

Sobre el posible lugar del psicoanálisis en Cuidados Paliativos

About the possible place of psychoanalysis in Palliative Care

Juan Manuel Ferraro

Correspondencia:
jmsdferraro@hotmail.com

Filiaciones Institucionales:
Universidad Nacional de Rosario
(UNR). Argentina

RESUMEN: Nuestro trabajo se organiza en un doble sentido: en primer lugar, introducimos la cuestión de los Cuidados Paliativos al psicoanálisis; en el segundo, y en un sentido inverso, introducimos el psicoanálisis a los Cuidados Paliativos. Justificamos este movimiento en el sostener que el psicoanálisis tiene qué decir y qué ofrecer en cuidados Paliativos. Siendo que en ambos terrenos encontramos como común denominador el concepto del dolor, respondemos a la pregunta acerca del qué tiene el psicoanálisis para decir en Cuidados Paliativos mediante la lectura particular que puede ofrecer de tal fenómeno. Pero llegando a este punto, decimos que lo más importante no es lo que tenga el psicoanálisis para decir, sino lo que tenga por escuchar, en la oferta que hace de la apertura de un espacio para que se desplieguen los significantes de un sujeto.

PALABRAS CLAVE: Cuidados Paliativos, Dolor, Medicina, Oncología, Psicoanálisis

ABSTRACT: Our paper is organized in two different ways: first, we introduced the palliative care into psychoanalysis. Once we have done that, we proceed to introduce psychoanalysis in palliative care. We justify that movement by arguing that psychoanalysis has something to say and something to offer in this field. Noticing that pain is an issue that we

Cómo citar:

Ferraro, J (2021). Sobre el posible lugar del psicoanálisis en Cuidados Paliativos en *Revista Psicoanálisis en la Universidad* N° 6, Rosario, Argentina, UNR Editora. Pág.139 - 146.

ISSN: 2683-9938 (en línea)



Licencia: Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Responsabilidad editorial:
Universidad Nacional de Rosario.
Argentina. Facultad de Psicología.

Recibido:
17 - 08 - 2021

Aceptado:
27 - 09 - 2021

Publicado:
05 - 05 - 2022

could find in both fields, we answer the question about what psychoanalysis has to say in palliative care by its particular reading of that phenomenon. But reaching at this point, we found that the most important thing is not what psychoanalysis has to say, but what it has to hear, through the offer that it could make by the opening of a space to allow the emergence of a subject signifiers

Keywords: Medicine, Oncology, Pain, Palliative Care, Psychoanalysis

PALABRAS CLAVE: Pesadilla - Sueño - Siniestro - Goce - Dolor

ABSTRACT: In this work, is taken up a topic that is explore from a psychoanalytic, artistic and literary perspective, where medical tradition and popular tradition mix. Based on the trajectory of different authors a theorization of the theme is attempted, especially considering metaphysics aspects that allow to establish the difference between the nightmare and the dream. Taking up a constellation of concepts from the navel of the dream to the sinister and pain, a reading horizon is created and both theoretical and clinical aspects are taken into account.

KEY WORDS: Nightmare - Dream - Sinister - Jouissance - Pain

SOBRE NUESTRAS INTENCIONES

El presente artículo se propone mediante su escritura la introducción y la justificación del psicoanálisis en Cuidados Paliativos, a través del delinear su lugar posible de intervención y lo que tiene por ofrecer de particular a dicho espacio en la práctica en la que se desarrolla. Surge a partir de la pregunta del por qué hablar de psicoanálisis en Cuidados Paliativos, de la que luego se desprende el interrogante del qué tiene para decir el psicoanálisis en Cuidados Paliativos.

Intentaremos en las siguientes líneas esbozar algún tipo de respuesta a ese interrogante para finalizar concluyendo que la cuestión no debe ser planteada en esos términos, sino en otros diversos que se adecuen más a la práctica propia del psicoanálisis y que lo distinguen.

INTRODUCCIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Los Cuidados Paliativos nos son definidos como aquellos que “mejoran la calidad de vida de los pacientes y de sus familias cuando afrontan problemas de orden físico, psicológico, social o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal” (Organización Mundial de la Salud, 2020). Inicialmente fueron destinados al alivio de pacientes oncológicos terminales, aunque actualmente el espectro se ha ampliado asistiendo a cualquier dolencia crónica y amenazante para la vida (Radbruch et al., 2020, p. 755), siendo considerado que su implementación temprana es la mejor estrategia a adoptarse (World Health Assembly, 2014, p. 1).

En concordancia con esto, nuestra legislación provincial vigente (Ley N°

13.166, 2011) ha establecido la conformación de equipos interdisciplinarios de Cuidados Paliativos, los cuales habrán de estar integrados por profesionales “médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y voluntarios”.

Pero, ¿cuál es el panorama actual de la situación?

