Metapsicología del dolor, la angustia y el duelo en el paciente con una enfermedad terminal

MILTON CESAR CARDONA PARRA

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Maestría en Investigación Psicoanalítica

Medellín

2015

Metapsicología del dolor, la angustia y el duelo en el paciente con una enfermedad terminal

MILTON CESAR CARDONA PARRA

ASESOR

Jorge Iván Zapata Hernández

Trabajo de grado presentado para optar al título de Magister en Investigación Psicoanalítica

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Maestría en Investigación Psicoanalítica

Medellín

2015

Siempre será mejor la nada a la agonía del dolor.

Iván Gallo

A quienes permitieron que les acompañáramos, en la enfermedad y el dolor.

CONTENIDO

Pág.

Introducción 7

1. Algunas consideraciones discursivas en torno a la muerte y el paciente con enfermedad en etapa terminal. 12

1.1 Situación terminal, cuidados paliativos y psicología. 15

1.2 Cuerpo y duelo: algunos planteamientos del psicoanálisis alrededor de las pérdidas en el sujeto con una enfermedad terminal. 28

1.3 El sujeto con cáncer y el psicoanálisis: un acercamiento posible. 35

1.4 La experiencia de morir y el psicoanálisis. Algunas propuestas que se centran en la emergencia de la muerte. 46

1.5 Algunos señalamientos de la filosofía ante el fenómeno de la muerte. 60

2. Conceptualización freudiana en torno al dolor, la angustia y el duelo. 68

2.1 El dolor y la teoría del trauma en Freud. De un exceso que no puede ligarse. 70

2.2 Duelo y melancolía. La pregunta por el asunto de las pérdidas aplicada al caso del enfermo terminal. 87

2.3 Basculaciones de la libido en la enfermedad y los estados depresivos. 100

2.4 El yo y la angustia señal. 106

2.5 Angustia, dolor y duelo: del sentimiento doloroso en el muriente. 111

3. El enfermo terminal y la angustia desde la propuesta lacaniana. 114

3.1 Angustia y objeto a. nociones que permiten describir el carácter ominoso de la enfermedad terminal. 115

3.2 El acting out y el pasaje al acto como respuestas ante la angustia en el caso del enfermo terminal. 125

4. Material clínico.....130

4.1 Relato clínico uno: Julio. 132

4.2 Relato clínico dos: Eleonora. 141

5. Conclusiones. 152

6. Bibliografía. 157

Resumen

La vivencia descrita por algunos enfermos terminales, al percibir la muerte como algo cercano, está fuertemente emparentada con el dolor físico, la pérdida funcional y la emergencia de angustia. Detrás de estos fenómenos se observa una tendencia, bien descrita en el psicoanálisis freudiano, bajo la forma de una trasposición libidinal, que impone al yo, la difícil tarea de tramitar la cantidad subsecuente de energía psíquica. La acumulación de esta cantidad en el órgano doliente o perdido, se constituye en un rasgo que comparten las tres formas de padecimiento examinadas en el presente trabajo. Se emplea tal patrón de distribución de la energía, para analizar ciertos fenómenos clínicos, que fueron observándose en dos pacientes con enfermedad en estado terminal.

Abstract

The experience described by some terminally ill people, when they see death as something close, is strongly linked to physical pain, loss of organic function and the emergence of anxiety. Behind these phenomena a tendency is observed, well described in Freudian psychoanalysis, in the form of a libidinal transposition, which imposes to ego, the difficult task of processing the subsequent amount of psychic energy. The accumulation of this amount in the ailing or lost organ becomes a feature common to all three suffering forms that are discussed in this paper. Such a distribution pattern of the energy is used to analyze certain clinical phenomena that were observed in two patients with terminal disease state.

Palabras clave: Dolor Físico, Dolor Psíquico, Pérdida funcional, Angustia, Duelo, Enfermedad terminal

Introducción

El presente trabajo recoge, en su apartado inicial, una serie de premisas y preceptos, integrados al cuerpo teórico de la medicina, la psicología, el psicoanálisis y la filosofía, con el fin de evaluar distintas formas de afección subjetiva, que acompañan a quien padece una enfermedad avanzada y progresiva, para la cual no existe cura. Se emprendió la tarea de indagar por una serie de afectos penosos que movilizan los más importantes recursos psíquicos en tal situación, respondiendo a la solicitud de un equipo terapéutico orientado al cuidado de enfermos terminales y a los requerimientos de atención propios de estos pacientes.

El malestar subjetivo que supone alcanzar la etapa terminal de una enfermedad, ha sido interrogado, de maneras diversas, por distintas disciplinas. Por esta razón, la búsqueda documental desarrollada en inicio, permitió disponer de una lista de trabajos y propuestas conceptuales muy amplia. Ello, hizo surgir la imperiosa necesidad de circunscribir el objeto de estudio al que se apuntaba, de modo tal, que se evitara el extravío en un territorio de considerable extensión y profundidad. Por lo anterior, en el primer capítulo de este trabajo, estructurado como un estado del arte, puede observarse la selección precisa de artículos que delimitan una o más de las nociones fundamentales, con las que se ha venido abordando tal objeto. En ese apartado, se esboza el padecimiento subjetivo del muriente cuando la enfermedad lo confronta con el deterioro físico, la pérdida funcional y la idea de muerte.

En el segundo capítulo, se abordan tres aspectos puntuales de la experiencia relatada por algunos enfermos en situación terminal, como lo son: la presencia de dolor físico, angustia y estados depresivos. Estos elementos, que se constituyen en ejes centrales de la propuesta investigativa, ayudan a cernir, desde lo que propone Freud, el sentimiento doloroso que deparan las situaciones de pérdida y la enfermedad orgánica. Llegado el momento, se acude a la vertiente metapsicológica, para hacer resaltar la concurrencia de una disposición libidinal detrás de las tres formas de afección dolorosa que se han citado, la acumulación de

energía psíquica en el objeto perdido o doliente. Esa transposición libidinosa plantea dificultades muy serías al *yo,* en tanto la invasión de libido lo afecta de modo significativo, haciendo emerger la angustia.

Las distintas formas de padecimiento subjetivo que comparten sitio en este trabajo, adquieren consistencia, en tanto son abordadas desde unas pocas categorías conceptuales, escogidas con dedicación. Una de esas nociones es la de *trauma*. Esta expresión permite plantear la dificultad a la que se enfrenta el enfermo cuando intenta tramitar la vivencia de dolor, la enfermedad y el proceso de morir. También se acude a la noción de *yo,* instancia conmocionada que se defiende ante las experiencias traumáticas o dolorosas. El termino *duelo*, que sirve para nombrar uno de los eventos de carácter penoso, más palpables en la experiencia que relata el enfermo terminal, será empleado con alguna frecuencia. Por último se revisará el concepto de *angustia*, pensada ésta como una señal, que se constituye en depositaria del movimiento que se opera con el dolor y en el *duelo*. El recorrido propuesto tendrá por meta los aportes de Lacan, cuando se hace entrar en juego al objeto *a*, para enriquecer los planteamientos freudianos en torno al concepto de *angustia*.

En un último apartado, se evalúan dos relatos clínicos y más específicamente, algunas manifestaciones psicológicas identificadas en ellos, para inferir, a partir de lo que refieren los pacientes, los mecanismos de causación del dolor psíquico, trabajados en los capítulos previos. Se hace resaltar, en esa experiencia, la tristeza que embarga a estos sujetos ante la caída de una función orgánica y, en uno de los casos, el deterioro de la imagen corporal, pero también, la manifestación expresa de zozobra que sobreviene después de algunos eventos desestructurantes que remiten a la finitud, como condición ineludible de la existencia.

La interrogación que este trabajo propone fue adquiriendo forma, a medida que fueron encontrándose nociones y conceptos integrados a propuestas teóricas de distinto orden, en torno a los cuidados paliativos, el paciente con cáncer o el padecimiento subjetivo que la

situación de enfermedad terminal comporta. El enfoque, que orientó este esfuerzo, fue sufriendo recurrentes variaciones hasta permitir que se llegara al que finalmente se constituyó en derrotero. Se trata de transformaciones que todo proceso indagatorio debe atravesar (Investigar es ir tras los vestigios) y que permitieron establecer ese pequeño territorio sobre el que se desplegaría una batería significante.

Fue necesario, enfocar un aspecto puntual de la experiencia dolorosa, que no hubiera sido suficientemente explorado, por los trabajos previos aquí citados y cuya presencia pudiera deducirse de algunas manifestaciones, identificadas en el relato de los pacientes atendidos. Fue así, como al apoyarse en la posibilidad de elaboración de las pérdidas, alojada en el duelo, frente a la idea de la muerte propia, se propuso inicialmente entender ¿Cómo subjetiva un paciente con cáncer las manifestaciones de la enfermedad, cuando ésta se hace terminal? Este primer cuestionamiento y las ideas que le sobrevinieron, hicieron eco de algunas propuestas albergadas en el campo de los cuidados paliativos, específicamente de aquellas que aluden a la expresión *duelo anticipatorio*, para plantear cierto proceso estructurante, que aminoraría los efectos de percibir el deterioro funcional propio y prepararía al enfermo para la muerte. Tal interrogante tuvo por dificultad el que daba por sentado y sin restricciones, la idea de una representación posible de la muerte de sí; tarea harto difícil para el aparato psíquico, por cuanto demanda de un trámite que resulta viable, solo en parte. En cualquier caso, no se trata de una tarea imposible.

Posteriormente, en un intento por abordar la forma como se relacionan en el caso específico del cáncer: cuerpo, enfermedad y psiquismo, se eligió un concepto que favoreciera el encuentro entre estos tres elementos, como lo es el de pulsión. Varios trabajos habían empleado un método parecido, al ubicar en el origen de la enfermedad, pensada ésta como una afección psicosomática, el empuje pulsional o al relacionar cáncer y *mandato pulsional* del *Otro*. Acudiendo a algunos de los planteamientos de estos trabajos, se intentó bosquejar el

asunto de cómo la energía psíquica, que impulsa al sujeto hacia la satisfacción, podía ser tramitada en la situación de enfermedad. Para ello, se planteó la pregunta ¿Qué tramitación de lo pulsional es posible frente al padecimiento subjetivo propio del cáncer? Así, se intentó describir, nuevamente, una inquietud referida a los rendimientos que posibilita la elaboración simbólica, en este caso, frente a lo pulsional. Como ocurrió con el cuestionamiento previo, tal tentativa tropezó con la dificultad que depara plantear el tratamiento de una entidad que no deja de ser, hasta cierto punto, insondable. Se trata de un problema inherente a la tarea de representar psíquicamente el cuerpo - organismo, que se evidencia cuando se intenta dar sentido a la enfermedad. También ocurría que, con esta pregunta, un importante carácter del fenómeno patológico que se ha venido cuestionado, como lo es, la condición de terminal, se dejaba de lado.

Después de cierto recorrido, que no resolvía las dificultades implicadas en las formas previas de la pregunta problema, se siguió el rumbo demarcado por algunos trabajos que daban un lugar especial al *yo,* en sus elucubraciones. Esta instancia psíquica puede verse afectada por el enorme aflujo de excitaciones, que plantean algunas situaciones referidas por el enfermo terminal, lo que hizo que se le vislumbrara, como una noción capaz de importantes rendimientos. Por ello se planteó la pregunta ¿Cómo se afecta el *yo* frente a las pérdidas y el exceso de excitaciones, que supone el padecimiento de una enfermedad terminal? Aunque este nuevo interrogante apuntaba a un aspecto nodal del fenómeno que veníamos estudiando, tenía por escollo el que no se ocupaba de un hallazgo importante. Para ese momento se había observado un movimiento libidinal descrito por Freud, detrás de dos de las condiciones que acompañan la situación de terminalidad adscrita a una patología, como lo son la pérdida funcional y la presencia de dolor. Se decidió entonces abandonar, temporalmente, la interrogación referida al *yo,* y emplear una nueva manera de enfocar el fenómeno. Este patrón, la transposición libidinal que subyace a las situaciones de pérdida y al

dolor de la enfermedad, logró capturar la atención del investigador, porque planteó un punto de concurrencia que vincula, en el plano conceptual, distintas formas de afección subjetiva.

En cierto punto del curso de trabajo, mientras se observaban los beneficios de emplear nociones como *trauma, duelo* o *angustia*, para explicar ciertos fenómenos clínicos que se habían revisado, se optó por reestructurar la pregunta problema, dándole una forma que la dirigiera a establecer una tipología de los estados dolorosos. Fue así, como surgió el interés por enumerar las formas de afección dolorosa que se hacen presentes, en la vivencia del paciente cuya vida está amenazada. Tal formalización, hubiera permitido dar su justo lugar a cada una de estas penosas manifestaciones, pero hubiera descuidado el asunto que más interesaba y que, en últimas, se constituía en un aporte frente a los planteamientos contenidos en los artículos que habían sido examinados. Además, al percibir que las manifestaciones psicológicas de padecimiento observadas en pacientes terminales, debían ser el resultado de unos procesos psíquicos que, en un estricto orden lógico, habrían de presentarse antes que las expresiones de malestar mismas, se optó por el análisis de esos procesos. Esto es, poner el énfasis en los mecanismos de causación del dolor, la angustia y el duelo, antes que en sus formas de presentación. Así, se dispuso de la pregunta problema, de tal modo que apuntase a esclarecer las tendencias libidinales detrás de las citadas manifestaciones de padecimiento subjetivo.

Con base en razonamientos de este orden, se planteó una pregunta que, según se ha observado, no ha sido explorada, de manera suficiente, en otros trabajos. Se trata de apuntar a un rasgo que comparten tres de las situaciones, frecuentemente identificadas, en la vivencia del enfermo terminal. Se enfocó, entonces, la transposición libidinal y la sobrecarga afectiva que opera tras ciertos fenómenos dolorosos para plantear la pregunta ¿Qué disposición de la energía libidinal subyace al dolor físico, la pérdida funcional y la angustia en el paciente afectado por una enfermedad terminal?

1. Algunas consideraciones discursivas en torno a la muerte y el paciente con enfermedad en etapa terminal.

Los interrogantes, que motivan este trabajo, surgen en el marco de una práctica clínica institucionalizada, que se orientó a la atención de pacientes oncológicos, con significativas manifestaciones de deterioro funcional. A lo largo de un período que se extendió por más de dos años, se enfrentó el reto constante que representa esta labor, en un equipo de cuidados paliativos domiciliarios, integrado a una importante institución prestadora de servicios de salud, de la ciudad de Medellín. En cada uno de los casos, la enfermedad transitaba la denominada *fase terminal,* por lo que la ausencia de opciones de tratamiento curativo y la evolución negativa de los síntomas[1], se constituyeron en rasgos esenciales de la experiencia, augurando constantemente un desenlace fatal.

En tales circunstancias, las manifestaciones de malestar subjetivo en el paciente y sus cuidadores, no se hicieron esperar. A lo largo del ejercicio, fueron identificándose quejas referidas a los cambios en los hábitos de vida que la situación imponía, el desgaste que en distintos planos generaba la tarea de asistir al paciente, la pérdida paulatina de funciones que éste experimentaba o la exacerbación de algún síntoma. Entre ansiedad, tristeza, enojo, ilusión y desesperanza, la presencia de un sufrimiento insistente y difícil de nombrar, invitó a pensar en esa vertiente del padecimiento subjetivo que rodea a la enfermedad y la muerte.

Entretanto, una desazón similar se vivía en los miembros del equipo terapéutico. Los dilemas éticos y la sobrecarga afectiva, implicados en el tratamiento de enfermos en la etapa final de la vida, pero sobre todo, la recurrente presencia de malestar subjetivo en los pacientes

[1] Se alude aquí a la noción de síntoma, tal como se entiende en el contexto médico, es decir, como la referencia subjetiva de un enfermo, frente a lo que reconoce como anómalo o causado por un estado patológico. Este síntoma se define al diferenciarse del signo que, en cambio, es objetivo y objetivable. El signo además, se hace evidente en la biología del enfermo.

y familias a quienes dirigían su atención, dejaron al descubierto una serie de limitantes que se imponían ante los esfuerzos realizados. La situación obligaba a percatarse de un problema en el que estos profesionales, veían superadas las posibilidades del saber disciplinar, detrás de cada práctica sanitaria.

Frente al límite que la situación instauró en el saber médico, surgió, en su momento, una demanda de intervención, que interpeló a la psicología, para plantear modos de acompañamiento orientados al enfermo y sus cuidadores o familiares. Pocas veces, estas personas solicitaron, de manera directa, ser atendidas en el plano psicológico; otra cosa ocurría en el campo de los tratamientos y procedimientos dirigidos al control de algunas manifestaciones somáticas. En esa área, la constante era que se hicieran pedidos frecuentes y desesperados. Por lo anterior, es importante indicar que se pudo mediar en esta situación, en la medida que el equipo terapéutico favoreció la identificación de la angustia subyacente, en los llamados de los pacientes. El abordaje del padecimiento psíquico, asociado a la progresión de la enfermedad, no hubiera sido posible sin el re-direccionamiento de la demanda, que así se favoreció.

En un intento por responder a las necesidades que la situación planteaba, se obtuvo el impulso necesario para indagar en la literatura psicoanalítica y en distintos discursos que hablan de la respuesta subjetiva ante una situación en la que la vida está en juego, como lo son la psicología y la filosofía. Un primer acercamiento, hizo que se revisasen nociones y conceptos que pudieran aportar a la comprensión del paciente implicado en el padecimiento que pone en el horizonte a la muerte; ese paciente, para quien el dolor y las pérdidas órgano - funcionales, se constituyen en emisarios de una amenaza[2] que se cierne sobre la vida. Hay

[2] Expresión empleada por Alcira Marian Alizade en al menos uno de los artículos citados en este trabajo, para describir la manera como el *yo* percibe en algunos casos, el peligro que representa la pérdida inscrita en ciertos fenómenos, en el que el cuerpo está implicado.

que considerar que el sentimiento doloroso que se hace presente, cuando se reconoce la muerte como un fenómeno humano, no es equivalente al que se puede experimentar cuando ésta se hace inminente en uno mismo, a causa de la enfermedad. Por ello, se intenta inquirir en las consideraciones discursivas ya mencionadas, la particularidad del trabajo psíquico que todo sujeto muriente debe transitar.

La pesquisa consecuente recorrió ciertas reflexiones en torno a la idea de la muerte y sus efectos en la subjetividad. Se tuvo que acudir a algunos planteamientos en el ámbito de los cuidados paliativos y la psicooncología, las nociones de *cuerpo* y *duelo*, el cáncer pensado en su relación con el *goce*, el padecimiento psíquico que acompaña a la irrupción de la enfermedad y el miedo a la muerte. En el análisis de las propuestas teóricas, se identificaron posturas diversas, algunas veces complementarias, que permitieron situar la investigación dentro de un conjunto más amplio de desarrollos. Los distintos discursos que se evalúan en este primer capítulo, no siempre abordan, de forma explícita, el tema en el que el investigador se introduciría posteriormente, pero fueron, por demás, útiles, porque permitieron ir situando el vacío conceptual, que dio lugar a la pregunta de investigación. Este capítulo, es fundamental para explicar las aportaciones al conocimiento que realiza la presente investigación, por cuanto se muestra cómo, la conjetura con la que se trabaja, no ha sido abordada en ninguno de los trabajos acá referidos.

Al observar, el vasto campo de aristas desde las que podía enfocarse el fenómeno y la diversidad de personajes implicados en éste (paciente, cuidador, familia, equipo terapéutico) se optó por enfocar al enfermo mismo; considerando que es él, quien experimenta y de la manera más radical, el dolor y las pérdidas órgano – funcionales a las que se apunta en este esfuerzo investigativo. Numerosos trabajos de investigación clínica generan lecturas sobre el padecimiento y las necesidades de acompañamiento o atención terapéutica que tiene un paciente con cáncer en etapa terminal. Esto permitió orientar la pregunta de este trabajo hacia

un campo en el que colindan la medicina, la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis, imponiendo la tarea de circunscribir, detalladamente, el objeto de interrogación, al señalar aquellas áreas en las que no se ingresaría, para evitar el extravío. La labor que aquí se emprende, apunta, específicamente, al paciente afectado con cáncer, en un momento específico del padecimiento que puede acompañarle. No obstante, se considera, siguiendo a Barreto & Bayes (1990), que las situaciones analizadas pueden aplicarse a otras enfermedades que se vuelven incurables y frente a las cuales, se experimenta un notable grado de sufrimiento, en las semanas o meses que preceden a la muerte.

1.1 Situación terminal, cuidados paliativos y psicología.

La expresión *enfermedad terminal* suscita, frecuentemente, una serie de inquietudes, cuyo abordaje vale la pena. El empleo de dicho término, dentro de un relato, suele producir, en el común de las personas, manifestaciones de pesadumbre o ansiedad. Se cree que esto ocurre porque con él se evoca, no sólo el período mórbido que antecede al fallecimiento, sino la idea de muerte en general o lo que es más angustiante, la idea de la muerte propia. Es válido suponer que, en el plano del pensamiento, la representación de una cosa se liga a la de otra, por lo que, la respuesta afectiva que habría de esperarse, cuando pensamos en la culminación de la vida, termina produciéndose al observar otra situación (la enfermedad) cuya evolución tendrá por consecuencia el mismo final. Esa suerte de encadenamiento asociativo entre enfermedad y muerte, que se deduce de las reacciones dolorosas que suelen aparecer en las personas, cuando se nombra la situación terminal de enfermedad, puede ser en parte la responsable, de una confusión análoga en otros espacios. Lo que se propone es, que tratándose de la muerte hay una contradicción en la opinión general que puede tener un símil en la opinión especializada.

Entre profesionales de la salud, no siempre hay consenso en el significado que puede recibir la expresión “enfermo en situación terminal” (Barreto & Bayés, 1990, pág. 170). Se le

ha querido contextualizar, para poder hacer uso de ella al evaluar ciertos fenómenos que interesan a esta propuesta. Así, se puede ayudar a circunscribir la problemática de estudio, tarea requerida, si se quiere llegar a una mejor comprensión de la subjetividad implicada. Vale la pena plantear que el término *situación terminal* acoge una serie de significados que se alejan del que puede dársele, cuando se piensa sólo en el deterioro orgánico. Con él se propone, entre otras cosas, la ocurrencia de un proceso perceptual, es decir, el resultado de analizar las realidades o circunstancias que se producen en un momento determinado del curso de enfermedad. Al plantear esto puede evitarse la tendencia a poner el énfasis en la patología, es decir, en el componente biológico alterado en el proceso mórbido.

En un artículo, dedicado al papel del psicólogo ante el enfermo en situación terminal, Sanz (citado por Barreto & Bayés, 1990) invita a establecer una diferenciación clara entre el carácter biológico y terapéutico de la expresión *enfermedad terminal*. La primera forma alude al momento en que el conjunto de valores, que indican el estado de una persona (si está viva y en situación estable), se reduce anormalmente y no responde a los tratamientos aprovechables, es decir, cuando las "constantes vitales de la persona (pulso, presión arterial, temperatura, respiración y conciencia) están por debajo de los límites normales y son irrecuperables por las vías terapéuticas disponibles" (Barreto & Bayés, 1990, pág. 170). La segunda, hace observar que la *situación terminal* implica también, el momento en que la enfermedad ha avanzado tanto, que las medidas de intención curativa han sido consumidas o son ineficaces (Barreto & Bayés, 1990). Se tiene entonces, un significado que hace énfasis en el estado del paciente y otro que apunta a la disponibilidad de herramientas terapéuticas. En el segundo caso, el paciente puede encontrarse relativamente estable (sus signos vitales y conciencia mantienen cierta continuidad) pero no existe manera de detener el inexorable progreso de la enfermedad, por lo que su muerte se espera en el corto o mediano plazo.

En el mismo orden de ideas, Masía (2007) propone la existencia de un debate entre quienes asumen la noción de terminalidad como inmediatez de la muerte y quienes la entienden, en un sentido más amplio, como el trazado que se sigue dentro del proceso que permite comprobar lo inalterable del proceso que culminará con la muerte. En tal sentido, Masia (2007) afirma que el periodo terminal incluye: "todo el recorrido hacia el final de la vida a partir de la constatación con suficiente probabilidad de lo irreversible e intratable del proceso de deterioro biológico que conduce inevitablemente al fallecimiento" (pág. 40). Esta discusión plantea, que al definir aquello que denominamos *terminal*, se hace resaltar en unos casos la cercanía de la muerte y en otros la invariabilidad del proceso que llevará a ella.

Pecznik, un autor que se dedica a revisar la afectación del sujeto implicado en una realidad mediada por la cercanía de la muerte, ha venido empleando la expresión *terminalidad terapéutica,* para designar esa condición de la enfermedad terminal que implica la consunción de algunos tratamientos. Tal noción puede resultar de mucha utilidad cuando se quiere enfocar ese componente de la situación terminal que plantea una carencia en los regímenes médicos, cuyo objetivo es la curación del paciente. En lo referido a la afectación del sujeto que percibe la situación de terminalidad, Pecznik (2012) planteará: "La terminalidad terapéutica es el momento de la enfermedad terminal en el cual han cesado las posibilidades curativas y sólo queda el sujeto enfermo frente a su existencia" (pág. 39). Desde esta perspectiva, el enfermo terminal es aquél a quien no se le puede ofrecer tratamiento curativo, pero es, además, alguien que debe encarar la percepción del límite que la muerte impone a su vida.

Llegados a este punto, vale la pena anotar que en todas las definiciones empleadas, el adjetivo "terminal" describe un límite; bien sea en el conjunto de procesos orgánicos que permiten y sostienen la vida o en los recursos terapéuticos de los que disponemos para

mantenerla o prolongarla. No es por ello de extrañar que la raíz etimológica de este adjetivo aluda a diversos significados del vocablo "término". En este punto, Masía (2007) indica:

> En los manuales de lógica, siguiendo a Aristóteles, los términos de las premisas en el silogismo eran sus "límites": un límite al comienzo (sujeto) y otro al final (predicado). Al filósofo Ortega le gustaba comentar este sentido de límite recordando que los mojones, con que se señalaba el linde de una finca en Roma, aludían a una ofrenda a las divinidades Termes, de donde recibieron el nombre. Hoy estamos habituados a usar el adjetivo terminal para referirnos al final de un viaje (la estación terminal) o al destino último de un recorrido (las terminales de una red informática). Esta etimología nos invita a reflexionar sobre la terminalidad en relación con la necesidad de poner límites o de reconocerlos (pág. 40).

La cita de este autor plantea, además, que se trata de una territorialización difícil de establecer. Marcar los linderos de la existencia propia o de los esfuerzos que se realizaran ante una situación en la que ella se ve amenazada, es una tarea ardua y necesaria. No siempre se acepta, de buen agrado, que las posibilidades de una vida, han llegado a su fin. Ante el hecho ineludible de la muerte, destino de todo ser humano, frecuentemente reaccionamos con desconocimiento o negación. En la práctica médica, que se dirige al enfermo en situación terminal, la aceptación de este límite puede constituirse en un verdadero impasse (Rizzo, 1997). Es muy posible que el discurso de la medicina haya extraído de una discusión, como la que hasta ahora se ha planteado, el concepto de *situación terminal*.

Gómez-Batiste & Roca, (citados por Barreto & Bayés, 1990) plantean como características fundamentales de la *situación terminal*, las siguientes:

- Presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Aparición de numerosos y diversos síntomas, multifactoriales, cambiantes y a menudo intensos, siendo algunos de los más frecuentes: debilidad, dolor, anorexia, ansiedad y depresión.

- Un gran impacto emocional sobre el enfermo, sus familiares y el equipo que lo asiste.
- Muerte previsible en un periodo corto de tiempo. Se habla de una media de vida de más o menos 3 meses.
- Presencia -explícita o no- de la muerte como causa fundamental de dicho impacto.
- Todos los factores mencionados implican una gran demanda de atención y soporte al enfermo, familia y equipo terapéutico (pág. 170).

Frente a esta definición, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), entidad que integra esfuerzos para brindar atención adecuada a pacientes que ingresan en la etapa final de sus vidas, propone que la situación de enfermedad terminal es un escenario complejo en el que confluyen algunas particularidades, que permiten, no sólo, plantear algunas diferencias frente a lo que ocurre en un individuo con una enfermedad crónica o curable, sino establecer una terapéutica adecuada (Guía de cuidados paliativos). Dentro de las pautas que ayudan a caracterizar la enfermedad terminal para esta asociación, sobresale la que plantea un pronóstico de vida (6 meses aprox.) que resulta superior al que proponen Gómez-Batiste & Roca. Vale la pena anotar que las predicciones aquí planteadas, no siempre se cumplen. Más de un caso puede atestiguar la superación de las expectativas de supervivencia que hasta ahora se han descrito.

En sus estadios más avanzados varias afecciones reúnen las condiciones necesarias para ser consideradas terminales. Esto incluye al SIDA, algunas enfermedades degenerativas del sistema nervioso y la insuficiencia orgánica específica, (renal, cardiaca, hepática, etc.) En cualquier caso, Fernández citado por Negri (2015) ha planteado la tendencia a pensar el cáncer en fase terminal como la razón esencial de los Cuidados Paliativos. La lucha contra esta enfermedad se ha vuelto emblemática, posiblemente, porque ella ha planteado más que otras afecciones, la urgente necesidad de implementar un conjunto de medidas terapéuticas, en el caso de pacientes cuyo malestar no responde a las atenciones de intención curativa.

La digresión, sostenida hasta este punto, permite describir los cuidados paliativos como el conjunto de medidas terapéuticas que se aplican cuando la enfermedad avanza y el paciente deja de responder al tratamiento específico. Desde su surgimiento, en la década de los sesenta, con la creación del Saint Christopher Hospice, se busca mejorar con ellos, la calidad de vida y de atención de enfermos en fase terminal (Montes de Oca, 2006). A partir de esa época, los hospicios se constituyeron en lugares para la prestación de una atención que se preocupó por las manifestaciones somáticas de los enfermos terminales, pero también por las dificultades espirituales y psicológicas que ellos y las personas que les rodean, pueden enfrentar. Montes de Oca (2006) plantea esto en los siguientes términos:

> En los hospices se practican los cuidados paliativos, (…) la atención del paciente se realizará con personal especializado, que tratará no sólo de cubrir las necesidades de salud; también se ocuparán de la problemática espiritual y psicológica por la que atraviesan el paciente y su familia. (pág. 3)

Los Cuidados Paliativos pueden definirse, siguiendo a Rizzo (1997), otro autor que revisa la lógica de esta modalidad terapéutica, como un intento por responder a una racionalidad médica ampliada, donde tiene lugar la confrontación entre un especialista y la muerte. Aunque no hay entendimiento que pueda abordar el fenómeno de la muerte, la forma de pensar y actuar tradicional de los médicos, ha podido observar en la tarea de identificar los medios con los que se puede afrontar el padecimiento de un paciente terminal, un importante reto. Una atención integral, orientada al enfermo y la familia como unidad a tratar, que promoviera la autonomía y la dignidad del enfermo fue haciéndose necesaria, según este autor, al percibir los dilemas de orden ético que la conciencia de muerte impone. Los cuidados paliativos promoverían así, la aplicación de una serie de conocimientos en la búsqueda del control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación (Rizzo, 1997).

Los cuidados paliativos, también, pueden pensarse como una forma de tratar situaciones clínicas, en la que se emplean conocimientos y habilidades orientadas por una manera distinta

de problematizar el tratamiento, "ampliando la experiencia y la eficacia de dichas técnicas dentro del marco de un conjunto de preceptos ético-filosóficos" (Rizzo, 1997). Esos preceptos pueden llevar a los médicos a pensar que, bajo ciertas circunstancias, es mejor deponer la armas de la terapéutica, para que el sujeto avance hacia el límite de su ser en el mundo. Al pensar de ese modo, se antepone la calidad de vida del paciente a la incesante búsqueda de resultados que a veces se observa, en lo que se ha dado en llamar *encarnizamiento terapéutico*. En suma, los cuidados paliativos pueden pensarse como un conjunto de premisas y preceptos, como un cuerpo teórico-técnico, o como actos de atención (Rizzo, 1997).

Existe un buen número de trabajos que propone pautas de atención, en el ámbito de lo psicológico, para pacientes afectados por el cáncer. Una parte de ellos, analiza el impacto emocional y las manifestaciones psíquicas que se hacen presentes en el paciente cuando éste ingresa a la etapa final de la enfermedad; las categorías diagnósticas de ansiedad y depresión son frecuentemente nombradas como objeto de abordaje terapéutico. En lo referido a la labor del psicólogo en el entorno de la atención en cuidados paliativos, Barreto & Bayés (1990) señalan la necesidad de una "acción psicológica eficaz, dirigida, (…), a todos los elementos implicados en situación terminal (paciente, familia o personas relevantes y profesionales de la salud)" (pág. 171). Marquis (2007) ha hecho notar además, la creciente demanda de profesionales de la salud mental existente, en lo referido a la asistencia de pacientes cuya vida está amenazada por una enfermedad.

Según Barreto & Bayés (1990) tratándose de la situación terminal de enfermedad, múltiples razones justifican la necesidad de prestar asistencia, desde la perspectiva psicológica. Estas razones pueden ser agrupadas dentro de cinco grandes categorías, que mantienen por carácter común, el de favorecer en la máxima medida posible, situaciones confortables para el enfermo. El primero de estos motivos, se hace presente cuando, ante el

incremento en el número de las complicaciones y la duración habitualmente extensa de la enfermedad y los tratamientos, el paciente adquiere mayor conciencia de la gravedad de su estado. En este caso, descrito por los citados autores, el paciente "percibe un cambio general de sus condiciones físicas y una notable alteración de los hábitos cotidianos (dieta, evacuación, actividad, sueño, etc.)" (Barreto & Bayés, 1990, pág. 171).

En las citadas circunstancias, la posibilidad de morir puede aparecer para el enfermo, bajo la forma de una amenaza inminente, provocando en él un estado de crisis, incluso, una ruptura. El cambio brusco y decisivo en el que así se ingresa, dado que se pierde la continuidad del estado de sano o de no amenazado en la inmediatez, puede ser vivenciado por esta persona como un diagnóstico que impacta. El choque que se instaura al percibir la situación anómala, alteraría de manera significativa la experiencia vital, al romper la continuidad de la perspectiva con la que este sujeto se orienta en el mundo. En palabras de Gómez Sancho (2006) esto sería:

> El golpe diagnóstico rompe la continuidad imaginaria de su ser. Sobreviene una sorpresa catastrófica. Sus representaciones-expectativa de futuro se desmoronan, sus proyectos pierden sentido a la luz de este saber. Queda a partir de este momento apartado del grupo de los vivientes sanos que sólo se ocupan en vivir. Él se ve enfrentado a morir, a vivir en la experiencia de la proximidad de la muerte. Esta crisis produce la necesidad de buscar apoyo, de encontrar refuerzo y confortación, y la perturbación, a su vez, la necesidad de crear nuevas regulaciones que produzcan placer (pág. 36).

Los trastornos del sueño que el enfermo experimenta en situaciones como ésta han sido propuestos por Smith (citado por Barreto & Bayés, 1990) como resultado del miedo a una muerte próxima.

Una segunda razón, que evidencia la necesidad de contar con asistencia psicológica cuando se padece una enfermedad terminal, apunta a la carencia de estímulos que aqueja al enfermo. La prevalencia de situaciones de deficiente movilidad en unidades de

hospitalización y el aislamiento social que se genera en este tipo de eventos, deteriorarían la interacción habitual del paciente, haciendo que éste se vea impelido a renunciar al empleo de su cuerpo para relacionarse con el mundo, más allá de la institución o del espacio de estancia habitual: "La hospitalización en muchos casos y la escasa posibilidad de movimiento en otros, implican una gran disminución de la interacción social, facilitando por tanto una mayor propensión a estados depresivos" (Barreto & Bayés, 1990, pág. 171). Esos estados de alteración emocional, que se constituyen en reacción ante ciertas pérdidas (funcional y de relaciones con quienes se encuentran en su entorno), estarían acompañados con regularidad por "sentimientos de inutilidad e incapacidad que se producen (…) en muchas ocasiones, involuntariamente, fomentados por los comportamientos verbales y no verbales de los familiares o personas relevantes encargadas de su cuidado" (Barreto & Bayés, 1990, pág. 171).

Otro factor, que implica deterioro de la calidad de vida en el paciente, es el que lo lleva a experimentar sentimientos de incomunicación originados en la retroalimentación negativa de la familia. Esta tendencia puede pensarse dentro de lo que se ha denominado *conspiración del silencio*, un acuerdo implícito o explícito que se da entre quienes rodean al enfermo y que tiene por fin ocultar su condición de salud, alterando la información que se le ofrece. En torno a las razones que motivan esta conducta, Barreto & Bayes (1990) plantean:

> El paciente no comunica sus preocupaciones por no molestar o ser malinterpretado y las personas que le cuidan tampoco permiten que las quejas se manifiesten, en el intento de restar importancia a la gravedad de la situación (…) o bien, con el fin no siempre consciente de huir de los propios miedos, legítimos, pero en ningún caso beneficiosos para el paciente, a afrontar la realidad aversiva de la muerte (pág. 171).

Un cuarto elemento interviniente, aparece cuando se acentúan los "sentimientos de dependencia excesiva y la percepción de falta de control presentes" (Barreto y Pascual, 1990; Rothenberg, 1961, citados por Barreto & Bayés, 1990, pág. 171). Según estos autores, las

pautas que sigue el proceso de atención a pacientes en condición terminal, suscitan regularmente incertidumbre tanto en el enfermo como en el equipo terapéutico, al ser poco comprendidas.

Si a lo anterior se añade, en un último grupo, la presencia de trastornos psicopatológicos y episodios de alteración emocional: "(angustia, depresión, crisis de llanto, estados confusionales, etc.), en muchos casos con un componente funcional importante y en la mayoría de ellos con una base orgánica indudable (metástasis cerebrales, alteraciones metabólicas, efectos secundarios de la medicación, etc.)" (Barreto & Bayés, 1990, pág. 171), que reducen la capacidad funcional del paciente, se hace evidente que numerosas situaciones demandan de una labor psicológica enérgica.

