordenamientos simbólicos. Esto nos permite pensar un tipo de pérdida que se siente

como pérdida de sí, sin caer en la afirmación simplista de que alguien puede hacer duelo de su muerte como si ya hubiera ocurrido.

Freud (1917) sostiene que el duelo implica un trabajo costoso: el yo debe retirar la libido del objeto perdido, trabajo que ocurre de manera fragmentaria con avances y retrocesos. Esto nos sirve para pensar en el final de vida, no como una pérdida ya consumada sino por pérdidas que se van consumando y por objetos que se van volviendo inaccesibles por el mismo avance de la enfermedad. Esto implica reordenar los lazos libidinales y construir un modo de despedida.

Desde este punto, pensamos que desde el psicoanálisis no se trata de eliminar la angustia que dicho diagnóstico pueda provocar como si se tratara de un síntoma aislado, sino de ofrecer un lugar y condiciones para que algo de esa angustia pueda ligarse, pueda decirse. No se trata de prometer un sentido total, sino de permitir que algo se inscriba.

Lacan (2006) sitúa la angustia como un efecto privilegiado que no engaña. Esto nos permite pensar que la angustia en el final de vida no es un simple estado emocional, sino que funciona como un indicador de la relación del sujeto con el objeto y con la falta.

La idea de duelos parciales no implica minimizar la gravedad del final de vida, ni romantizarlo, sino que implica reconocer que el sujeto puede tramitar pérdidas puntuales, que hacen más habitable el tiempo que queda. Por ejemplo: duelo por un proyecto que no va poder realizarse, duelo por la función corporal, duelo por un rol familiar que cambia, duelo por la imagen corporal que se modifica, duelo por la rutina. Cada uno de estos duelos, si pueden decirse, si pueden ponerse en palabras, si pueden ser escuchados y alojados, pueden ayudar a disminuir la soledad y el miedo subjetivo y permitir tomar decisiones. No hablamos de un proceso lineal, ni de una etapa obligatoria, sino de elaboraciones parciales que van a tener retrocesos, avances y contradicciones.

Espiritualidad: recursos simbólicos frente a lo Real

Freud (1927) abordó la religión como una ilusión que responde a la necesidad humana de protegerse del desvalimiento y la angustia de la muerte. Sin embargo, esta lectura no debe conducir a una descalificación de la fe en el contexto clínico. Como señala Rolón (2020), en su libro "El duelo", las religiones y los mitos han buscado históricamente calmar el espanto y la angustia de sabernos mortales. Desde esta perspectiva, entendemos a la espiritualidad, no reducida únicamente al ámbito de la religión, como un intento de defendernos de la angustia que genera lo que es imposible de nombrar. En el final de vida, esta función paliativa adquiere un lugar particular, ya que la fe puede operar como un recurso simbólico que, aunque no elimine lo real de la muerte, permite ligar la angustia y construirle sentido.

Rolón (2020) subraya que aunque desde el psicoanálisis se pueda ver a la religión como una ilusión, muchas veces esta logra calmar la angustia y es un arma fundamental para quienes tienen fe. Esta observación nos parece interesante, nos hace pensar que la efectividad de un recurso no se mide por su estatuto de objetividad, sino por la capacidad de producir alivio subjetivo. Cuando la muerte se vuelve inminente, la espiritualidad o la religión puede funcionar a modo de placebo que ofrece la cultura, una promesa de una vida eterna después de la muerte que intenta calmar la angustia generada por la proximidad inevitable del final.

Desde un marco legal y normativo, sabemos que la dimensión espiritual ha sido reconocida como componente esencial de los cuidados paliativos. En el contexto clínico, el psicoanalista ante la espiritualidad del paciente requiere una posición ética particular. No se trata ni de promover la fe, pero tampoco descalificarla. Sino de alojar la subjetividad del paciente sin juzgarla. Generar un espacio seguro para el paciente donde pueda verbalizar sus creencias, sus miedos, sus preguntas sobre la muerte y el más allá. No se trata de convertir la espiritualidad en un objeto de análisis, sino de reconocerla como recurso simbólico que utiliza el sujeto para construirle sentido ante ese Real que irrumpe.