Algunos relevamientos nos informan que en 2015, y a nivel global, el 80% de los fallecidos que hubieran precisado atención paliativa, carecieron de acceso a la más básica prestación de ella (Knaul et al, 2017, p. 2). Y localmente tan sólo el 14% de los pacientes que podrían verse beneficiados de los Cuidados Paliativos tiene acceso a los tratamientos requeridos (Pastrana et al, 2020, p. 38).

Más aún, de los pocos tratamientos que pueden llevarse a cabo, se destaca la atención reducida a las áreas medicina y enfermería, lo que nos indica la necesidad de que también se contemplen “los aspectos emocionales, sociales y espirituales de los pacientes y de sus cuidadores o familiares, así como la atención en el duelo” (Bravo, 2012, p. 53).

Es entonces una necesidad tanto el desarrollo de los Cuidados Paliativos en nuestro país, como la inclusión de psicólogos en esos equipos. Y es una necesidad fundada en uno de los conceptos con mayor pregnancia en este campo, que es el del dolor total.

El dolor total es un concepto desarrollado por Saunders quien nos lo describe incluyendo sintomatología física, distress mental, problemas sociales y emocionales (Saunders, 1964), de los que supo distinguir que el “distress mental debe ser el dolor más intratable de todos” (Saunders, 1963, p. 197). En una situación tal, es que

la atención brindada desde el espacio de psicología integrante del equipo de Cuidados Paliativos resulta imperante.

Notando que el título habilitante de psicólogo es uno de los ropajes posibles a utilizar por quienes están orientados por el psicoanálisis, ¿no hay allí una chance para la creación de un lugar posible de intervención? Más aún cuando en la escena hospitalaria el psicoanalista tiene una función que cumplir y que, como nos indica Laurent (2000), es la de “impedir que en nombre de la universalidad o de cualquier universal (...) se olvide la particularidad de cada uno” (p. 116), entendido esto como un llamado al ejercicio ético de la preservación del lugar del sujeto en medio de la universalizante Salud Pública y de los protocolos terapéuticos estandarizados.

Nota de esto se ha tomado y es lo que ha permitido que se hable, por caso, del psicoanalista en la Urgencia, percibiendo que éste era un terreno descuidado por los psicoanalistas y soportado por los psiquiatras (Bialer et al., 1989, p. 7). ¿Por qué no hablar, entonces, del posible lugar del psicoanálisis en Cuidados Paliativos? Pasaremos ahora a introducirlo

INTRODUCCIÓN DEL PSICOANÁLISIS EN CUIDADOS PALIATIVOS

¿Por qué hablar de psicoanálisis en Cuidados Paliativos en vez de psicología en Cuidados Paliativos? El motivo se basa en la definición hecha por Lacan según la cual el psicoanálisis es una experiencia original (Lacan, 1967, p. 264) y que no es una terapéutica como las demás (Lacan, 1955, p. 312), razón por la cual su orientación habrá de distinguirse de algún modo: sea por la particular lectura que pueda brindar del sufrimiento humano, sea por su

intervención original sobre el mismo.

Nos abocaremos a justificar esto en esa doble vía, indicando en primer lugar la lectura posible que puede hacerse desde el psicoanálisis respecto del sufrimiento implicado en el campo de los Cuidados Paliativos.

Si tomamos la central cuestión del dolor, Freud nos da alguna pista sobre él en *El malestar en la cultura* (Freud, 1929). Allí la letra establece un puente que va del sufrimiento al dolor. Lo vemos cuando ordena al sufrimiento humano como proveniente de tres fuentes, de las que para comenzar nuestro análisis sólo tomaremos dos. Nos dirá que la fragilidad del cuerpo propio lo destina a éste a la ruina y a la disolución, al mismo tiempo que la hiperpotencia de la naturaleza abate sus furias contra él, que nació de su mismo seno (p. 76). Y todo este proceso, fuente de sufrimiento, es causa de dolor.

No se trata sólo del dolor en el fin ruinoso de la vida como término, sino también del dolor implicado en la continua y progresiva disolución de la misma. Y más aún: no es que sólo el dolor es consecuencia del vivir y está presente desde el inicio, sino que también le sirve al cuerpo para la preservación misma de la vida, en tanto señal.

Efectivamente, la cuestión del dolor, aparece indisoluble de la vida y del vivir.

Pero la perspectiva freudiana no limita el registro del dolor a lo meramente orgánico, pues nos indica que la tercera fuente de sufrimiento, que es la proveniente de los vínculos con otros seres humanos, puede ser también sentida como dolorosa. E incluso Freud no amaina al aseverar que tal vez sea el padecer más doloroso de todos.

No nos atrevemos a seguir la conjetura freudiana en este punto, pues creemos que, en cuanto al dolor se trate, las valoraciones de más y menos son no superfluas, sino imposibles. Pero es de destacar que Freud nos señale que el dolor también puede ser algo sentido a causa del lazo.