Detrás del requerimiento de atención que estas situaciones de malestar plantean, lo que se expone como objetivo es un cambio en la actitud asistencial, que propenda por el alivio de un mal: "paliar la angustia de lo inevitable" (Barreto & Bayés, 1990, pág. 171) empleando para ello, la disciplina psicológica. Se trata de un esfuerzo necesario para hacer lugar a un método (el psicológico), que no siempre es reconocido en el plano de la práctica clínica primaria, hospitalaria y domiciliaria (Bayés, 2006).

El padecimiento del enfermo terminal, ha venido convirtiéndose en un campo en el que convergen varios saberes disciplinares. Un inevitable entrecruzamiento, se presenta cuando se intenta desarrollar una práctica que dé cuenta de las posibilidades terapéuticas que pueden ofrecerse a este paciente. Al considerar que una de esas prácticas "concurrentes", se plantea interrogantes similares a las que se esbozan en este trabajo, empleando como insumo el psicoanálisis, nos vimos impulsados a indagar sobre ella. Reseñamos entonces, algunas premisas de la psicología, psicodinamicamente orientada, que se ocupa del paciente con cáncer. En este campo, existe una práctica cuyos orígenes se remontan a la década de los cincuenta, dedicada a la atención psicosocial del paciente. Esa labor se viene representando

en la figura del psico - oncólogo, un profesional cuyo trabajo está dedicado al cuidado del enfermo, su familia y el equipo de atención (Almanza, Norman, & C., 1999).

La psicoterapia psicodinámica se constituye en una de varias estrategias[3] de intervención terapéutica con las que cuenta la psico-oncología que, como indica su nombre, se orienta a la comprensión y tratamiento de la sintomatología diversa de orden psicológico que puede aparecer en el enfermo como respuesta al diagnóstico de cáncer (Almanza, Norman, & C., 1999). Este enfoque emplea en su quehacer, distintos planteamientos del modelo psicoanalítico, resultando de especial interés aquellas perspectivas que se orientan al estudio de las defensas y las estrategias de afrontamiento, incluidas en la psicología del yo, la relación entre cuidador y paciente y la amenaza de la perdida objetal en el modelo de las relaciones de objeto, además, de la amenaza de integridad y la necesidad de un abordaje empático dentro del modelo de la psicología del self (Almanza, Norman, & C., 1999). Los mecanismos de defensa fueron propuestos dentro del psicoanálisis, pero han entrado ya al acervo común de la psicología, hasta llegar a ser empleados por disciplinas diversas que se orientan al estudio del fenómeno psi.

Las manifestaciones afectivas son percibidas en esta práctica, como sintomatología emocional, es decir, respuestas pertenecientes al conjunto de las referencias de carácter subjetivo que el paciente da en torno a lo que percibe como anómalo o patológico en sí, dentro del plano afectivo. El síntoma bajo esta definición, propia del ámbito de la medicina, es un fenómeno que revela una enfermedad, el apartamiento de un patrón adaptativo por el empleo excesivo de unos mecanismos defensivos.

[3] Como lo ha hecho notar Mario Ruiz, el enfoque psicodinámico es solo uno de los que ofrecen herramientas al Psico-oncólogo. La corriente cognitiva también ha hecho importantes aportes en este campo hasta llegar a constituirse en tendencia.

Sería labor del psico-oncólogo de orientación psicodinámica, entender la sintomatología en el paciente con cáncer para ofrecer intervención psicoterapéutica (Holand & Rowland; Holland citados por Almanza, et al. 1999). La psico-oncología se ocupa de todas las fases de la enfermedad incluyendo la cuarta y última, que se constituye en el estadio terminal. En esta etapa, se buscaría reducir el dolor, la ansiedad, la depresión, el insomnio y otros malestares que se hacen presentes, empleando para ello, las técnicas paliativas (Almanza, Norman, & C., 1999). Los mismos autores, señalan que el tratamiento posible, en esta fase, incluye el abordaje de las transferencias omnipotentes e idealizadas, la regresión, la defensa contra la perdida objetal y las creencias de inmortalidad e indestructibilidad del paciente. Los aspectos centrales del proceso psicoterapéutico psicodinámico, que se puede seguir en pacientes con cáncer, incluye la amenaza de la integridad narcisista, el miedo al abandono, la pérdida de la identidad, el significado específico de la enfermedad y el miedo a la muerte (Almanza, Norman, & C., 1999). Lo que con esto se deja indicado, es que existe un momento en el que se puede brindar acompañamiento a un enfermo terminal, interviniendo las distintas formas de padecimiento que le aquejan y que dictan la manera, como este sujeto intenta responder al peligro que engendra la situación de enfermedad terminal.

Llegados a este punto, vale la pena señalar lo que plantea Marquis (2007) en lo referido al talante que deben tener las intervenciones terapéuticas orientadas al enfermo terminal. Esta autora, que también aborda el asunto desde la vertiente psicoanalítica, señala que muchos pacientes terminales temen a la "hipermedicalización" de los tratamientos que reciben en la etapa final de sus vidas, por considerar que estos pueden alargar su sufrimiento. Señala Marquis (2007) que al diseñar estrategias de intervención para el paciente terminal, es importante tener en cuenta el valor intrínseco que tiene para cada sujeto, la situación que está enfrentando. Esto, es una invitación a no usar lo que ella denomina *categorías universales*, creadas desde afuera, a la hora de definir pautas de tratamiento que otorguen al paciente una

muerte digna. En consecuencia, según lo que ella plantea, las palabras de los pacientes se convierten en la vía regia para indagar por el sentido que puede tener, el avistamiento de la muerte como algo cercano. Por eso, debe indicarse que los pacientes con enfermedades muy avanzadas, hacen llegar a quienes le atienden una serie de sentimientos, que experimentan ante los problemas que les plantea el padecimiento de una enfermedad terminal.

> Nos transmiten su deseo de curarse, el temor por lo incierto, y el cansancio por dolores no controlados y tratamientos cruentos e infructuosos, que se suman a la suposición de que deben seguir (…) siendo buenos pacientes para vencer a la enfermedad y a la muerte, y para seguir siendo queridos y valorados por familiares y Médicos (Marquis, 2007, pág. 88).

Así, se plantea, que los pacientes en situación terminal, no sólo enfrentarían un escenario en el que anhelos, miedo y desgaste se hacen presentes, sino, unas demandas afectivas provenientes de los médicos y sus familiares, en el cumplimiento de unos ideales. Vale la pena, entonces, seguir escuchando a estos pacientes para dar lugar a sus quejas.

El recorrido que se ha planteado, en este primer apartado, aborda la noción de situación terminal y la diversidad de nombres con los que la psicología, apoyándose, algunas veces, en el enfoque psicoanalítico, designa las manifestaciones de padecimiento subjetivo que la cercanía de la muerte propia impone. Términos como ansiedad, depresión y angustia permitieron identificar distintas expresiones de esa alteración que acompaña el reconocimiento de la finitud propia. Al introducir estas entidades nosológicas se han descrito, de manera general, las formas que adquiere el malestar subjetivo del enfermo terminal, sin circunscribir con ello, la dinámica psíquica que las origina. Es así, como se ha podido reconocer que no se ha indagado aún, por el modo singular de pérdida, que comporta el deterioro funcional al que se ve expuesto el paciente en la fase avanzada de la enfermedad, ni por el fenómeno angustioso que se experimenta al percibir la muerte como algo cercano. Por todo lo anterior, buena parte del curso de argumentación que se sigue, se orientará a circunscribir estos fenómenos, desde la perspectiva abierta por el psicoanálisis.

1.2 Cuerpo y duelo: algunos planteamientos del psicoanálisis alrededor de las pérdidas en el sujeto con una enfermedad terminal.

Una vez que se han explorado algunos planteamientos de la psicología, en lo referido a las manifestaciones afectivas y el tratamiento que puede requerir el paciente con cáncer en la etapa final de la enfermedad, queremos adentrarnos en un asunto que aparece insistentemente en el relato de los enfermos a los que se les ha hecho acompañamiento. Ese asunto está referido a la pérdida y más específicamente a la pérdida funcional, entendida como la disminución en la actividad de un órgano, producto del deterioro que la enfermedad produce. Las nociones de *cuerpo* y *duelo* se mostraron como importantes elementos de juicio, en torno al malestar de los pacientes y poco a poco hicieron observar sus conexiones con este tópico.

Un importante aporte en la comprensión de los estados depresivos que pueden emerger en los enfermos terminales, a causa de la reducción en una capacidad funcional, proviene del trabajo de una médica y psicoanalista argentina, que se interesó por la psicoterapia de estos pacientes. Esta autora, aborda el asunto desde la categoría de *cuerpo* en su versión de "*unidad somátopsiquica"* en constante cambio, que enfrenta la amenaza de descentramiento por las múltiples contingencias a las que está expuesto (Alizade, 1999). Siguiendo a Winnicott, ella dibuja al *yo* como un ente corpóreo con un sentimiento de unidad y con porciones visibles e invisibles que estarían expuestas a tres grandes fuerzas generadoras de sufrimiento: los embates del tiempo, los accidentes y las enfermedades.[4] La *unidad psicosomática*[5], no puede detener los efectos de estos acontecimientos. En las tres situaciones, la vivencia de unicidad trata de sostenerse y sortear, sin éxito, los múltiples avatares corporales que amenazan con

[4] Este planteamiento de Alizade puede analizarse a la luz de lo que Freud propone en *El Malestar en la Cultura,* cuando dice que existen tres grandes fuentes del sufrimiento humano, a saber, el cuerpo, la naturaleza y las relaciones con los demás. La autora parece enfocarse en el primero de estos tres elementos.

[5] La autora utiliza las expresiones unidad somátopsiquica y unidad psicosomática indistintamente, esto es, sin especificar las diferencias que puedan existir entre ellas.

fragmentarle. En circunstancias extremas, cuando no logra esquivar las situaciones de desajuste planteadas, el cuerpo emerge como un *otro ajeno*, un cuerpo otro que habla en el disfuncionamiento patológico (Alizade, 1999) . Desde esta perspectiva la vivencia del cuerpo propio como algo integrado, es solo posible en tanto subsista la ilusión imaginaria de unidad. La patología orgánica tendría la capacidad de alterar ese orden, causando una perturbación duradera de la impresión con la que el *yo* intenta sostenerse. En tales circunstancias, la perdida en la función de un órgano, podría ser interpretada como una división fundamental que altera profundamente el sentimiento yoico, haciéndole percibir el cuerpo como si se tratase de un objeto foráneo.

Cuando el cuerpo propio engendra el duelo, es decir, cuando el objeto que sufre el detrimento se ubica en el organismo propio, el objeto perdido es aprehendido como otro, indica Alizade. En ese caso, el objeto del duelo será la vida misma: "objeto amado cuyo abandono es seguro. (…) La sombra del objeto vida cae sobre el yo, ensombreciendo el curso de los días y exigiendo un singular trabajo de aceptación de la finitud" (Alizade, 1999). Es inevitable traer a colación aquí, el texto freudiano de 1915, *Duelo y Melancolía*, en el que se plantea en torno a uno de los caracteres esenciales de la afección melancólica, una expresión similar. En esa oportunidad no se habla del objeto vida, pero si de un oscurecimiento de la experiencia vital por la caída de un objeto inconsciente.

Para Alizade, el narcisismo primario, tal como lo extrae del estadio del espejo, es aquel en el que se recorta una unicidad corporal y psíquica, apoyada en diversas miradas aprobadoras y desaprobadoras. Ese narcisismo se ubicaría en el origen de un duelo arcaico por medio del cual, se recorta algo del ilimitado campo de la libido. La primera pérdida recaería entonces, sobre cierto estado de "indiferenciación psíquica" que le antecede a la escisión fundamental con la que se inaugura el sentimiento de unidad narcísica (Alizade, 1999).

Luego de hablar del cuerpo, en términos de esquema corporal e imagen inconsciente, la autora alude a su materialidad, a la carne o masa somática que éste comporta: una parte desconocida, cuyo "lenguaje – código" no habría podido ser descifrado todavía por la ciencia. Esto, la lleva a proponer que cuando se pierde una parte o una función de ese cuerpo físico, se inicia un proceso de duelo (Alizade, 1999). La autora hace entrar en juego el componente imaginario de ese cuerpo sin abandonar el asunto de la materialidad, relacionando esa materialidad con el funcionamiento orgánico que se ve alterado en la patología.

Citando a Freud en *Inhibición, síntoma y angustia* para el caso del malestar que depara la afección orgánica, hace resaltar Alizade (1999), el surgimiento de sentimientos displacenteros (acoso y aflicción), cuando dolor físico y psíquico se unen a consecuencia de la enfermedad: "las enfermedades suelen deparar sorpresas corporales. El extranjero ha atacado provocando sentimientos de persecución y tristeza. El dolor del cuerpo se une al dolor psíquico frente a la desventura de la pérdida de la salud" (Alizade, 1999).

El desdoblamiento psique-soma, que se produce cuando el propio cuerpo engendra el duelo, haría que el objeto perdido tuviera por cualidad, la de ser un objeto inconsciente. Según la autora, Freud destacó esa cualidad como esencial en el drama que se da en la melancolía. En consecuencia, la autora sitúa ciertos duelos que tienen lugar en el cuerpo como desencadenantes de procesos melancólicos. Alizade (1999) emplea las expresiones *duelo mayor* y *pequeña melancolía* para plantear que lo que aquí ocurre no adquiere el carácter de una melancolía franca:

> Por "pequeña melancolía" entiendo un proceso de naturaleza melancólica de menor patogenicidad que la melancolía vera: la inhibición, la abulia, el sentimiento depresivo, la angustia difusa, forman una especie de telón de fondo que impide el desenvolvimiento de una vida plena. La persona aquejada de pequeña melancolía pierde el deseo de vivir, está crónicamente triste sin saber exactamente la causa. La vida misma es el objeto gradualmente

> perdido. Se observa el sojuzgamiento del instinto que fuerza a todo lo amado a mantenerse en vida (Alizade, 1999).

Si se sigue la propuesta de esta autora, en lo referido al objeto que se pierde por la enfermedad, debe indicarse que en el caso que nos convoca, el estado depresivo reinante no puede ser ninguno de los que Freud propone en *duelo y melancolía*, es decir, ni el duelo por un objeto consciente, ni la melancolía franca podrían explicar por sí solas, el tipo de padecimiento subjetivo que embarga al enfermo terminal ante las situaciones de perdida que encara. Esto es, que al ser el objeto perdido una parte del propio cuerpo, integra características de los dos trastornos depresivos que Freud plantea en el citado artículo.

El término duelo mayor sirve a la autora para nombrar un trabajo de aflicción que puede ser gradual o súbito y que se hace difícil de asumir en tanto remite a la castración total. El individuo responde a él con angustia, por lo que emerge una respuesta defensiva que niega o relega al futuro la situación de amenaza: "La amenaza difícil de asumir despierta angustia y el duelo es negado y relegado a un futuro lejano. Remite a la castración total" (Alizade, 1999). La autora llega a plantear, que el duelo de la propia muerte, como evento futuro insoslayable del que la enfermedad va dando noticia, sólo se podrá elaborar parcialmente. Siguiendo a O. Rank en lo referido a la terapéutica subjetiva de elaboración del duelo, propone la autora un trauma constitutivo universal cuyo precursor es el trauma de nacimiento y que se dirige a la omnipotencia e inmortalidad del yo (Alizade, 1999). Del duelo mayor se iría teniendo noticia de varias maneras a lo largo de la vida. Su resolución liberaría importantes montantes de energía que favorecerían la capacidad de disfrutar de la vida. Los duelos por una parte o función perdida remitirían consciente o inconscientemente al duelo mayor ofreciendo posibilidades de resolución (Alizade, 1999).

Para la autora el trauma universal hunde profundamente sus raíces en la condición humana. Su precursor es el trauma de nacimiento, entendido como un aflujo enorme de

estímulos que se vuelcan en forma súbita sobre un ser incipiente, transformando su estado (Alizade, 1999). El duelo de la propia muerte sólo podría ser elaborado parcialmente. La clave que distinguiría la travesía en duelo o en melancolía se encontraría en la elaboración y transformación narcisista que se hace posible (Alizade, 1999). La herida narcisista que se produce es rebatida o compensada firmemente por el sujeto, con un enorme costo energético, planteará la autora.

En lo referido al cuerpo del enfermo cuando éste engendra dolor, otro autor señala el cambio de percepción que lleva a observar ese cuerpo como si se tratase de un objeto extraño. Barros (2007) planteará que la civilización occidental propone un posicionamiento subjetivo en el que sobresale "la oposición, la distancia, la rebeldía y la angustia del sujeto frente a la fatalidad (…) del cuerpo" (pág. 68). Una escisión fundamental separaría al sujeto de su cuerpo, por lo que este último puede ser percibido como un objeto foráneo, como un otro con el que se sostiene una relación de tensión y conflicto. Lo que así se plantea es que existe un cierto extrañamiento del hecho corporal, que conlleva por efecto la angustia. La categoría de "eterno extranjero"[6] es utilizada para describir ese cuerpo frente al cual aparece un sentimiento de extrañeza (Barros, 2007).

Distanciándose de lo que propone Alizade, cuando apunta a la amenaza de fragmentación del cuerpo que aparece frente a ciertas transformaciones de lo somático, sostendrá este autor (al parodiar a Levinas) que en dos casos particulares, la hiancia constitutiva yo – cuerpo, en vez de confirmarse tiende a ser abolida: "En la acción -el dualismo entre el yo y el cuerpo debe desaparecer-, así como en el dolor el enfermo experimenta -la simplicidad indivisible de su ser-" (Barros, 2007, pág. 68). En ambas situaciones (en el acto y ante la presencia de dolor) el sujeto de la experiencia analítica, ese que subsiste en la división subjetiva y la indeterminación, se vería eclipsado, se oscurecería

[6] Término con el que Levinas, citado por Barros nombra esa extrañeza permanente del cuerpo.

bajo la ilusión de unicidad corporal (Barros, 2007). Así para Barros, el dolor de la enfermedad en vez de coartar el sentimiento de unidad yoica, tendría por consecuencia su fortalecimiento.

En el pasaje al acto, tal como es planteado por este autor, no habría subjetivación posible porque el sujeto mismo devendría objeto. Tendría lugar un cierre del inconsciente que no daría espacio a la palabra, ni al trabajo de elaboración que permite sostenerse en una posición deseante. Se dejaría de lado la expectativa que exhorta a mantenerse en la escena. El sujeto cae de la escena, por cuanto no espera ya nada de ella. Según Barros(2007), la melancolía comparte los rasgos más esenciales del pasaje al acto, puesto que en ambos se opera una identificación irrestricta con el objeto. En estas circunstancias, no sería posible, en adelante, ser otra cosa que un cuerpo enfermo destinado a la destrucción. Esta perspectiva trágica incrementaría, siempre, el riesgo de melancolización. La famosa frase freudiana que describe la melancolización en términos de: "la sombra del objeto cayo así sobre el yo" (Freud S. , 1915 [1917], pág. 2095) se presta para entender el proceso por el que el enfermo puede identificarse con la carne doliente en la que se ha transformado. En palabras de Barros (2007):

> Sin que medie el episodio actuador, la melancolización da cuenta de un rechazo por la palabra, de una petrificación en la que el sujeto, identificado con su cuerpo enfermo, se rehúsa a toda dialéctica, a toda invención, incluso a toda renegación que le permita posicionarse como siendo otra cosa que carne sufriente (pág. 69).

Llegados a este punto fue necesario indagar, por la instancia sobre la que recae esa suerte de amenaza que distintas transformaciones de lo somático, imponen al psiquismo. Se trató de una tarea que se planteó por el encuentro repetido con cierta noción en los artículos que se interesaron por la afección dolorosa a la que se ve empujado el individuo enfermo. Bien sea como sistema de percepción, entidad responsable de las sobrecargas o superficie imaginaria,

el constructo denominado *yo*, apareció insistentemente en el abordaje conceptual desarrollado. Los alcances del proceso para ese momento, no permitían pasarlo por alto.

Se quiso entonces, someter a examen la alteración en la función de la instancia yoica, que se presenta cuando lo que está en juego implica dolor y pérdida funcional. Surgió el interés por determinar si lo que ocurre a nivel psíquico, implica a un *yo* que trata de hacerse cargo del dolor corporal, producto de la lesión o uno que debía lidiar con el dolor psíquico y la transposición libidinal que se operan con la pérdida funcional. Freud plantea en *Introducción al narcisismo* (1914) que el lugar doliente del cuerpo en la enfermedad atrae libido sobre sí, en una investidura que aumenta cada vez, ejerciendo sobre el *yo* un efecto de vaciamiento. Desde esta premisa, entonces, en el plano económico el *yo* se vería comprometido por la distracción psíquica que un dolor intenso produce. En el caso del duelo tal como se expone en *Duelo y Melancolía* (1915 [1917]) el *yo* se enfrentaría en inicio a la inhibición, expresión de una restricción funcional por el empobrecimiento energético que la labor psíquica del duelo opera.

De los planteamientos propuestos hasta ese momento, se pudo deducir la existencia de al menos dos posturas con las que se explicaba la tarea que embarga al *yo* frente al dolor y la pérdida funcional. El grado de oposición o complementariedad de esas posturas aún estaba lejos de ser determinado, aunque se pudo plantear lo siguiente: El *yo*, en tanto ente corpóreo, podría verse afectado frente al padecimiento que supone una enfermedad terminal, por las restricciones e inhibición que le impondría el trabajo de duelo frente a las recurrentes pérdidas o por la afluencia de excitaciones en extremo intensas provenientes de la eclosión del órgano en el dolor, que también lo dejan en situación de precariedad, por la reducción de los recursos energéticos de los que puede disponer.

Más allá del asunto de las pérdidas y el dolor físico, algunas particularidades del padecimiento que enfrentan los pacientes en esta condición merecían un análisis más

profundo, entre ellas el impacto de la noticia de enfermedad o la percepción de cercanía de la muerte. En aquel momento, se consideró que estos fenómenos también podían pensarse en el orden de un eflujo excesivo de excitaciones que inunda al *yo*. Sobre las basculaciones de la libido cuando se enfrenta el dolor o una perdida funcional, elemento central de esta propuesta investigativa, se seguirá hablando en otros apartes del trabajo.

1.3 El sujeto con cáncer y el psicoanálisis: un acercamiento posible.

En determinado momento del recorrido que la pregunta de investigación planteo, se enfocó un asunto que fue haciéndose cada vez más relevante. En principio, la búsqueda documental permitió que se identificasen algunas propuestas teóricas, que se esforzaban por explicar el origen de la neoplasia, acudiendo a categorías psicoanalíticas. *Trauma*, *goce*, *puesta en acto*, siendo nociones de este campo, sirvieron a algunos autores para plantear, que bajo ciertas circunstancias, la pulsión, en tanto energía proveniente de lo somático que inerva lo psíquico, puede incidir de manera directa sobre el organismo (sin la mediación simbólica) favoreciendo la aparición del cáncer. Se percibió además, que la experiencia clínica con la que se contaba, estaba limitada al sujeto que padece esta patología orgánica. El curso de acción al que estos hallazgos dio lugar, permitió dedicar un apartado especial al asunto de cómo se vinculan en el caso específico del cáncer, alteración orgánica y psiquismo. Inicialmente, se indagó en las obras de Freud y Lacan.

En los textos freudianos hay pocas referencias al término cáncer. A lo largo de su trabajo, la expresión fue aludida sólo en dos artículos. En ellos, la particularidad del padecimiento psíquico al que puede verse llevado el paciente oncológico cuando enfrenta la última fase de la enfermedad, no es abordada[7].

[7] Esto no deja de ser curioso cuando se piensa que Freud vivió en carne propia lo intolerable de esta enfermedad.

En una de las cartas que se incluye en *Los Orígenes del Psicoanálisis*, fechada el 6 de Octubre de 1893, Freud (1887-1902 [1950]) reseña el caso de un paciente en quien ha identificado "temores hipocondríacos por supuesto cáncer de lengua" (pág. 3486). Dentro de esta referencia, es importante señalar que las manifestaciones, que se describen en el paciente, incluyen lo que se denominó *angustia de muerte*, una preocupación proveniente de la erotización hipocondriaca. Esto permite situar el padecimiento de ese paciente en un campo particular, que no es el de la lesión orgánica que causa malestar psíquico. La hipocondría supone la alteración de un estado afectivo en ausencia de una lesión de órgano, lo que abre interesantes cursos de interrogación por comparación con el tema que nos convoca, pero no ofrece la buscada respuesta. ¿Qué ocurre con el paciente terminal quien si padece una lesión orgánica? Una distinción de este orden, permite situar la hipocondría en el campo de las afecciones que surgen por la concentración de la libido en el yo; mientras que en el campo de la enfermedad orgánica, la libido y el interés del yo se fijarían en el órgano enfermo o doliente. Sin duda, se trata de un asunto que merece posteriores elaboraciones, por lo que será revisado en el segundo capítulo de este trabajo.

En *La iniciación del tratamiento* (1913), Freud planteará luego, en respuesta a un colega que le señala la necesidad de un abordaje "cómodo, breve y ambulatorio de las neurosis obsesivas" (pág. 1665) que sería muy satisfactorio para el psicoanálisis contar con tal herramienta, pero no dispone de ella como no lo hacen los internistas que buscan para el cáncer una terapia similar. Esta referencia describe una enfermedad que ha puesto a prueba, desde hace mucho tiempo, las posibilidades de tratamiento médico. Además de los ya citados, no hay otros artículos de Freud en los que pueda encontrarse el término cáncer.

Lacan, por otro lado, emplea la expresión en los *Escritos 1* y en unas pocas clases de su seminario, sirviéndose del sentido metafórico que ésta posee. En *Los Escritos 1*, la usa para designar una singularidad inherente al neologismo, cual es la fuga de sentido.

> Emprendamos este camino para estudiar las significaciones de la locura, como nos invitan a hacerlo los modos originales que muestra el lenguaje, esas alusiones verbales, esas relaciones cabalísticas, esos juegos de homonimia, (…) y diré ese acento de singularidad cuya resonancia necesitamos oír en una palabra para detectar el delirio, (…) esos híbridos del vocabulario, ese cáncer verbal del neologismo (Lacan J. , 1976).

Por el cáncer, tal como se emplea en esta cita, el médico cae en la impotencia frente a la catástrofe metastásica. Sería muy interesante comparar la fuga de sentidos que se da en la psicosis paranoica y la propagación de células en el cáncer, que conocemos como metástasis, sin embargo, los alcances de este trabajo no lo permiten. Lacan habla del neologismo en términos que, podríamos decir, lo hacen similar al proceso de metástasis. En el neologismo aparecen continuamente nuevos significados, en una especie de derivación del sentido, que bien podría pensarse como una "metástasis del lenguaje".

Más adelante en el *shintome*, Lacan (1975 - 1976) comparará la expresión *cáncer* con el orden impositivo de la palabra

> ¿Cómo es que todos nosotros no percibimos que las palabras de las que dependemos nos son, de alguna manera, impuestas?
>
> En este aspecto, lo que llamamos un enfermo llega a veces más lejos que lo que llamamos un hombre con buena salud. Se trata más bien de saber porque un hombre normal, llamado normal, no percibe que la palabra es un parasito, que la palabra es un revestimiento, que la palabra es la forma de cáncer que aqueja al ser humano. (pág. 93)

Lo que con esta anotación se plantea es una analogía, una relación de semejanza que vincula lenguaje y patología orgánica. Lacan relaciona el carácter obligado de la palabra con el cáncer, al revisar la condición de entidad invasora que éste reúne. El lenguaje tal como allí es descrito se constituye en un objeto extraño, en un extranjero que recubre al modo de una laminilla, la experiencia subjetiva. Lacan nos invita, además, a considerar la falla de

percepción que nos lleva a pasar por alto tal condición. A pesar de estar subordinados a las palabras (y en consecuencia atribulados) no siempre nos percatamos de ello.

Con la palabra cáncer, Lacan designa, también, de manera formal, algunos aspectos del lenguaje presentes en la psicosis. Es así como en *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad* (1976) refiere una particularidad del delirio, cuál es su carácter de intrusivo e incurable: "El carácter invasor (comparable al del cáncer) y la incurabilidad del delirio están determinados por la persistencia del conflicto entre el deseo y la realidad." (Lacan J. , 1976, pág. 73). Con esto, hace un uso alegórico del término en su dimensión de evento intrusivo que se interpone entre lo deseado y el contexto real. En el citado artículo, Lacan pone de manifiesto que las representaciones cargadas afectivamente, que se constituyen en delirio, se sostienen por una especial estabilidad patológica. El elemento patológico, dirá, consiste en que las relaciones personales falsificadas e ilusiones de la memoria que vivencia el paranoico no pueden ser corregidos por éste y se extienden por propagación. (Lacan J. , 1976).

Lacan no alude directamente al caso de un paciente con cáncer que haya intervenido desde su clínica y por ende tampoco a la situación terminal que éste pudiera haber atravesado.

En artículos más recientes, varias categorías psicoanalíticas han sido empleadas para abordar la vertiente que en el caso de los pacientes oncológicos, vincula alteración orgánica y psiquismo. Son ellas, las nociones y conceptos de *trauma, duelo, pulsión* y *goce*. Las propuestas revisadas difieren significativamente en el uso que le dan a algunos de estos términos. Ciertos autores cuestionan el origen de la enfermedad, situándole dentro de los *fenómenos psicosomáticos*, otros plantean una discusión que no se enfoca directamente en la pregunta por la causa, pero sí en los mecanismos que vinculan patología y trabajo psíquico. En ninguno de los trabajos considerados, el foco de atención fue la etapa final de la enfermedad. Aunque varias propuestas emplean las nociones en su acepción propiamente

psicoanalítica, en el caso del *trauma* se otorga, a tal expresión, un sentido que bien podría ubicarle dentro de otros campos disciplinares, tales como el de la psicología o la psiquiatría.

Una de las propuestas que intenta encontrar un posible enlace entre enfermedad y malestar psíquico, es la de Alicia B. Pedro. En su artículo *Cáncer y psicoanálisis: Marcas de una pérdida inscripta en Lo Real*, la autora se pregunta por el origen de la neoplasia y las posibilidades de elaboración alojadas en el duelo. Siguiendo a Bonet y Luchina, quienes proponen que el sistema inmunológico puede verse inhibido frente a situaciones estresantes, deja indicada la posibilidad de encontrar ciertas "situaciones traumáticas" en el origen de la enfermedad. La tesis de Pedro es que la manera particular (significación individual) como se perciba un evento estresor, será determinante en la modificación de la función inmune, que por "sobreactivación (posibilidad de desarrollar una enfermedad autoinmune) o disminución (riesgo de contraer una enfermedad infecciosa o crecimiento de células tumorales)" (Pedro, 2011) termina favoreciendo la aparición de la enfermedad.

Aludiendo al asunto de que no todo el que padece una situación traumática, enferma orgánicamente, Pedro se pregunta por la lógica que subyace al trauma. En este punto, hace una lectura del trauma tal como se plantea en *Más allá del principio del placer: "*una efracción que ocasiona un aflujo excesivo de excitación y anula inmediatamente el principio de placer, obligando al aparato psíquico a realizar una tarea más urgente" (Freud citado por Pedro, 2011).

Para la autora, tanto lo traumático como la pérdida inscrita en un duelo, actualizan la evanescencia del objeto libidinal. Sin embargo, en tanto el duelo trata de hacer coincidir la hiancia abierta por la pérdida con la hiancia mayor, simbólica, implica un reconocimiento de la falta que no se encuentra en el trauma. La autora, también, propone que la intensa actividad psíquica asociada al duelo tiene por objeto que el sistema de los significantes haga frente a la pérdida. En el duelo, habría un procesamiento del sufrimiento que permitiría registrar

simbólicamente la falta, circunscribiendo el dolor y previniendo la inscripción de las pérdidas en el campo de lo real, es decir en el cuerpo: "*La manifestación del dolor* a *través de la palabra libera al cuerpo de la función de expresarlo"*(Pedro, 2011). Lo que se produce en el caso de un duelo no sería a nivel de los órganos y los tejidos celulares sino por medio de la palabra.

Es preciso anotar aquí, que la noción de trauma con la que trabaja Pedro (2011) puede ser problemática, dado que se circunscribe a un campo límite entre el psicoanálisis y otras disciplinas. Esta categoría posee distintas significaciones; la psiquiatría y la psicología la proponen en relación al impacto generado por un acontecimiento vital cuya intensidad supera las posibilidades de respuesta de un sujeto. Este acontecimiento puede ser cualquier suceso de la realidad que represente una dificultad para el sistema psíquico. Para Freud, en cambio las vivencias traumáticas adquieren ese carácter, sólo, en la medida en que se constituyen en reediciones del trauma originario. Se entiende por trauma originario la irrupción de lo real en la vida del sujeto, aquello que es inasimilable en las redes del principio del placer. Pensado desde Otto Rank, el trauma originario es el momento de desamparo absoluto que el ser viviente experimenta cuando observa la catástrofe que representa para él haber sido expulsado del vientre materno. Inerme, por fuera de los cuidados fundamentales, puede creer que esa es la muerte misma. Para este ser profundamente sobrecogido por la angustia, la desaparición del seno materno sería vivida como un desamparo y la muerte del organismo vivo. Freud, en cambio, plantea que lo traumático no es la expulsión, ni el estado de desamparo originario, sino la percepción posterior de ese estado que evoluciona hasta convertirse en una angustia señal que inunda al yo. El trauma para Freud es, entonces, en el a posteriori y no en la expulsión misma, cuando el yo del sujeto capta esa división de estructura que llamamos trauma. Freud habla del trauma en términos de resignificación, lo que implica que el trauma no se da en el momento del acontecimiento intenso, sino en el devenir.

En una línea de pensamiento similar a la que propone Pedro (2011) y sosteniéndose en la propuesta que vincula fenómeno psicosomático y cáncer se encuentra el trabajo de Silvia Chab (2006). Siguiendo a post-freudianos como Jean Guir y Patrick Valas, la autora vincula las nociones de *lesión* e incidencia del *goce* sobre lo orgánico, para ofrecer una explicación posible del mecanismo que produce la enfermedad. Para Chab, la posición subjetiva y más específicamente el *deseo* podrían modificar el devenir de la enfermedad en un paciente con cáncer. La noción de *goce* le sirve para señalar cierta fijación subyacente a la enfermedad orgánica: Un goce encarnado, congelado en alguna parte del cuerpo, sería responsable de la *lesión*. Ésta aparecería allí, donde el significante no hace vaciamiento. (Chab, 2006)

Los trabajos de Pedro y Chab, señalan la insuficiencia de lo simbólico para dar cuenta de aquello que irrumpe en el *cuerpo*, emparentándola con el *trauma*, lo *real* y la enfermedad psicosomática; Sin embargo, esta carencia se hace presente en muchos otros trabajos aunque abordada desde nociones distintas. Es el caso de las propuestas de Héctor Becerra y Ana Marino. El primero de estos autores se apoya en los recortes de un caso clínico para señalar que *lo pulsional* hace presencia como límite entre lo somático y lo psíquico. La introducción del concepto de pulsión le permitirá dar cuenta de la dificultad que enfrenta un paciente con cáncer de próstata, en etapa avanzada, cuando intenta significar lo que pasa con su cuerpo: al paciente "se le hace muy difícil referenciar su saber acerca de la enfermedad" dirá Becerra (2011, pág. 7), no puede "historizar" su enfermedad porque ese cuerpo en el que se aloja el malestar se hace inabordable, debido a lo pulsional. Lo anterior, tiene por consecuencia que el efecto de subjetividad que se produce al hablar, resultado que implica cierta cura, no se produzca. (Becerra, 2011)

Plantea el autor que, de un modo análogo a como ocurre durante la constitución del *yo* en el *narcisismo*, el sujeto cuyo caso analiza, trata de escenificar a través de su enfermedad, *lo pulsional*, de tal modo que no puede acceder a una adecuada elaboración psíquica. Esta

falla del proceso de significación deja el *cuerpo* comprometido en una *puesta en acto* donde la enfermedad viene a encontrar lugar: "en nuestro caso todo se tramita a través de una puesta en acto donde el cuerpo queda comprometido, y donde las patologías clásicas, las neurosis, dan lugar a la enfermedad orgánica" (Becerra, 2011). El autor se propone formalizar algo del direccionamiento de la cura, en este caso, señalando como vía posible, la elaboración simbólica. Un trámite que le haría frente al *decir de un Otro* en su estatuto de *pulsional*.

Para este autor, no es bueno acudir a una perspectiva meramente fenomenológica si se quiere identificar el origen de la alteración emocional que presenta el paciente en el caso que analiza. Por ello, se aleja del cáncer, la cirugía o la adversidad que éste haya experimentado para entender aquello que hace nacer el dolor (Becerra, 2011). El autor ha venido señalando, que la pulsión hace obstáculo al intento del paciente por descifrar lo que acontece en su cuerpo. Aborda luego la historia familiar de éste para hacer notar la presencia de un padre *ideal,* que con sus palabras lo atrapó endogámicamente, impidiéndole hacer una necesaria distancia. Según Becerra, este paciente elige enfermar y experimentar ciertos sucesos de lo cotidiano (el robo de un sueldo y la demora de otro) para hacerle frente, a través de una puesta en acto, a ese Otro que desde su estatuto de pulsional hace demandas permanentes (Becerra, 2011):

> Al hacerse robar el paciente encarna lo que Freud denomina la tercera voz gramatical de la pulsión (…) lo Ideal del padre ha sido imposible de colmar, (…). Ya no puede ser tan bueno como su padre, ha fracasado. De esa operación ha quedado un resto, una pérdida. El paciente ha elegido fracasar, ha elegido enfermar, todo con el objeto de tomar distancia del padre (pág. 10).

En un trabajo paralelo al de Becerra, por cuanto aborda el mismo caso clínico, la licenciada Ana Marino se opone a la idea del cáncer como una afección psicosomática. Plantea Marino (2010) que aunque puede establecerse una relación entre enfermedad y novela familiar, debe evitarse la idea de una influencia directa de la psique sobre el soma, al pensar en el caso que la convoca. Para esta autora, algo de la representación puede entrar a

jugarse en la elaboración que intenta el paciente con cáncer y lo característico de los fenómenos psicosomáticos en cambio, es que se jueguen en un campo distinto al de la representación.