Desde Lacan, podemos pensar a la espiritualidad como una respuesta simbólica frente a lo Real, no elimina lo real, pero construye un borde, un arreglo, que permite al sujeto habitar la incertidumbre del porvenir. Cuando el discurso médico se agota y la ciencia no puede ofrecer respuesta sobre “el después de la muerte”, la dimensión espiritual puede funcionar como un significante que organiza la experiencia y liga la angustia.

Parece pertinente en este punto, aclarar que la espiritualidad del paciente no implica renunciar a nuestra posición psicoanalítica. La ética del acompañamiento en final de vida podemos pensarla con implicación de nuestra presencia, escucha y respeto por los valores y decisiones del paciente, lo cual incluye sus creencias religiosas o espirituales en la toma de decisiones. La autonomía del paciente se extiende hasta este punto, es decir, hasta su derecho de construir sentido a su dolor con sus propios recursos simbólicos.

Finalmente, cabe señalar que no todos los pacientes recurren a la espiritualidad y que desde el psicoanálisis cabe respetar tanto la fe como la ausencia de fe. Algunos sujetos van a encontrar sentido en la religión, otros en los lazos con otros, otros en proyectos que cumplir, en el arte o simplemente en la aceptación de la finitud de la vida sin promesas de trascendencia. Lo esencial es poder alojar la singularidad de cada sujeto y acompañar en la construcción de sentido.

Deseo, vida y final

En el momento del final de la vida, una de las preguntas que nos aparecen es ¿qué sentido tiene hablar, decidir, planificar, si el final está próximo? Desde un enfoque psicoanalítico, podemos reformular la pregunta en términos de deseo. No se trata de sostener un optimismo forzado, ni de negar la muerte, sino de ubicar que no podemos reducir la vida psíquica a la vida biológica. Aun en el límite, en el momento final, el sujeto puede desear, el sujeto sigue siendo un sujeto de deseo: desear ver a alguien, desear despedirse, desear ordenar algo, desear elegir cómo transitar sus últimos días, desear evitar el dolor, desear una palabra, desear un anhelo.

En este punto, desde el psicoanálisis no hay que confundir deseo con consigna. Es decir, no empujar al paciente a hablar cuando quiere callar, o a reconciliarse cuando no lo desea, o a cerrar asuntos cuando no puede o no quiere. La ética de la escucha no implica imponer un ideal del buen morir, o de cómo se debe morir. Sino que busca preguntar ¿qué quiere ese sujeto hoy?, en estas condiciones, en ese cuerpo, con este tiempo.

Desde el psicoanálisis no podemos responder con certezas donde no las hay, pero sí podemos sostener un espacio donde el sujeto soporte no saber sin quedar arrasado, o devorado por la incertidumbre y el miedo. El psicoanálisis no ofrece soluciones imaginarias, sino que desde esta perspectiva, buscamos acompañar la construcción de una subjetividad frente a la incertidumbre.

La palabra, en este contexto, permite simbolizar pérdidas parciales y ligar la angustia. La escucha puede facilitar la reflexión y ayudar que el paciente se autorice a decir lo que desea, sin quedar atrapado en el ideal de “hacer todo porque el tiempo se agota”. Cuando nos referimos a la palabra, no estamos planteando una equivalencia de hablar por hablar, sino de producir condiciones para que algo se nombre. Freud (1979) nos permite pensar que la angustia, al ligarse, se transforma, es decir, no desaparece, pero puede volverse más soportable.

El final de vida ocurre en instituciones y bajo condiciones concretas: internaciones, domicilios, guardias, habitaciones compartidas, horarios de visitas. El encuadre clásico de la clínica psicoanalítica no es siempre posible, lo que nos lleva a tener que adaptarnos a las condiciones sin perder la ética, es decir, coordinar con equipos de salud, respetar las decisiones del paciente y sostener una presencia que muchas veces es más breve y contingente. Romper el encuadre psicoanalítico no significa abandonar la ética, sino por el contrario, puede significar alojar al sujeto en el contexto donde está, sin exigir las condiciones ideales.

Muchas veces estaremos ubicados en un lugar de traductor, en donde tengamos que ayudar al paciente a entender diagnósticos, a formular preguntas, a favorecer que el

equipo tratante escuche aquello que no entra en el lenguaje técnico y acompañar a la familiar y el entorno en su propia angustia sin invadir el lugar del paciente. Asimismo, puede que nos toque colaborar en la construcción de un clima donde la verdad diagnóstica no se convierta en crueldad, ni en ocultamiento. La comunicación de la finitud requiere de cuidado, tiempo y respeto, especialmente cuando la palabra médica puede sentirse como sentencia o como verdad absoluta.

En este punto nos parece importante hacer una distinción entre acompañar y curar. Cuando se trata de pacientes que se encuentran en la etapa final de la vida, acompañar no significa producir un final feliz, ni garantizar serenidad, ni asegurar que no se va a sufrir, ni a romantizar la muerte. Acompañar es sostener el lazo, es habilitar la palabra, respetar el deseo del sujeto y contribuir a que las decisiones difíciles no se tomen en soledad o con miedo. En algunos casos, acompañar también va significar alojar silencios, no forzar elaboraciones, no imponer despedidas, no moralizar el miedo.

Desde esta mirada, creemos que la psicooncología no promete dominar el arte de la muerte, ni enseñarnos el “buen morir”, sino que sostiene un lugar donde el sujeto puede hacer algo con ese real, aunque sea mínimo.

Mientras haya sujeto, hay lugar para el deseo y en este punto, la escucha se vuelve una práctica de dignificación.

Marco normativo y una consideración final

Desde el marco normativo y legal, sabemos que la Ley Provincial de Santa Fe 13.166 (2011) fue pionera en el país. Define los cuidados paliativos como asistencia integral para pacientes con enfermedades crónicas, evolutivas e irreversibles, enfatiza la importancia de equipos interdisciplinarios, la dignidad y la autonomía. Sin embargo, limita su alcance a pacientes en situación terminal.

A nivel Nacional, en 2022 se promulgó la Ley Nacional 27.678 que reconoce a los cuidados paliativos como derecho humano y garantiza el acceso universal en Argentina. Esta normativa refuerza el enfoque interdisciplinario y la autonomía del paciente, promoviendo la toma de decisiones informadas y el respeto por sus valores.

En su artículo 3 define:

Cuidados paliativos: un modelo de atención que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades que amenazan o limitan la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos, sociales y espirituales (Ley Nacional 27.678, 2022, art.3)

A raíz de esta ley se reconocen derechos de los pacientes que, aunque parezcan obvios, muchas veces se ven vulnerados. También sabemos que los mismos pacientes y familiares, no saben cuales son sus derechos. Entre ellos, se encuentran el derecho a recibir la asistencia de cuidados paliativos, el derecho a la autonomía, a no padecer dolor, a contar con atención psicológica, a que se contemplen sus aspectos espirituales, a tener información sobre su diagnóstico, tratamiento, pronóstico. Derecho a decidir, el cual, muchas veces se ve soslayado por la propia familia. Así como tenemos el derecho a decidir sobre nuestra propia vida, también tenemos derecho a elegir cómo queremos morir, si queremos una sedación o no, que queremos que pase con nuestro cuerpo después de la muerte, cómo queremos que sea nuestra muerte, de quiénes queremos estar acompañados.