Siguiendo a Lacan en lo que plantea sobre la conformación del *yo*, durante el espejo, la autora describe un *yo* que se libidiniza para funcionar al modo de una prótesis que genera la ilusión de dominio corporal. Esta *imagen del cuerpo* actuaría en oposición a la realidad de un *infans* en el que prevalece la descoordinación motora y la satisfacción auto erótica. Señala la autora, que esta primera identificación se irá complejizando para favorecer la toma de objetos libidinales, la relación libidinal con los semejantes y la organización del mundo, mediada por la imagen (Marino, 2010).

Para Marino (2010), la *imagen del yo* forma parte de esa red de significantes con la que se intentará infructuosamente dar cuenta de algo de lo *real*. Capturar aquello que habla de la muerte en la propia persona no sería posible, por ello lo que el paciente manifiesta de manera directa sobre la enfermedad no puede ser considerado una producción subjetiva. Intervenir directamente sobre el cáncer se constituiría desde este punto de vista en un imposible, en tanto no se puede contar con la mediación simbólica imaginaria como punto de anclaje. (Marino, 2010)

Un esfuerzo, no menos importante, por vincular enfermedad orgánica y *pulsión* puede ser señalado acudiendo a un artículo de 2010, titulado *Apoptosis y pulsión de muerte* (W. de Peusner), en el que se resalta el carácter destructivo de esta tendencia a lo inorgánico que denominamos *pulsión de muerte*. La diferenciación entre necrosis y apoptosis que aborda este trabajo, permite a su autora vincular la idea de una "muerte por causas internas" que extrae de Freud en *Más allá del principio del placer* (1920) con la noción de muerte celular programada reconocida en el campo de la biología bajo el nombre de apoptosis. W. de Peusner diferencia la muerte celular accidental y condicionada por factores exógenos que

conocemos como necrosis y la apoptosis, cuyo carácter principal es que proviene de un empuje interno y está genéticamente programada.

La autora sitúa la pulsión de muerte en su vertiente de fuerza interna que se orienta a la destrucción del organismo, antagonizando con las tendencias destructivas provenientes de factores exógenos, a las que también está expuesta la materia viva. Desde esta perspectiva, la misma pulsión que opera detrás de la apoptosis generando "el suicidio celular" sería responsable de mantener en el organismo una cierta homeostasis, al regular la muerte celular que evita la proliferación de células cancerígenas. Si bien la apoptosis señala la presencia continua de lo pulsional mortífero en el organismo, su supresión sería la responsable de inducir tumores mortíferos (W. de Peusner, 2010). La apoptosis estaría implicada en numerosas funciones vitales por lo que su alteración por exceso o defecto induciría patologías. Dado que se constituye en un proceso garante de la eliminación de células nocivas para el organismo, se hace necesaria para sostener la vida: "Es una muerte que, de no producirse en el momento apropiado, puede llevar a la muerte del individuo" (W. de Peusner, 2010). La supervivencia y proliferación de células que por ser defectuosas deberían morir, en lo que llamamos cáncer, se hace posible cuando falla la apoptosis.

Algo que se deduce de los planteamientos de esta autora resulta paradójico. Si la pulsión de muerte es garante de la apoptosis y esta misma favorece la supervivencia de células sanas, entonces tal pulsión, al menos en el caso particular que señala De Peusner, estaría al servicio de la preservación del organismo; o dicho de otra manera, la muerte celular programada inhibiría en el organismo, otras formas de orientarse hacia la muerte, dentro de las cuales estaría el crecimiento de células tumorales. La autora defiende esta tesis acudiendo a varios planteamientos freudianos en la obra de 1920: *Más allá del principio del placer*. Uno de ellos indica: "Son pulsiones parciales destinadas a asegurar el camino hacia la muerte peculiar del organismo y a alejar otras posibilidades de regreso a lo inorgánico que no sean las

inmanentes" (Freud citado por W. de Peusner, 2010) Agregará Freud: "el organismo no quiere morir sino a su manera"(Freud S. , Más alla del principio del placer, 1920, pág. 2526)

Una segunda hipótesis, implícita, en el trabajo de De Peusner (2010) es que el medio externo puede enviar estímulos a la célula que la alejan temporalmente de su secuencia de autodestrucción. En este punto, se pregunta la autora, si el movimiento de la pulsión que se ve truncado por el medio externo al que se contrapone, no se constituirá en un "rodeo" operado sobre la orientación original hacia la muerte.

Para la autora, que se ocupa de todo este asunto aludiendo al fenómeno psicosomático y a la manera como la función biológica se articula con algo que funciona como significante, el significante del Otro puede ser escuchado de dos maneras: dentro de la legalidad inconsciente generando como respuesta una formación del inconsciente, o como signo lo que hará aparecer una respuesta refleja y automática que alterará el funcionamiento fisiológico y la homeostasis orgánica: "cuando la palabra del Otro no puede ser interrogada, impacta directamente el cuerpo, sin que ninguna formación del inconsciente haga barrera a este goce mortífero" (W. de Peusner, 2010). Lo que a nuestro parecer se propone la autora, es responder algunos interrogantes clínicos en lo referido a cómo algunas lesiones se dan a ver en el cuerpo como efecto de una inscripción directa del significante, operada por el Otro.

Llegados a este punto se puede establecer, al modo de una muy reducida síntesis, aquello que en torno al cáncer han planteado, distintos autores que se apoyan en conceptos psicoanalíticos. Una suerte de falla, en el proceso de elaboración psíquica, que deja al cuerpo comprometido por la alteración orgánica, surgió para explicar el origen de la neoplasia en varias de las propuestas que se examinaron. Distintos nombres (efecto traumático, puesta en acto, goce encarnado) habían servido a los autores de éstas propuestas, para designar una respuesta refleja y automática que altera el funcionamiento orgánico, cuando los recursos simbólicos e imaginarios, que favorecen la mediación, resultan insuficientes. El análisis de la

afectación, que sobre la unidad imaginaria del *yo* generan las transformaciones corporales características del cáncer, había tenido su espacio en el curso de la revisión. Con la propuesta de Marino pudo establecerse un vínculo entre la tesis psicoanalítica, que describe un estado de incoordinación motora y ausencia de unidad imaginaria en la prehistoria del sujeto, con lo que acontece al paciente con cáncer. La imposibilidad de representar lo *real* de la enfermedad, a partir de la red de significantes en la que se constituye la *imagen* del *yo*, pudo observarse. En consecuencia, la elaboración simbólica de eso que ocurre a nivel orgánico en la patología, fue mostrándose como un trabajo de una dificultad insalvable. Bien sea que los significantes no hagan vaciamiento de goce, que no haya un sistema de representaciones que haga frente a ciertas pérdidas, que no se pueda situar un saber sobre la enfermedad o no se consiga una formación del inconsciente que sea estabilizadora, cada vez que se reseñó el esfuerzo que acomete el sujeto tratando de registrar psíquicamente la realidad que enfrenta, se observó una falla.

La tendencia más relevante identificada hasta el momento, apuntó a la manera como en la enfermedad, el goce incide directamente sobre el cuerpo. Expresiones como *decir del Otro, palabra del Otro o inscripción directa del significante* operada por el Otro fueron empleadas para designar un proceso en el que los intentos de simbolización fracasaban. Aun así, aunque solo en algunos casos, la posibilidad de una elaboración psíquica – simbólica, que apartara al sujeto del goce mortífero, fue frecuentemente planteada como alternativa.

1.4 La experiencia de morir y el psicoanálisis. Algunas propuestas que se centran en la emergencia de la muerte.

El padecimiento psíquico asociado a la presencia de una enfermedad progresiva que tiene o va adquiriendo el carácter de incurable y para la cual sólo se espera la muerte como desenlace cercano, se constituye en el principal objeto de esta propuesta investigativa. Existe un conjunto de patologías tanto oncológicas como no oncológicas, cuya desfavorable

evolución, va agotando paulatinamente los tratamientos disponibles. La noción de *terminalidad terapéutica*[8] se ha introducido recientemente, en un campo que interroga a la medicina oncológica, la psicooncología y el psicoanálisis para designar un espacio temporal, en el que se presenta esta singular situación.

Aunque muchas patologías generan un importante deterioro funcional, aquellas cuyo avance extingue toda posibilidad razonable de recuperación, haciendo inminente la muerte, plantean al psiquismo, un particular trabajo. Cuando se notifica a un enfermo sobre la ausencia de alternativas que permitan sostener o prolongar su vida, se establece un designio que puede ser muy desesperanzador. La muerte, esa dolorosa condición fundamental a la que se teme desde la castración (Alizade, 1999), se actualiza con la noticia de enfermedad, con la proclama del médico cuando admite una insuficiencia en su práctica o con la presencia del dolor, la lesión y la disfunción. Numerosas situaciones observadas durante la práctica clínica que dio lugar a este trabajo, así lo demuestran.

Sin embargo, el paciente afectado por una enfermedad avanzada, no siempre encuentra desconsuelo, en los anuncios que el médico le entrega. Un sujeto va donde el médico porque está angustiado y demanda de un saber que lo oriente en la vivencia de un cuerpo que se altera. Ya se ha hecho notar, siguiendo a algunos autores, que los cambios físicos que acompañan la enfermedad, hacen percibir el cuerpo, como si se tratase de un objeto extraño. Esa extrañeza, que surge frente a un objeto tan familiar (como lo es el cuerpo propio), hace emerger la angustia. El médico, haciendo uso de su privilegiada posición, puede ayudar a modificar el devenir del malestar. Al permitir que el paciente se desembarace de las elucubraciones sobre su cuerpo, que hasta ese momento ha venido sosteniendo, puede ayudarle a modular la angustia.

[8] En la primera parte de este capítulo describimos ampliamente el significado de esta noción.

Si se analizan algunos términos, empleados con regularidad, para nombrar el abatimiento o extinción de todas las funciones corporales, que termina produciendo angustia en el enfermo terminal, habremos de notar que en el plano etimológico, muerte y deterioro funcional, son muy afines. En la expresión disfunción, el prefijo *dis*, denota negación, contrariedad o separación, mientras con el sustantivo función, proveniente de *functio,* se designa el propósito o uso de algo (Anders, 2014). La medicina acoge esta definición para plantear la disfunción en términos de la alteración o deficiencia funcional de un órgano. Defunción, por otro lado, expresión con la que se habla indirectamente de la muerte, proviene del latín *defunctio,* y se nombra con ella la acción del verbo *defungi* que plantea la finalización o ejecución de una tarea hasta el final, cumpliendo con una capacidad (Anders, 2014). Este término se forma cuando se integran *de,* prefijo que opera como intensificador, *fungi,* que significa cumplir, consumir, aprovechar y *tio,* que indica acción o efecto. Así, defunción es la acción y efecto (*tio*) de haber cumplido o consumido las capacidades (*fungi*). De este modo, la palabra difunto es muy cercana a otras con las que nos referimos a la alteración definitiva de una función orgánica: "fallecido (que tiene una falla), occiso (que cayó y ya no se levanta – como en ocaso), expirado (que ha exhalado su último aliento o respiración), sucumbido (rendido)" (Anders, 2014). Con todas estas expresiones se alude a una característica de la muerte, el límite que impone a las funciones vitales.

La anterior observación puede llevar a pensar que la afinidad etimológica que existe entre los términos disfunción y defunción, debe tener un símil en la experiencia que encara el enfermo terminal, esto es, que al percibir en sí mismo, el deterioro de una función orgánica, el enfermo puede evocar irreflexivamente la idea de su muerte. Llegados a esa reflexión, es necesario admitir que la presencia de disfunción, por sí sola, no puede ser capaz de instaurar una preocupación sobre la muerte propia. Suponer eso implicaría aceptar, que cualquier manifestación de alteración en una función orgánica, genera de forma casi automática, una

reflexión sobre la finitud de la vida. Un breve examen de situaciones en las que existe disfuncionalidad, sin razonamientos sobre la muerte de sí, nos invita a plantear que eso no ocurre. Por ello el vínculo entre disfunción y muerte debe pensarse acudiendo a un intermediario, que en estas circunstancias bien podría ser el reconocimiento de situación terminal. Esto plantea que cuando el paciente ha identificado la ausencia de medios que permitan detener o ralentizar el avance de la enfermedad, o en algunos casos cuando las señales de disfunción que le han sido remitidas por la patología son muy fuertes[9], podrá asumir que se constituyen en confirmación de una verdad ineludible, cual es que la muerte propia está cerca.

En consecuencia y llevados por una inquietud referida a la manera como el paciente con enfermedad en etapa terminal intenta sobreponerse al desolador panorama que deparan las manifestaciones de enfermedad cuando son interpretadas como augurio de muerte, quisimos adentrarnos en el análisis de artículos que enfocaran, desde la perspectiva psicoanalítica, la emergencia de la muerte y el malestar subjetivo que esa irrupción genera. Vale la pena aclarar que por irrupción de la muerte, entendemos la incursión en la conciencia de una serie de percepciones referidas a los cambios corporales constituyentes del estado de deterioro orgánico, que desembocará en el fallecimiento. Una definición de este orden bien puede pensarse proviniendo de la psicología; sin embargo, en el caso que nos compete, se debe plantear que es el producto de una reflexión propia en torno a la diferencia que existe entre el momento en que la enfermedad puede estar presente sin manifestaciones tangibles y ese otro en el que el individuo es notificado a través de la aparición de síntomas, sobre la gravedad de su estado.

[9] Vale la pena anotar aquí el señalamiento de Mario Ruiz, tendiente a mostrar que algunas enfermedades tienen un significado cultural que las vincula directamente con la posibilidad de morir, aunque estas no se encuentren en el estado más avanzado.

Si bien hasta ahora se ha desarrollado una discusión orientada a circunscribir distintas propuestas disciplinares en torno a la experiencia del paciente con cáncer o la situación de terminalidad, no se ha ahondado aún, en la dinámica psíquica que opera frente a la situación en la que se toma conciencia de los desgastes, la decrepitud y la muerte. De todos los cambios temporales que puede sufrir un organismo, los más angustiosos, son quizás, el envejecimiento y la muerte, por ello hemos querido revisar los progresos de una corriente de pensamiento en particular (el enfoque psicoanalítico), en la comprensión del sentimiento de finitud.

Uno de los trabajos que plantea importantes argumentos en este tópico, describe algunas formas de transitar la vivencia de enfermedad que son muy cercanas a los intereses de este esfuerzo investigativo. Mannoni (1997), interroga al psicoanálisis en los límites de lo que denomina "lo innombrable" (expresión con la que intenta designar una condición de la muerte), para analizar el período de enfermedad que antecede al fallecimiento y la reacción que se hace presente en algunas personas, cuando deben encarar el carácter invalidante del padecimiento que acompaña ese momento. El trabajo de esta autora resulta especialmente importante para el autor de la presente investigación, por lo que plantea sobre las sucesivas renuncias y la angustia que trae aparejadas la enfermedad avanzada; pero también, por las acotaciones que hace al tipo de satisfacción, a la que la cercanía de la muerte nos puede remitir. El texto de Mannoni será comentado ampliamente en este capítulo, por la finísima ilación de razonamientos que genera en torno a diversos aspectos de la experiencia que enfrenta la persona con una enfermedad avanzada. Será necesario además, traer a colación algunos apartes de otros artículos con los que esta autora trabaja. Lo que así se pretende, es fijar ciertos detalles muy relevantes, en el curso de argumentación que la autora propone.

Indica la autora que una persona profundamente identificada con su actividad profesional puede percibir el periodo de inactividad que la enfermedad impone, como

vaticinio de una muerte cercana. En tal caso, la inercia profesional y las secuelas invalidantes de la enfermedad, pueden ser equiparadas con la muerte simbólica, en tanto se instaura con ellas una pérdida que impide al sujeto mantener la identidad, con la que se orientaba en el entorno social (Mannoni, 1997):

> Por más que parientes y amigos le asegurasen una presencia, había momentos en que Fedor interrumpía el contacto. Identificado con una intensa actividad profesional – sus pacientes, sus alumnos, su sed de leer y aprender–, equiparó la inactividad profesional y el aspecto invalidante de una enfermedad con lo innombrable, es decir la muerte. (pág. 9)

En esto, la autora está planteando un cierto tratamiento (siempre incompleto) de lo real por lo simbólico. La muerte, la mayor de las veces indecible, quedaría por este mecanismo circunscrita al asunto de las pérdidas. Se podría acceder a una cierta elaboración de ella, al negativizar la identidad propia, es decir, al plantear que una parte de la vida (la que estaba definida por cierta actividad profesional) ya no es más. Lo que esto implica es, que una forma figurada de la muerte puede advenir, cuando se es obligado a renunciar abruptamente a algunas identificaciones y anhelos vitales. Pudor, aislamiento y soledad aparecen como sentimientos asociados a este período de profunda dependencia a los cuidados y atenciones del otro (Mannoni, 1997)

Planteará también la autora, que ante una dramática reducción del desempeño, que bien podría favorecer el desarrollo de actividades placenteras por el disfrute del tiempo libre, en ciertos casos se generará una satisfacción sustitutiva aferrada a las vías del displacer. En tales circunstancias, por efectos del encuentro con lo real (la imposibilidad de representar la muerte) el sujeto podría no tener cómo estructurar un marco soportable de vida, bajo tareas nuevas que le devuelvan a su existencia, el empuje esencial que necesita (Mannoni, 1997). Cada intento por sacar provecho del exceso de espacios para el descanso, podría terminar tropezando con una situación a la que el placer no acude. Se trata de una satisfacción en ausencia de encanto que Mannoni (1997) propone en los siguientes términos:

> ¿Quién de nosotros no soñó alguna vez con el retiro-retorno a un abra de vacaciones eternas (la recobrada dicha de la infancia)? La realización está lejos de adecuarse siempre al principio del placer, presente al comienzo en el fantasma. El contraste surgido bajos los rasgos de lo imposible es lo real (lo que no tiene arreglo) y desde entonces esto no puede ser reconocido como tal por el sujeto. Ocurre así que la persona se aferra a las vías del displacer por no poder poner en palabras la vivencia de un presente en el que el sujeto ya no encuentra su sitio (pág. 10).

Para plantear en el citado párrafo, la relación inactividad – satisfacción pulsional displacentera, Mannoni (1997) acudirá a un aparte del seminario inédito de Lacan, del año 64, con el que también propondrá la enfermedad avanzada y la muerte, en términos de un mal encuentro con lo real. Según la autora, este encuentro puede dejar al sujeto enquistado en una satisfacción displacentera, por lo indecible de la experiencia que está enfrentando. La ausencia de palabras que delimiten la vivencia en tales circunstancias, abonaría el camino a una suerte de rodeo en torno a una realidad imposible. La consecuencia de tal intento de abordaje sería la adopción de una posición gozante, que agrega una significativa cuota de malestar a la situación, nada fácil, que ya enfrenta el enfermo (Mannoni, 1997)

En el seminario del 64, *El desmonte de la pulsión*, Lacan llega a proponer una discusión en la que incluye "lo imposible", como presencia fundamental que opera en el campo demarcado por el principio del placer. La digresión que allí se sostiene le permite describir la pulsión en términos de una fuerza constante que se satisface en un nivel muy distinto al de la necesidad. Al distinguir necesidad y demanda pulsional, Lacan podrá establecer que no hay objeto que colme a lo pulsional y en consecuencia, que la pulsión puede encontrar diversas maneras de satisfacerse (Lacan J. , 1964). Una de esas formas implica una satisfacción sustitutiva que siendo displacentera no deja de regirse por el principio del placer: "En conjunto, y en una primera aproximación, diremos que eso a lo que satisfacen por las vías del displacer, es asimismo –además es comúnmente aprobado– la ley del placer" (Lacan J. , 1964).

Este tipo de satisfacción es la que se plantea en Lacan, con el concepto de *goce*[10], pero también la que Freud va a describir en *Más allá del principio del placer* (1920). Se trata de una satisfacción que no logra ser regulada por el principio automático del placer, resultando en angustia. La ausencia de un objeto que colme en el orden de la pulsión, por cuanto el objeto solo colma cuando está ubicado en el plano de la necesidad, lleva a Lacan a confirmar que el principio del placer opera incluso cuando se bordea lo real.

> Lo real se distingue, (…) por su separación del campo del principio del placer, por su desexualización, por el hecho que su economía, en consecuencia, admite algo nuevo, que es precisamente lo imposible. Pero lo imposible también está presente en el otro campo, como esencial. El principio del placer se caracteriza incluso por cuanto lo imposible está tan presente allí que jamás es reconocido como tal. (Lacan J. , 1964)

Tenemos entonces un modo particular de satisfacción al que puede verse abocado el sujeto muriente, cuando ante la imposibilidad de representar la muerte, ante el encuentro con este real, puede recurrir a una cierta complacencia en el dolor, que ha venido siendo denominada *goce*. Tal modalidad de satisfacción no deja de ser displacentera.

Mannoni (1997) describe la enfermedad avanzada, como un horror con secuelas invalidantes que pueden desestabilizar al sujeto, convirtiéndolo en espectador de su propia caída. La autora hace observar que Freud destaco ese mismo hecho en las *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte* (1915) cuando indicó que nuestra propia muerte no es representable: "La muerte propia es, desde luego, inimaginable, y cuantas veces lo intentamos podemos observar que continuamos siendo en ello meros espectadores (…) en lo inconsciente todos nosotros estamos convencidos de nuestra inmortalidad" (pág. 2110). No solo se trata de un yo omnipotente que ante la vivencia de enfermedad se aferra a las creencias de inmortalidad e indestructibilidad, negando o desconociendo la realidad, es que

[10] Lacan desarrolla este planteamiento en los *Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*

ante lo real de la muerte no hay modo de representación eficaz. El sistema de representación consciente no tiene manera de lidiar con un fenómeno que le es tan ajeno.

Mannoni (1997) propone que en las circunstancias planteadas por la enfermedad avanzada, el sujeto puede dirigir a la muerte, percibida como un ser amenazante, una última exclamación rebelde con la que intentará apartar, infructuosamente, el peligro. Tropezará enseguida con una verdad ineludible: las palabras resultan insuficientes para desterrar de la vida el empuje mortífero que en la situación planteada por la enfermedad avanzada, todos cargamos. Mannoni (1997) describe este escenario, en los siguientes términos: "la última palabra de su vida fue un grito de rebelión conjuratoria, muchas veces repetido: –el diablo no me tendrá– la muerte no fue una elección suya" (pág. 11). Hay que reconocer que ante la muerte no media elección. En el mejor de los casos, las elecciones se hacen al significantizar una parte de la experiencia previa o decidiendo de qué modo y en qué momento haremos cesar nuestra vida, si el sufrimiento es intolerable. Así lo muestra la experiencia del final de la vida en Freud mismo. Llegado el momento, nos recuerda la autora, Freud aceptó el ineludible desenlace de su enfermedad y pidió a su médico que lo ayudara a ejercer control sobre ese desenlace.

Es importante, proponer aquí una breve digresión sobre lo que plantea Philipe Aries (1984) cuando apunta al horror que produce la muerte, tras el exilio que se le intenta imponer hoy, en un mundo cada vez menos familiarizado con su presencia. Mannoni describe el horror de la enfermedad en términos que remitieron a este autor. Uno de los trabajos de Aries (1984), permite reconocer como se han modificado los actos de carácter ceremonial, las manifestaciones del duelo y las creencias sobre el más allá, que se hacen presentes en el moribundo o la familia, desde el momento en que, han advertido el fin cercano. En la edad media, según indica este autor, existía una posición resignada frente a la muerte. Esta presencia que para entonces era pública, colectiva y ritualizada, sufre un giro fundamental

hasta llegar a generar, en la actualidad, un drama personal que se acompaña de angustia. La muerte "domada" se convierte en una "salvaje", adoptando la forma de algo individual y temido, que debe ser expulsado de la sociedad, ocultando al moribundo o confinándolo al hospital, el lugar de la muerte prevista (Ariés, 1984). En torno a esto planteará Mannoni(1997): "El cuerpo enfermo, que da hoy menos miedo, hace resurgir no obstante, en el plano del dolor y el deterioro, la misma angustia, aun cuando intentemos ocultar su horror" (pág. 20). Así, el esfuerzo con el que se intenta remitir la muerte a ciertos espacios, aportados por la cultura, con el objeto de limitarla, termina produciendo el efecto contrario. La enfermedad, percibida en la emergencia del dolor y la disfuncionalidad, hace resurgir en quienes emprenden esta tarea, un inmenso sobresalto.

Ante el duelo que la pérdida de la identidad obliga a iniciar, planteará la autora, algunas personas podrían clamar por la muerte, dado que ésta puede aparecer más deseable que el intolerable sufrimiento de la deconstrucción propia (Mannoni, 1997). Toda muerte llevaría según esta autora la marca de la desesperanza. Al final del recorrido demarcado por una vida, cuando la muerte aparece como desenlace cercano, el sujeto se encontraría en una posición muy desventajosa. La situación de dependencia absoluta que es llamado a vivir le mostraría la mentira sobre la que se sostenía la posibilidad de curarse (Mannoni, 1997).

Mannoni (1997) llegará a proponer que frente a los duelos sucesivos que el sujeto se ve llevado a hacer cuando una enfermedad se impone, lo que encuentra al final de su interrogación es el corte. Estos duelos evocarían la figura de objetos que se desprenden: "pezón, excrementos, mirada, voz" (pág. 27). La mutilación consecuente podría servir al sujeto para orientar su deseo hacia un más allá simbólico. Cuando debe lidiar con el deseo, dado que la esencia de éste es ser problemático, el sujeto se ve remitido a una falla fundamental, no existe un objeto que lo colme. La demanda que el sujeto eleva al Otro, intentando reconstituirse, no garantiza que a partir de entonces, pueda situar y nombrar de

mejor manera su posición deseante: "el problema del deseo es algo que el hombre tiene que situar, encontrar, a lo largo de toda su vida" planteará la autora (Mannoni, 1997, pág. 27). Consideramos que para el caso que nos atañe, el asunto es el mismo. El enfermo terminal debe lidiar con la tarea de circunscribir qué hará con ese tiempo que le resta, antes del fatídico final y dar cuenta en el ámbito general de su vida sobre el deseo que lo comporta mientras enfrenta el deterioro orgánico. Mantener una posición deseante en la situación de adversidad que la enfermedad plantea, implica aprovechar las marcas que en el plano simbólico puede dejar una lesión de órgano (Mannoni, 1997). Esto es, siguiendo los planteamientos de la autora, que las impresiones que se asocian a una lesión orgánica, pueden servir para designar la transición de un estado a otro en la vida de una persona. Al modo del rito de iniciación, el enfermo podría hacer rendir esas impresiones que quedan tras la mutilación, para designar su ser como si hubiese alcanzado un estado superior, estado en el que es mucho más que un cuerpo en deterioro condenado a la destrucción:

> Lo que queda de los objetos de los que el sujeto acepta separarse, es una marca (marca de un significante que, continúa Lacan, *lo extrae de un estado primero para llevarlo, para identificarlo con una potencia de ser diferente, superior*). La mutilación sirve para orientar el deseo hacia un más allá simbólico (así pues, los ritos de iniciación garantizan que solo desde entonces podrá designarse como tal el ser del sujeto). (Mannoni, 1997, pág. 27)

Además de la enfermedad, la vejez y más específicamente el "brusco deterioro del estado físico" y la dependencia que con ella, puede sobrevenir, pueden hacerle recordar al enfermo la "condena a muerte" con la que nace (Mannoni, 1997, pág. 12). Las manifestaciones del detrimento en una función corporal, pueden ser tomadas como evidencia de lo ineludible, recordando esa presencia inmaterial (la muerte) cuya imagen nos acompaña toda la vida, generando el "sentimiento de una ofensa narcisista irreparable" Freud (citado por Mannoni, 1997, pág. 26). En estas circunstancias el sueño de ver realizados todos los deseos puede aparecer para el sujeto, ahora subordinado a los cuidados del otro, como una

tabla de salvación. Sin embargo, ese sueño que avoca a la consecución de satisfacciones mágicas termina por instalarse en un universo de amenazas permanentes, dado el inexorable avance de la enfermedad (Mannoni, 1997).

Plantea además la autora, que en el desesperado intento por satisfacer todas las pretensiones que la cercanía de la muerte propia amenaza, puede generarse un importante distanciamiento del ser amado: "la resolución de este inmenso espejismo se produce (...) sobre el fondo de una ruptura catastrófica en el vínculo con el ser amado" (Mannoni, 1997, pág. 12), por cuanto ese ser querido no puede acompañar al enfermo mientras éste da el último paso. El cuidador o familiar no puede compartir la conclusión de la historia en la que se encuentra inmerso el paciente. Puede asistir al enfermo mientras dure el malestar, pero en el plano más íntimo de la vivencia no puede caminar con él hacia el desenlace de su enfermedad: "Los vivos pueden, en efecto, asistir al que morirá, pero éste da el último paso en soledad, -escamoteado-, con gran frecuencia, ante las barbas de quienes le rodean. En estos casos, la muerte se conduce como un -gentleman ladrón-" (Mannoni, 1997, pág. 12). La necesidad de buscar apoyo, premisa sobre los requerimientos del enfermo, que ha sido insistentemente señalada en las guías clínicas de cuidados paliativos, encontraría así el camino a la insatisfacción. Un poderoso obstáculo se levanta contra ella, cuando observamos la manera como el sujeto da el último paso, en soledad. Mannoni nos muestra como la muerte se roba la posibilidad de acompañar hasta el último momento del proceso, al ser querido.

En una senda similar a la que recorre Mannoni, cuando advierte el carácter irrepresentable del evento mortal y la emergencia afectiva, valga decir de angustia, que éste provoca, se tiene a otro autor cuyo trabajo se ha querido abordar. Su lectura del fenómeno linda con ese terreno demarcado por la experiencia del final de la vida, para ofrecer una propuesta que se enfoca en la respuesta violenta con la que el sujeto inmerso en la situación de deterioro funcional, se enfrenta al sufrimiento que la enfermedad depara. Violencia,

engendrada por la “desinvestidura del objeto muriente por parte de sus allegados y por el mismo” (Pecznick, 2012, pág. 23). Este movimiento psíquico, que se percibe como agresión, compartiría espacio con el duelo por las sucesivas pérdidas, que debe encarar el enfermo a medida que va disminuyendo la autonomía.

Al proponer la presencia de estados regresivos, de dependencia o fragmentación en el sujeto que se ve enfrentado a su propia muerte, Pecznick (2012) deja indicada la profunda herida narcisista que se produce cada vez que, en la situación de terminalidad, la merma de una función biológica se hace notar para el enfermo. De este modo, la alteración de una función que se produce por la pérdida de órganos, miembros o autonomía, dañaría la imagen de sí y la integridad corporal. Autosegregación y aislamiento, como formas de esa violencia que el enfermo puede dirigir a los demás o a sí mismo, se irán presentando a medida que el tiempo y la enfermedad avanzan. (Pecznick, 2012)

En el prólogo del citado trabajo, Ana Rosmaryn deja sentado un precedente, al plantear el tipo de alteración psíquica que la idea de la muerte comporta: “La idea de la muerte es una experiencia que no admite relato. Pertenece al registro de lo innombrable y constituye la mayor herida narcisista que pueda sufrirse” (Pecznick, 2012, pág. 13). Las reacciones de violencia son pensadas dentro de esta lógica como efecto de la imposición de la realidad, que lleva al paciente a refugiarse en el narcisismo infantil. Según el autor, el reconocimiento de la propia debilidad yoica hace nacer en el paciente el odio, emoción que puede ir a encontrarse no solo en el muriente, sino en quienes le rodean, bien sea como familia, cuidadores o equipo terapéutico. La aparición de la culpa y la pérdida de la estima de sí, serían elementos que acompañan ese sentimiento. En tal situación, la pulsión de muerte podría apoderarse del entorno familiar. (Pecznick, 2012)

Pecznick, emplea la noción de *trauma*, para referirse a un carácter del momento en el que se percibe la muerte propia como algo cercano. Esta percepción resultaría traumática en

tanto el *yo* termina desbordado, tornándose incapaz de tramitar adecuadamente el exceso de estímulos, tanto internos como externos, que le hacen evocar un estado primitivo de desamparo (Pecznick, 2012). El estado de impotencia motriz o psíquica consecuente, sería vivenciado con angustia por la apreciación de peligro emergente. Se generaría entonces un movimiento que es percibido por el *yo* como una agresión dirigida a su ilusión inconsciente de inmortalidad y a los vínculos que sostiene con sus objetos de amor. En palabras del autor, esto sería: "Se produce entonces un ataque a la ilusión narcisista inconsciente de la inmortalidad del yo y de sus vínculos amorosos, encontrándose en un duelo de características únicas: el objeto perdido será uno mismo" (Pecznick, 2012, pág. 55). La significación del término duelo que el autor ofrece en esta anotación, hará equivalentes las expresiones objeto y sujeto. Esto es, el objeto irremediablemente perdido será, el sujeto mismo. Un comentario posterior nos mostrará además, que el autor emplea ciertas consideraciones sobre el duelo que pueden citarse en un campo conceptual distinto al del psicoanálisis: "el duelo por un objeto –que aún no nos ha abandonado– tiene como referencia duelos anteriores no concluidos" (Pecznick, 2012, pág. 56). Al plantear un trabajo de duelo que inicia cuando aún no se ha presentado la pérdida, el autor puede estar acudiendo a una noción de duelo empleada en el campo de los cuidados paliativos, bajo el nombre de duelo anticipatorio. Esto implica que al describir la situación de pérdida, se remite a un evento futuro y no a uno presente. En tales circunstancias, no sería necesario que la caída del objeto que provoca la emergencia del duelo acontezca, es decir que el objeto nos abandone, para que el trabajo de duelo inicie.

Citando a Baranger y cols., Pecznick (2012) vendrá a plantear que toda situación traumática genera una desmezcla pulsional y en consecuencia, nuevas investiduras libidinales y medidas defensivas del yo. Al considerar el interjuego de las pulsiones de vida y de muerte que así se ponen en movimiento, ingresará la figura del superyó para plantear que "montos considerables de la pulsión de muerte son fijados en su interior, lo que incrementa su

severidad" (Pecznick, 2012, pág. 62). Las críticas, hostigamientos y autorreproches que se hacen sentir en este momento crucial de la existencia, serían la muestra de esta agresión que el superyó dirige al yo, cuando el individuo se enfrenta con la propia muerte. A lo largo del texto, el autor destaca la violencia narcisista del enfermo o los familiares, tendencia que surge como liberación del exceso pulsional. La regresión libidinal narcisista como camino privilegiado por el yo, frente al duelo, que representa la pérdida de sí mismo, implicaría un aumento de la pulsión de muerte que no puede ser neutralizado por la pulsión de vida.

1.5 Algunos señalamientos de la filosofía ante el fenómeno de la muerte.

La preocupación por la muerte, ha ocupado un lugar privilegiado entre las inquietudes de las que los hombres tratan de liberarse a través de los sistemas de pensamiento. En su lucha por superar la angustia o el miedo a la muerte, los hombres han hecho uso de los mitos, ritos y actividades creadoras que la religión y la filosofía, les han permitido (Abt, 2007). La amenaza contra la vida que la presencia de la muerte instituye, envía al hombre a la angustia: "La muerte, indeterminablemente cierta, se presenta a la vida como una amenaza constante. El hecho de ser capaces de mantener esta insistente amenaza deviene en angustia de muerte, pues presentifica la finitud de nuestra existencia" (Abt, 2007). Las construcciones mentales que sirven de defensa ante un fenómeno universal e irrecusable como lo es la muerte, pueden encontrarse tanto en el pensador que intelectualiza esa angustia, como en la mitologización que promueve rituales (Abt, 2007); y no sobra decir, apuntando al fenómeno del que se ocupa este trabajo, que posiblemente también en la vivencia que relata quien reflexiona sobre su muerte a causa del padecimiento de una enfermedad terminal.

Para la filosofía, a lo largo de la historia, la muerte ha sido entendida como un problema de primer orden. Sin intentar responder la pregunta ¿Qué es la muerte? importantes pensadores han intentado confrontar el sentido de la vida, con la temporalidad de la empresa humana. Dado que no se pretende en este texto un trabajo exhaustivo sobre los fundamentos

de la filosofía ante al fenómeno de la muerte, se ha querido optar por la cita de dos autores modernos de relativa importancia, que tienen un trabajo en esta área. Ellos, aparecen como referencias obligadas porque comparten con algunos enfoques de la psicología y el psicoanálisis, el interrogante por la idea de la muerte y la inquietud afectiva que con ella se genera.

El primero de los autores, que se ha querido abordar, es el filósofo alemán Hans-Georg Gadamer, quien siguiendo la tradición heideggeriana, intenta desarrollar la idea de la finalidad plenaria que le confiere al dasein, el reconocimiento libre de ser un ser para la muerte. Desde la perspectiva abierta por Heidegger, la asunción de la finitud propia, le da sentido de totalidad a la existencia. Más que proponer una conceptualización sobre la muerte, Gadamer se encarga de describir una tendencia moderna que pretendería quitar a la muerte, su valor como experiencia. Para ello plantea la presencia de una orientación que busca su "desmitificación" (Gadamer, 1996). En esto, el autor apunta a la respuesta que la cultura moderna propone ante el fenómeno de la muerte, apoyada en los avances de las ciencias naturales y la técnica.

La idea de la muerte ha cuestionado al hombre a lo largo de la historia. No en vano, las religiones han intentado ofrecer frente a ella, representaciones llenas de sentido. Sin embargo, analizar la "imagen de la muerte" tal como llega al hombre moderno después de una larga historia en la que la religión ha jugado un papel esencial, no es pretensión de este autor (Gadamer, 1996). Si lo es, en cambio, denunciar lo que el mismo designa como "la nueva ilustración", la creencia en una realidad, en la que se habría alcanzado una completa comprensión de la vida y la muerte. Hoy, pueden proponerse causas científicamente comprobables sobre el origen de la vida, lo que arrancaría del campo de lo mítico a la vida y por consecuencia a la muerte. Se trataría de una consecuencia del progreso industrial,

comercial y tecnológico en la que, en todo caso, la racionalidad científica termina demostrándose impotente frente a la dimensión existencial del hombre.

Para Gadamer (1996), los ritos funerarios (que anteceden incluso a la usanza del lenguaje) se han constituido, desde antaño en signos que distinguen a las sociedades humanas de todas las demás. Planteará el autor que los progresos técnicos que han dado lugar a la "biologización" del proceso de morir, como fenómenos de nuestro tiempo, dan cada vez menos espacio a esos rituales. Reducirían, además, el acceso que pudiera tenerse a la experiencia de la muerte, excluyendo de ella a los sobrevivientes. Lo que estos argumentos ponen en primer plano, es una tendencia vigente que evidencia la dificultad humana para admitir el límite que la muerte impone a la vida: "Todos los cultos testimonian que los hombres no podían ni querían admitir el no-ser-más del muerto" (Gadamer, 1996, pág. 79).

A la desmitificación de la muerte le acompañaría su represión. La pérdida del lugar que la muerte tenía en la sociedad, evidenciada en los ritos funerarios, ha sido denunciada por numerosos autores. El mismo Freud, no se refiere en su obra al acontecimiento ritual que se genera a partir de la muerte de un ser altamente libidinizado como es el muerto. Gadamer (1996), propone la represión de la muerte como un asunto social y de la naturaleza, en su afán por reforzar la voluntad de existir de la criatura que se ve amenazada de muerte. Según el autor esta "conciencia de muerte", que no sería otra cosa que el instinto, es la responsable del aferramiento con el que los enfermos en situación terminal se sostienen en el deseo de vivir.

> Es necesario entender la represión de la muerte, como una actitud prístina del hombre que este adopta respecto de su propia vida, porque de este modo se limita a obedecer la sabiduría de la naturaleza[11], que se concentra en la decisión de reforzar, de cualquier manera, la voluntad de existir de la criatura cuando ésta se ve amenazada de muerte. La fuerza de las ilusiones con que

[11] Con esto y alusiones anteriores a la relación entre las culturas primitivas y la muerte, Gadamer sitúa en el campo de los fenómenos naturales, el origen de la tendencia a reprimir la muerte.

> se aferran a la vida los enfermos graves y los agonizantes habla de esto de manera muy clara (Gadamer, 1996, pág. 80).

Una cierta desacralización se haría presente, pero compartiendo espacio con el sostenimiento de unas prácticas y ritos. A pesar de que las religiones vienen perdiendo influencia con la ampliación del ateísmo, algunas prácticas mortuorias y el culto a los muertos mantendrían su lugar en la vida social de los pueblos. (Gadamer, 1996).

Otra manera de plantear el asunto de la muerte y más específicamente, la inquietud que ella despierta en el hombre de nuestros tiempos, aborda la problemática desde un sesgo distinto. ¿Puede la filosofía aportar algo a la comprensión de la muerte? es la pregunta que encabeza el artículo de Tugendhat (2001) en el que señalará que la filosofía, por sí sola, no es muy útil para conciliarse con la idea de la muerte. Uno de los argumentos que sostienen esta inviabilidad es que con sus herramientas conceptuales abstractas, la filosofía desfiguraría la experiencia de la muerte en aquello que tiene de "concreta y variable" (Tugendhat, 2001).

La idea de la muerte aparece en el horizonte de las elucubraciones de este autor, al considerar que existe la necesidad de una aclaración en torno a lo que se designa como miedo a la muerte. En esta búsqueda, el autor otorga el valor de criterio válido a la opinión general que describe algunas circunstancias que originan ese miedo. Tugendhat acude en la primera parte del citado texto, a lo que considera un "concepto pre teórico" en el relato de algunas personas, para hilarlo con ciertas reflexiones filosóficas. Esto implica, que en lo metodológico propone ir entre las opiniones y la aclaración filosófica.

El autor ubica, en un factor cuantitativo, aquello que determinaría el temor que pudiéramos sentir por la muerte. Ese factor tendría por carácter esencial el de estar vinculado a una percepción. Así, la posición desde la que se piensa la muerte, sería determinante en la percepción que se tenga de ella. En tal caso no es la duración de la vida lo que nos inquieta, no se trata de qué tanto vayamos a vivir porque sabemos que algún día moriremos.

(Tugendhat, 2001) Según el autor, es la perspectiva desde la que observamos la muerte, es decir, que tan pronto creemos que va a ocurrir, lo que determinará el concepto que nos hagamos de ella. La angustia que la muerte genera se asocia, entonces, a qué tan cercana observamos nuestra muerte.

La discusión que este autor plantea, se continúa con la introducción de la expresión "angustia vegetativa ante la muerte". Esta angustia se diferenciaría de aquella que puede aparecer cuando se reflexiona sobre la cercanía de la muerte. Se denomina angustia vegetativa a aquella que se presenta cuando uno cree estar en una situación amenazante que "puede, pero no tiene que llevar a la muerte" (Tugendhat, 2001, pág. 164). Se trata de un malestar que se presenta frente a una amenaza interna o externa, que no tiene la forma de un objeto intencional determinado.

El autor propone, entonces, el temor a la muerte cercana, la angustia vegetativa ante la muerte y posteriormente la conciencia de que algún día se morirá, como tres formas distintas de inquietud afectiva que la reflexión sobre nuestra muerte genera (Tugendhat, 2001). En lo que puede pensarse como un ejercicio intuitivo y no sólo lógico, el autor logra separar un rasgo importante que distingue a la muerte, percibida como un evento futuro que a todos nos acontecerá, de aquella otra que emerge de manera inquietante como algo cercano en el tiempo.

Después de una breve discusión, en la que señala que no está claro a qué teme el hombre cuando teme a la muerte, el autor se empeña con la tarea de examinar y vincular las opiniones de dos filósofos que le anteceden en la pregunta sobre este temor; son ellos Heidegger y Nagel. Buena parte de la digresión inicial que Tugendhat (2001) propone se dirige a definir la ambigüedad que presentan algunas nociones de la obra *ser y tiempo* de Heidegger, cuando intentan situar el origen de la angustia asociada a la muerte. Para ese autor, Heidegger comete un error cuando se abstiene de emplear palabras valorativas, que le hubieran permitido

deliberar sobre el problema, situando la vida y la muerte en las dimensiones que le corresponden (buenas y malas al mismo tiempo). Rebate además, el autor, la idea de que el carácter de no (das "Nicht") en oposición al *dasein* (el propio ser es el fin del querer) sea la causa de la angustia.

Por otro lado, existe una divergencia con Nagel, quien según Tugendhat (2001), positiviza la vida por considerarla un bien en sí misma, sin considerar que la vida es más que el conjunto de cosas que la hacen mejor. En otras palabras, Nagel, según lo propone Tugendhat pensaría bueno todo aquello que la vida permite: percibir, desear, actuar, pensar, sin aclarar que esto convierte a la vida en un bien sí mismo, independientemente de todos los bienes singulares que se le suman.

Aunque la conciencia no puede aclarar del todo el asunto del miedo a la muerte, como se deduce de la situación planteada por la noción de angustia vegetativa (una inquietud sin objeto puntual) bien podría determinar el valor de la vida. Esto implica, en términos prácticos que solo quien vive (está consciente de su existencia) puede decir algo de la vida y darle valor. En consecuencia, la conciencia es requisito necesario para que la experiencia vital sea calificada (Tugendhat, 2001).

La crítica a Nagel y más específicamente a su planteamiento de la vida como un bien en sí mismo, es sostenida en Tugendhat, por varios argumentos. El que se considera más relevante, pone de presente aquella situación en la cual la vida no puede ser pensada como positiva o agradable para una persona y es cuando aparece en esta vida, la dimensión del hastío. Aquellas personas cuya vida se experimenta como si estuviera vacía, durante largo tiempo, la perciben insoportable y por ello en vez de temer a la muerte, pueden desearla. Tugendhat señalará que por sí sola, la vida no puede ser placentera, que este valor es adquirido y dependerá del sentido o la plenitud que las vivencias le otorguen. De este modo, la vida en si misma sería neutral, falta de sentido, pero podría tenerlo en la medida en que el

individuo se lo dé. El empleo que haga de sus disposiciones, en un entorno que puede favorecer o no su desempeño, determinará para este individuo, lo que se denomina vivencia y alterará positiva o negativamente la percepción que tenga de la vida.

Lo que concluye Tugendhat (2001) es que no tememos a la muerte en general, sino al peligro que engendra la posibilidad de no poder dar valor o hacerle ganar más del que tiene, a una vida. En esto, la inminencia de la muerte aparecería como un mal que reduciría los espacios con los que se cuenta para hacer esa vida más llena de sentido.

Llegados al final de este capítulo, se ha podido observar el camino trazado por diversos planteamientos y categorías conceptuales, con las que se ha abordado el fenómeno que se cuestiona en este trabajo. Esos elementos teóricos, han surgido de una serie de trabajos, pertenecientes a varias disciplinas, que se han dedicado al estudio de lo humano, favoreciendo la búsqueda de respuestas sobre el padecimiento que atraviesa el sujeto enfrentado a la condición de finitud, que plantea la enfermedad terminal. Aunque ellos han permitido localizar la situación de enfermedad que nos convoca, esbozar los requerimientos terapéuticos del paciente, circunscribir el asunto de la pérdida funcional, el posible origen psíquico de la enfermedad y las repercusiones que ésta tiene en el psiquismo o cuestionar el impacto de la idea de muerte en la experiencia de un sujeto; no han agotado las elaboraciones de las que puede ser objeto la emoción dolorosa que se hace presente en una persona aquejada por una enfermedad, que se hace terminal. Este último elemento, ha venido asomándose en las lecturas que se han propuesto, sin extinguir la pregunta referida al mecanismo que subyace a dicha emoción.

El análisis, de buena parte, de los artículos que se han seguido y el uso continuado de ciertas nociones y conceptos, que en ellos fue observado, permitió que algunas categorías se hicieran particularmente relevantes para esta propuesta investigativa. Y lo hicieron porque fueron surgiendo, para nombrar de manera concreta, aspectos puntuales del padecimiento

subjetivo al que se veían expuestos los pacientes a cuyo acompañamiento se encamina este trabajo. Estos textos fueron mostrando la manera como: dolor, angustia y duelo se entrelazan de formas complejas detrás de la vivencia relatada por el enfermo terminal, convirtiendo a las tres categorías en ejes centrales del ejercicio discursivo, en el que se empeña esta investigación.

Mientras se analizaban las cualidades de la impresión dolorosa, a la que se ve expuesto el muriente, cuando la merma de una función orgánica le hace notar la gravedad de su condición, se observó un rasgo dinámico que estaba presente detrás de las tres expresiones de afección previamente mencionadas. Ese elemento terminó por hacerse muy relevante, dándole forma a la pregunta problema, por cuanto su "concurrencia" no había sido revisada en ninguno de los trabajos previamente examinados. Lo que se ha identificado en este continuo ir y venir entre los artículos empleados en la construcción del estado del arte y las situaciones de las que más se quejaron los pacientes con cáncer que se atendieron, es una serie de planteamientos metapsicológicos que invitan a revisar el juego recíproco de fuerzas que regulan el despliegue de ciertos procesos psíquicos detrás de distintas formas de afección dolorosa. Llevados por el razonamiento anterior, se ha decidido estudiar la transposición libidinal, que opera en el dolor físico y la pérdida funcional dentro de la experiencia relatada por el enfermo en situación terminal. Se apuntará por ello, en el siguiente capítulo, al dolor de órgano y el menoscabo de una función corporal en tanto comparten un rasgo, que no es otro que la concentración de libido en el objeto perdido o doliente. Con ello intentamos responder a la pregunta:

¿Qué disposición de la energía libidinal subyace al dolor físico, la pérdida funcional y la angustia en el paciente afectado por una enfermedad terminal?

2. Conceptualización freudiana en torno al dolor, la angustia y el duelo.

A lo largo del presente esfuerzo, una cantidad de energía no regulada fue mostrándose reiteradamente, en la vivencia del sujeto que observa la posibilidad de morir por la enfermedad que padece, como algo cercano. Esa cantidad se hizo notar en su relato y en el de sus familiares, pero también en el del equipo terapéutico que lo acompañó. Se trata de una suma que ha sido vinculada a los episodios de dolor incrementado y a los momentos en los que se perciben las terribles lesiones y transformaciones tisulares que el cáncer integra. Lesiones que terminan generando la caída de una función de órgano, por la inoperancia a la que se ven avocadas, una o más partes del cuerpo. Algunas quejas referidas por el paciente o uno de sus familiares, a las que se aludirá en el capítulo de materiales clínicos, permitieron deducir la presencia de ese monto de energía.

El recorrido, que se propone en este capítulo, tiene por meta revisar la transformación que se opera sobre una energía de ligazón, como lo es la libido, para llevarle a una energía no ligada, en el caso del padecimiento que se revisa. Cuando se habla de energía no ligada se está describiendo un vector que tiene lugar dentro del proceso primario, que no está anudado a ninguna representación y se esparce por el aparato psíquico, obligándolo a la angustia. Se sabe, de buena fuente[12], que el inconsciente simbólico está anudado al proceso secundario, mientras en el proceso primario subsiste una energía no ligada, que deviene trauma, y no se deja pasar por el proceso secundario.

En *Más allá del principio del placer* (1920) Freud plantea esta situación en los siguientes términos:

> Dado que todos los impulsos instintivos parten del sistema inconsciente, apenas si se constituye una innovación decir que siguen el proceso primario, y por otro lado, no es necesario esfuerzo

[12] Se puede revisar el *Proyecto de una psicología para neurólogos* y *Más allá del principio del placer*, para identificar los planteamientos de Freud en torno al proceso primario.

> alguno para identificar el proceso psíquico primario con la carga, libremente móvil, y el secundario, con las modificaciones de la carga, fija o tónica, de Breuer. Correspondería, entonces, a las capas superiores del aparato anímico la labor de ligar la excitación de los instintos, característica del proceso primario. (pág. 2524)

Para Freud, la trasposición de la energía psíquica, es decir, la transformación de una energía de investidura móvil en una predominantemente quiescente, asegura el imperio del principio del placer. El reemplazo del modo de funcionamiento primario por el secundario, se haría en parte posible, al asociar las mociones pulsionales que llegan al aparato psíquico. Freud (1920) planteará esta situación en los siguientes términos:

> Hemos reconocido como una de las más tempranas e importantes funciones del aparato anímico la de – ligar – los impulsos instintivos afluyentes, sustituir el proceso primario que los rige por el proceso secundario y transformar su carga psíquica móvil en carga en reposo (tónica). Durante esta transformación no puede tenerse en cuenta el desarrollo del displacer, pero el principio de placer no queda por ello derrocado. La transformación sucede más bien en su favor, pues la ligadura es un acto preparatorio que introduce y asegura su dominio. (pág. 2540)

En el mismo artículo, se indicará que el principio del placer concierne profundamente al funcionamiento primario del aparato psíquico. Esto es, que el proceso primario se rige por un principio económico que favorece la descarga de energía del modo más rápido y directo posible, con el fin de mantener en un nivel constante o bajo, el monto de excitación que llega a este aparato. Avalados por estos planteamientos, nos vimos llevados a proponer una conjetura que se comprobaría o modificaría a partir del relato que entregaron algunos de los pacientes atendidos. Se puede pensar que la angustia en el enfermo terminal, aparece como resultado de una energía no ligada, que no pasa por la represión y termina satisfaciéndose.

En este capítulo, se exploraran las condiciones bajo las cuales surge el dolor corporal, las coordenadas que permiten diferenciar al complejo melancólico del duelo y el desplazamiento libidinal que opera tras el fenómeno doloroso y la pérdida funcional. El recorrido que se

sugiere, llevará finalmente a cernir algunos aspectos de la propuesta freudiana en lo concerniente a la angustia, que permitirán articular las tres ideas rectoras de esta propuesta (dolor, angustia y duelo) en el abordaje de la experiencia que describen algunos enfermos terminales.

2.1 El dolor y la teoría del trauma en Freud. De un exceso que no puede ligarse.

En determinado momento del recorrido que se ha emprendido, se optó por indagar un aspecto de la vivencia de enfermedad, de especial relevancia para este trabajo, por cuanto plantea una dificultad frecuentemente identificada en los pacientes a cuyo malestar se ha dirigido la atención. Este fenómeno no es otro que la alteración de la experiencia vital que se hace presente, cuando el dolor físico irrumpe. La vivencia de algunos pacientes durante los periodos críticos de la enfermedad, ha adquirido por medio del dolor, un matiz particular. En el relato de estos sujetos y en consecuencia, en el horizonte del tratamiento médico, la sensación dolorosa es aludida frecuentemente. Se estudiará la transformación de las energías psíquicas, que subyace al trastorno doloroso, por cuanto en el caso concreto del cáncer en etapa terminal, puede llegar a convertirse en el problema más importante para estos pacientes.

La transformación del tejido vivo que la neoplasia comporta es avisada por el sistema nervioso con señales de dolor muy intensas. Un paciente con cáncer puede tener dolor a causa del tumor o de las metástasis porque estos "dañan o presionan las estructuras del cuerpo en donde están localizados" (Sociedad Española de Oncología Medica, 2007, pág. 17). Bien sea que se origine en la piel, los músculos o los huesos (dolor somático), en los órganos internos (visceral) o en las estructuras nerviosas (neuropático) el dolor que experimenta el paciente oncológico da cuenta de una alteración orgánica que debe ser atendida de manera urgente. En cualquiera de los tres casos, el dolor opera como señal, como indicio de que un órgano está afectado, razón por la cual es necesario intervenir, tratando aquello que lo origina. El empleo

de poderosos analgésicos está indicado dentro de la actuación médica, como un método notable para controlar el malestar.

Es fácil suponer que el dolor físico se circunscribe a la esfera de la neurofisiología, por lo que podría parecer atinado acudir exclusivamente a mecanismos fisicoquímicos y sitios neuroanatómicos para explicarlo (Nasio, 2007). Desde esta perspectiva, el dolor no es más que un síntoma a aliviar, mientras se diagnóstica y trata su causa. Ese modo de percibir el trastorno doloroso, se sustenta en una concepción de la experiencia corporal, que separa la unidad psique - soma para darle prioridad a lo orgánico. Quizá se haya encontrado natural, estudiar desde esta perspectiva lo concerniente a la fuente del dolor; sin embargo cuando se analiza en detalle la experiencia descrita por algunos pacientes en la etapa terminal de enfermedad, observando las circunstancias que hacen instalar el dolor en el centro de la vivencia, se encuentra algo más que el estímulo que nace de procesos neurofisiológicos. Ese algo más que se deduce, entre otras cosas, de la falta de empuje que el paciente muestra frente a cualquier iniciativa que desatienda el dolor, puede ser pensado en el nivel de lo que Nasio denomina el "factor psíquico que interviene en la génesis de todo dolor corporal" (El dolor físico, 2007) es decir, una serie de intelecciones, que explican cómo se origina el dolor, teniendo por causa un conjunto de fenómenos del plano psíquico.

Plantear que el dolor tiene un componente físico y uno psíquico es importante, pero lo es más, definir la forma como ellos se relacionan en el plano más íntimo. Al enumerar los factores que integran el trastorno doloroso, solo se toca tangencialmente lo esencial de esa experiencia. La empresa que se ha promovido plantea la necesidad de escuchar, además del sufrimiento corporal del paciente, las perturbaciones psicológicas que subyacen a ese sufrimiento, pero resulta inconveniente estudiar el dolor manteniendo la idea de una división fundamental entre la sensación dolorosa y el componente psíquico que puede encontrarse en

su origen. Con ello se desconocería que existe un cierto encadenamiento entre estas dos formas de estudiar la fuente del dolor.

La lectura inicial del fenómeno doloroso llevó a pensar que existía una relación unidireccional causa - efecto entre dolor físico y malestar psíquico, en la que el primero actúa solo como fuente. Con posterioridad y gracias al trabajo de Nasio que se ha citado, se observó la compleja relación que subsiste tras la afección dolorosa. Supimos así que la conmoción psíquica, en el caso de la conversión, caso que de cualquier modo se aleja de nuestros intereses, puede desencadenar un dolor real, ubicado en el cuerpo y experimentado como si se tratase de un dolor físico, sin que haya daño tisular alguno. Si se tiene en cuenta esto, se tendrá que reconocer que el dolor físico es tan capaz de producir malestar psíquico, como la conmoción psíquica de expresarse en lo somático. Vale la pena aclarar que en esta constelación de acontecimientos, la presente propuesta investigativa se interesa solo por el padecimiento que surge cuando hay una lesión orgánica en el origen del dolor. Se plantea esta anotación sobre el dolor en el caso de la conversión, solo para poder diferenciar el mecanismo de la dolencia que subyace a la experiencia del enfermo terminal, es decir, para separarlo de otros modos de afección dolorosa, en sus rasgos esenciales.

Se abordó entonces la experiencia dolorosa, circunscribiendo esa experiencia a uno de sus caracteres fundamentales. El dolor tiene por patrón esencial el de constituirse en un aflujo excesivo de excitaciones ante el cual el aparato psíquico no puede operar de modo efectivo. Algo similar ocurre con otro fenómeno de la vida psíquica abordado por el psicoanálisis, fenómeno que se conoce como *trauma*. En consecuencia, se ha venido explorando el estímulo doloroso vinculándolo con lo traumático, en tanto ambos representan una cantidad que no se deja tramitar o en términos freudianos, una energía que se opone a los intentos de ligazón. Vale la pena anotar, que se considera al dolor un efecto, una consecuencia de lo traumático; Más que equiparables, trauma y dolor pueden ser considerados como agente y efecto. Un

aumento de la cantidad que no logra tramitar el aparato psíquico por medio de la representación, rompe las barreras neuronales y hace trauma. Se apunta con esto a la vertiente económica del fenómeno doloroso, vertiente a la que también puede acudirse para explicar el mecanismo de la angustia y los estados depresivos que aparecen con la perdida funcional.

El término trauma designa un encuentro con algo no calculado, un suceso que se presentó de manera fortuita, una contingencia. El principal carácter del evento traumático es que no está regulado, por cuanto las barreras neuronales no pueden ejercer control sobre él. La primera doctrina del trauma lo plantea como algo exógeno, algo que viene de fuera. En los primeros acercamientos a la clínica de la neurosis, llega a concebírsele como un cuerpo extraño al que conviene extraer para aliviar los síntomas. Es así como en la comunicación preliminar de los *Estudios sobre la histeria*, plantea Freud (1893): "el trauma psíquico, o su recuerdo, actúa a modo de un cuerpo extraño; que continua ejerciendo sobre el organismo una acción eficaz y presente, por mucho tiempo que haya transcurrido desde su penetración en él" (pág. 43). Cuerpo extraño es un concepto de la medicina que Freud adopta, para explicar la irrupción de una cantidad no tramitada por la defensa psíquica.

La connotación de foráneo que el recuerdo traumático recibe dentro de la anterior cita, ofrece otras posibilidades de análisis. Ya se había planteado, siguiendo a dos autores que se ocupan del tema, la alteración de la experiencia corporal que sobreviene cuando el cuerpo propio es escenario de múltiples sensaciones displacenteras. Una suerte de apartamiento de ese cuerpo emerge, cuando se intenta tramitar la sobrecarga energética que la sensación incomoda comporta. Por otro lado, el cambio de percepción que lleva a reconocer en el cuerpo propio un objeto extraño, es fácilmente identificable en el relato de los pacientes que se han observado. Son frecuentes las expresiones que hablan de ese cuerpo como si no se reconociese, entablándose con él una relación de conflicto. Sobreviene entonces una aparente contradicción en lo referido a la fuente del malestar: el cuerpo, un objeto regularmente

percibido como propio, íntimo y familiar pasa a ser asociado a lo externo y lo foráneo. Si se piensa en la vivencia del enfermo terminal desde la lógica que plantea esta primera caracterización de lo traumático, puede indicarse que esa experiencia, cuando implica dolor, resulta traumática.

En términos generales el trauma puede ser descrito como un "acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad (…) de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica" (Laplanche, 1983). Desde la perspectiva económica, el traumatismo define la afluencia excesiva de estímulos para la vida psíquica, que supera la tolerancia del sujeto y los recursos con los que cuenta para ejercer control y transformar esas excitaciones. Freud hace resaltar en su definición de lo traumático el punto de vista económico, al proponerle de la siguiente manera:

> En realidad, ya el término "traumático" no posee sino un tal sentido económico, pues lo utilizamos para designar aquellos sucesos que, aportando a la vida psíquica, en brevísimos instantes, un enorme incremento de energía, hacen imposible la supresión o asimilación de la misma por los medios normales y provocan de este modo duraderas perturbaciones del aprovechamiento de la energía (Freud S. , 1916-1917 [1917], pág. 2294)

En el texto que permite extraer esta cita, el término "suceso" sirve para definir aquello a lo que se aferra el sujeto, en el origen de una neurosis traumática[13]. Así, una catástrofe o accidente en la que la vida es puesta en riesgo, generaría por efectos del devenir psíquico, un retorno frecuente de la vivencia que atormenta al sujeto. Vale la pena aclarar,

[13] Freud emplea la expresión neurosis traumática, para definir un tipo de afección psicológica, distinta a los tipos clínicos tradicionales (histeria, fobia y Neurosis obsesiva) en la que ha sobrevenido, por efectos de la guerra, una catástrofe o un accidente cualquiera, un peligro mortal. Las neurosis traumáticas comparten con las neurosis espontaneas, un rasgo esencial, cual es la fijación del sujeto al evento traumático.

que lo traumático en este caso, más que el acontecimiento en el que se corre un peligro mortal, es la fijación al recuerdo de ese evento.

Una parte de la vivencia que relata el enfermo terminal, cuando enfrenta las dificultades que la percepción de una muerte cercana le impone, puede pensarse como traumática: En la condición terminal de enfermedad el sujeto se encuentra ante una serie de eventos que pueden ocasionarle la muerte. Así, no solo la presencia de dolor físico, sino la noticia sobre el carácter de gravedad que reviste la enfermedad, la aparición y agravamiento de algunos síntomas, el agotamiento de los recursos terapéuticos disponibles o el deterioro funcional, circunstancias todas donde la vida se ve amenazada, podrían servir de insumo al temor que genera la posibilidad de morir. La impresión psíquica que cada una de las situaciones planteadas hace aparecer, se vuelve traumática, por cuanto el estímulo que representa para la vida psíquica, dada su intensidad, no puede ser tramitado adecuadamente. Esta falla en la administración del estímulo endógeno que desencadena la angustia, obedece muy poco a algún factor del que sea responsable el sujeto. Hay que tener en cuenta que no es posible elaborar psíquicamente la totalidad del aflujo de excitación que la situación terminal, por la cercanía de la muerte, impone. Sin embargo, el sujeto debe tratar de encargarse de esa suma no tramitada. Plantear algo distinto lo llevaría a exigir a los médicos que sean garantes absolutos del abordaje que su malestar requiere. Esto es, pretender que recaiga sobre ellos, la totalidad de la tarea y por tanto considerar erróneamente una falta ética grave, el que su exigencia no sea respondida.

Para que una situación se vuelva traumática es requisito, que el sujeto esté enfrentando ciertas condiciones específicas que incrementen su vulnerabilidad. Sin embargo, en casos puntuales, el evento desencadenante puede reunir algunas características, que impidan por sí mismas el tratamiento de la situación. (Laplanche, 1983) En el caso que nos convoca, siendo un caso extremo, el evento traumático podría impedir por su naturaleza misma, la posibilidad

de una abreacción de la experiencia. El sufrimiento que trae aparejada la enfermedad terminal es en cierta medida, infranqueable, pertenece al registro de *lo innombrable,* por cuanto su tramitación no es posible. Más allá de los esfuerzos por explicar el dolor que acompaña al deterioro orgánico, dentro de disciplinas como la biología o la medicina, no hay un recurso imaginario o simbólico en la psiquis humana que pueda dar cuenta de la alteración somática, en la que el enfermo está inmerso. Por eso la carga energética asociada al recuerdo del evento traumático en el caso de este enfermo, no puede encontrar su camino a la descarga.

En la traducción de *Trabajos sobre hipnosis y sugestión*, se define el trauma como "un aumento de excitación dentro del sistema nervioso, que este último no es capaz de tramitar suficientemente mediante reacción motriz"(Freud S. , 1892b). Hablar de aumento de excitación, conlleva necesariamente a designar la existencia de una cantidad que demanda de un cierto trabajo al aparato psíquico para conseguir la descarga. La introducción de la categoría *trauma psíquico*, en este mismo artículo, hace que la noción adquiera a partir de entonces el carácter de elemento localizable tanto en el campo de la presentación como en el de la representación psíquica. Decir que el trauma puede tener el carácter de psíquico, plantea que las impresiones, cuando deparan dificultades al sistema nervioso operan de manera similar a como opera una fuente externa de estimulación. En consecuencia, no solo la cantidad es traumática. La representación que se asocia a esa cantidad cuando se genera una impresión psíquica, también lo es.

Por la misma época, Freud llega a plantear que una impresión psíquica particular puede alterar el funcionamiento habitual del *yo*, obligándolo al empleo de unas defensas patológicas que operan siguiendo el modelo del proceso primario (Laplanche, 1983) Es bueno tener en cuenta esta situación porque ella plantea que el *yo*, componente del aparato psíquico, que regularmente intenta mantener equilibradas las cargas psíquicas, deja una impresión psíquica al proceso primario, cuando observa que no puede ejercer control sobre ella. En el caso que

nos compete, las defensas pueden hacerse manifiestas tanto en el paciente como en sus familiares, cuando el carácter descalificante de la enfermedad hace sucumbir la ilusión de omnipotencia e inmortalidad. El enfermo terminal y quienes le rodean, pueden caer así, en el empleo excesivo de unos dispositivos, que les mantendrán en negación o aplazando el reconocimiento de una realidad aversiva. Reconocer la insuficiencia de los medios habituales que la medicina tiene, para mantener o prolongar la vida, así como el inexorable avance de la enfermedad (representado en el dolor físico, algunos síntomas o la imagen de las lesiones tumorales) dejan al paciente en una posición de indefensión absoluta que rompe la continuidad imaginaria del *yo* y le hacen percatarse de su condición de ser mortal. Se ha planteado, acudiendo a Freud, que el inconsciente no alberga representación alguna de la muerte. Como complemento de esa idea, aquí se propone que ciertas manifestaciones presentes en el cuerpo – organismo logran advertir al *yo*, en el plano consciente, sobre el peligro de muerte que le acecha.

En *Más allá del principio del placer* (1920) Freud vuelve a utilizar la definición económica del trauma, lo que lo conduce a plantear la hipótesis de que un aflujo excesivo de excitación anula inmediatamente el principio de placer, obligando al aparato psíquico a realizar una tarea más urgente, que consiste en ligar las excitaciones de tal forma que se posibilite su descarga ulterior. Para ofrecer una teoría del trauma, Freud emplea en ese texto, la representación simplificada de una vesícula viva que debe rodearse de una capa protectora que le permita resguardarse de las excitaciones exteriores, incomparablemente más intensas que las energías internas del sistema, aunque dejándolas pasar en una relación proporcional a su intensidad, de forma que el organismo no quede desvinculado del mundo exterior. Cuando esta capa experimenta una perturbación extensa, aparecerá el trauma: la tarea del aparato consistirá a partir de ese momento, en movilizar todas las fuerzas disponibles, a fin de establecer una contra - carga y restablecer así las condiciones de funcionamiento del principio

de placer. Por la acción del traumatismo quedan abolidas ciertas condiciones que permitían al principio del placer operar. En ese texto, Freud planteará el asunto de la siguiente manera:

> El fracaso de esta ligadura haría surgir una perturbación análoga a las neurosis traumáticas. Sólo después de efectuada con éxito la ligadura podría imponerse sin obstáculos el reinado del principio del placer o de su modificación; el principio de la realidad. Más hasta tal punto sería obligada como labor preliminar del aparato psíquico la de dominar o ligar la excitación, no en oposición al principio del placer, más sí independientemente de él, y en parte sin tenerlo en cuenta para nada (Freud S. , 1920, pág. 2524)

Lo que planteamientos como este, permiten proponer en torno a una excitación extraordinariamente intensa, cómo lo es el dolor físico que acompaña al cáncer en etapa terminal, es que la irrupción del estímulo doloroso rompe las barreras de contención, obligando al sistema a un proceso en el que debe disponer de una energía de contra investidura que propenda por el cumplimiento del principio del placer.

Lo que resulta excesivo en el trauma es tanto un evento único, que resulta muy intenso, como al acopio de impresiones de menor intensidad, las cuales por separado no representarían mayor inconveniente. No se cumple el principio de constancia, porque el aparato psíquico no logra reducir la variabilidad del aflujo de energía (Laplanche, 1983). Si se considera a la luz de este planteamiento, una de las situaciones que se ha venido señalando a lo largo de la propuesta investigativa: la concurrencia de malestares de diversa índole que afectan al enfermo, su experiencia solo puede pensarse siendo traumática. Esto es, el sujeto afectado por una enfermedad terminal encara frecuentemente (lo plantea la misma definición de la situación terminal que ya se ha citado) una serie estímulos hiperintensos de diverso origen, que por sí solos (cuando son muy intensos) o por sumación, imposibilitan la tarea del aparato psíquico. Se tiene, por ejemplo, el caso del paciente que debe encarar simultáneamente el dolor físico, la percepción de una muerte cercana y la caída de una

función orgánica. En tal situación, la impresión psíquica asociada a cualquiera de los tres estímulos puede representar un problema para la estabilidad del sistema.

Llegados a este punto se quiere retomar la vivencia de dolor para hacer resaltar en ella una de las particularidades que ha atrapado de modo significativo el interés. Se trata de la potencia que despliega cuando opera como polo de atracción de importantes recursos circundantes. Al modo de una herida abierta, la ruptura de asociaciones que puede aparecer de manera contingente en uno de los sistemas psíquicos ejercerá, en el caso del dolor, un poderoso llamamiento de las cargas circundantes. En un trabajo temprano de Freud, conocido como *Manuscrito G. Melancolía*, se indaga sobre este asunto. Al revisar la relación entre dolor y melancolía, Freud, termina planteando que la ruptura de asociaciones que se produce cuando uno de los sistemas psíquicos pierde carga de excitación, produce dolor. La excitación ocupará a la red de representaciones circundante, cuyas cargas acudirán tratando de contrarrestar la acción de la energía liberada. Freud (1887-1902 [1950]) planteará esto en los siguientes términos:

> ¿Cómo explicar, pues los efectos de la melancolía? La mejor formulación, sería ésta: *inhibición psíquica con empobrecimiento instintual, y el dolor consiguiente.*
>
> Cabe imaginar que si el grupo sexual psíquico sufre una pérdida muy considerable en la magnitud de su excitación, ello lleve a una especie de *invaginación en lo psíquico* que ejercerá un efecto de succión sobre las magnitudes de excitación vecinas [véase la Fig. 2]. Las neuronas asociadas [con el grupo] deben ceder su excitación, lo que *produce dolor*. La disolución de asociaciones siempre es dolorosa. Como si fuera *por hemorragia interna,* prodúcese un empobrecimiento del caudal de excitación – es decir de la reserva libre – que se hace sentir en los demás instintos y funciones. Este proceso de invaginación tiene acción inhibidora y actúa como una herida, de manera análoga al dolor (pág. 3507)

Desde esta perspectiva, la sensación dolorosa puede surgir no sólo por la estimulación de ciertos órganos receptores en el sistema nervioso, también, la movilización de montos de

excitación que acuden a controlar la alteración energética, produciría dolor. Así al dolor de la lesión, en el caso que nos compete, se le sumaría el dolor de la respuesta psíquica, que aparecería como resultado de la movilización de energía de contra investidura.

La analogía que vincula dolor, ruptura de asociaciones y proceso secundario de intento de ligazón, no aparece solo en el documento de 1895. Una anotación a pie de página, en el citado Manuscrito, llevó a encontrarla en *Duelo y melancolía, Introducción al narcisismo* y *Más allá del principio del placer.* Freud planteará en el *manuscrito G,* que la ruptura de representaciones es siempre dolorosa y que produce un acopio de cargas de excitación que tendrá por consecuencia un "empobrecimiento pulsional": la reducción de los recursos que pueden alimentar el interés por otros objetos del mundo. La analogía de la herida abierta[14], se constituye en uno de los primeros intentos de Freud por explicar el acopio de energía del que se hace el dolor. En la misma línea de pensamiento, el autor planteará en *Más allá del principio del placer* (Freud S. , 1920):

> Probablemente, el displacer específico del dolor físico es el resultado de haber sido rota la protección en un área limitada. Desde el punto de la periferia en que la ruptura ha tenido efecto, afluyen entonces al aparato anímico central excitaciones continuas, tales como antes sólo podían llegar a él partiendo del interior del aparato. ¿Y qué podemos esperar como reacción de la vida anímica ante esta invasión? Desde todas partes acude la energía de carga para crear, en los alrededores de la brecha producida, grandes acopios de energía. Formase así una «contracarga» (*Gegenbesetzung*), en favor de la cual se empobrecen todos los demás sistemas psíquicos, resultando una extensa parálisis o minoración del resto de la función psíquica. (pág. 2521)

Tal situación de "desabastecimiento" en las demás actividades psíquicas, podría explicar, desde cierto punto de vista, la tendencia, frecuentemente identificada en algunos enfermos terminales, a evitar que sus vidas se ocupen con propósitos o intereses distintos a los que

[14] Analogía planteada inicialmente en el *manuscrito G,* que aparecerá luego en *Duelo y Melancolía* (1915[1917]).

plantea el dolor. Al acompañar a este paciente se observan, con cierta regularidad, conductas y respuestas que denotan una suerte de ensimismamiento, durante los episodios de dolor incrementado. El paciente, no podría atender, en tales circunstancias, asunto alguno distinto al malestar físico. No es extraño que en un momento así, quienes lo atienden, se vean arrastrados por una corriente que absorbe poderosamente sus esfuerzos. Las quejas de cansancio o estrés en los cuidadores, aparecen con más frecuencia en momentos como éste.

A propósito de la atracción que el dolor puede ejercer sobre la libido cuando su presencia agota otros intereses del sujeto, Freud llegará a plantear en *Introducción al narcisismo* (1914):

> Todos sabemos, y lo consideramos natural, que el individuo aquejado de un dolor o un malestar orgánico cesa de interesarse por el mundo exterior, en cuanto no tiene relación con su dolencia. Una observación más detenida nos muestra que también retira de sus objetos eróticos el interés libidinoso, cesando así de amar mientras sufre. (…) Diremos, pues, que el enfermo retrae a su *yo*, sus cargas de libido para destacarlas de nuevo hacia la curación. (pág. 2022).