Nos parece pertinente recordar que Freud, el padre del psicoanálisis, murió de cáncer, luego de haber transitado 16 años con dicha enfermedad. Gabriel Rolón relata:

en sus últimos días supo que años atrás, al enterarse de que padecía un cáncer, algunos de sus amigos propusieron ocultárselo y montó en cólera. ¿con qué derecho?, exclamó con los ojos inyectados en sangre. La posibilidad de que limitaran su autonomía sobre su propia vida era un atentado contra su dignidad.

Freud resistió el dolor y se negó a tomar analgésicos. Solo al final aceptó aspirinas. (Rolón, 2022, p. 395).

El marco de cuidados paliativos y de derechos ofrece un piso ético necesario: protege al paciente de la reducción a objeto médico y garantiza un espacio legal para la autonomía. Sin embargo, desde una mirada psicoanalítica cabe formular una tensión: los derechos se enuncian en términos universales; el sujeto es siempre singular.

La aplicación de esos derechos no puede ser mecánica: hay sujetos que no quieren saber, que no pueden decidir, que necesitan tiempo, que hacen elecciones que la lógica médica calificaría de “irracionales”. El aporte del psicoanálisis consiste en sostener que el psicoanalista no es quien “implementa” un protocolo de derechos, sino quien mantiene viva la pregunta “¿qué quiere este sujeto?”, incluso cuando la respuesta es ambivalente, cuando el sujeto calla o cuando lo que desea no coincide con lo que el equipo o la familia esperan.

Desde Lacan, la autonomía plena es una ilusión: el deseo es siempre deseo del Otro. Pero defender la autonomía como posición ética es otra cosa: es resistir la reducción del sujeto a la categoría de “paciente terminal”, a un cuerpo que sufre o a un caso que hay que resolver. En el equipo interdisciplinario, el psicoanalista ocupa un lugar paradójico: no produce resultados medibles en el sentido médico, no resuelve el duelo ni garantiza una buena muerte. Pensamos su función en tanto pueda sostener el espacio donde el sujeto puede seguir siendo sujeto, con sus contradicciones, su no-saber.

Este aporte crítico implica resistir la instrumentalización del psicoanálisis en cuidados paliativos como un mero soporte o contención: su especificidad radica en no ofrecer certezas donde no las hay, en no protocolizar el morir, y en mantener abierta la interrogación por el deseo singular ante la finitud.

En definitiva, el marco de cuidados paliativos no es sólo un dispositivo asistencial. El psicólogo, en equipo interdisciplinario, puede contribuir a que los derechos del paciente no queden solamente en una letra muerta, sino en sostener la escucha, facilitar la comunicación verdadera, respetar la autonomía, acompañar las dimensiones psicológica y espiritual, y trabajar con la familia. Todo ello se inscribe en una práctica que reconoce que el sujeto, hasta el final, conserva el derecho a decir, a decidir y a ser protagonista de su propia finitud.

Tiempo atrás Freud había hecho un pacto con su médico: le diría hasta cuándo sería suficiente. Es decir que Freud se hizo cargo de su vida hasta el punto de adueñarse de su muerte.

Schur respetó el acuerdo que habían hecho y el 22 de septiembre le aplicó dos dosis de clorhidrato de morfina. Freud entró en coma y falleció a las tres de la mañana del día siguiente. (Rolón, 2020, p.396).

CONCLUSIONES

El final de vida oncológico nos introduce un límite que desafía tanto a los sujetos que se encuentran en ese momento como a los profesionales: la proximidad de la muerte, la cual sabemos, es un hecho biológico inevitable de la vida.

El recorrido trabajado permite sostener que ese límite no clausura, sino que orienta la práctica. Precisamente en este punto donde sostenemos que la muerte propia no se simboliza plenamente se vuelve central distinguir entre la muerte- como representación y -la pérdida- como trabajo. El sujeto no hace un duelo de su muerte como objeto ya perdido, lo cual no sería posible, pero si puede transitar duelos parciales por pérdidas reales y simbólicas que se despliegan en el final de vida: salud, autonomía, funciones, futuro, sexualidad, roles, imagen corporal, proyectos, escenas imaginadas. En Freud estos duelos implican reordenamientos libidinales y se articulan con la angustia. Desde Lacan, podemos pensarlo como operaciones simbólicas que construyen bordes frente a un real que irrumpe, sin pretender colmarlo.