En este caso, sensación penosa y enfermedad pueden ser equiparadas, para explicar la fuente de esa suerte de invocación, que el órgano doliente hace a la libido. Esta cita permite inferir que ante la presencia de enfermedad, el sujeto se mostrará empobrecido, sin recursos suficientes para amar. La retracción de cargas energéticas orientadas al *yo*, planteará al sujeto un cierto apartamiento del mundo. En el citado texto, un bello recorte de Wilhelm Busch en torno a lo que experimenta el poeta con dolor de muelas, ilustra mejor la idea: "concentrándose está su alma (…) en el estrecho hoyo de su molar" (Freud S. , 1914, pág. 2022). Lo que se pone en primer plano es una cierta concentración de la libido que aparece con el dolor. Cierto monto de libido es retirado del mundo para ir a concentrarse en el objeto. Interés y libido del yo se dirigen a un solo objeto, con consecuencias gravísimas para la dinámica psíquica. La estasis libidinal que así se opera, inhibe al individuo, por la conmoción de la que es víctima el *yo*, quien tendrá que vérselas en adelante con la dificultad que

representará libidinizar alguna parte de la vivencia cotidiana mientras intenta reestructurar un marco soportable de vida.

El trastorno doloroso puede ser explorado, acudiendo a la perspectiva abierta por el psicoanálisis, cuando se emplean algunos de sus planteamientos metapsicológicos. En palabras de Nasio, un investigador cuyo trabajo es ampliamente reseñado en este apartado, por lo mucho que aporta en la descripción del fenómeno doloroso, esto sería:

> (…) tenemos que observar a través de la lente de la metapsicología y descender al corazón del yo para encontrar allí la psicogenesis del dolor. Queremos penetrar la trama íntima de las representaciones inconscientes, delimitar con la mayor precisión las fluctuaciones de las tensiones psíquicas y comprender así la incidencia irreductible de la psique en el nacimiento del dolor corporal (Nasio, 2007, pág. 13)

Nasio circunscribe el fenómeno doloroso a distintas esferas, planteando la existencia de tres tiempos, en su génesis. Ellos son designados como el tiempo de la lesión, el de la conmoción y el de la reacción. El primer momento implica una ruptura que desencadena una reacción defensiva del *yo* en un intento por contener el movimiento del segundo momento. Para este autor, un dolor intenso siempre nace de una intensa conmoción del *yo*. Esto indica que el dolor plantea una falla en la reacción de esta instancia, en tanto ella no logra poner freno al efecto de la lesión (Nasio, 2007). Según este autor, cuando el tejido vivo se daña el *yo* logra ejecutar dos percepciones simultáneas. La primera estaría referida al estímulo doloroso que es situado en la superficie imaginaria del cuerpo, la segunda se relacionaría con el estado de conmoción que el *yo* experimentaría, como si se tratase de un movimiento interno: "Percibe a la vez un dolor que localiza en el nivel de la lesión cutánea y un estado de conmoción interior que lo invade" (Nasio, 2007, pág. 17).

Desde el modelo energético planteado por Freud en el *Proyecto de una psicología para neurólogos* (1895 [1950]) y empleado por Nasio en *el dolor físico* (2007), el daño en los tejidos se traduce en una excitación brutal percibida imaginariamente en la periferia: "El *yo*

que sufre percibirá imaginariamente cualquier lesión como una embestida exterior al yo" (Nasio, 2007, pág. 18). Propondrá el autor que en tales circunstancias, el estímulo se transforma inmediatamente en una corriente de energía interna devastadora y no dominada que hunde al *yo* en un estado de shock traumático. Como puede observarse, las categorías interno – externo, son empleadas por Nasio para describir distintos caracteres de la percepción que impacta al *yo*, durante la experiencia dolorosa.

Cuando se produce un accidente muy grave, el *yo* dejaría de estar disociado del cuerpo y dejaría de percibirle como una unidad exterior. En estas circunstancias lo que se quebraría, sufriría y convertiría en dolor sería todo el ser: "el yo se lanza perdidamente sobre el símbolo del lugar alcanzado por la agresión y se une afectivamente a él con todo su ser" (Nasio, 2007, pág. 41). La experiencia que lleva a percibir una especie de integración *yo* – cuerpo, engendrada por el dolor de la enfermedad, ya había sido señalada en la propuesta de otro de los autores que se ha abordado. Lo que con esto se plantea es que la invasión de estímulos displacenteros que el dolor plantea, impacta por igual lo orgánico (el sistema nervioso) y el *yo*, unificando dos elementos coexistentes que se experimentaban como si estuviesen separados. No hay *yo* sin cuerpo, la instancia yoica no puede sobrevenir en ausencia de una materia que le sirva de sostén. En la experiencia dolorosa, según se ha venido planteando, el espacio que separa al yo del cuerpo desaparecería. En palabras de Nasio (2007) "es un dolor que yo no domino; él me posee a mí: –soy todo dolor–" (pág. 21). No es difícil encontrar el uso de expresiones similares, a las que se emplea en esta cita, en los pacientes a quienes se dedica este esfuerzo.

La percepción de una excitación dolorosa, imprime inmediatamente en el *yo*, una imagen del lugar lesionado del cuerpo (Nasio, 2007). Con esta representación, la sensación dolorosa se reaviva. Esa imagen mental nacida de la percepción de la lesión fija el dolor vivido en una parte precisa del cuerpo. Cuando la percepción dolorosa es ecolocalizada parece lograr

autonomía y separarse del cuerpo tiranizando, socavando y debilitando al *yo* (Nasio, 2007). Según el autor, así surge una aparente contradicción, pues el sentimiento de que el asiento del dolor está en la herida, convirtiendo a esa zona en un elemento hostil, comparte escenario con el hecho que el dolor está en el *yo* mismo condensado en la imagen mental del lugar lesionado (Nasio, 2007). De esta manera, el dolor de la lesión incidiría desde la exterioridad mientras que el de la conmoción consumiría al *yo* desde el interior. La consecuencia de esto sería que tanto la corriente no dominada de la lesión tisular como la representación asociada, hundirían al yo en un estado de shock traumático.

El exceso de carga energética depositado en una representación, se traduciría en dolor, por la exclusión de esa impresión. El aislamiento a que es sometida la representación mental del órgano lesionado, haría desaparecer la cohesión psíquica, obligando al yo a funcionar con una estructura desestabilizada, fragmentada. De este modo el yo conseguiría contener la conmoción pero a un costo muy alto, al dolor originario terminaría sumándosele el que produce la saturación de energía que la representación de la lesión recibe. Nasio (2007) plantea esta situación en los siguientes términos:

> El yo consiguió contener la conmoción pero para hacerlo tuvo que pagar el precio de engendrar un monstruo de afecto que ahora le perturba. Lo que hace nacer el dolor que es, sin duda, la polarización de toda la energía psíquica en una única representación que ha quedado descentrada (pág. 42).

Si llevamos esto a la esfera que interesa a este trabajo, se puede plantear que para el enfermo terminal, la representación imaginaria[15] del área que hace emerger el dolor, se constituye en una segunda fuente de malestar (la primera es la sensación dolorosa misma). De tal modo, que este individuo intensamente afectado por la experiencia dolorosa, tendría que encarar la suma energética que ha surgido cuando el dolor de la lesión y la conmoción se

[15] Término empleado por Nasio para representar lo que Freud llamaría *impresión psíquica*

unen, a causa de un proceso en el que se muestra la inevitable falla del *yo*, en el control de la representación hiperintensa.

Cuando acudimos al tercer momento en la formación del dolor, orientados por el texto de Nasio, que tantos rendimientos ha permitido en este aparte del trabajo, encontramos el *tiempo de la reacción*. Un período de espantada defensa que incrementaría aún más, el sufrimiento al que está expuesto el *yo*, por el inmenso esfuerzo que le demanda la tarea de contener la perturbación (Nasio, 2007). Este tercer momento, definido por el trabajo de defensa, demandará del *yo* la disposición de toda su energía, con el fin de operar un esfuerzo de contra carga. En palabras de Nasio esto sería:

> En respuesta a la agresión, el Yo concentra toda la energía de que dispone alrededor de la herida para tapar la brecha y detener el aflujo masivo de excitaciones. Ese movimiento reactivo de energía – que Freud llamó "contra investidura" o "contracarga"- es lo que intenta frenar la irrupción brutal de energía liberada. (Nasio, 2007, pág. 38)

Si se intenta resumir los tiempos de la irrupción del dolor según lo que plantea este autor, se debe plantear que el fenómeno doloroso va acrecentándose de manera sucesiva, mientras se conduce entre el momento de la sensación inicial, el de la representación interna y el de la denodada defensa. ¿No plantea esto acaso, que ante la presencia de dolor, en el atravesamiento de distintos momentos, el enfermo terminal debe enfrentar una situación crecientemente traumática? Se puede plantear esa interrogante, al suponer que no solo debe actuar ante la cantidad, representada en la sensación dolorosa, proveniente del órgano afectado. Tendrá que encarar también la fuerza interna que invade su *yo*, con la representación imaginaria del lugar de la lesión y luego, hacerse cargo de la energía de contrainvestidura en la defensa contra el estímulo inicial. La combinación de las cantidades, representadas en el estímulo inicial y en las representaciones consecuentes, hará más difícil el trámite de tales impresiones.

En este punto, no pudo ser menos que llamativo encontrar en un autor que aborda la dinámica psíquica que subyace al dolor físico, como lo es Nasio, una alusión al duelo, otra forma de padecimiento a la que nos hemos orientado en este trabajo. Un planteamiento que integrara estas dos afecciones resultaba, cuando menos, necesario para este ejercicio investigativo. Hay que señalar que la pregunta de investigación apuntó, precisamente, a las relaciones que pueden establecerse entre distintos modos de afección subjetiva.

El mecanismo del dolor corporal evocaría según Nasio, el que rige en la formación del dolor psíquico. En este punto, con el término dolor psíquico, Nasio (2007) evoca el dolor de amar, dolor que remite a un objeto amado y perdido o más específicamente a la representación de ese objeto (persona, cosa o valor). El modelo con el que se explica el dolor físico es muy similar al que determina la aparición de dolor psíquico: "Destaquemos que ese encadenamiento de causas del dolor corporal evoca al que preside en la formación del dolor psíquico. Veremos que los esquemas lógicos que explican ambas formas de dolor son casi idénticos" (Nasio, 2007, pág. 43). Así el dolor de la pérdida del objeto que se intenta tramitar con el duelo, sigue en su génesis el mismo proceso que el dolor corporal, producto de la catectización de la imagen hiperintensa. En palabras de Nasio (2007):

> *Lo que engendra el dolor es la valorización afectiva, demasiado intensa, de la representación que está en nuestro interior de la cosa a la cual estábamos ligados y de la cual ahora hemos sido privados, sea una parte de nuestro cuerpo o el ser que amamos* (pág. 40)

Para este autor el aspecto más importante del dolor corporal es su carácter de "afecto que experimenta el *yo* cuando herido, conmocionado o rememorando un dolor pasado hace el esfuerzo de sobre investir la imagen de la parte dolorida" (Nasio, 2007, pág. 46). El malestar que enfrenta el *yo*, en el caso del dolor corporal, se daría, entonces, en tres tiempos y en un proceso que resultaría terriblemente molesto, no sólo por el estímulo energético que desencadenará la respuesta defensiva, sino por la reacción defensiva en sí misma. Puede plantearse que en los pacientes, cuyos relatos han sido agregados en el material clínico, la

presencia de dolor implica la ocurrencia de complejos procesos psíquicos que resultan traumáticos.

2.2 Duelo y melancolía. La pregunta por el asunto de las pérdidas aplicada al caso del enfermo terminal.

Al evaluar el rumbo de la investigación, acudiendo a los planteamientos del apartado previo, se ha podido observar cómo, el interés por la vertiente metapsicológica y más específicamente, por el componente económico de la emoción dolorosa, ha venido haciéndose prevalente. Esto se demuestra al comprobar que los modelos conceptuales freudianos a los que se acudió en esa ocasión, mantienen cierta distancia de la experiencia y la observación clínica. La teoría del dolor que se intentó elucidar, también empleó formulaciones metapsicológicas, al describir la distribución de la energía dentro de un esquema que integró un aspecto tópico, uno dinámico y uno económico. Obramos siguiendo el mismo enfoque, al identificar detrás del fenómeno doloroso, la presencia de una cantidad que no se deja tramitar y que impone al aparato psíquico la ardua tarea de ligar el montante de energía desbordada.

Dado que otro fenómeno presente en la experiencia descrita por el paciente con cáncer en situación terminal, podría integrar los mismos caracteres identificados tras la vivencia de dolor, es decir, podría ser descrito acudiendo a distintos planteamientos, dentro de la llamada metapsicología freudiana, fue importante evaluarlo. Así, aludiendo al tema de las investiduras energéticas y la distribución de la energía pulsional, se indagó por los modos de afectación subjetiva que podrían comportar ciertas pérdidas, a las que se ve frecuentemente conducido el sujeto que padece de cáncer, cuando la enfermedad lo enfrenta a la merma de una función orgánica.

Sin embargo, ya que articular el modelo económico y la perdida funcional, no es la única iniciativa que impulsa este apartado, no se ahondará desde el principio, en el factor cuantitativo. En cambio, se analizaran, en la primera parte de esta sección, algunas premisas freudianas en torno a la manera como el sujeto responde a las situaciones de pérdida, articulando para tal fin, la pérdida inscrita en la situación terminal de enfermedad y los dos estados depresivos que le dan título al artículo freudiano, *Duelo y Melancolía*. Este esfuerzo podría ser útil, para explicar el drama al que se ve expuesto el sujeto que enfrenta las situaciones de deterioro físico, que se han venido reseñando.

Se intentará entonces, el abordaje de las dos nociones que se trabajan en el citado artículo, persiguiendo para tal fin, esa sutil diferencia que Freud establece cuando apunta a un objeto perdido inconsciente, en la base de la segunda afección (La melancolía). Se dejará para uno de los apartados siguientes, la revisión de una línea de pensamiento que desarrolla la vertiente económica que subyace tanto a la vivencia de dolor, como a los estados depresivos. De esa vertiente solo se señalará, en el presente inciso, la sustracción de libido que se opera en el trabajo de duelo, por ser esta una operación económica.

Duelo y melancolía (1915 [1917]) es un texto que se esfuerza por delimitar la noción de melancolía, apoyándose en las similitudes y diferencias que mantiene con la de duelo. La obra se constituye en una propuesta orientada, por completo, al análisis de la melancolía, que emplea como herramienta al duelo y como método la contrastación. El autor, deja esto claramente planteado cuando propone al inicio del artículo: “vamos a intentar esclarecer la esencia de la melancolía comparándola con el duelo, afecto normal paralelo a ella” (Freud S. , 1915 [1917], pág. 2091). Para este momento de la creación psicoanalítica, Freud ha logrado establecer que el duelo y la melancolía se constituyen en estados depresivos disimiles, que comparten algunos rasgos.

En los comentarios finales del citado artículo se propone que el término alemán "Trauer" que traduce "duelo" en castellano, se emplea para designar tanto el sentimiento doloroso, como su expresión exterior. Esto plantea, que por lo menos en el lenguaje común, con tal término se designa, no solo el trabajo de encadenamiento simbólico que ocupa a quien enfrenta una pérdida, sino también la manifestación dolorosa que se hace presente ante tal evento. Es decir, la expresión duelo apunta a la elaboración con la que se intenta superar una pérdida y al sentimiento que acompaña el proceso. Freud propondrá que el duelo es un afecto corriente que comparte con la melancolía ciertos caracteres. Para este autor los afectos son cantidades (de energía) que aparecen ante un hecho de la vida psíquica, en este caso, ante la ocurrencia de una pérdida. En palabras de Freud (1915 [1917]) esto sería:

> El duelo es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc. Bajo estas mismas influencias surge en algunas personas, a las que por lo mismo atribuimos una predisposición morbosa, la melancolía en lugar del duelo (pág. 2091)

La connotación de objeto perdido, implícitamente expuesta en esta definición, no deja de lado el objeto que interesa a esta propuesta investigativa, siendo éste la función orgánica que se va extinguiendo por la presencia de una enfermedad. En el relato de algunos pacientes afectados por una enfermedad terminal o en el de sus cuidadores y familiares, suele insistir como queja, la pérdida de una función corporal. Los cambios que a nivel orgánico se presentan en esta etapa del proceso patológico, imponen al psiquismo la dura tarea de arreglárselas con la merma o desaparición de algunas facultades. Acciones voluntarias como alimentarse o desplazarse, siendo labores que regularmente revisten poco interés para alguien que no está enfermo, pueden verse severamente afectadas en un paciente terminal. El deterioro físico, trae aparejados una serie de cambios en la actividad regular que no dejan de ser problemáticos. Bien sea porque un órgano ha dejado de operar de manera parcial o total, o porque el organismo completo falla como producto de múltiples deficiencias que se suman en

esta etapa, el enfermo se ve interrogado por alteraciones de la experiencia vital, que lo afectan profundamente, modificando la manera como se relaciona con el mundo y las personas de su entorno. Así, la dependencia de los cuidados del otro o la dificultad para acercársele, pueden sobrevenir como dos modos de afectación del vínculo social que, paradójicamente, resultan casi opuestos. La relación entre el enfermo y quienes le acompañan (personal de salud, familiar, cuidador) sufrirá en estas circunstancias importantes trastornos, alteraciones que en buena parte de los casos se afrontaran con la ortopedia del órgano[16].

Volviendo a la cita que antecede a esta reflexión, ha de indicarse que la descripción que Freud hace de los objetos cuya pérdida puede desencadenar la reacción de duelo, abre la puerta a varias interpretaciones. No solo puede tratarse de una persona muy apreciada o de un ideal (la patria, la libertad) sumamente valorado. La expresión "abstracción equivalente" permite suponer que cualquier representación cargada de afecto, es capaz de procurar, al perderse, la respuesta de duelo. En todo caso será necesario que se cumpla una condición: La libido de objeto debe estar presente, es decir lo que asemeja al ser amado y a la abstracción que puede perderse, es que ambos elementos se constituyen en objetos fuente de satisfacción, a los que se ha fijado la libido objetal. Las representaciones psíquicas de esos objetos debieron haber recibido previamente un importante monto de carga afectiva. Observando esta situación, se debió indagar por el objeto que se va perdiendo en la situación de enfermedad que nos convoca, es decir, se hizo necesario determinar si una función corporal puede ser pensada como un objeto cargado libidinalmente susceptible de perderse. Se encontró, acudiendo al concepto de narcisismo, que el cuerpo propio o cualquiera de sus partes puede acoger una intensa carga libidinal. En consecuencia el órgano que sucumbe ante el deterioro

[16] La falla en la función excretora es sobrellevada con pañales o enfrentada con sondas, ostomias y drenes. La ineficacia de la analgesia que el cuerpo propio produce es suplida con fármacos. La reducción en la capacidad para deglutir o asimilar los alimentos es reemplazada con medios físicos artificiales.

físico que la enfermedad plantea, podría considerarse un objeto perdido, dentro de la connotación que Freud le da a tal objeto, en la definición del término duelo. Esto es, si se piensa el cuerpo como un objeto cargado por libido especifica del yo (libido narcisista), puede esperarse que ante su quebranto, se dé una reacción parecida a la del duelo. Sin embargo, antes de dar demasiado crédito a esta conjetura, se ha de aceptar, que lo que plantea *duelo y melancolía*, cuando establece los objetos cuya pérdida desencadena la respuesta de duelo, puede resultar por sí sólo, insuficiente para confirmar el planteamiento que se acaba de observar. Solamente cuando se introduzca la posibilidad de un *yo* que puede tomarse por objeto a sí mismo, opción que se describirá al abordar *Introducción al narcisismo*, se podrá plantear la conveniencia de pensar el cuerpo y las funciones que de él emanan como objetos de amor y consecuentemente definir mejor el objeto que se pierde en la situación de deterioro funcional.

Las manifestaciones afectivas más comúnmente descritas por algunos pacientes terminales, cuando aún tienen la energía y el nivel de conciencia suficiente para hablar sobre su padecimiento, plantean la existencia de un profundo sentimiento de tristeza y la reducción del interés general por las circunstancias del entorno, siempre que éstas no tengan que ver con su malestar. Tales fenómenos llevan a relacionar el padecimiento que enfrentan estos sujetos, con algunas circunstancias que se hacen presentes en los estados depresivos, que Freud describe en *Duelo y melancolía*. Se ha observado que las manifestaciones de padecimiento subjetivo identificadas en los pacientes y las dos formas de alteración dolorosa que ya se han nombrado, comparten al menos tres caracteres: la ocurrencia de una situación de pérdida, la aparición de manifestaciones intensas de aflicción y la pérdida de interés por actividades o situaciones ajenas a las que comporta la enfermedad. Revisar el tratamiento que se ha dado a las citadas nociones, puede ayudarnos a analizar la forma como algunos enfermos terminales,

reaccionan ante las pérdidas, para definir si esta reacción tiene rasgos melancólicos o de duelo.

La primera forma de diferenciar Duelo y Melancolia, a la que Freud alude, deja al duelo del lado de las respuestas normales, ante un evento penoso. La melancolía en cambio, pasa a ser considerada un evento patológico que se hace notar en quienes la padecen, por una serie de caracteres esenciales, que Freud (1915 [1917]) describe de la siguiente manera:

> La melancolía se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la perdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones, de que el paciente se hace objeto a sí mismo, y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo. (1915 [1917], pág. 2091)

Son éstas, particularidades que la melancolía comporta y que se tuvo oportunidad de contrastar con la experiencia observada en algunos pacientes. En tal proceso, se hizo notorio que la aflicción, la pérdida de interés por los objetos del entorno, el retraimiento, y la dificultad para ligar nuevos objetos amorosos, estuvieron presentes. La alteración del amor propio, en cambio no se observó. Esto último, invitó a pensar en que al menos en una de sus cualidades, el proceso psíquico que le sigue a una pérdida, en el enfermo terminal, no puede ser considerado dentro del complejo melancólico.

Volviendo a la tarea de distinguir las dos formas de afección dolorosa que se han venido tratando, debe decirse que el duelo integra todos los caracteres identificados en la melancolía, menos uno: La perturbación del amor propio. Todas las manifestaciones del duelo serían una muestra del retraimiento del *yo*, que coartado ante las contingencias que enfrenta el sujeto, deja de contar con recursos para orientarse a otros propósitos e intereses. Freud (1915 [1917]) planteará esta situación en los siguientes términos:

> El duelo (…), integra el mismo doloroso estado de ánimo, la cesación del interés por el mundo exterior (…), la perdida de la capacidad de elegir un nuevo objeto amoroso (…) y al

> apartamiento de toda actividad no conectada con la memoria del ser querido. Comprendemos que esta inhibición y restricción del *yo* es la expresión de su entrega total al duelo que no deja nada para otros propósitos e intereses. (pág. 2092)

En consecuencia, el duelo plantea la afectación de un *yo*, que absorbido íntegramente por la tarea que le ha sido impuesta, no tiene con qué respaldar pretensiones distintas a las que le traza el objeto perdido. Esta anotación sobre la forma como el *yo* es perturbado ante la pérdida de un objeto amoroso, hace pensar en la desvinculación del mundo exterior, que puede apreciarse en muchos enfermos terminales. En algunos de los casos tratados, cuando existió una fuerte orientación hacia el entorno y el paciente llegó a plantear que añoraba ciertas situaciones que antes de caer enfermo eran habituales, la pérdida aludió a la capacidad física que permitía satisfacer tales actividades, más que a la actividad misma. Es decir, la añoranza recayó principalmente sobre aquello de su cuerpo, que no favorecía el desplazamiento, en detrimento del interés por la actividad social que dejo de ejercerse. El entorno físico y social pudo adquirir así, el carácter de objeto digno de interés, solo por su vinculación con la pérdida funcional.

Hay que plantear, siguiendo a Freud, que tanto en la melancolía como en el duelo el estado de ánimo es doloroso. En este punto, el autor pasa rápidamente la hoja cuando advierte que tendría que acudir a la vertiente económica del dolor, para explicar el carácter penoso de ambas afecciones. Freud indicará que al no haber caracterizado aun el dolor a nivel económico, no puede llevar más lejos sus hipótesis: “Aceptamos también el paralelo, a consecuencia del cual calificamos de – doloroso – el estado de ánimo del duelo. Su justificación se nos evidenciará cuando lleguemos a caracterizar económicamente el dolor” (Freud S. , 1915 [1917], pág. 2092)

Para el autor en el duelo, el examen de realidad muestra que el objeto amado ha dejado de tener presencia, por lo que demandará de la libido, el abandono de todas sus ligaduras con el mismo. Este trabajo absorberá al *yo* reduciendo su interés e inhibiéndolo. El duelo supone entonces, el retiro de la libido del objeto amado ahora inexistente.

> ¿En qué consiste la labor que el duelo lleva a cabo? A mi juicio, podemos describirla en la forma siguiente: el examen de realidad ha mostrado que el objeto amado no existe ya y demanda que la libido abandone todas sus ligaduras con el mismo. Contra esta demanda surge una oposición naturalísima, pues sabemos que el hombre no abandona gustoso ninguna de las posiciones de su libido, aun cuando les haya encontrado ya una sustitución. (Freud S. , 1915 [1917], pág. 2092)

El objeto perdido estaba cargado libidinalmente y desligar esa carga tomará tiempo y esfuerzo. Lo que ordena el principio de realidad no puede ejecutarse con inmediatez, por lo que mientras se realiza la labor que el duelo comporta, dice el autor, el objeto perdido seguirá existiendo en el plano de lo psíquico. Lo que esto plantea, es que las representaciones psíquicas en las que se enlazan el objeto y la libido, serán inicialmente sobrecargadas en el esfuerzo por restarles libido. En palabras de Freud (1915 [1917]), esto sería:

> Lo normal es que el respeto a la realidad obtenga la victoria. Pero su mandato no puede ser llevado a cabo inmediatamente y solo es realizado de un modo paulatino, con gran gasto de tiempo y de energía de carga, continuando mientras tanto la existencia psíquica del objeto perdido. Cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen un punto de enlace de la libido con el objeto es sucesivamente despertado y sobrecargado, realizándose en él la sustracción de la libido. (Freud S. , 1915 [1917], pág. 2092)

Lo anterior implica que al término del trabajo de duelo, la libido sustraída del objeto perdido es colocada en un objeto nuevo. Este desplazamiento libidinal puede pensarse como algo característico del proceso denominado duelo. Se trata de una tarea que ocupa completamente al *yo* y que no le permite dedicarse a otros asuntos. La labor representada en

el duelo, según el autor, es una labor del *yo*, por lo que no es erróneo plantear que es, esta instancia psíquica la que se encarga de deshacer las ligaduras, que se mantienen con el objeto amado y perdido. A esa labor, se opondría una tendencia originaria muy fuerte, que procuraría mantener la asociación libidinal que existía, antes de la pérdida. Se buscará, también, reemplazar el objeto con la variante psíquica a la que estaba enlazado, lo que implicará inhibición del yo (reducción de las funciones) y falta de interés por el mundo exterior. El tratamiento de la energía libidinal, requiere ahora de una carga de contra investidura. La energía de carga que el *yo* emplea, en el esfuerzo por lograr desligarse del objeto, es energía de contra carga, es decir un monto proporcional a la cantidad que intenta desligarse.

A lo largo del artículo que se ha venido tratando, el *yo* aparece enfrentado a la inhibición y el empobrecimiento que le impone el proceso. En cualquier caso, como una instancia a la que se le demanda una importante tarea. Solo cuando el proceso de duelo se ha completado, el *yo* contará con el capital libidinal del que disfrutaba antes del acceso penoso. Vuelve, entonces, el *yo,* a estar exento de toda inhibición, dirá Freud (1915 [1917]) lo que le permitirá relanzar a un nuevo objeto, las cargas afectivas.

Otra de las diferencias que Freud establece entre el duelo y la melancolía, se hace presente al señalar que en la melancolía, el sujeto puede no ser plenamente consciente de lo que ha perdido. Esto supone que hay pérdidas conscientes y pérdidas inconscientes. Lo que puede plantearse como una de las particularidades de la melancolía es que el objeto perdido es inconsciente. Freud planteará eso en los siguientes términos.

> Apliquemos ahora a la melancolía lo que del duelo hemos averiguado. En una serie de casos constituye (…) una reacción a la pérdida de un objeto amado. Otras veces, (…) la pérdida es de naturaleza más ideal. (…). Por último, en otras ocasiones creemos debe mantener la hipótesis de tal perdida; pero no conseguimos distinguir claramente qué es lo que el sujeto ha perdido, y hemos de admitir que tampoco a este le es posible percibirlo conscientemente. A este

> caso podría reducir también aquel en el que la pérdida, causa de la melancolía, es conocida al enfermo, el cual sabe a *quién* ha perdido, pero no lo *que* con él ha perdido. De este modo nos veríamos impulsados a relacionar la melancolía con una pérdida de objeto sustraída a la conciencia, diferenciándose así del duelo, en el cual nada de lo que respecta es inconsciente (Freud S. , 1915 [1917], pág. 2092)

El duelo en Freud, consiste en el proceso de elaboración psíquica que permite, reemplazar un objeto que desaparece, por uno nuevo, mediante la renuncia al primero y la posterior libidinización del segundo. La melancolía, por otro lado, plantea un retiro de la libido sobre el yo, que por identificación con el objeto perdido, recibe una sobrecarga energética. El dolor de la melancolía recae sobre el objeto perdido que para el caso, no es otro que el *yo* del melancólico. Sin la introducción del *yo* como objeto de amor, planteada con la noción de narcisismo, no se podría pensar en la perdida que acontece con el deterioro funcional, en el paciente que se ve expuesto a la enfermedad terminal.

El *yo* del melancólico se describe como no merecedor de estima, sin valor y moralmente indigno. Se trata de un yo empobrecido por cuanto no despierta interés o amor por parte del sujeto: "en el duelo el mundo aparece desierto y empobrecido ante los ojos del sujeto. En la melancolía es el *yo* lo que ofrece estos rasgos a la consideración del paciente" (Freud S. , 1915 [1917], pág. 2093). Freud denomina a esta tendencia "delirio de empequeñecimiento" y a la entidad operante, conciencia moral. Se trata de un *yo* que se considera incapaz de acometer alguna tarea valiosa. Esta concepción tan negativa de sí mismo, aunque muchas veces no coincida con la opinión que los demás puedan hacerse del paciente , será considerada por Freud, como muestra de una vivencia efectiva. Es decir, bien sea que se acerque o no a la realidad, el paciente describe fielmente su situación psicológica, una en la que no puede amar, dirigir su interés a otros objetos del mundo o desenvolverse en él. Los autoreproches y el menosprecio de sí, son manifestaciones que aparecen como consecuencia

de esa situación. El empobrecimiento del *yo* dentro de la melancolía en oposición a lo que ocurre en el duelo, marca diferencia entre las dos afecciones.

El ataque contra sí que caracteriza al melancólico, se da en ausencia de pudor, sentimiento que caracteriza el remordimiento normal. Es así como el melancólico parece encontrar cierta satisfacción en el menosprecio de sí, lo que lo lleva a hacer públicos sus reclamos (Freud S. , 1915 [1917]) . Un individuo normal, dirá Freud, no se maneja de esta manera. Lo que se deduce de los reproches y espera de castigo que el melancólico dirige a su propio ser, es la perdida de la estima de sí. Una pérdida que, deducirá enseguida Freud, implica la caída de un objeto que ha tenido lugar en el *yo*. El autor describirá está perdida en los siguientes términos: "conforme a la analogía de esta enfermedad con el duelo, habríamos de deducir que el paciente ha sufrido la pérdida de un objeto; pero de sus manifestaciones inferimos que la pérdida ha tenido efecto en su propio yo". (Freud S. , 1915 [1917], pág. 2094)

Cuando se concentra en dos caracteres de la experiencia que se observa en el melancólico, a saber, la tendencia a hacer públicos los reclamos y que los reproches que el enfermo dirige a si mismo podrían ser dirigidos a un ser amado, Freud puede inferir que lo que realmente ocurre en esta persona es el trastorno de una relación cuyo devenir desplazó hacia el *yo,* un afecto originariamente dirigido hacia otro objeto. La sustracción de libido que aquí se hace presente operó de modo tal que un impulso originariamente dirigido a un objeto erótico es abandonado y retraído al yo. La libido, así recapturada establece una identificación del yo con el objeto abandonado.

> Por la influencia de una *ofensa real* o de un *desengaño,* inferido por la persona amada, surgió una conmoción de esta relación objetal, cuyo resultado no fue el normal, o sea la sustracción de la libido de este objeto y su desplazamiento hacia uno nuevo, sino otro muy distinto, que parece exigir, para su génesis, varias condiciones. La carga del objeto demostró ser poco resistente y quedó abandonada, pero la libido libre no fue desplazada sobre otro objeto sino

> retraída al *yo*, y encontró en éste una aplicación determinada, sirviendo para establecer una *identificación* del *yo* con el objeto abandonado. La sombra del objeto cayó así sobre el *yo* (Freud S. , 1915 [1917], pág. 2095)

Se trata de una sustitución patológica, en tanto el objeto amado que se integra al yo por medio de la identificación narcisista, no puede ser abandonado a pesar de que se presente con él una relación de conflicto. Es así como el yo se ve enfrentado a una enérgica fijación que tuvo su origen en una fase preliminar de la elección de objeto. Este período de la elección de objeto, regularmente se acompaña de un intenso conflicto afectivo, por lo que el objeto amado es susceptible de convertirse en medio para la satisfacción de tendencias sádicas. Su actualización en el caso de una pérdida que desencadena el estado melancólico, trae aparejada una relación ambivalente. El conflicto por ambivalencia, que se actualiza con el abandono del objeto, presta a cierta instancia yoica, los elementos necesarios para hacer caer odio sobre el objeto sustitutivo (una parte del propio yo).

Si se comparan algunas manifestaciones de padecimiento subjetivo, identificadas en los pacientes con enfermedad terminal y los rasgos melancólicos que hasta ahora se han descrito, siguiendo la propuesta de Freud, se observa lo siguiente: En lo referido a la disminución del amor propio, lo que se observa en el melancólico es bastante diferente a lo que se percibe en el enfermo terminal, es decir, un rápido análisis de algunos comportamientos observados en los pacientes que fueron atendidos, hizo notar que las tendencias auto punitivas, por situaciones corrientes del pasado o del padecimiento de enfermedad, no alcanzaron el talante de las que se observan en un sujeto con una melancolía franca. Esto es, los pacientes pudieron sobrellevar estas tendencias fácilmente, al operar mecanismos con lo que terminaron tratándose a sí mismos de manera más benevolente. Cada vez que apareció una réplica dirigida a ellos mismos, tuvo lugar una respuesta refleja con la que los sujetos se liberaron de la responsabilidad por lo sucedido.

Sin embargo, existe cierta similitud entre las características de ese objeto que se ha perdido en el complejo melancólico y la pérdida acaecida ante la caída de una función corporal. En ambos casos se ha sostenido una profunda identificación con el objeto, ahora, faltante. Es decir el cuerpo propio, entendido como un objeto intensamente libidinizado, en el proceso de identificación, se asemeja al objeto que pierde el melancólico. Vale la pena indicar, que el hecho de compartir ciertas condiciones de sufrimiento con la patología que Freud denomino Melancolía, no hace a estos sujetos (los enfermos terminales) "verdaderos" melancólicos.

Existen además, varios puntos en los que se puede equiparar el duelo, con lo que la experiencia muestra, en torno al trabajo que se le impone al yo, en un paciente con enfermedad terminal. De cualquier modo, también estamos lejos de plantear una equivalencia absoluta entre el duelo y el proceso con el que se afronta la enfermedad terminal. La categoría duelo se muestra insuficiente para abordar la complejidad de las manifestaciones que se describen en distintos relatos, cuando se habla del paciente con enfermedad terminal.

Llegados a este punto es necesario plantear que la disertación propuesta por Freud en *Duelo y Melancolía* no es suficiente para responder una de las preguntas que motiva este apartado, puesto que no brinda suficientes elementos de juicio frente el asunto crucial del tipo de pérdida que ocurre cuando lo que está en juego es una función corporal. Se puede plantear por lo pronto que al analizar la pérdida acaecida en la situación de deterioro funcional, se observan caracteres de las dos formas de afección depresiva, reseñadas. Así, la situación de pérdida inscrita en la caída de una función de órgano comporta rasgos del proceso de duelo, pero también del complejo melancólico. Al parecer este análisis diferencial no puede determinar cuál de los dos estados depresivos, es el que mejor describe la situación de pérdida funcional, que enfrenta el enfermo terminal. En consecuencia y llevados por un interés practico, se denominará *duelo* a ese proceso que intenta atravesar el psiquismo, no

para proponer que el paciente terminal logra elaborar el menoscabo de una o más funciones orgánicas, pero si para distinguir lo que le ocurre, de lo que pasa en el caso de la melancolía franca. No se puede llegar a plantear que todo sujeto que enfrenta pérdidas consecutivas e irreparables, sea un melancólico. Se dejará indicado entonces, que se trata de un *duelo patológico*[17], es decir un duelo con rasgos melancólicos

2.3 Basculaciones de la libido en la enfermedad y los estados depresivos.

Se ha podido colegir de la discusión planteada hasta este punto, un rasgo que se dibuja detrás de dos formas de padecimiento que el paciente oncológico se ve llevado a enfrentar, en la etapa terminal del proceso patológico, por el que está concernido. Como se hizo observar en otro aparte de este trabajo, al dolor de la lesión orgánica le subyacen profundas perturbaciones psicológicas, en la vivencia de la última etapa de la enfermedad. Lo mismo ocurre con el menoscabo de una función orgánica que es percibida por el paciente como si se tratase de una pérdida. Ambas afecciones tienen lugar en el marco de cierto movimiento libidinal, que concentra energía en el órgano doliente o perdido.

Se quiso indagar, entonces, por la naturaleza de esa transposición libidinal que opera bajo dos formas de afección dolorosa (el dolor de la lesión y el de la pérdida), al considerar que en el caso de algunos enfermos terminales, la estasis libidinal puede alcanzar, por la conjunción de esos procesos patológicos, su máxima expresión. Esto es, la concurrencia de eventos (dolor y perdida funcional se presentan simultáneamente en algunos casos) en los que la dinámica pulsional se ve alterada, envía estímulos a unos pocos objetos, que en otras circunstancias no recibirían un aflujo tan masivo de carga energética.

[17] Expresión que Freud emplea en *Duelo y Melancolía* para plantear que estas dos afecciones comparten ciertos caracteres. Con ella también se señala que en el caso de la melancolía se da un proceso regresivo que falta en el duelo normal

El *Manuscrito G.* (1887-1902 [1950]), un texto que fue reseñado en el primer aparte de este capítulo, permite abrir la discusión en este asunto. En él se observa, el peso que el factor cuantitativo de la pulsión puede tener en un modelo explicativo de la reacción, con la que el sujeto encara una pérdida. En enero de 1895, Freud remite a Fliess, una carta conocida posteriormente con el nombre que se ha citado. En esa misiva se esboza un intento por explicar en términos puramente neurológicos la *melancolía*, expresión bajo la cual Freud incluía, lo que ahora suele describirse como estados de depresión. En los primeros apartes de ese documento, Freud (1887-1902 [1950]) hace notar la reducción del interés por ciertos objetos, presente en la anorexia para plantear que la disminución del interés por el mundo exterior que se observa en los cuadros melancólicos, podría explicarse acudiendo a la hipótesis de un empobrecimiento pulsional:

> El afecto correspondiente a la melancolía es el del duelo o la aflicción; es decir, el anhelo de algo perdido. Por consiguiente, en la melancolía probablemente se trate de alguna pérdida: una pérdida en la vida instintual del propio sujeto (…) *La melancolía consistiría en el duelo por la pérdida de la libido* (pág. 3504)

Con esta indicación, se vincula el afecto predominante en el melancólico, cual es la pena por la ausencia de algo anhelado y la ocurrencia de una alteración dentro de la vida pulsional. Señalar que la pérdida acaecida es de libido, sitúa el problema en el campo de la distribución de energía pulsional. Si el melancólico muestra esa disposición tan precaria a relacionarse con el mundo, hubo de ocurrir que desde el interior se ha modificado algo del empuje vital que le permitía orientarse hacia los objetos. Vale la pena anotar que para Freud, en aquel momento inicial del recorrido que dará forma al psicoanálisis, no hay una diferenciación clara entre melancolía y duelo. Distinción que solo se alcanzará años más tarde, cuando compare detalladamente las dos afecciones.

El citado manuscrito contiene además, algunas indicaciones en la ruta que vincula llamamiento de excitaciones y dolor. Freud intenta explicar allí, el acopio de energía que se

genera cuando la distribución de magnitudes de excitación, asociadas a cierto grupo de representaciones, se ve alterada, interrumpiendo la continuidad de uno de los sistemas psíquicos. Esto es, la acumulación de montos energéticos que se produce por la disolución de asociaciones, que termina produciendo dolor. En este momento de la obra freudiana, aún no se habla de libido, pero sí de ciertas representaciones cargadas afectivamente (grupos sexuales psíquicos) que vienen a constituirse en antecedentes de este concepto. Se ha querido traer este aparte del manuscrito, para mostrar que las dificultades planteadas por la distribución de la energía pulsional, son revisadas por Freud, desde muy temprano. El *manuscrito G*. puede pensarse también como un intento por circunscribir el dolor a cierto mecanismo psíquico. La teoría del dolor físico que se esboza por primera vez allí, no plantea que el dolor sea el responsable de convocar montos de energía, pero si propone al dolor como una consecuencia del proceso. Esta anotación es importante porque en *Introducción al narcisismo* (1914), texto que se publica 19 años después, si se compromete al dolor con la fuente del llamado.

En *Introducción al narcisismo* (1914) Freud vendrá a plantear que el órgano percibido como fuente del dolor disfrutará de cierta afinidad con la libido. En una cita del apartado dedicado al dolor, se indicó, que la enfermedad orgánica ejerce una poderosa influencia sobre la distribución de la libido. Un retiro narcisista de las posiciones libidinales se produce cuando el dolor de la lesión orgánica aparece. El enfermo aquejado por dolor, pierde interés por todas las cosas del entorno que no se relacionen con su malestar. Libido e interés yoico se dirigirán al *yo*, planteando consecuencias gravísimas en la dinámica psíquica, entre las que se contará, la emergencia de angustia. El interés dirigido a los objetos del mundo y la posibilidad de amar se pierden temporalmente por la demanda que el órgano adolorido hace, al obligar a la acumulación de carga libidinal.

La tesis que distingue una libido objetal de una libido yoica (narcisista), fue haciéndose necesaria en Freud, para plantear la tendencia que muestra como la libido puede adherirse a las representaciones psíquicas de los objetos. En *Los tres ensayos de Teoría Sexual* (1905) Freud habla de la libido en términos una energía potencialmente móvil que se liga a los objetos o los abandona:

> La vemos entonces concentrarse en objetos, fijarse en ellos, o en ocasiones abandonándolos, trasladándose de unos a otros, y dirigiendo desde estas posiciones la actividad sexual del individuo, conduce a la satisfacción; esto es, a la extensión parcial y temporal de la libido. (pág. 1905)

Freud hace del narcisismo una tendencia que designa la colocación de la libido en el cuerpo propio, en la imagen que emana de ese cuerpo. Al introducirlo en su obra, el autor da al término, una connotación particular. Ya no se referirá solo a un rasgo de conducta que puede aparecer en los sujetos, significado que se le había otorgado en algunos estudios previos. El narcisismo servirá en adelante para nombrar el proceso por el que la libido se dirige al *yo* tomándolo como objeto.

Cuando la enfermedad orgánica genera estímulos que irrumpen en la vida psíquica, se presentaría un recogimiento de libido que ejerce un poderoso influjo sobre esta. La distribución de la libido se alteraría dirigiendo al órgano "enfermo" un importante influjo de energía sexual pulsional y también el interés. Una cierta localización de la libido se operaría, dejando esta libido colocada en el órgano. Este mecanismo genera una carga tan intensa en el órgano que deja sin recursos a la instancia yoica para asuntos distintos a los que le plantea el malestar de órgano. En el caso de una eventual curación, caso que es totalmente ajeno a la realidad que se viene explorando, libido e interés yoico podrán ser relanzados a los objetos. Esto es, cuando el enfermo sana y el órgano que atrae libido cesa el estímulo que ejerce sobre la vida psiquica.

En *Introducción al narcisismo* (1914), texto que permitió explorar el movimiento libidinal que se opera tras el malestar de la enfermedad, se establece una comparación entre enfermedad orgánica e hipocondría. De ese cotejo, surge como conjetura el que las dos afecciones comparten por característica, una alteración en la distribución de la libido, de modo tal que ésta va a parar a un órgano: "la hipocondría se exterioriza, al igual que la enfermedad orgánica, en sensaciones corporales penosas y dolorosas, y coincide también con ella por su efecto sobre la distribución de la libido" (Freud S. , 1914, pág. 80) Sin embargo, en la hipocondría esta libido se acumula en un órgano que no está lesionado. Es la colocación de libido sobre este órgano lo que lo hace emerger el dolor, generando las quejas que habitualmente se escuchan en el hipocondriaco. No se trata en ese caso de una lesión orgánica por daño del tejido vivo.

Para señalar una de las diferencias que existen entre enfermedad orgánica e hipocondría planteará Freud, que en el caso de la primera, las sensaciones dolorosas tienen su fundamento en alteraciones comprobables, cosa que no ocurre en la hipocondría. Al esclarecer el mecanismo de la hipocondría se percatará de que un órgano puede comportarse de manera análoga a los genitales, enviando a la vida anímica estímulos de excitación sexual: "podemos decidirnos a considerar la erogenidad como una propiedad general de todos los órganos, y ellos nos autorizaría a hablar de su aumento o disminución en una determinada parte del cuerpo" (Freud S. , Introducción al narcisismo, 1914, pág. 81) La investidura libidinal dentro del *yo* se ve alterada cuando la erogenidad en el interior de los órganos aparece. Tanto en la hipocondría como en la enfermedad orgánica aparecen efectos sobre la distribución de la libido.

El *yo* se ve impelido a amar para no enfermar dado que una acumulación como la que se describe bajo el nombre de estasis de libido es displacentera. Cuando la investidura del *yo* sobrepasa cierto nivel, este se ve obligado a dirigir a los objetos un intento de ligazón que lo

libere de la sobrecarga. La vida anímica encuentra por este mecanismo traspasar los límites de las tendencias narcisistas y ligar libidinalmente los objetos. Se trata de una manera de lidiar con el exceso.

El dolor puede ser pensado en el orden del grito del órgano. Hay en la vivencia dolorosa un retiro de la libido (que estaba depositada en los objetos del mundo exterior) que se concentra en el órgano que duele. Esta es la manera como se presenta el órgano al sistema de referencias del *yo*. Si se quiere plantear que hay sustracción de libido, también debe plantearse que esa libido va al órgano que duele. El órgano es regularmente silencioso, no avisa su presencia a menos que esté perturbado. Con el dolor, el órgano se presenta, se muestra. Basculaciones de la libido, empobrecimiento del yo, pérdida del objeto, libido del yo y libido de objeto son términos que aparecen vinculados, cuando se piensa en el componente económico que opera en la relación entre el *yo* y el objeto. Yo, objeto y libido son conceptos trabajados por Freud en *Introducción al narcisismo*.

A propósito de la tarea impuesta al *yo,* tanto en el caso del duelo como en el de la melancolía, consistente en desligar la libido del objeto perdido, planteará Freud en *Duelo y Melancolía:*

> En el duelo explicamos este carácter, admitiendo que era necesario un cierto lapso para la realización detallada del mandato de realidad; labor que devolvía al *yo* la libertad de su libido, desligándola del objeto perdido. En la melancolía podemos suponer al *yo*, entregado a una labor análoga; pero ni en este caso ni en el del duelo, logramos llegar a una comprensión económica del proceso. (Freud S. , 1915 [1917], pág. 2097)

Y retomando la analogía de la herida abierta que se había planteado inicialmente en el *manuscrito G*. propondrá enseguida: "El complejo melancólico se conduce como una herida abierta. Atrae así de todos lados energías de carga (a las cuales hemos dado en las neurosis de transferencia el nombre de – contracargas –)" (Freud S. , 1915 [1917], pág. 2097). Las impresiones psíquicas asociadas al objeto perdido son contrainvestidas, en el intento por

retirar la libido de ese objeto, lo que tendrá por consecuencia una alteración en la distribución de la energía pulsional. Así, la disposición de la energía libidinal que subyace al entramado melancólico, es la que resulta de la desligazón de esa energía.

Lo que interesa a esta investigación es la transposición libidinal que se presenta cuando hay manifestaciones de dolor o se enfrenta una pérdida. El análisis de textos que hasta ahora se ha seguido, permite observar en ambas situaciones, una sustracción de libido que recaerá sobre las cosas del mundo que no tengan relación con el objeto. Este proceso que atrae cargas energéticas, favoreciendo la concentración de interés y libido del yo en el órgano doliente o perdido, se vincula con algunos fenómenos observados en ciertos sujetos aquejados por una enfermedad terminal. En el caso del sujeto que se ve afectado por algunas manifestaciones de dolor, puede suponerse que el dolor de la lesión se suma a los problemas que éste viene enfrentando. El dolor y la pérdida tienen por consecuencia la movilización de libido. Se trata de dos mecanismos de movimiento libidinal, que pueden ser comparados. Sin embargo, antes de emprender una tarea de tal naturaleza, hay que señalar que el dolor de la lesión no puede ubicarse en el mismo nivel que la representación a la que se le sustrae libido. El dolor debe ser pensado en el nivel de la presentación que genera angustia, mientras que en el duelo se produce inicialmente un empobrecimiento del mundo para concentrar el interés del yo en la "representación" del objeto perdido.

2.4 El yo y la angustia señal.

Desde la perspectiva que Freud abriera al proponer el psicoanálisis como un modelo teórico con el que abordar el acontecer psíquico, el término *angustia* ha venido designando una serie de fenómenos que pueden agruparse, siguiendo cuando menos, dos planteamientos: la angustia puede ser descrita como un estado afectivo cuyo tratamiento se orienta a conseguir una acción de descarga o como indicación de un peligro inminente del que debe ocuparse el *yo*. En ambos casos se trata de una tendencia afectiva que impone al aparato

psíquico, una demandante tarea, pues exige un trabajo de ligazón para mantener constante el aflujo de excitación. A lo largo de su obra, Freud se ocupó de la angustia en numerosas oportunidades, llegando a considerar manifestaciones afectivas de diversa índole (ansiedad, miedo, terror) en el esfuerzo por caracterizarle. Estudiarle implicó seguir una iniciativa que no estuvo exenta de transformaciones y que se enriqueció al analizar las formas en que la angustia hace aparición dentro de distintos cuadros clínicos o al ser articulada, en tanto noción, con otras categorías conceptuales, como las de *objeto*, *yo* y *libido*

Dada la particularidad de un trabajo como éste, que ha venido revisando la transformación de la energía libidinal que subyace a la angustia percibida por el muriente, se creyó adecuado seguir las coordenadas que brinda una de las más acabadas formas de conceptualización de la angustia, en la propuesta teórica de Freud. Por eso se intentará abordar en este apartado, unos pocos artículos que marcaron la cumbre del cuestionamiento, con el que este autor dio forma a la noción de angustia. Es decir, se enfocaran aquellos argumentos sobre este afecto que surgen después de una larga discusión y que giran en torno al asunto planteado en la pregunta que orienta esta propuesta investigativa.

Existen en la obra freudiana, una serie de momentos que han concentrado los esfuerzos por conceptualizar la angustia. El primero de ellos puede revisarse en artículos que se sitúan, en los inicios del psicoanálisis, entre los que se tienen el *manuscrito E* y *La neurastenia y la neurosis de angustia*. En este periodo, Freud está hablando de energía flotante para referirse a la angustia, una cantidad determinada que en la espera angustiosa se anuda a ciertas representaciones, para favorecer la aparición de la expectativa ansiosa que resulta displacentera. Estas representaciones resultarían anodinas en cualquier otra circunstancia. En términos de Freud (1894 [1895]), se plantea así:

> La espera angustiosa es el síntoma nodular de la neurosis. (…) Puede quizá concluirse que nos hallamos ante un *quantum* de angustia, libremente flotante, que durante la espera domina la

elección de las representaciones, y se halla dispuesto en todo momento a enlazarse a cualquier idea apropiada. (pág. 185)

Para 1894, la angustia resulta de la acumulación de excitación sexual que no ha alcanzado una descarga psíquica. Según Freud (1894 [1895]) la perturbación de la energía sexual, una energía de origen somático, ocurriría por la inhibición del mecanismo que favorece la elaboración de la excitación (léase descarga) en el campo de lo psíquico. Esto es, la excitación sexual se constituiría en angustia cuando ve bloqueado el camino que favorecería su descarga y no puede alimentar el "estímulo psíquico"[18] que Freud denomina *Libido*. Desde esta perspectiva, se entra en angustia, dentro de una neurosis de angustia, cuando la psique percibe la dificultad que le representará suprimir el impulso afectivo endógeno. Se opera en tal caso, una colocación directa del monto de energía desligado, en el afecto displacentero llamado angustia. Freud (1894 [1895]) planteará esto en los siguientes términos:

> La psique es invadida por el afecto de angustia cuando se siente incapaz de suprimir por medio de una reacción adecuada, un peligro procedente del exterior, y cae en la neurosis de angustia cuando se siente incapaz de hacer cesar la excitación (sexual), endógenamente nacida. Se conduce, pues, como si proyectase dicha excitación al exterior (pág. 2385)

No deja de asombrar que en una etapa tan temprana de la elucubración que Freud dirigiera, se esté hablando de una cantidad originalmente desanudada (flotante), detrás del fenómeno de la angustia. Puede pensarse que esta forma de observar la angustia se mantiene, aunque complejizada y dotada de otros elementos conceptuales, en los planteamientos que este autor empleara, años más adelante.

Es notoria además la división que se plantea entre energía desligada y libido, cuando ubica el origen de la primera en lo somático y la naturaleza de la segunda en lo psíquico. Esta

[18] Expresión freudiana con la que se plantea qué es la libido.

distinción es fundamental a la hora de entender el fenómeno que encara el enfermo terminal, dado que los estímulos que la enfermedad depara, comparten al menos dos rasgos de la excitación sexual somática que no logra llegar a libido. Al igual que en la neurosis de angustia (sin plantear con esto que el enfermo padezca de una neurosis de angustia) el estímulo amenazante es un estímulo endógeno (proviene del cuerpo) y es percibido como si se tratase de un peligro (porque implica riesgo de muerte).

Ante la amenaza que representa la disfunción el *yo* experimenta angustia. Siguiendo uno de los modelos freudianos en torno al dolor psíquico[19], la efracción puede ocasionar un aflujo excesivo de excitación que obliga al aparato psíquico a tratar de ligar las excitaciones para su ulterior descarga. Al modo de una herida abierta, la intensa estimulación atraerá importantes recursos, incrementando la carga de narcisismo que recibe el yo.

Entre 1916 y 1917, Freud retoma el concepto de angustia en la veinticincoava parte de sus *Lecciones Introductorias al Psicoanálisis*. Allí se usa, en inicio, para designar una condición afectiva de inusual magnitud que aqueja a los neuróticos pero también a los sujetos "sanos" en algún momento de sus vidas. Términos como estado afectivo, síntoma y sensación, le ayudan a nombrar una forma de padecimiento subjetivo en la que convergen distintos problemas abordados por el psicoanálisis. La discusión propuesta en los primeros apartes del artículo, ha de llevarlo a plantear la existencia de un estado de angustia real, una situación afectiva que se presenta ante la amenaza instalada tras la percepción de un peligro externo, que se describe en los siguientes términos:

> Existe, en efecto, una *angustia real*, independiente por completo de la *angustia neurótica*, y que se nos muestra como algo muy racional y comprensible, pudiendo ser definida como una

[19] Freud propone este modelo en varios de sus artículos. Entre ellos se cuentan el *Proyecto de una psicología para neurólogos* 1895 [1950], *Más allá del principio de placer* (1920) e *Inhibición, síntoma y angustia* 1925 [1926]

> reacción a la percepción de un peligro exterior, esto es de un daño esperado y previsto. Esta reacción aparece enlazada al reflejo de fuga y podemos considerarla como una manifestación del instinto de conservación. (Freud S. , 1916 [1917], pág. 2367)

Un detallado análisis de esta forma de padecimiento, muestra que no persigue un fin específico, ya que su aparición puede incluso retrasar la respuesta adaptativa con la que se huye o encara la fuente del peligro. En todo caso, plantear que un cierto tipo de angustia se enlaza a una tendencia primitiva cuyo fin es la protección del individuo, sitúa esta afección en el campo de los actos reflejos con los que se enfrenta una situación amenazante. Si bien el enfermo terminal puede percibir como algo extraño la enfermedad que lo amenaza, la situación que Freud plantea en inicio, apunta a un estado de angustia cuyo carácter principal (constituirse en respuesta a un peligro externo) no está presente en la experiencia que enfrenta el paciente que nos interesa, dado que en este caso, la amenaza proviene del cuerpo propio y no de situaciones del mundo exterior.

La angustia real es según Freud, diferente a otras formas de ansiedad expectante como lo son el miedo y el terror. Lo que la hace diferir de otros modos de afección subjetiva es que no aparece precedida por un objeto particular identificable, o en otras palabras, no hay una causa objetiva puntual que la origine: "A mi juicio, la angustia se refiere tan solo al estado, haciendo abstracción de todo objeto, mientras que en el miedo se halla precisamente concentrada la atención sobre una determinada causa objetiva" (Freud S. , 1916 [1917], pág. 2368) .

Freud (1916 [1917]) propone en el citado artículo, que un suceso pretérito muy remoto podría explicar el origen de la angustia en los seres humanos. Cuando apunta a tal experiencia, plantea el evento del nacimiento como modelo de las expresiones energéticas que se identifican en la angustia, acudiendo a planteamientos metapsicológicos:

> Creemos saber qué temprana impresión es la que reproduce el estado afectivo caracterizado por la angustia y nos decimos que el *acto de nacer* es el único en el que se da

> aquel conjunto de afectos de displacer, tendencias de descarga y sensaciones físicas que constituye el prototipo de la acción que un grave peligro ejerce sobre nosotros, repitiéndose en nuestra vida como un estado de angustia. (Freud S. , 1916 [1917], pág. 2369)

Distintas formas de afección neurótica son agrupadas por Freud dentro de la categoría, neurosis de angustia. Ellas son la neurosis de espera, las fobias e incluso ciertas manifestaciones de la neurosis histérica.

> No es difícil establecer que la angustia de espera o estado de angustia general depende íntimamente de ciertos procesos de la vida sexual, o más exactamente, de ciertas aplicaciones de la libido. El caso más sencillo e instructivo de este género es el de las personas que se exponen a una excitación frustrada; es decir aquellas en las que violentas excitaciones sexuales no hallan una derivación suficiente ni llegan a un término satisfactorio (Freud S. , Lecciones Introductorias al Psicoanalisis - Lección XXV. La Angustia, 1916 [1917], pág. 2372)

Entendemos por excitación frustrada una suma energética que no encuentra el camino para la descarga. La libido no descargada, planteará Freud alcanza cierta intensidad perturbadora. En estas circunstancias (la insatisfacción libidinal impuesta por las restricciones que enfrenta la vida sexual) favorecerá la producción de estados de angustia, solo cuando la libido consigue sobrepasar uno niveles tolerables, es decir en aquellos casos en los que "la libido, privada de derivación satisfactoria alcance un cierto grado de intensidad y no queda descargada en su mayor parte por la sublimación" (Freud S. , 1916 [1917], pág. 2372). El factor cuantitativo, planteará enseguida el autor, será determinante en el curso del estado patológico: "el curso del estado patológico depende siempre de factores cuantitativos" (Freud S. , 1916 [1917], pág. 2372).

2.5 Angustia, dolor y duelo: del sentimiento doloroso en el muriente.

Llegados a este punto, uno de los anexos de *Inhibición, síntoma y angustia* reviste de especial interés para la investigación, por lo que plantea; lo que quizá pueda entenderse como una de la formas acabadas de conceptualización freudiana en torno a las tres formas de

alteración dolorosa que hemos venido describiendo en la experiencia del enfermo terminal. El inciso al que nos referimos se denomina *angustia, dolor y duelo.* Aparece como un apartado, en el que Freud retoma algunos planteamientos previos, para enfocar ciertos caracteres de estas formas de padecimiento. Vale la pena recordar que las primeras acotaciones sobre este asunto se ofrecieron en el *manuscrito G* y el *proyecto*, pero que también han sido abordadas en *duelo y melancolía.* Encontrar un texto en el que se vinculan las tres grandes manifestaciones de malestar subjetivo que hemos venido indagando a lo largo de toda la investigación, hizo suponer que se podría identificar un rasgo que uniera a los tres procesos.

El citado texto plantea un problema particular que puede describirse de la siguiente manera: si se entiende la angustia como una reacción ante el peligro de la perdida de objeto y el duelo como una respuesta similar, vale la pena preguntarse ¿en qué caso se generará la una y en qué caso el otro?. Es notable la sensatez de Freud en este punto, cuando afirma que no hay forma de resolver por completo la pregunta; Sin embargo, se aventura a desarrollar unas intelecciones que lo llevan a integrar un tercer elemento cuyo abordaje, dice, no ha logrado completar. Se trata del dolor. Freud (1925 [1926])planteará este asunto de la siguiente manera:

> Hubimos de decir que la angustia es una reacción al peligro de la pérdida del objeto. Pero conocemos también otra reacción de este género a dicha pérdida: el duelo. ¿Cuándo, pues, surge angustia y cuando duelo al perder un objeto? Al ocuparnos en otra ocasión del duelo, no logramos llegar a la explicación de un rasgo particular: su carácter especialmente doloroso. No obstante, explicarnos que la separación del objeto resulte dolorosa. Así pues el problema antes planteado se complica en los términos siguientes: ¿cuándo la separación del objeto produce angustia, cuándo duelo y cuándo, quizá, solo dolor? (pág. 2881)

Freud llega a asociar la angustia con la posibilidad de pérdida del objeto, en tanto esa posibilidad se instaura en un momento del desarrollo libidinal (la niñez) en la que resulta peligrosa. El peligro está representado en que la ausencia del objeto truncaría los intentos de

satisfacción de lo que Freud denomina un "anhelo". Así el monto de energía que no encuentra satisfacción podría hacerse traumático. Se trata entonces de una angustia que busca evitar el peligro engendrado por la insatisfacción de un anhelo, en tanto ello sería traumático (Freud S. , 1925 [1926]).

El dolor por otro lado surgiría cuando un estímulo, proveniente de la periferia o de un órgano interno sobrepasa las barreras de protección con las que cuenta el aparato, apareciendo de esta manera como si se tratase de un estímulo pulsional continuo frente al cual no se puede responder adecuadamente, pues ningún acto motor es capaz de eliminarle (Freud S. , 1925 [1926]) No deja de llamar la atención que aún en ese momento de su obra, que puede considerarse adelantado, Freud insista en que no puede llevar más lejos la explicación de lo que produce el dolor, esto es que no pueda definir en términos económicos, su ocurrencia.

Hay que decir por último, que la manera como este autor describe el proceso de duelo en el citado artículo, difiere muy poco de la conceptualización que aportó en *Duelo* y *Melancolía.* Allí se le describió como la tarea impuesta al *yo* en el intento por desligar la energía libidinal que esta enlazada a las representaciones del objeto perdido. Al introducir el término *anhelo,* plantea el dolor del duelo en términos de energía insatisfecha por la ausencia del objeto perdido que favorecía la satisfacción (Freud S. , 1925 [1926])

Se debe indicar entonces que las tres formas de afección dolorosa hasta ahora tratadas, implican distintos tipos de respuesta ante la posibilidad de que se presente un monto de energía insatisfecha (en el caso de la angustia) o la ocurrencia de una perdida que desencadene efectivamente el mismo monto traumático. En la concepción de las tres afecciones descrita en el citado artículo, el factor cuantitativo sigue jugando un papel primordial.

3. El enfermo terminal y la angustia desde la propuesta lacaniana.

Las nociones de angustia y objeto *a*, tal como pueden extraerse de algunos apartes de la obra lacaniana, resultan nodales en el esfuerzo investigativo que se ha venido emprendiendo. Hay que considerar que con ellas puede favorecerse la demarcación exhaustiva de un padecimiento, que en el capítulo anterior intentamos ubicar acudiendo a las categorías de dolor, angustia y duelo[20] y sobre el que ahora pretendemos arrojar nuevas luces, empleando como insumo, los aportes de Lacan. En aquel entonces, se siguió la orientación dada por algunas formulaciones freudianas que otorgaban al objeto cierta particularidad, haciéndole observar como algo recuperable, como un objeto que podría ser sustituido por otro, en el juego de significaciones que se da tras una pérdida. Se intentaba determinar las condiciones elementales de aquello que para el paciente terminal se altera, cuando hay una pérdida funcional. Con algunas observaciones integradas a la propuesta de Lacan, se quiere hacer entrar en juego ahora, la perspectiva que este autor abriera, cuando en medio de un interesante ejercicio conceptual, logra que se advierta el carácter irrecuperable de tal objeto.

Con tal propósito en mente, se recorrerán algunos apartes del seminario X. *La angustia*, el cual recoge importantes puntos de vista, en torno al asunto que interesa a esta propuesta investigativa. Se repasara el devenir de una interrogación que lleva a su autor a revisar el artículo "inhibición, síntoma y angustia" para proponer ciertas coordenadas que le ayudan a ubicar el objeto concernido en la angustia. Se intentará hacer observar la connotación de ominoso que este mismo autor plantea, cuando muestra el carácter extrañamente familiar de ese objeto carente de materialidad, al que denomina objeto *a*. Tal caracterización del objeto es particularmente importante para esta propuesta investigativa, porque favorece la inserción en algunos fenómenos de la clínica que se han venido trabajando.

[20] Un duelo de singulares condiciones, puesto que reúne algunos caracteres del proceso melancólico

La ruta que se seguirá pretende aprovechar el esfuerzo que circunscribe los conceptos de angustia y objeto a, para articular los planteamientos que ellos integran y el estado de malestar subjetivo que describen algunos pacientes en la situación terminal de enfermedad. Se busca complementar con esto, algunas hipótesis freudianas que definen los alcances del trabajo de duelo y plantean la posibilidad de restitución del objeto perdido. Interesa hacer observar, cómo el sujeto que enfrenta la etapa terminal de una enfermedad, va percatándose de la lenta pero segura destrucción del cuerpo y consecuentemente, de la caída de múltiples funciones, que van haciéndole reconocer la imposibilidad contenida en la idea de recuperar aquello que ha perdido. Se intentará además, abordar las nociones de *pasaje al acto* y *acting out*, en tanto respuestas del sujeto, con las que se busca evitar la irrupción del afecto de la angustia. La conceptualización que con esas dos formaciones se propone, puede ofrecer importantes elementos de juicio, con los que analizar algunas reacciones de los pacientes que captan la atención de la presente obra.

3.1 Angustia y objeto a. nociones que permiten describir el carácter ominoso de la enfermedad terminal.

El concepto de *angustia* está resueltamente ligado al de objeto *a*. A lo largo del seminario X, las referencias a este lugar, descrito como el resto de la operación significante que hace emerger al sujeto en el campo del Otro, son numerosas. Después de un largo recorrido que había permitido a Lacan formalizar parcialmente este término, el autor retoma una expresión algebraica[21], la *a* minúscula, para designar en la fórmula que representa el deseo del sujeto y el deseo del Otro, una presencia inmaterial capaz de suscitar la angustia. Delimitar el concepto de objeto *a* en un seminario dedicado a la angustia, no es producto de la casualidad, es una pretensión propiciada por la necesidad de encontrar un elemento que

[21] En su texto "El Objeto a", Leonardo Peskin, emplea la expresión "formulación lógica algebraica" para designar el objeto a.

aclarara el origen de la angustia. Esto es al mismo tiempo y en palabras de Lacan (1962) dotar al objeto *a*, de su "única traducción subjetiva" (pág. 113), dado que solo a través de la experiencia que provee el afecto de la angustia, puede el sujeto percatarse en algo del *a*, como presencia intrusiva.

Al relacionar angustia y objeto *a*, Lacan retoma una discusión planteada por Freud (en otros términos) que apuntaba al desciframiento de la pregunta ¿cómo se genera la angustia?[22] Para Freud la angustia surge ante la aparición de un objeto desconocido o ante la posibilidad de pérdida del objeto, por la amenaza que la castración instaura (angustia de castración). Lacan asumirá una posición distinta, al señalar que lo que hace sobrevenir la angustia en un sujeto, es la posibilidad de ausencia de la falta, contingencia inquietante que confirmaría la desaparición de ese soporte necesario[23] en que se constituye para el sujeto, la falta. En cualquier caso, con la propuesta de Lacan, la angustia mantiene la connotación de algo causado, algo que encuentra su origen en otra cosa, indicación que le había sido inherente, desde las primeras interrogaciones que Freud planteara en tal asunto.

Una cierta acotación de la angustia que se hace posible cuando se revisa la clase inicial del seminario X, lleva a plantearle como aquello que emerge en el espacio demarcado por la intención deseante del Otro. Esto es, que allí donde no se hace clara la finalidad del deseo del Otro, en tanto existe en el sujeto una marcada observancia de aquello a lo que se orienta ese deseo, puede emerger la angustia. Lacan acude a este planteamiento, recordando que algo adelantó al respecto en una disertación previa: "creí necesario, a modo de paréntesis en mi discurso del año pasado, proyectar por adelantado una fórmula indicándoles la relación

[22] En el manuscrito E, Freud emplea esta expresión para darle forma a una interrogación que desde entonces lo motivaba.

[23] El Diccionario de Psicoanálisis que tiene por autores a Nicole Anquetil y otros, habla de esta misma falta en términos de un "apoyo indispensable" para el sujeto

esencial de la angustia con el deseo del Otro" (Lacan J. , 1962, pág. 13). Se trata de una lógica definida por la dependencia del deseo del sujeto con respecto al Otro, como ser deseante.

En el relato de ficción que le sigue a esta idea y que sirve al citado autor como recurso imaginario para explicar el mecanismo que hace emerger la angustia, un sujeto es capturado por este afecto, al observar que un insecto gigantesco, bien conocido en el entorno natural por ser un depredador, lo mira fijamente. Lacan (1962) recrea esta fábula en los siguientes términos:

> Revistiendo yo mismo ante ustedes la máscara animal con que se cubre el brujo de la gruta (...), me imaginé frente a otro animal, éste de verdad, que supuse gigante en aquella ocasión, una mantis religiosa. Como yo mismo no sabía que máscara llevaba, pueden imaginarse fácilmente que tenía alguna razón para no estar tranquilo ante la posibilidad de que, debido a algún azar, aquella máscara fuese impropia, induciendo en mi partenaire algún error sobre mi identidad. (pág. 14)

Un relato de este orden, hace sugerir que Lacan acude a la recreación que una escena figurada provee, para explicar cómo la ausencia en torno a lo que el Otro puede desear, puede desencadenar la angustia. El error de apreciación que podría inducir en el animal, que su contraparte porte una máscara, podría llevarlo a asumir que se trata de una presa, de un objeto que bien puede servirle de alimento. La inobservancia de la condición de sujeto, por la atención que el animal puede prestar a la imagen del objeto agalmático, producida por la máscara, intranquiliza al portador de ésta. Lo que el sujeto de este relato mítico teme es estar a merced del Otro, en tanto la lógica que orienta el deseo de ese Otro, no ha podido ser descifrada.

Lacan acude a esta metáfora para explicar cómo, la incógnita que genera la pregunta ¿qué quiere el Otro de mí?: "¿Qué quiere en lo concerniente a este lugar del yo?" (Lacan J. , 1962, pág. 14), coloca a quien la formula, en una posición muy desventajosa; posición que

implica la posibilidad de aparecer como objeto del deseo del Otro, objeto al que puede querérsele devorar (eso hace la mantis en algunos casos) por constituirse en una cosa que no alcanza la dignidad de sujeto. Se trata de un objeto deseado, pero tal deseo puede ser deseo de incorporarle, de engullirle para sacar provecho, lo que llevaría inevitablemente a su aniquilamiento. Hay que recordar que lo que garantiza la producción del deseo en el sujeto, evitando su destrucción, es la falta, si esa falta llegara a faltar en el Otro, siendo el deseo de ese Otro el lugar donde se ubica el deseo del sujeto, desaparecería aquello que causa el deseo.

En la parte final de la alegoría que se ha citado, el autor enfoca la incertidumbre que genera en el sujeto, desconocer aquello que motiva el deseo del Otro. No saber qué significado se tiene para el Otro, es decir con qué "ojos" éste le mira, daría lugar a una intensa preocupación: "la cosa quedaba acentuada por lo siguiente, que añadí, yo no veía mi propia imagen en el espejo enigmático del globo ocular del insecto" (Lacan J. , 1962, pág. 14) Así, la incógnita en torno a la forma como el Otro observa, en un encuentro de particulares desigualdades, ocupa la atención del sujeto, provocando la angustia. Esta preocupación está más que justificada, ya que en el caso referido, estando en juego la integridad propia, la no observancia del citado suceso, incrementa la amenaza que se cierne sobre la vida.

El caso que se viene tratando en la presente investigación, al parecer comparte todos los rasgos de esta escena. Esto es, la situación de incertidumbre por lo que la enfermedad depara al paciente, la amenaza que se cierne sobre sus expectativas de vida y la evidente superioridad con la que cuenta la enfermedad, si se le piensa como un oponente, evocan los atributos presentes en la alegoría de Lacan, que se ha traído hasta este punto. Ciertos elementos de la experiencia singular que relatan algunos pacientes terminales, pueden ser pensados en la dimensión enigmática, que la falta de reconocimiento de la intención deseante del Otro, plantea. Con frecuencia, el enfermo relata la inquietud que le depara, no saber qué esperar en el futuro inmediato, de la enfermedad. Además, en la situación terminal de

enfermedad, ese objeto inquietante que se ha denominado objeto *a*, podría verse aparecer en el real de la transformación tisular, proceso aún ininteligible cuyas manifestaciones pueden ser observadas cuando aparece una lesión o la caída de una función. Esto es, cuando el deterioro del cuerpo asoma, bien sea por el daño percibido en un órgano o la por la merma en una función corporal, es frecuente que el enfermo se pregunte por el significado de estas expresiones patológicas y sienta amenazada su vida. En tales circunstancias, el temor implicado en la posibilidad de agravamiento o muerte, puede instaurar un afecto monstruoso que lo acongoje. Es bueno anotar también, que al igual que en la trama descrita por Lacan, las posiciones que ocuparían el enfermo y la enfermedad, terminan siendo muy dispares. El insecto de la fábula es percibido como un gigante, lo que implica que mantiene una relación de superioridad frente a su posible víctima; reúne un carácter que lo hace diferente por contar con recursos que están ausentes en el otro personaje. Esta divergencia puede observarse en la situación descrita por algunos enfermos terminales, cuando perciben la enfermedad, como una fuerza imparable, cuyo poder lograría agotar todos los esfuerzos por contenerle.

Lacan otorga a la angustia el carácter de afecto, un afecto que invade movilizando al sujeto, en tanto concierne al objeto de su deseo. Plantear que es un afecto, distingue esta expresión de otras manifestaciones afectivas cuyo territorio es el cuerpo: “La angustia, ¿qué es? Hemos descartado que sea una emoción. Para introducirla diré que es un afecto” (Lacan J. , 1962, pág. 22) Dentro del seminario que nos emplaza, Lacan irá completando una matriz de tres columnas y tres extensiones horizontales, en la que cada posición representa un estado afectivo distinto. Al esquematizar entre un vector horizontal que representa la dificultad y uno vertical, que designa el movimiento, los lugares de distintos modos de padecimiento a los que, sin ser angustia, puede verse enfrentado el sujeto, se establece una comparación que permite ubicar a través del análisis diferencial, las coordenadas de la angustia. Inhibición,

Impedimento, Embarazo, Emoción, Síntoma, pasaje al acto y acting out son los elementos que conforman este esquema.