Para pensar esto nos resultó útil la noción de duelo anticipado propuesto por Diaz Falcio Lince (2011) como antecedente para nombrar un trabajo psíquico específico del tiempo previo al fallecimiento.

Respecto del rol profesional del psicoanalista en el campo de la psicooncología podemos decir que este trabajo nos permite concluir que nuestra función en el final de vida no se orienta a prometer curación ni a imponer sentidos. El aporte se ubica en el sostenimiento de un lugar de escucha que posibilite decir, decidir, despedirse, ordenar el tiempo restante, alojando la singularidad de cada sujeto frente a la muerte. Acompañar en el final de vida no equivale a eliminar el miedo a morir o el dolor, equivale a reducir el aislamiento y la soledad subjetiva, favorecer ligazones simbólicas y sostener la autonomía del paciente en un contexto donde el saber médico puede ocupar un lugar hegemónico. Acompañar implica sostener la dignidad del paciente como sujeto capaz de elegir (dentro de las posibilidades de su estado), incluso cuando la institución tiende a decidir por él.

También nos parece pertinente destacar que una práctica clínica ética en el final de vida requiere interdisciplina y flexibilidad. A veces el encuadre clásico no va ser posible, ya que la urgencia, la internación, la fatiga, el dolor, la presencia de familiares lo van a volver difícil. Romper el encuadre en estos casos, no es abandonar el psicoanálisis, sino sostener lo esencial, es decir, la ética de la escucha, el respeto por el sujeto y su deseo, la apuesta a la palabra, que aun mínima, puede hacer un lugar en el encuentro con el final.

El rol del psicoanalista no se agota en acompañar tanto al paciente como a su entorno, sino que posibilita también que el sujeto no sea expulsado del campo del

lenguaje por la enfermedad, cuando el cuerpo duela, cuando el tiempo sea corto, cuando el miedo esté a flor de piel. En muchos casos, el mayor alivio no proviene de una explicación, sino de no estar solo ante lo indecible. Sabemos como analistas que podemos acompañar a nombrar una pérdida puntual, a inscribir un cambio, a decidir una visita, a formular un pedido, a construir una despedida, a autorizar un deseo. Cada una de estas operaciones no elimina lo real de la muerte, del final, pero puede volverlo menos solitario y menos traumático, no por negarlo, sino por bordearlo con palabras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Díaz Facio Lince, V. E. (2011). *La experiencia de morir: Reflexiones sobre el duelo anticipado*.
- Freud, S. (1979). *De guerra y de muerte. Temas de actualidad* (Nuestra actitud frente a la muerte). En *Obras completas* (Vol. 14). Amorrortu.
- Freud, S. (1979). *Duelo y melancolía*. En *Obras completas* (Vol. 14). Amorrortu.
- Freud, S. (1979). *Inhibición, síntoma y angustia*. En *Obras completas* (Vol. 20). Amorrortu.
- Freud, S. (1979). *El porvenir de una ilusión*. En *Obras completas* (Vol. 21). Amorrortu.
- Gatto, M. E. (2017). *Pensar el cáncer: Consideraciones desde la psicooncología*. Letra Viva.
- Lacan, J. (1987). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. En *Escritos* (Tomo 2). Siglo XXI.
- Lacan, J. (1988). *El seminario. Libro VII: La ética del psicoanálisis*. Paidós.
- Lacan, J. (2006). *El seminario. Libro X: La angustia*. Paidós.
- Rolón, G. (2020). *El duelo: Cuando el dolor se hace carne*. Planeta.