La angustia es un afecto irreprimible, un impulso afectivo en cuya esencia está el que opera como una fuerza invasora que inquieta al sujeto. En esto, Lacan, se aleja muy poco de Freud. Vale la pena recordar que la represión opera sobre la representación y no sobre el envite afectivo. La angustia deja ver lo esencial de un padecimiento que pone de manifiesto lo real de un sujeto. En palabras de Lacan (1962) esto sería:

> Lo que he dicho del afecto es que no está reprimido. Esto Freud lo dice igual que yo. Está desarrumado, va a la deriva. Lo encontramos desplazado, loco, invertido, metabolizado, pero no está reprimido. Lo que está reprimido son los significantes que lo amarran (Lacan J. , El Seminario, Libro 10, La angustia, 1962, pág. 23)

Pensar la angustia, en esos términos, invita a indagar por los momentos en los que se hace presente tal afecto, en la experiencia y consecuentemente en el relato de los pacientes. Si la angustia tiene por condición la de ser una fuerza imparable, percibida como un empuje molesto por el sujeto sufriente, debe poder indagarse en aquello que dicen y actúan, los enfermos terminales imbuidos por ella. En el apartado dedicado a revisar los relatos clínicos, se prestará, entonces especial cuidado, a los elementos que permitan evidenciar la presencia de esta tendencia afectiva.

En Lacan, la lógica que permite circunscribir la noción de objeto *a*, faltante que hace irrumpir la angustia, designa la manera como el deseo del sujeto viene a constituirse en el campo demarcado por el deseo del Otro. Con una fórmula que define una relación fundante, por medio de la cual emerge el sujeto, propondrá el autor cierta imagen, que sirve de soporte al deseo. Esa fórmula con la que Lacan (El Seminario, Libro 10, La angustia, 1962) ilustra el lugar del objeto a, es la siguiente:

$$d(a) < i(a): d(\not{A})$$

En esta expresión matemática, i(a) imagen real del objeto, sirve de intermediario entre el deseo del Otro d(Ⱥ) y el deseo del sujeto d(a) (Lacan J. , El Seminario, Libro 10, La angustia, 1962). El autor planteará lo que se instaura con esta función de la siguiente manera:

> En efecto, he escrito la relación del deseo del Otro, d (Ⱥ), con la imagen soporte de ese deseo, que no dudo en escribir *i(a)* precisamente porque ello introduce una ambigüedad respecto a la notación *i(m)* con la que habitualmente designo la imagen especular. Todavía no sabemos cuándo, cómo y por qué este i(a) puede ser la imagen especular pero sin duda es una imagen. No es la imagen especular, es del orden de la imagen, es aquí el fantasma (pág. 33)

Se trata de una fórmula algebraica con la que Lacan intenta superar la dificultad inherente al uso de la palabra, cuando se quiere representar un asunto difícil de asir, como lo es el objeto que causa el deseo. Para el autor, el objeto no puede ser representado porque no hay recurso imaginario que pueda dar cuenta de la falta. El objeto *a*, no es imaginarizable.

El Otro, que la fórmula designa con la letra A tachada, no es sólo el que sirve de fuente al significante, es también un Otro sobre el que yace una barra por estar en falta, o dicho de otra manera, por estar determinado por cierta falla. La existencia de esa falla instaura la posición deseante del sujeto. Para tratar este asunto, queremos acudir a la siguiente cita de Lacan (1962) que plantea el lugar de la falta en relación con el deseo:

> Para Lacan - porque Lacan es analista - el Otro está allí como inconsciencia constituida en cuanto tal. El Otro concierne a mi deseo en la medida de lo que le falta. Es en el plano de lo que le falta sin que él lo sepa dónde estoy concernido del modo que más se impone, porque para mí no hay otra vía para encontrar lo que falta en cuanto objeto de mi deseo. (pág. 32)

Como podrá observarse, de esta cita también se desprende un concepto de sujeto que subsiste en la inconsciencia. La falta que subyace al deseo es inconsciente, se encuentra en cierto lugar de la posición que ocupa el Otro, sin que éste pueda reconocer con exactitud qué es lo que le falta. Esa suerte de confusión sobre aquello que hace orificio en el Otro, compromete al sujeto, quien intenta ubicar en esa falla, el falo imaginario. El hecho de que

sea imaginario, implica que el Otro no lo posee, se lo adjudico, supongo que lo tiene, pero en realidad no está allí. En consecuencia, el objeto de deseo del sujeto estará perdido y no habrá forma de recuperarle. Lacan planteará este asunto en los siguientes términos:

> Esto significa que en todo lo que es localización imaginaria, el falo aparecerá entonces bajo la forma de una falta. En la medida en que se realiza aquí, en *i(a),* lo que llamé la imagen real, imagen del cuerpo que funciona en lo material del sujeto como propiamente imaginaria, o sea libídinalizada, el falo aparece en menos, como un blanco. A pesar de que el falo es sin duda una reserva operatoria, no sólo no está representado en el plano del imaginario, sino que está circunscrito y, por decirlo como corresponde, cortado de la imagen especular. (Lacan J. , El Seminario, Libro 10, La angustia, 1962, pág. 50)

En consecuencia el objeto *a* puede ser pensado como aquello que falta en el Otro, haciendo que el deseo del sujeto y el deseo del Otro terminen siendo uno solo y el mismo. Se trata de un deseo de deseo que solo por una falla instituida por el objeto, empieza a operar. El objeto *a* puede ser observado como un real que subyace tras una imagen real i(a), manifiesta en la relación sujeto – Otro. Lacan acudirá a la experiencia inaugural descrita como estadio del espejo, para mostrar lo más significativo de ese movimiento con el que se crea una imagen especular i'(a), con la que se intenta revestir la imagen real del objeto. Esta imagen virtual, intensamente libidinizada en el espejo, es la imagen del cuerpo propio, imagen de la imagen real, que aquí se pone en juego. Lacan (1962) planteará esto de la siguiente manera:

> Resulta que hemos precisado, en nuestro camino de la angustia, el estatuto de lo que de entrada he designado con la letra *a*. La ven ustedes aquí coronando el perfil del florero que simboliza para nosotros el continente narcisista de la libido. Éste puede ser puesto en relación con la imagen del cuerpo propio, *i'(a)*, por intermedio del espejo del Otro, A. entre ambos se produce esta oscilación comunicante que Freud designa como la reversibilidad entre la libido del cuerpo propio y la del objeto. (Lacan J. , El Seminario, Libro 10, La angustia, 1962, pág. 98)

En la experiencia descrita por algunos pacientes, cuyos relatos no se quiere adelantar, la forma como lo fálico falla en el intento por obturar el lugar dispuesto por la imagen real, mostrando la fragilidad de la imagen narcisista, es particularmente evidente. Este asunto es muy relevante a la hora de analizar los relatos que se ofrecen en el aparte del material clínico. Se puede indicar por ahora, que en la experiencia singular del enfermo terminal, esa imagen del cuerpo propio, que se inaugura con el espejo, tiende a verse resquebrajada. La transformación libidinal que en consecuencia se opera, por cuanto se perturba el sentimiento de cohesión de esa representación imaginaria, depara los más importantes problemas en la dinámica psíquica del enfermo.

Lacan (1962) reconoce que ese objeto *a* del que ha hablado tiene sus más profundas raíces en el objeto que ha venido elaborando Freud:

> Cuando Freud habla del objeto, a propósito de la angustia, se trata siempre de este objeto *a*, cuyas características constituyentes tan sólo hemos esbozado y que estamos poniendo en el centro de la actualidad. La ambigüedad se debe a que no podemos sino imaginarlo en el registro especular. (Lacan J. , El Seminario, Libro 10, La angustia, 1962, pág. 50)

En el esquema óptico simplificado que se expone en la clase del 28 de noviembre de 1982, Lacan utiliza el símbolo φ, vigésima primera letra del alfabeto griego, con la que se representa lo fálico, para aludir a un elemento que hay que tener en cuenta en la relación fundamental con el Otro. Es un símbolo al que le antecede un menos y que se ubica como contraparte, incluso reflejo, de un *a* que tiene lugar en el campo del Otro. Se trata de un símbolo con el que Lacan designa el carácter imaginario de lo fálico. El menos que le antecede implica que es el falo imaginario, que en realidad el objeto fálico cuya presencia imagino, no está. Cuando algo del objeto *a* asoma, en ese lugar que ocupa el menos phi (- φ) aparece la angustia. En términos de Lacan (1962) esto sería:

> - ¿cuándo surge la angustia? La angustia surge cuando un mecanismo hace aparecer algo en el lugar que llamaré, para hacerme entender, natural, a saber, el lugar (- φ), que corresponde, en

el lado derecho, al lugar que ocupa, en el lado izquierdo, el a del objeto del deseo. Digo *algo* - entiendan *cualquier cosa* (Lacan J. , El Seminario, Libro 10, La angustia, 1962, pág. 52)

Lo ominoso, esa extraña y a la vez familiar presencia que Freud nombrará en el artículo que lleva el mismo nombre, es lo que hace presencia inquietante en el lugar donde se encuentra (-φ). Esto es, el objeto *a*, en tanto motor del drama de la angustia, puede pensarse como un objeto ominoso; una presencia inmaterial, a la vez íntima y extraña, cuya aparición suscita angustia. Se trata de una presencia no imaginarizable, que amenaza con la posibilidad de hacer faltar la falta, poniendo en riesgo lo que soporta el deseo del sujeto. Lacan (1962) planteará esto en los siguientes términos:

> Lo *unheimlich* es lo que surge en el lugar donde debería estar el menos *phi*. De donde todo parte, en efecto, es de la castración imaginaria, porque no hay imagen de la falta y con razón. Cuando algo surge ahí, lo que ocurre, si puedo expresarme así, es que la falta viene a faltar. (Lacan J. , El Seminario, Libro 10, La angustia, 1962, pág. 52)

La angustia puede ser pensada como una señal. Lacan indicará, que es un afecto que se dirige siempre a otro orden, que apunta en dirección a otra cosa, lo que equivale a decir que no se remite a sí misma. Para este autor, la angustia no puede constituirse en señal de una falta sino del peligro que alberga no contar con el apoyo que representa la falta. La falta presenta al sujeto, la posibilidad de preservar su deseo, en tanto este existe a condición de no encontrar el objeto que lo colme. La señal a la que apunta Lacan es la que alberga el peligro de que la falta, falte. Incertidumbre que gobierna la relación del sujeto con el objeto *a*.

> La angustia, nos enseñó Freud, desempeña en relación con algo la función de señal. Yo digo que es una señal en relación con lo que ocurre respecto de la relación del sujeto con el objeto *a* en toda su generalidad. El sujeto solo puede entrar en esta relación por la vacilación de un cierto *fading*, la designada por su notación mediante una S tachada. La angustia es la señal de ciertos momentos de esta relación. (Lacan J. , El Seminario, Libro 10, La angustia, 1962, pág. 98)

Lo que ocurre con el paciente con cáncer, en situación de terminalidad, puede expresarse en términos de la invasión de algo íntimamente extraño, que no tiene lugar en el espacio de la conciencia, porque no puede ser imaginarizado. Puede plantearse, siguiendo una de las significaciones del término señal, que la observación de esa situación se da en dos tiempos lógicos. En el primero, se perciben los indicios de una realidad corporal alterada, por la presencia de dolor físico o deterioro funcional. Existe, además, un segundo momento que es el de entender esa señal. Momento de la concienciación en el que este paciente intenta descifrar lo que considera un mensaje detrás de las manifestaciones de la enfermedad. Que sea consciente implica que está en el campo del *yo*, pero lo que es consciente no es la angustia, la angustia no entra en el plano de lo representable, es pura presencia. El objeto que causa la angustia no es imaginarizable y por ello lo que se observa de éste, traducido en angustia, tampoco lo es. Hay un momento en el que la angustia es señal y otro momento en el que se requiere intentar comprender esa señal.

3.2 El acting out y el pasaje al acto como respuestas ante la angustia en el caso del enfermo terminal.

En el seminario, que se ha venido trabajando, Lacan propone el *acting-out* y el *pasaje al acto*, como dos expresiones afectivas, cuya ubicación por el tipo de complejidad y movimiento que revisten, debe ser una muy cercana a la de la angustia. Han sido traídas a consideración porque pueden ser de mucha utilidad a la hora de explicar, algunos fenómenos de la clínica, observados en el pequeño grupo de pacientes a quienes se ha dirigido la atención. Al emplear algunas acotaciones planteadas por Freud en torno a los casos de Dora: *Fragmento de análisis de un caso de histeria* (1905) y la joven homosexual: *Psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina* (1920), Lacan se dará a la tarea de conceptualizar estas reacciones subjetivas con las que alguien, expuesto radicalmente a la posibilidad de experimentar angustia, intenta librarse del malestar que generaría tal encuentro.

Ya en la clase del 19 de diciembre, al retomar un gráfico que le venía permitiendo situar distintos estados afectivos que comprometen al cuerpo, Lacan introduce los términos *acting out* y *pasaje al acto* en las posiciones contiguas, más cercanas al lugar que alberga el término *angustia*. Al ubicarles de esa manera, Lacan propondrá que estas dos expresiones, se constituyen en las formas más extremas de reaccionar ante la posibilidad de caer en angustia, o dicho de otra manera, en intentos desmedidos por evitar la aparición de este afecto inquietante. (1962) : "¿Qué hay en los lugares vacíos? Hay el pasaje al acto y el *acting out*" (Lacan J. , 1962, pág. 88). Esta forma de disponer elementos en una matriz, que Lacan nombra como "Cuadro de la angustia" (Lacan J. , 1962, pág. 89), tiene otras implicaciones. El autor, emplea las posiciones de distintos elementos en tal esquema, para caracterizar la expresión afectiva que ha denominado, *pasaje al acto*.

Tabla 1. Cuadro de la angustia[24]

Inhibición	Impedimento	Embarazo
Emoción	**Síntoma**	Pasaje al acto
Turbación	Acting Out	**Angustia**

Si se revisan los términos ubicados encima y en el extremo izquierdo de la fila horizontal en la que se ubica la expresión, *pasaje al acto*, encontraremos los términos *embarazo* y *emoción*. Estos dos elementos, se intersectan por líneas imaginarias en el lugar que ocupa el término *pasaje al acto*. Tal disposición de elementos, permite al autor proponer que el *pasaje al acto* se presenta ante una situación de "supremo embarazo" (Lacan J. , 1962, pág. 124) e

[24] Esquema empleado por Lacan en la sexta clase del seminario X. La angustia, para designar a través de los lugares que ocupan en este modelo ciertas expresiones afectivas, las propiedades de cada una

invasión de la *emoción*, en la que el sujeto se queda sin recursos con los qué hacer frente a lo que ocurre.

En lo que se refiere al caso de la joven homosexual, Lacan recuerda el acto de dejarse caer, inscrito en uno de los sentidos de la palabra *niederkommen*, como el gesto que la muchacha acomete ante la mirada descalificante de su padre: "el *niederkommen* es esencial en toda súbita puesta en relación del sujeto con lo que él es como a" (Lacan J. , 1962, pág. 123) Ese dejarse caer, siendo característico del *pasaje al acto*, es una reacción repentina que implica excluirse de una escena. En el caso de la joven homosexual, esa escena fue instituida por el juego de tendencias afectivas que esta mujer dirigía a otra mujer y a su padre. En el plano de las relaciones que Lacan ha venido designando al acudir a ciertas expresiones algebraicas para designar lo lógica del deseo, lo que instituye la caída es una forma singular de relación entre el sujeto (S) y el objeto causa de su deseo (a). En esta relación el sujeto ha quedado ubicado como "soporte de aquello que falta en el campo del Otro". (Lacan J. , 1962, pág. 124).

Se habla de un acto que compromete directamente el cuerpo, no se trata de un evento psíquico, se trata de arrojarse de un puente luego de observar una situación, en la que esta joven se siente afectada por el enojo que percibe en su padre. Tal caída, en tanto componente del *pasaje al acto*, con el que se busca salir del marco planteado por la situación, ocurre por la dependencia del sujeto respecto al *a*. Dependencia que le lleva a identificarse irrestrictamente con este objeto, presentificando en el acto de exclusión, la situación de rechazo en la que le coloca el Otro. Esto es, por la "identificación absoluta del sujeto con el *a* al que se reduce" (Lacan J. , 1962). El *a*, es un resto, Lacan planteará que un residuo que causa aborrecimiento en el Otro. Al identificarse con ese objeto abominable, el sujeto se deja caer.

El *acting out* por otro lado es ostensible, dirá Lacan. En tanto manifestación que surge en un intento por evitar el afecto de la angustia, emerge para ser observada por el Otro, pretende no ser pasada por alto y aprovechará las circunstancias que le permitan exponerse: "El *acting out* es esencialmente algo en la conducta del sujeto que se muestra. El acento demostrativo de todo *acting out*, su orientación hacia el Otro, debe ser destacado" (Lacan J. , 1962). Desde esta lógica, el *acting out,* puede ser pensado como un llamado insistente al Otro, en momentos en los que puede emerger la angustia, que tiene por carácter esencial el de hacerse notar. En tanto presentación que compromete profundamente al cuerpo el acting tendría un propósito, que resulta exactamente opuesto al del *pasaje al acto*. Si el *pasaje al acto* plantea una cierta caída de la escena, el acting out busca favorecer una situación en la que el sujeto pueda mantenerse en ella, esto es no abandonar su deseo. Así, el acting out busca mostrarse para ser garante del deseo del sujeto, evitando que éste sucumba, como lo hace en el *pasaje al* acto, la lógica que lleva a la joven homosexual a dejarse caer, no es la lógica definida desde una posición deseante, es más si se quiere, es una especie de abandono de esta posición.

Pero Lacan no nos deja con esa indicación, su trabajo hace observar que se trata de un llamado que subsiste mostrándose esencialmente en lo que no es. El autor hace observar esta especie de engaño, en el que se soporta el *acting out*, cuando se dirige al Otro, a través de un deseo que intenta revelarse figurando como si se tratase de otro: "combinemos los dos términos, el del mostrar, o demostrar, y el del deseo, para aislar un deseo cuya esencia es mostrarse como otro" (Lacan J. , 1962, pág. 137).

En tanto intenta mostrarse como no es, planteará el autor, el *acting out* se parece al *síntoma*. Existe en todo caso una diferencia importante que Lacan designa planteando que a diferencia del *síntoma* el *acting out* "llama a la interpretación" (Lacan J. , 1962, pág. 139). Esto es, muestra su proclividad a encontrar en la contraparte, que para este caso es el Otro, no solo una escucha atenta, sino una contestación. De este modo buscaría ser alojado de

determinada manera en el intercambio al que se presta. Está dirigido al Otro, del que espera una respuesta.

Se ha traído a colación, el asunto que plantea el acting out para usarlo como insumo en el intento por explicar una de las situaciones, que se observó en uno de los pacientes terminales, que ha sido incluido en el material clínico. Cuando se ingrese a ese apartado, se describirá la situación que se quiere someter a examen, empleando los conceptos de *pasaje al acto* y *acting out*.

4. Material clínico.

El material que se presenta a continuación, integra una serie de relatos clínicos recogidos dentro de la práctica, sostenida en una importante institución prestadora de servicios de salud, de la ciudad de Medellín. Esa entidad contaba con un pequeño equipo de profesionales que atendía, en sus domicilios, a sujetos aquejados por una enfermedad, cuando alcanzaban la condición de enfermos terminales. Cada una de las narraciones, pertenece a un paciente diagnosticado con cáncer, que requirió del acompañamiento que la unidad ofrecía. Una de ellas corresponde a un hombre de 55 años, la segunda a una mujer que recién ingresaba a la quinta década de la vida.

En aras de la economía y la claridad se transcribirán, en cada uno de los casos, sólo algunos episodios de la historia original. Ciertos sucesos observados durante el acompañamiento, ayudaron a identificar modos particulares de sufrimiento, relacionados con los conceptos que han sido seleccionados como ejes de la investigación. Los hechos aquí referidos, corresponden en buena medida al trabajo de reconstrucción en el que se ha empeñado el autor de este trabajo. Se emplearon las notas de evolución, que él mismo diligenció, y varias expresiones exactas de los pacientes o los familiares atendidos, que fueron registradas en algunos formatos de seguimiento.

Durante los meses que antecedieron al fallecimiento de estos pacientes, fue observándose en ellos una sustancial disminución de la energía, el nivel de actividad y la sensación de bienestar. En sus relatos, se encontraron descripciones detalladas del deterioro al que la enfermedad los exponía. Tareas que, en otras circunstancias, hubieran realizado sin ayuda y sin mucho esfuerzo, pasaron a revestir una importante complicación; regularmente como consecuencia de la astenia o por el daño directo de un órgano. Al tiempo que esto ocurría, los episodios de malestar subjetivo fueron haciéndose cada vez más frecuentes e intensos. Los pacientes y sus cuidadores describieron algunas situaciones en las que se

conjugaban dolor, angustia, enojo y desesperanza. Las ideas de muerte fueron referidas con frecuencia, proviniendo del paciente, pero también de quienes le rodeaban. Aunque no siempre se refirió explícitamente la inquietud frente a la posibilidad de morir, expresiones coloquiales y otras formas de lenguaje no verbal (expresión facial, actitud general) sirvieron para identificar el profundo pesar y la angustia que los embargaba. En todos los casos, los planes futuros se vieron truncados por una realidad que asomaba sin confirmarse.

A medida que el malestar físico adquiría intensidad, para estas personas, el entorno se hizo cada vez menos accesible. Se vieron entonces apartados bruscamente de un trabajo, unas actividades sociales o el encuentro con amigos y familiares; los lugares frecuentados se hicieron cada vez más esquivos, la habitación empezó a aparecer como su único lugar de estancia. Además del dolor, en el relato de estos pacientes, se hizo notorio, lo que sobrevino tras una pérdida funcional, es decir, una reducción de la capacidad para disponer de su cuerpo a la hora de encargarse de ciertas tareas cotidianas. En tales circunstancias, la distancia que separaba a estas personas de sus congéneres, se hizo cada vez más grande. Los modos de vinculación, a los que estaban acostumbrados, no dejaron de sufrir sustracciones o modificaciones. En todos los casos, el desencuentro con el otro adquirió su máxima expresión.

A la hora de analizar las circunstancias de cada reseña clínica y el vínculo que estas sostienen con algunas manifestaciones psicológicas, se acudió a dos conjeturas que fueron de mucha utilidad para resolver problemas inherentes al marco metodológico de este trabajo. La primera de ellas plantea que todo caso supone una reconstrucción de sucesos y relatos, la segunda que el análisis de los enunciados del paciente o sus familiares permite inferir pensamientos, afectos y conductas no verbalizados.

Los nombres de los pacientes han sido cambiados para salvaguardar sus identidades y evitar molestias innecesarias en las familias. Un consentimiento verbal permitió que en cada

caso, se obtuviera la autorización necesaria para hacer uso del material clínico, solo con fines investigativos. Se indicó, a los familiares, que los apuntes contenidos, en el presente apartado, podían beneficiar de manera significativa a otros pacientes que atraviesan una situación similar.

4.1 Relato clínico uno: Julio.

El primer caso que se analizará concierne a un hombre de 55 años, casado, con dos hijos, que venía siendo tratado por un cáncer de próstata. La afección se hizo luego metastásica al comprometer la estructura ósea y el sistema ganglionar. El paciente había recibido manejo por orquiectomia, extirpación de los testículos indicada en este tipo de proceso tumoral, con la que se buscó bloquear el crecimiento patológico y mejorar el dolor. La intervención quirúrgica y el consecuente deterioro de la función viril, afectaron profundamente a este paciente, por la alteración de la imagen de sí y por los drásticos cambios en la interacción social, que con esto se produjo. El paciente ingresó al programa de cuidados paliativos domiciliarios en marzo de 2012, cuando el especialista tratante indicó que no había forma de ofrecerle otras medidas terapéuticas de intención curativa.

Durante la primera visita, la esposa del paciente, principal proveedora de cuidados, indicó que éste había venido quejándose de dolor en la espalda, el pecho y las piernas. Como consecuencia de la enfermedad, el paciente estaba parapléjico, por lo que permanecía en cama la mayor parte del tiempo. Había venido presentando náuseas y comía poco. Al parecer, la alteración en la capacidad para caminar había empezado a mostrarse, un mes antes de que recibiera la primera atención en casa, manifestándose con entumecimiento del tronco y temblor. El paciente había tenido frecuentes alteraciones del sueño asociadas a episodios de dolor incrementado. Empleaba parches analgésicos, lyrica y morfina. No es común que un paciente, incluso un enfermo terminal, emplee al mismo tiempo un conjunto tan amplio de medidas terapéuticas, para contrarrestar el dolor, como las que se emplearon en este paciente,

por lo que el hecho no dejó de llamar la atención. En este caso, el empleo de esos recursos, fue cuando menos necesario por la intensidad del malestar referido. El paciente había venido tomando antidepresivos por al menos, dos meses (Fluoxetina). Requería ayuda para realizar la mayor parte de las tareas cotidianas y empleaba permanentemente una sonda vesical.

La esposa señaló durante la primera consulta: "se la pasa muy triste, llora mucho...no convive verse en esa situación". Según ella, el paciente había intentado agredirse, llegando a señalar en varias oportunidades, el deseo de quitarse la vida: "dice que se quiere matar (…) se da contra la cama en la cabeza (…) él había dicho que si le daba una enfermedad de esas, se quitaba la vida". Según la cuidadora, el paciente fue notificado sobre la gravedad de su condición, solo ocho días antes de la primera visita del equipo terapéutico. En varias ocasiones había culpado a su esposa por no encontrar la manera de detener la enfermedad: "decía que yo no lo llevaba a los mejores médicos (…) que lo que yo hacía no le servía" indica la conyugue.

Durante el primer contacto, el paciente, que lloraba con mucha frecuencia, planteó que se encontraba "muy aburrido y triste", su expresión facial denotaba gran aflicción. En otra consulta, su esposa describió un episodio en el que el paciente habría salido corriendo hacia una cañada cercana, indicando que iba a matarse. La cuidadora continuó, diciendo que el paciente había regresado después de un rato, al percibir que se había hecho un corte en el pie, por salir descalzo.

En cierto momento del proceso, empezaron a presentarse, en el paciente, delirios y alucinaciones. La esposa señaló temor a que, el hombre, se hiciera daño durante estos episodios. El paciente descalificó este temor en una de las consultas diciendo: "este es un templo de Dios (refiriéndose a su cuerpo) uno no debe atentar contra él". A lo largo del proceso las manifestaciones de aflicción fueron reduciéndose levemente, sin desaparecer del todo; las alucinaciones cedieron más lentamente.

En varias consultas el paciente refirió (y también lo refirió la esposa en otros momentos) un interés particular por hacer resaltar su masculinidad a partir de la frecuencia con la que sostuvo vínculos amorosos con otras mujeres. Describió también el límite impuesto a esta tendencia (por la orquiectomia y los tratamientos contra el cáncer) como si se tratase de una pérdida que se constituyese en el principal motivo de aflicción. Describió además, intensos sentimientos de culpa al considerar que había sido "desleal" con las personas que amaba. En este tópico, aludió con frecuencia a su esposa, señalando que se sentía mal por haber estado con varias mujeres, al mismo tiempo que con ella.

En determinado momento del proceso, el paciente empezó a indicar "he recibido perdón". Con esta expresión apuntaba a lo que consideraba una respuesta divina frente a sus suplicas. El paciente, había venido aferrándose a ciertas creencias religiosas como un modo de expiar sus culpas. Con ello, también se refería a la indulgencia que le ofreciera su esposa, en lo referido a los encuentros amorosos que sostuvo con una mujer mucho menor que él. La relación con esta mujer se había sostenido hasta poco antes del episodio de enfermedad, lo que no evitó que se presentaran frecuentes discusiones con su esposa. Dentro del relato del paciente, resaltaron continuas referencias a esta relación, de la que salió por la pérdida de interés de la pareja. De lo que indicó el paciente, se dedujo que el deseo de reencontrarse con esta mujer lo inquietaba mucho. Esta persona no acudió a los llamados que él le hizo. Según relató la esposa, él estuvo intentando contactarla sin obtener respuesta positiva.

Este paciente trabajó como conductor de servicio intermunicipal y vigilante durante la mayor parte de su vida, ya se había pensionado. La primera de estas ocupaciones, le permitía permanecer fuera del hogar durante largos períodos de tiempo. A lo largo de las visitas sostuvo numerosos encuentros amorosos clandestinos, que tenían lugar en los municipios que visitaba por su trabajo. En cierto momento del proceso, dentro de su relato, empezó a adquirir importancia la relación que sostuvo con la citada joven hasta el agravamiento de la

enfermedad. En torno a este tópico el paciente indicó: “yo la conocí desde que tenía quince años”. La describió como una mujer amorosa y complaciente: “ella (…) le gana a muchas mujeres de más recorrido”. En aquel entonces el paciente atribuía características muy positivas a esta mujer, al tiempo que la distinguía de otras mujeres a las que consideraba prostitutas: “lo que más me gustaba de ella era esa entrega y amor, ese respeto (…) todas son las mismas (…) prostitutas”. En oposición a lo último, ubica a su esposa en el lugar de una mujer que siempre esgrimió una conducta intachable: “mi esposa es la única casta que tengo”.

Durante una de las consultas y mientras la esposa del paciente describía situaciones de maltrato de las que ella habría sido la víctima, el paciente afirmó que había cambiado su actitud y que de ahora en adelante sólo se ocuparía de su familia. A partir de ese encuentro, empezó a incorporar en su discurso la idea de una “entrega a Dios”, a la que aludió cada vez que retomó en consulta el tema del vínculo que sostenía con la otra mujer.

El paciente, describió algunos recuerdos de su padre y su abuelo relacionados con la posición que según ellos debería notarse en un hombre, en lo referido a las relaciones amorosas: “mi taita y mi padre me decían que uno tenía que demostrarle a las mujeres quien es el que manda, quien es el varón”. En el relato, del paciente, estos dos familiares son designados por otras personas como “perros” por las numerosas parejas que tuvieron. Este paciente designa lo masculino, acudiendo a la cantidad de parejas que hubiera tenido.

A lo largo del proceso de acompañamiento, se fueron identificando en el paciente gran afectación emocional, tendencia a auto agredirse e intensos sentimientos de culpa, eventos todos que denotaron poca aceptación del diagnóstico. La cuidadora principal se observó en una situación similar de afectación.

El dolor físico, que experimentó el paciente, no logró ser totalmente controlado durante las intervenciones, aunque se redujo significativamente por la revisión constante del tipo de

medicamento y la vía de administración que se utilizaban. En cierto momento se identificó en él, el empleo de mecanismos defensivos que se sostenían en la idea de una "entrega a Dios" frente a las pérdidas funcionales representadas en el avance de la enfermedad. Transcurridos dos meses, desde las intervenciones iniciales, las manifestaciones de aflicción, en el paciente, siguieron reduciéndose tanto en intensidad como en frecuencia, sin desaparecer. El paciente acudió frecuentemente a sus creencias religiosas para explicar esta mejoría. Mientras describía algunas ideas de muerte, señaló cierto temor a "ser recriminado por Dios". En ese mismo momento, la cuidadora describió un incremento en las manifestaciones de dolor del paciente y desgaste emocional asociado al cuidado.

Dos meses después de la remisión al servicio de atención domiciliaria, se percibió un rápido deterioro del estado físico del paciente. Para entonces, se alimentaba poco por la dificultad para tragar, permanecía en cama, con dependencia total de la cuidadora y tomando antidepresivos, lo que no lograba reducir del todo, algunas expresiones de aflicción. El paciente describió con frecuencia lo que parecían ser delirios y/o alucinaciones, cuyo contenido se asoció a la aparición de escaras por la postración. En cierto momento señalo un temor marcado a "las moscas" que veía en la habitación, indicando que no desea que se le “metan en las sabanas". La alteración se presenta en momentos en que sufre de una lesión con tejido necrótico en pene, trocánteres y talones. El paciente describe los elementos negativos de su situación actual y sigue acudiendo a sus creencias religiosas para tratar de superar la situación.

Durante algunas consultas se señaló alguna mejoría en su condición anímica, se observó sin embargo muy somnoliento. Por la falta de movilidad, según la esposa, el dolor en la zona posterior del cuello se venía incrementado. Los patrones de sueño se mantenían alterados, lo que se asoció a las manifestaciones de dolor físico.

Análisis del material clínico. Julio. Una de las inquietudes, que planteó este caso, viene definido por la manera como se ve afectado el sujeto ante el concepto que el especialista emite, antes de remitirlo para que fuera atendido en casa. Las palabras que integraron el pronóstico, bien podrían pensarse en el origen de la preocupación que embargó al paciente, pero seguramente vinieron a conjugarse con los mensajes que le trasmitían otras circunstancias relativas a la enfermedad. Cualquiera de los elementos por separado pudo servir de insumo para angustiarle al pensar en la posibilidad de morir, pero cuando se presentaron simultáneamente lograron reducir de manera significativa los recursos con los que contaba el paciente para encarar la situación.

Es importante recordar, que este hombre fue intervenido quirúrgicamente para extirparle los testículos y que no podía caminar debido a otra cirugía. Si bien en las consultas no se identificó claramente la fecha en la que se realizaron estos procedimientos, puede inferirse que a partir de esos eventos, que se constituyen en situaciones de pérdida, empezó a hacerse notoria la alteración en el estado de ánimo. Las cirugías tuvieron que haber representado para este hombre, imbuido en algunos significantes fálicos provenientes de su padre y su abuelo, una situación comparable a la que plantea la castración. Dos funciones: la que operaba permitiendo la erección y la que le permitía caminar, se vieron cercenadas por la intervención de los médicos en el intento por curarle. En un caso así ante la invasión de estímulos, que desde el cuerpo afloraban, debió emerger la angustia. El dolor de la pérdida, pudo haberse sumado al de la angustia, en tanto ambas situaciones planteaban un significativo malestar. Con la pérdida, el paciente se vio en la imperiosa tarea de lidiar con la energía desligada, por la ruptura de asociaciones que en torno al órgano fálico existían, lo que también pudo haber ocurrido al percibir el detrimento de la capacidad para caminar.

Con el entumecimiento del tronco, el temblor y las náuseas, debió ocurrir algo parecido. El cuerpo debió empezar a ser observado, por este paciente, como una inmensa fuente de

estímulos difíciles de tramitar. Estímulos que al provenir de una fuente endógena, frente a la cual la acción de descarga resulta más complicada, tuvieron que plantear para este sujeto una importante situación generadora de angustia.

El Otro, representado aquí en las palabras de los progenitores, plantea un atributo fálico en esa representación que determina el destino del sujeto. El paciente queda atrapado en las redes significantes, actuando a través del encuentro con el otro género esa dimensión mortífera del mandato superyoico que le ordena "ser un varón y mandar". Se instaura así la dimensión del goce, puesto que esa misma figura que lo remite a la búsqueda de pareja, lo aplasta luego bajo las formas de la culpa y el remordimiento.

El problema, que este paciente enfrenta, cuando la enfermedad le notifica sobre un límite infranqueable (la enfermedad no iba a sanar y no le permitiría continuar con su estilo de vida) es también el de hacer conciencia sobre el valor de ese objeto que causa su deseo. El deseo de este hombre, es puesto a prueba en la situación de enfermedad terminal. Recordemos que él amenaza con matarse si llega a enterarse de que padece una enfermedad terminal y sale corriendo hacia una cañada cercana, supuestamente, con el propósito de acometer el acto suicida. El hecho de que anticipe la situación en la que se verá envuelto cuando el especialista indica que su enfermedad ha ingresado a la etapa terminal es bastante curioso, pero lo es más, que mencione la decisión que tomaría en tal caso. Si retomamos lo que Lacan señala sobre el *acting out*, cuando le propone como lo que se muestra, observamos que esta conducta del paciente, la anticipación y el hecho de notificar cuál sería su reacción ante la noticia de enfermedad, nos hacen pensar que se trata de esta formación reactiva. El acting Out se relaciona con lo que se hace público, lo que se muestra para no ser pasado por alto. Las palabras del paciente al advertir sobre su conducta parecen ubicarlo en esta disposición.

La hipótesis queda confirmada, cuando se observa que el paciente no se lanza a la cañada a la que dijo que iba a lanzarse. Es este rasgo de la escena, lo que lo saca del campo

de la formación denominada *pasaje al acto*, dejándolo al parecer en la que se ha denominado por parte de Lacan, como *acting out*. Lacan planteó, en el seminario de *La Angustia*, que el sujeto que acude al *acting* no sale expulsado al modo de un resto, al modo del objeto *a*. El paciente amenaza con asumir esa posición cuando dice que se va a lanzar, pero no lo hace. Cuando percibe que su integridad está en juego (por el corte que recibe en el pie) retrocede. Muestra con ello que no está ubicado en la posición del objeto y por lo tanto no requiere quedar como éste, excluido, rechazado del campo de los vivos. Así, el corte que recibe en el pie (y es muy llamativo que haya sido un corte el que lo haga desistir) opera recordando la castración a distintos niveles (castración en el Otro, castración en el sujeto). Cuando se plantea que el corte en el pie recuerda la castración, se indica que instaura una falta. Al no faltar la falta el sujeto no requiere identificarse irrestrictamente con el objeto a y por lo tanto tampoco debe caer como éste lo hace (como un resto).

La dinámica que permite circunscribir el objeto amoroso de este paciente muestra ese objeto asumiendo varias características. Es percibido como "casto" en algunos momentos y "prostituido" en otros. Se trata de dos vertientes del mismo objeto que, por defecto o exceso, circundan el objeto real. En determinado momento y cuando se le pregunta por el devenir de su posición como hombre, dado el estado de deterioro funcional que presentaba, indica el paciente: "ya llegamos a una edad que no nos da (…) ya la edad no da para esos golpes, para esas carreras" (encontrar situaciones placenteras en el vínculo de género). El paciente trata quizá de hacerle un quite a su verdad al situar en la edad, aquello que impone en el momento actual, obstáculo a sus anhelos. No puede decir de la enfermedad, lo mismo que plantea sobre la edad, porque ésta no puede ser situada por él, no tiene modo de representar adecuadamente la lesión que le carcomía y acude por ello al objeto perdido (una mujer). Más allá de las explicaciones médicas que establecen el mecanismo orgánico que sigue el cáncer, el paciente no puede dar cuenta de una afección que opera en el cuerpo. Un cuerpo que, para él, se ha

convertido en un extraño que le impide llevar a feliz término algunas aspiraciones. El drama, que este hombre enfrenta, se plantea así en el espacio en el que se intersectan los conceptos "varón" y "mujer". Seguir el mandato impuesto por el Otro, implica para el paciente, depender del amor que pueda ofrecer ese objeto. Bien podría pensarse que se trata de la mujer real (la joven que le inspiraba) pero es claro en este momento, que cuando se refiere el objeto, se apunta a la connotación que se le da en la propuesta lacaniana. De esta manera, el objeto que hace emerger la angustia y produce las más frecuentes formas de dolor psíquico en él, integra la vertiente del amor del otro con el amor narcísico, representado en las palabras de su abuelo y su padre.

El riesgo de suicidio, si bien está presente, no es alto (está presente un factor de auto cuidado y preservación de la vida mínimo). Como mecanismo defensivo frente al deseo propio este paciente se aferra a Dios, uno de los nombres del padre (lo describe como padre ordenador que establece lo que se debe o no hacer.

Pero ¿de dónde surge la hipótesis de la pérdida de un atributo fálico como principal objeto del malestar en este hombre? Si indagamos por ello, en su relato, encontraremos numeras referencias a su virilidad y su capacidad de - mostrarse "masculino" frente a las mujeres. Tendencia que tiene antecedentes en las palabras del padre y el "taita" y que señala el intento por reafirmar la identidad a partir de mostrarse al otro.

Su masculinidad está planteada en términos de la mirada del otro y por lo tanto si el otro falta también desaparece un rasgo del sí mismo. El vínculo con las palabras del padre y "el taita" también merecen ser revisadas. El padre lo marca y lo ubica del lado masculino al tiempo que lo condena a la repetición.

Aquí se puede hacer uso de la famosa frase freudiana que plantea para el caso de la melancolización, la caída de la sombra del objeto sobre el yo. Se trata de una identificación con la carne podrida, puro objeto a, que se hace observar en distintas manifestaciones de la

enfermedad. El paciente se ve conmocionado frente a una situación en la que ha dejado de ser sujeto al identificarse con su cuerpo enfermo. Al parecer, este sujeto, escoge no tener más sufrimiento cuando él mismo observa, el terrible deterioro orgánico al que ha estado expuesto y es por ello que llega a considerar el suicidio como una salida.

Al no contar con el instinto para saber qué debe hacer como macho, el individuo necesita preguntarse si lo sabe. El sujeto intenta suplir esa falla, dándole sentido al significante masculino a través de vínculos y prácticas sociales regidas por la cultura Algunos de esos sentidos suponen en el hombre atributos físicos, conducta, orientación hacia el sexo opuesto. En esta tarea, puede acudir a lo fálico, entendido como un atributo que le convierte en un ser deseable por lo que tiene. El sujeto se aferra al sentido que ha construido, como defensa, ante el insoportable vacío inherente a su ser. Vacío que se agranda con la situación en la que el límite de su vida empieza a observarse como algo cercano.

4.2 Relato clínico dos. Eleonóra.

El tercer y último relato que se acuñará, corresponde a una mujer de 50 años, diagnosticada con cáncer de esófago, que ingresa al programa de atención domiciliaria a mediados del 2012. Se realiza una visita inicial, por la afectación emocional que ha generado en la paciente un reciente episodio de recidiva tumoral. La paciente señaló en esa ocasión, la significativa pérdida de masa muscular que venía observando y la tendencia a vomitar frecuentemente. Sufría de alopecia a consecuencia de la quimioterapia que se le practicó durante la primera parte del tratamiento, por lo que acostumbraba usar tocados para disimular la ausencia de cabello.

Había sido intervenida meses atrás para extirpar la porción de esófago afectada por el tejido tumoral. El procedimiento quirúrgico implicó unir la parte superior del canal digestivo y un sector del estómago. Se empleó además, un stent gástrico para favorecer el funcionamiento de la vía recién abierta. La paciente describirá una de las cirugías que le

practicaron en términos de: "me quitaron el estómago". Eleonora también fue tratada con radioterapia. La consulta inicial se desarrolló 3 años después de las primeras intervenciones terapéuticas.

Eleonora era una mujer soltera, sin hijos, que convivía sólo con una hermana. Se desempeñó como coordinadora de personal, en una fábrica que producía textiles, por lo que asoció la enfermedad con el empleo de ciertas sustancias y el contacto con algunos excedentes de la actividad industrial. Durante todo el proceso de acompañamiento, se observó caquéctica y con agotamiento físico. El principal malestar que refirió estuvo representado en la dificultad para alimentarse. Solo podía consumir alimentos semilíquidos y no lograba evitar la tos mientras los incorporaba. La alteración de la función digestiva representó para ella una pérdida intolerable, se obligaba a comer a pesar del malestar que generaban el insistente espasmo y la producción de esputo, durante el esfuerzo. Esta conducta obligada se observó a lo largo de todo el proceso de acompañamiento.

La paciente se percibía desanimada y apática con frecuencia. Llegó a indicar que había hecho distancia de su pareja, algunos familiares y compañeros de trabajo, a partir del momento en que se había percatado del sistemático deterioro al que estaba expuesta. En algún momento indicó que procuraba no hablar de su enfermedad, ni dejarse ver en la condición física que tenía para ese momento. Durante buena parte de las consultas, su relato estuvo marcado por el interés que generaba en ella la idea de ofrecer determinada imagen corporal a los otros. La paciente describió numerosas actividades físicas con las que lograba mantener una figura esbelta, antes de caer enferma. Dedicaba una importante cantidad de tiempo al gimnasio, mostrándose agradada por poder usar prendas que hicieran resaltar su figura. Compartía este gusto con una sobrina, a la que le dispensaba el mismo amor que a una hija. La paciente se quejó cada vez que llegó a considerar la alteración de la imagen física,

que se produjo con la patología, pero también cuando analizó la reducción de los espacios de esparcimiento que compartía con esta sobrina.

En determinado momento del proceso, logró asociar el haberse distanciado de varios seres queridos con las ideas: "no quiero que me vean así" y “no quiero que sientan pesar por mí". A partir de entonces este alegato se hizo notar con cierta regularidad. La paciente indicó que ella misma propiciaba el distanciamiento, dado que eran sus actitudes y no las de las personas que le rodeaban, las que la mantenían alejada de estas personas. En su relato apareció como antecedente la ocupación de un rol muy importante dentro del grupo familiar. Se describía a sí misma como una mujer que siempre había sido "fuerte" y que ofrecía consejo y aliento a otros miembros de la familia. Al considerar que no podía disfrutar de las actividades cotidianas con algunos familiares, los privó de su compañía. Este razonamiento pudo haber sido el responsable de que permaneciera poco acompañada en casa y saliera poco (la hermana con la que convivió, se encontraba con frecuencia fuera del hogar y la paciente había rechazado varios ofrecimientos de visita por parte de otros familiares). Al tiempo que esto ocurría, se sentía malograda y se quejaba por la pérdida referida al entorno social. Planteó con frecuencia que no le interesaban la mayoría de las actividades cotidianas que antes le ocupaban.

Las manifestaciones emocionales y de pensamiento observadas en la paciente hacían notar que experimentaba un intenso malestar subjetivo. En cambio hacia importantes esfuerzos para no dejar escapar descripciones de sí, que hicieran notar su pesadumbre. Era frecuente que se mostrará más animada y atenta de lo que en realidad se sentía.

Después de determinado número de visitas la paciente empezó a manifestar que el disfrute por las actividades fuera de casa había venido incrementándose. Señaló que había salido a hacer ejercicio y que había podido ir de compras con su sobrina. Con esto, planteó una leve mejoría en la condición anímica y la retoma de intereses vitales. El talante, con el

que se mostró mientras estos sucesos acontecían, fue muy distinto. Durante este período le preocupó menos ser observada en las visitas, sin los tocados.

Pasados dos meses de la consulta inicial, la paciente explicó que había acudido nuevamente a su oncólogo y que recibiría un nuevo ciclo de quimioterapia, esta vez con objetivos reducidos. Se pretendía disminuir el ritmo de crecimiento de la masa tumoral, en una atención de carácter paliativo. La paciente empezó a señalar a partir de entonces, un importante incremento en las manifestaciones de malestar físico, pero esto no la hizo desistir. Empezó a plantear que debía continuar el tratamiento sin importar el malestar que experimentase. En una actitud que planteaba un dilema indicó también, que venía sintiéndose "muy débil" con "desasosiego" y "sin ganas" de continuar. En una tendencia claramente desesperada intentó hacer acopio de sus últimas fuerzas. Junto a esta disposición, empezaron a observarse en su relato, referencias al ideal de la “fortaleza” como cualidad que le permitiría seguir adelante. Este señalamiento y las tendencias de comportamiento consecuentes, se mostraron durante algún periodo como la reedición de una actitud rebelde con la que la paciente intentaba afrontar las situaciones de crisis, que un nuevo tratamiento invasivo le planteaba. En estas circunstancias, la paciente se mostró mucho más dispuesta a hablar sobre su condición, en términos que ocultaban menos la afectación que experimentaba.

Cuando se le preguntó por los medios que utilizaba para afrontar la situación, retomó en su relato el atributo de “mujer fuerte”, aludiendo además a la intervención de la figura divina. Empezó a señalar que se había entregado a Dios y a adoptar una actitud suplicante con la que, al parecer, esperaba alcanzar una cura: "yo le digo a él que no me vaya a dejar" indicó, siendo ésta una frase que pronunciaba cada vez que iba a salir. Esta etapa del proceso, es muy dolorosa en el plano psíquico, para la paciente, por lo que se le percibe más afligida que de costumbre. El vínculo con Dios no se limitó al pedido de ayuda, la paciente empezó a señalar que se había sentido mal en algunas ocasiones, por haber hecho “cosas incorrectas”

(como no casarse con uno de los dos hombres con los que convivió). Detrás de esta dificultad se identificó una posible escena traumática en la que intervenían sus padres y aparecía la idea de tener poco deseo de ocupar el lugar de esposa (convivir con algunas conductas masculinas, atender algunas necesidades de su pareja). La paciente había venido describiéndose como una persona cuyas palabras sobre lo "correcto" ayudaban a sus seres queridos. Esta misma disposición, se hacía notar en su lugar de trabajo.

Transcurrido cierto tiempo, la paciente empezó a usar una peluca. Hacía un gran esfuerzo por mantener una buena apariencia a pesar de la extrema delgadez. Esta manifestación sumada a otras que ya se han descrito, mostraron que intentó sostenerse en un volcamiento libidinal hacia sí misma. El interés por la imagen corporal se acompañó de una alta valoración de sus cualidades como persona. El vínculo entre Dios y lo correcto se hacía notar como muestra de un pacto que había sostenido mucho antes de la aparición de la enfermedad. En su relato resaltó siempre lo apreciado que resultaba para los demás, su consejo.

Mientras las sesiones de quimioterapia seguían, la paciente señaló un incremento en la frecuencia con la que se presentaban las náuseas y el vómito. Se quejó también de dolor en el cuerpo y escalofríos. Asoció este malestar con el tratamiento que recibía. Llegados a este punto empezó a señalar ciertas dudas en torno a la decisión de continuar con ese tratamiento. Dijo que se sentía muy aburrida y angustiada por no poder salir. Manifestó además, que con frecuencia tenía desaliento: "no tengo ganas de hacer nada"

Pasados tres meses desde la consulta inicial, el especialista tratante decide que ella no puede recibir más quimioterapia. La opción se había agotado, incluso como tratamiento paliativo. Frente a esta respuesta, la paciente, indicó que se sentía tranquila. Su principal queja para este momento seguía referida a la dificultad para tragar, de la que afirmó: "me

taponeé". Indicó también que se sentía mal al pensar que algunas personas "murmuraban" sobre su estado de salud. Logró emplear el humor para enfrentar este tipo de situaciones.

La paciente empezó a percibir desde entonces, la posibilidad de estar en una etapa avanzada de la enfermedad. Aunque hacía una descripción, muy elocuente, de sus posibilidades de afrontamiento en lo psicológico, no podía evitar la preocupación que le generaba pensar en lo invalidante que resultaba la afección. Un par de semanas después tuvo que ser hospitalizada para que le colocaran una sonda nasogástrica con la que pudiera recibir alimento; se había identificado una fistula nueva en la porción afectada del esófago. A pesar de todo, la paciente mantenía unas metas vitales de largo plazo y expectativas de mejores condiciones de vida. Señaló que estaba siendo visitada por numerosos familiares.

En una nueva hospitalización, le fue colocado otro stent que mejoró, levemente, su capacidad para ingerir alimentos. En ese momento, la paciente había empezado a señalar que tenía "deseos de morir" para no seguir experimentando el malestar que le acompañaba y evitar sufrimientos innecesarios a los familiares. Llega a plantear que desea que la situación "se resuelva", aunque se debate entre el deseo de "un milagro" y las ideas que le permiten pensar que morir le permitiría descansar. Llega a describir los alimentos semisólidos que trataba de consumir como si se constituyeran en una amenaza.

A lo largo del proceso y a pesar de las múltiples situaciones de malestares referidas, la paciente se mantiene en el señalamiento de que se siente bien y que "no tiene nada". Luego de haber suspendido la quimioterapia vuelve a mostrarse muy interesada en retomarla, al respecto indica "seguiré haciéndomelos para medio vivir". Este caso no pudo ser acompañado hasta su desenlace. Por cuestiones administrativas, el abordaje terapéutico tuvo que descontinuarse durante algunas semanas. Al poco tiempo la paciente fallece.

Análisis del relato Clínico. Eleonora. El presente esfuerzo interpretativo encuentra, en la narración que le antecede, insumos suficientes para proponer la ocurrencia simultánea de las

tres formas de padecimiento subjetivo que se ha venido describiendo en este trabajo: dolor, pérdida funcional y angustia. Se trata en este caso, de una mujer que rondaba los 50 años, época que para algunas mujeres representa un importante cambio en la percepción de sí mismas, por el inicio de la menopausia, pero que para esta paciente implicó el retorno de una temible enfermedad, de la que ya había tenido noticia en circunstancias distintas (había sido intervenida meses atrás y le habían extirpado una porción del esófago). Los cambios que experimentó esta paciente, le llevaron a observar un importante deterioro funcional. Así, el menoscabo de la condición física la enfrentó a una pérdida irrecuperable. El sostenimiento de unas funciones, pero también de una imagen integrada y armónica del cuerpo, pasó a ser una empresa imposible.

Se acude a este sujeto en un momento de enorme inquietud afectiva. Ciertas alteraciones somáticas habían vuelto a aparecer, luego de un período de tensa calma. El motivo de consulta inicial dio cuenta de una condición afectiva que se ha venido integrando al marco conceptual de este trabajo, bajo el nombre de angustia, en tanto planteó una suerte de extrañamiento de la experiencia corporal que se acompañó de intenso malestar. La paciente observa, con denodada entereza, la pérdida de masa muscular que la dejaba amputada de un rasgo corporal, previamente libidinizado. El rechazo de ciertos alimentos también le planteaba que estaba enfrentado una entidad extraña cuyo tratamiento había causado un importante deterioro físico, el deterioro corporal operado por la enfermedad le hacía notar (no fue claro si los médicos también lo habían hecho) que la crisis que tuvo que enfrentar, durante la primera parte del proceso de enfermedad, estaba a punto de regresar. No se trata en todo caso de una primera advertencia, la paciente no entra en la escena con la peculiar ignorancia de quien enfrenta el cáncer por primera vez.

La alteración de la experiencia corporal no sólo se hacía presente con la reaparición de signos y síntomas que vaticinaban un desenlace fatal, también lo hizo con la pérdida inscrita

en la caída del cabello. En esas circunstancias, no sólo el cuerpo, sino el invasivo tratamiento que requería, empezaron a mostrar evidencias de una angustiosa realidad. Para una persona profundamente concernida por su imagen física, como lo era esta paciente, la pérdida de cabello tuvo que haber resonado como señal de un peligro inminente.

Ante la ausencia de una figura corpórea que le permitiera sostenerse en el vínculo social habitual, según los patrones a los que estaba acostumbrada, ella se retrae de la escena social; no está dispuesta a ofrecerle al Otro, esta figura que ya no llenaba sus expectativas. La vergüenza aparece como señal de una pérdida intolerable. A pesar de que puede nombrar aquello que motiva sus evasivas a encontrarse con sus congéneres, no puede hacerse consciente de aquello que ocurre con su cuerpo - organismo. Ante la pérdida de un objeto imaginario como lo es esa imagen pregnante de la silueta corporal, esta mujer se topa con una situación en la que ella misma deviene objeto real. Ya no puede sostenerse en la ilusión de relación armónica con el Otro, que una figura esbelta le permitía. La mirada del Otro le resulta ofensiva y ella lucha por evitar tal circunstancia apartándose de toda situación en la que quede expuesta a esa mirada. Cuando describe la actitud que la lleva a "no dejarse ver" por familiares y amigos, está planteando lo esencial de la forma que había adoptado últimamente la relación con el Otro.

El apartamiento del otro la libera de cierta opresión, pero se constituye también en una forma de dejarle ganar la pelea a la enfermedad. No es sólo que la ausencia de energía, producto de la mala nutrición a la que la enfermedad la obligaba, la hiciera prescindir de la acción motora que podría orientarla hacia los seres queridos, es que ella prefirió encerrarse antes que enfrentar un vínculo en el que está ausente una imagen cuyo valor fálico se había visto dramáticamente disminuido. Ese objeto imaginario, amado y perdido, que era ofrendado al Otro, ya no está más y en consecuencia ella evita cualquier reencuentro con ese Otro, porque siente que no puede ofrecerse a la mirada.

El objeto perdido no se deja identificar con claridad, Eleonora hace un esfuerzo por pensar que se trata de su estómago. Opera con ello como lo hace regularmente el *yo,* al modo de un mal topógrafo. El estómago no fue retirado, una parte del esófago había sido la más afectada durante la cirugía. En esto, la pérdida real, no designa la función alterada: cuando la paciente nombra en el inicio de la consulta, la situación de pérdida: "me quitaron el estómago", no alcanza a designar la ausencia real (no hubiera podido). Con tal expresión no solo fallaba en nombrar la condición anatómica (seguir contando con buena parte del estómago) en la que había quedado tras la cirugía, el esfuerzo también se malograba al no designar la capacidad funcional que la intervención quirúrgica reducía. Se trató de una pérdida referida a la función deglutoria, no a la función digestiva. Recordemos que la queja más frecuente de la paciente en posteriores atenciones estuvo referida a la dificultad para tragar, no para digerir.

Se trató de una pérdida funcional, en una mujer para quien el cuerpo propio en tanto imagen cargada libidinalmente, ni muy delgado, ni muy voluminoso, resultaba sumamente importante. Así, la unidad gestáltica del cuerpo imaginario libidinizada y por ende constituida en objeto de amor, se había perdido. Este objeto, acaparaba la mayor parte del interés de la paciente, cuando se le invitaba a hablar en torno a la experiencia que estaba encarando, acudía con mucha frecuencia a él. El recuento de las estrategias que empleaba con el fin de mantener unos niveles mínimos de nutrición, era tema habitual de las consultas. Pero lo que le daba valor al objeto amado y perdido, no era su carácter de órgano que sirve a la alimentación. El deseo de mantener en ese cuerpo una forma apreciada, era lo que alimentaba el interés por la función alterada.

El relato de Eleonora deja indicada, además, la enérgica rebeldía con la que el sujeto enfrentado a la finitud de su existencia, intenta encarar las situaciones de pérdida que la enfermedad avanzada le plantea. Al obligarse a comer, la paciente operaba como quien se

opone a los designios de su propio cuerpo. Ella se opuso firmemente a la idea de perder una parte de sí. Con la caída de la función deglutoria se instauró una pérdida, que le hizo reconocer los límites que la enfermedad impone a la vida. Su organismo no respondía de forma habitual al deseo de alimentarse, pero ella insistía en corregirlo. Luchó contra su cuerpo con la tenacidad de quien considera que su momento no ha llegado. La aceptación de la muerte prescrita, con tanta frecuencia, por alguna corriente psicológica, como fin del acompañamiento terapéutico, nunca se avistó en esta paciente. Observando, en la dificultad para alimentarse, la extrañeza que el cuerpo propio le deparaba, quiso obstinadamente sobreponerse. Como lo llegase a plantear Freud, cuando habló de la enérgica resistencia que se ofrece al yo (en el duelo) cuando éste intenta desligar la libido de ciertas representaciones psíquicas, en la conducta rebelde de la paciente, se deja ver un intenso rechazo a la pérdida. Se trata de una negativa a abandonar determinada colocación de la libido, tendencia "natural" de todo ser humano.

Con esta actitud sediciosa también se quiso enfrentar el carácter amenazante de la enfermedad. Con la negativa a hablar con otras personas del padecimiento, prohibición que se designó en las primeras consultas, la paciente, quizá intentaba contener lo espantoso de una vivencia. En esto, pudo haber operado suponiendo que con las palabras se le daba existencia material a la enfermedad. Así la negativa a hablar de la enfermedad podría ser entendida como intento por evitar que ésta se presentase. La enfermedad, por supuesto, no sigue esta lógica.

El retiro de afecto del mundo exterior por el llamamiento que opera el objeto doliente, cuando se presenta una enfermedad orgánica, tesis que fue esbozada para explicar el mecanismo psíquico que subyace al dolor, se hace notorio en esta paciente cuando ella toma distancia de su pareja y de algunos amigos y familiares. Esta paciente planteó quejas referidas a dolor físico, cuando debió encarar los tratamientos médicos de corte paliativo que recibió.

En su denodada lucha contra la enfermedad se dejó ver, además ese dolor que Freud plantease como característico del duelo. Lo que esto plantea es que la ausencia de quejas referidas a dolor físico en un paciente no implica ausencia de dolor. La situación de pérdida comporta dolor, al igual que la angustia, por lo que debe indicarse que en esta paciente las tres formas de afección dolorosa que hemos venido planteando a lo largo de este ejercicio investigativo, estuvieron presentes.

En el intento por circunscribir la alteración orgánica que se hizo presente con el cáncer, esta mujer planteó la idea de un taponamiento: "me taponeé" indicó. Con esa expresión se intenta señalar el avance de la enfermedad la identificación con el objeto enfermo, en el que se había convertido. Este planteamiento tiene la misma dificultad que reúne cualquier abstracción que intente dar cuenta de lo real.

En el material aportado, por esta paciente, se hace presente una situación que no se observa en el otro caso. Al parecer, en determinado momento del padecimiento que enfrentaba, esta paciente observó en sí misma el deseo de morir. Esta iniciativa que, se repite, no se hizo notoria en los otros dos casos, plantea que, bajo determinadas circunstancias, un paciente puede deponer los esfuerzos que realiza por mantenerse con vida y permitir que la enfermedad siga su curso. Una de esas circunstancias puede ser la no aceptación de una situación en la que tanto el paciente como su familia enfrentan un sufrimiento innecesario.

5. Conclusiones.

Llegados al final de este camino, se quieren hacer observar los rendimientos de distinto orden que se han obtenido. Si bien la pregunta problema es el resorte central de esta iniciativa, se quiere esbozar en este apartado, un conjunto de intelecciones que surgieron mientras se elaboraba el estado del arte o se establecía el marco metodológico de la presente propuesta. Se plantearán en este último apartado, además de la tentativa de respuesta que recibe la pregunta problema, algunos hallazgos que surgieron de la discusión planteada en el primer capítulo y algunas intuiciones del plano metodológico que justifican el modo de investigar que se ha empleado hasta ahora.

Para el caso de los hallazgos que surgieron en el esfuerzo que dio forma al primer capítulo, se tiene: La expresión *situación terminal* remite a una serie de significaciones que no siempre son compartidas por los profesionales que se encargan de atender a estos enfermos. El término encierra al menos dos significaciones. La primera, plantea la disminución progresiva e irrefrenable de las constantes orgánicas que sostienen la vida, un factor inherente al organismo. La segunda, apunta a la ausencia de medios terapéuticos que permitan mantener o prolongar la vida, un elemento del campo de las herramientas terapéuticas. El sujeto inmerso en la etapa terminal de enfermedad debe enfrentarse a la situación de finitud de su existencia, que el avance inexorable de la patología, le plantea.

Diversas disciplinas y prácticas entre las que se encuentran, la psicología, la medicina, la filosofía y por supuesto el psicoanálisis, se ocupan de estudiar las situaciones que enfrenta una persona aquejada por una enfermedad que se vuelve terminal, acudiendo a nociones y conceptos variados. Cada una de estas disciplinas ha intentado en mayor o menor medida, circunscribir el malestar que experimenta este enfermo, desde la lógica que su marco conceptual favorece.

Numerosos artículos interrogan al psicoanálisis en aquello que pudiera decir sobre la relación enfermedad – psiquismo. Durante la construcción del estado del arte buena parte de aquellos que se emplearon, apuntaron al conjunto de enfermedades que comúnmente es llamado cáncer y a una serie de alteraciones de la vida anímica que pueden asociarse a la patología aun cuando ésta no ha ingresado a la etapa terminal. Ciertos autores se preguntan por el origen de la enfermedad, vinculándole a los llamados fenómenos psicosomáticos, otros plantean una discusión alejada del asunto de la causa y enfocan la patología, no solo la oncológica, en su vinculación con el malestar psíquico, la insuficiencia de lo simbólico para dar cuenta de ella o al señalar las pérdidas, el proceso de desestabilización de la vida anímica y el trabajo de duelo que se hacen vigentes.

Al no encontrar en Freud o en Lacan, artículos puntuales en los que se hablara del padecimiento subjetivo que enfrenta el paciente con cáncer en la etapa final de la enfermedad, se revisaron algunas tesis de estos dos autores que plantearán lo que ocurre con el dolor de la enfermedad, el duelo ante un objeto irremediablemente perdido y la angustia por la situación amenazante que plantea la enfermedad.

Lo traumático reviste un carácter doloroso, representado en la excesiva afluencia de estímulos para la vida psíquica. Desde esta lógica, tanto la presencia de dolor o enfermedad, como la posibilidad de morir a causa de la enfermedad, pueden ser consideradas eventos traumáticos

La teoría freudiana del dolor plantea que el dolor se constituye en un concepto fronterizo, dado que emerge en un límite entre psique y soma. A todo dolor corporal le subyace un mecanismo que tiene un componente psíquico. Dolor y trauma son conceptos afines que plantean la dificultad que depara al aparato psíquico, el trámite de una cantidad de energía no ligada.

En el caso del dolor de órgano, la libido es desprendida de otros objetos del mundo exterior para sobrecargar la representación del objeto doliente. En el caso del duelo y la melancolía, la libido debe ser retirada de las representaciones psíquicas anudadas al objeto perdido, lo que demanda un enérgico trabajo del yo, que no le permite dedicarse a tareas distintas a la que le plantean estas afecciones.

En el duelo normal, la libido es retirada por medio del trabajo de duelo de las representaciones psíquicas asociadas al objeto perdido. En los casos que revisamos, dada la imposibilidad de encontrar un objeto que reemplazara al órgano perdido, ocupándose de las funciones menoscabadas, la labor representada en el duelo enfrentó importantes dificultades. La sustitución de un objeto por otro, premisa de este proceso de duelo en la lógica propuesta por Freud, revistió muchas complicaciones, incluso tras numerosos esfuerzos de los pacientes, por sostener la marcha de los órganos afectados con la ortopedia del órgano, que les proveyeron sus médicos.

Es importante señalar que los dispositivos médicos y las intervenciones que tanto solicitaron algunos pacientes, si se acude a la lógica que plantea Lacan, con la introducción del concepto de objeto *a*, no hubieran podido alcanzar nunca, el carácter pleno de objetos sustitutos (propuesto por Freud) por cuanto no hay objeto de la realidad que colme el deseo.

Al no completar la tarea en la que se embarca el *yo*, cuando el examen de realidad demanda el retiro de libido de las representaciones enlazadas a los objeto perdidos, el proceso de duelo que se llevó a cabo, tuvo que haber representado en cualquier de los tres casos, un enorme esfuerzo para el aparato psíquico de estas personas, por las cargas de contra investidura que tuvieron que manejar.

Dentro de los planteamientos que validan esta propuesta investigativa en el plano metodológico, se ha podido observar la posibilidad que se abre, cuando se intenta alumbrar un fenómeno clínico con ciertas premisas fundamentales de orden metapsicológico. Esto

implica, que se considera pertinente el empleo de ciertos modelos teóricos integrados al enfoque metapsicológico, en la explicación de las manifestaciones de malestar subjetivo que se han venido estudiando. En otras palabras, los datos que ofrece la observación clínica en un conjunto de relatos particulares de paciente terminales, pueden articularse con explicaciones de orden conceptual cuyo origen no haya sido el mismo conjunto de datos.

A pesar de que, los principios fundamentales que integra la metapsicología freudiana, no se relacionan de manera directa a los fenómenos que se han venido observando en el enfermo terminal, es decir no han surgido por la observación de las circunstancias que atraviesa este sujeto, su aplicación a un cierto sector de la experiencia clínica, es válida siempre y cuando se sea riguroso en la aplicación de las abstracciones que se van a utilizar para analizar el material clínico. Además los fenómenos que se estudien no deben estar muy alejados de aquellos que originalmente sirvieron en la elaboración de los modelos teóricos metapsicológicos.

La enfermedad terminal comportó en cada uno de los casos analizados, las tres formas de padecimiento sobre las que hemos venido indagando a lo largo de toda la propuesta investigativa: dolor, angustia y duelo. En los dos casos y acudiendo a la conceptualización propuesta por Freud y Lacan como fuentes primarias, se da una movilización de libido que resulta problemática para el sujeto.

A partir de los datos recolectados en las entrevistas clínicas, se pudo deducir la presencia de una sobrecarga de estímulos para la vida psíquica, que generó angustia cuando la pérdida funcional y el dolor físico se conjugaron en aquello que experimentaron los pacientes. Esto permitió que se planteara una conjetura que se estructuró de la siguiente manera: Detrás de los fenómenos más comúnmente identificados en la experiencia descrita por estos pacientes, operó la acumulación de libido en el órgano perdido o doliente, y consecuentemente la angustia. Pensada como señal de un peligro proveniente del interior, representado en una

energía desligada que siempre logra satisfacerse, la angustia tuvo que representar un importante problema para estos pacientes. La angustia pudo hacerse presente, también, en tanto los eventos motivo de análisis, notificaron a los pacientes sobre la amenaza que se desplegaba sobre sus vidas. Aunque la muerte no puede ser nombrada, cuando se padece una enfermedad crónica avanzada, se reciben de continuo señales que hacen emerger la angustia.

La premisa de una pérdida funcional, como elemento fundamental de la experiencia que enfrentan algunos enfermos terminales, es válida puesto que en todos los casos analizados pudieron encontrarse evidencias de tal situación de pérdida. En todos los casos, se encontró una queja reiterada por la pérdida de una o más funciones, originadas en el deterioro de un órgano por el avance de la enfermedad.

En todos los casos analizados la respuesta del sujeto a la difícil situación que plantea la pérdida de un objeto irrecuperable, dificultó por su misma naturaleza, el avance del proceso de elaboración alojado en el trabajo de duelo. La situación de pérdida que enfrentaron los pacientes cuyos casos fueron revisados, reúne condiciones que la hacen similar tanto al duelo, como a la melancolía.

6. Bibliografía.

Abt, A. C. (2007). El hombre ante la muerte. Una mirada antropológica. *Revista Argentina de Cancerología, XXXV*(2), 71 - 77.

Alizade, A. M. (1999). *Duelos del cuerpo.* (A. P. Uruguay, Ed.) Recuperado el 27 de Agosto de 2013, de Primer Congreso de Psicoanálisis y XI Jornadas Cientificas "los duelos y sus destinos. Depresiones hoy": www.herreros.com.ar/melanco/alizade.htm

Almanza, J., Norman, S., & C., H. J. (1999). *Psicoterapia psicodinamica en pacientes con cáncer.* Recuperado el 5 de Febrero de 2014, de http://www.apm.org.mx/Portal%20APM/cuadernos/1999/3-4/psicoterapia%20psicodinamica.html

Anders, V. y. (8 de Noviembre de 2014). *Etimologías*. Recuperado el 8 de Noviembre de 2014, de Diccionario etimológico: http://etimologias.dechile.net/?defuncio.n

Ariés, P. (1984). *El hombre ante la muerte.* Madrid: TAURUS Ediciones.

Barreto, M. P., & Bayés, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. *anales de psicología*(6 (2)), 169-180.

Barros, M. (2007). El cuerpo como otro. *Revista Argentina de Cancerología*(2), 68 - 69.

Bayés, R. (s.f.). La psicología y los cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, *XII*(3), 137-138.

Becerra, H. (2011). *Psicooncología.org.* Recuperado el 15 de Septiembre de 2011, de Un lugar para el cáncer en la logica de las pulsiones: http://www.psicooncologia.org/profesionales.php?_pagi_pg=8

Chab, S. (2006). *Psicoanalisis y cáncer. Lo que el cuerpo dice, lo que el sujeto calla.* Recuperado el 15 de Agosto de 2012, de Sociedad Argentina de Cancerología: http://www.socargcancer.org.ar/actividades_cientificas/2006_psyco_y_cancer.pdf

Freud, S. (1887-1902 [1950]). Los Origenes del Psicoanalisis. En *Obras Completas de Sigmund Freud.* Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1892b). Publicaciones prepsicoanaliticas y manuscritos ineditos en vida de Freud. Trabajos sobre hipnosis y sugestión (1888 - 1892).

Freud, S. (1893). Estudios Sobre la Histeria - El Mecanismo psiquico de los fenomenos histericos. En *Obras Completas de Sigmund Freud.* España: Editorial Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1894 [1895]). La Neurastenia y la Neurosis de Angustia. En *Obras Completas de Sigmund Freud.* España: Editorial Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1895 [1950]). Proyecto de una psicología para neurologos. En *Obras Completas de Sigmund Freud.* Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1905). Tres Ensayos Para una Teoría Sexual. En *Obras Completas de Sigmund Freud.* Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1913). La iniciación del tratamiento. En *Obras Completas* (pág. 1665). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo. En *Obras completas de Sigmund Freud.* Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1915 [1917]). Duelo y Melancolía. En *Obras completas de Sigmund Freud.* Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1915). Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte - Nuestra actitud ante la muerte. En *Obras completas de Sigmund Freud.*

Freud, S. (1916 [1917]). Lecciones Introductorias al Psicoanalisis - Lección XXV. La Angustia. En *Obras completas de Sigmund Freud.* Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1916-1917 [1917]). La fijación al trauma. Lo inconsciente. En *Lecciones introductorias al psicoanalisis.* (pág. 2294). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1920). Más alla del principio del placer. En *Obras Completas de Sigmund Freud.* España: Editorial Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1925 [1926]). Inhibición, sintoma y angustia. En *Obras Completas de Sigmund Freud.* España: Editorial Biblioteca Nueva.

Gadamer, H.-G. (1996). Experiencia de la muerte. En *El estado oculto de la salud.* Barcelona: Gedisa Editorial.

Gómez Sancho, M. (2006). *Como dar las malas noticias en medicina.* España: Ediciones Aran.

Lacan, J. (1962). El Seminario, Libro 10, La angustia. En *Los seminarios de Jacques Lacan.* Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1964). Seminario inedito el desmonte de la pulsión.

Lacan, J. (1975 - 1976). El seminario, Libro 23, El Sinthome. En *El Seminario de Jacques Lacan.* Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1976). *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad.* Mexico: Siglo xxi editores.

Lacan, J. (1976). La causalidad esencial de la locura - 28 de Septiembre de 1946. En *Acerca de la causalidad Psiquica.* Buenos Aires: Siglo XXI.

Laplanche, J. &.-B. (1983). *Diccionario de psicoanálisis.* Barcelona: Editorial Labor.

Mannoni, M. (1997). *Lo nombrado y lo innombrable. La última palabra de la vida.* Buenos Aires: Nueva Visión.

Marino, A. (2010). *Cáncer y Aparato Psíquico.* (A. P. Uruguay, Ed.) Recuperado el 12 de Septiembre de 2010, de psicooncología.org: http://www.psicooncologia.org/profesionales.php?_pagi_pg=9

Marquis, A. I. (2007). Sufrimiento y cuidados paliativos al final de la vida. Hacia una muerte digna. *Revista Argentina de Cancerología, XXXV*(2), 87.

Masiá, J. (2007). Dignidad humana y situaciones terminales. *An. Sist Sanit. Navar.*(30 (Supl. 3): 39 - 55), 39-55.

Montes de Oca, G. (2006). Historia de los cuidados paliativos. *Revista Digital Universitaria de la Universidad Nacional de Mexico - UNAM, VII*(4), 6.

Nasio, J. D. (2007). *El dolor físico.* Barcelona: Editorial Gedisa.

Negri, E. (2015). Recuperado el 8 de Mayo de 2015, de Academia.edu: http://www.academia.edu/10435115/Cuidados_paliativos_y_derecho_internacional_de_los_derechos_humanos_el_derecho_universal_a_no_sufrir

Pecznick, A. (2012). *El sujeto ante su muerte. Violencia y terminalidad terapéutica.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Pedro, A. B. (2011). *Cáncer y Psicoanalisis: marcas de una pérdida inscrita en lo real.* Recuperado el 12 de Octubre de 2011, de Espacio Psicoanalítico - Agrupamiento de Analistas. Cartel: http://www.espapsi.com.ar/pedro1.htm

Rizzo, M. (Julio - Agosto de 1997). *El lugar de los cuidados - Critica de la razón paliativa.* Recuperado el 04 de Febrero de 2014, de V Congreso de Antropología social - Ponencias publicadas por el Equipo NAyA: http://www.naya.org.ar/congresos/contenido/laplata/LP2/32.htm

SECPAL, Guía de cuidados paliativos. (s.f.). *Guía de cuidados paliativos.* Recuperado el 24 de Enero de 2014, de Sociedad Española de Cuidados Paliativos: http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=dos

Sociedad Española de Oncología Medica. (2007). *El dolor en el paciente oncológico - Guía para pacientes y familiares.* Madrid: Grupo Editorial ENTHEOS, S.L.

Tugendhat, E. (2001). Sobre la muerte - Problemas de antropología filosofica. En *Problemas.* Barcelona: Gedisa Editorial.

W. de Peusner, I. C. (Diciembre de 2010). *Apoptosis y pulsión de muerte.* Recuperado el 20 de Diciembre de 2010, de Una lectura de la hipótesis freudiana de 1920 a partir de la biología actual: http://www.efba.org/efbaonline/peusner-02.htm