¿No es esto situar al dolor en el corazón mismo de la experiencia con la que lidia el análisis?

Más allá de esto, y en un momento más temprano, Freud también hace alguna mención a esta temática en su *Proyecto* (Freud, 1895). Buscando “presentar procesos psíquicos como estados cuantitativamente comandados” (p. 339), aísla las cantidades de excitación Q y tres tipos de neuronas que las padecen: las neuronas pasaderas ϕ , receptoras del estímulo a partir de sus terminales y que no retienen nada de lo percibido; las neuronas retenedoras ψ , que hacen a la memoria pudiendo ser alteradas por el decurso excitatorio de Q; y las neuronas de percepción ω , encargadas de transformar el decurso excitatorio en un proceso consciente.

Todo el sistema estará comandado según un principio de constancia que busca mantener Q al nivel más bajo posible (p. 341) –para conservar de esta forma el monto requerido para el funcionamiento del aparato– y un principio de inercia (p. 340) según el cual la dirección general del sistema neuronal es la descarga, el libramiento o al menos el aligeramiento de la excitación padecida.

Esto último debido a la concepción de que todo aumento del monto de excitación Q es percibido como displacentero (pp. 364-365), y fundamentará la arquitectura nerviosa a través no sólo de distintos tipos de neuronas que implican una tramitación del decurso excitatorio, sino

también de un tamizaje del mismo a partir de sucesivas barreras–contacto y de terminales nerviosas que sirven de diques, aligerando la carga de Q y manteniéndola lo más alejada posible del núcleo compuesto por el sistema ψ .

Ahora bien, existen ocasiones en las que cantidades hipertróficas de excitación atraviesan todas las instancias, llegan al sistema ψ y son percibidas en ω como dolor. A una situación tal, Freud la lee como un fracaso del dispositivo (p. 351) en su faz atenuante y mediadora, pero que no obstante impele a la huida del estímulo doloroso como respuesta, tomando como prototipo el arco reflejo. Y es sobre esto que Lacan mostrará sus divergencias cuando retorne al *Proyecto*. Tomando la cuestión motriz de la huida y al dolor como límite (Lacan, 1959-1960, p. 76), él nos planteará que el dolor se abre “en el límite en que el ser no tiene posibilidad de moverse” (p. 76), ofreciéndonos como imagen paradigmática a Dafne transformándose en laurel (Ovidio, 1972), “bajo la presión de un dolor al que ya no puede escapar”.

Habiendo detención o habiendo movimiento, ¿no es el espacio propicio para alguna intervención? Y más aún cuando el movimiento nos remite a una cuestión espacial que Murillo identifica como el terreno en el que se posiciona la dirección de la cura (Murillo, 2016, p. 156). ¿No tiene algo para ofrecer el psicoanálisis en Cuidados Paliativos?

SOBRE LA POSIBLE INTERVENCIÓN DEL PSICOANÁLISIS EN CUIDADOS PALIATIVOS

Si seguimos a Lacan cuando nos indica que la condición del sujeto supuesto sa-

ber deja “intacta la cuestión de saber si al analista se le puede suponer saber lo que hace” (Lacan, 1971, p. 59), no podemos dejar de sentirnos en un aprieto insalvable cuando la pregunta sobre qué tiene para hacer el psicoanálisis en Cuidados Paliativos nos es hecha. Sí, en cambio, creemos que podemos responder mediante lo que el psicoanálisis tiene para ofrecer, lo cual sitúa la cuestión en otro nivel. Y creemos que justamente en la marcación de ese desnivel entre el hacer y el ofrecer es que se ubica el corazón mismo de lo que Lacan nos comenta en *La dirección de la cura* (Lacan, 1958), escrito que podemos utilizar en nuestro auxilio para esgrimir alguna respuesta posible a nuestro interrogante.

En este texto Lacan se pregunta qué sentido puede tener la dirección de la cura en el psicoanálisis, y lo va delimitando a partir de un criterio negativo, opositivo y diferencial con otras tendencias que son reducto de lo antifreudiano, a saber: que el analista “no debe dirigir al paciente” (p. 560) –tendencia que emparenta a lo religioso, cual guía moral prestada al católico fiel– ni que se deba abocar a reducir las desviaciones del sujeto en relación a la pretendida realidad (p. 564) –lo que obliga a reconocer un límite divisor entre lo que es el análisis y la reeducación (p. 583)–.

Manteniendo la distancia respecto de estas dos posiciones que más tarde, en su *Seminario 17* (Lacan, 1969-1970), podrán ser identificadas como discurso del Amo la una y discurso Universitario la otra, nos sabe indicar que la dirección a tomar por parte del analista será la de “hacer aplicar por el sujeto la regla analítica” (p. 560): que diga todo cuanto le acuda a la mente,

aunque sea desagradable decirlo, aunque le parezca sin importancia y hasta sin sentido (Freud, 1938, p. 175).

Siendo que una propuesta tal no le acontece a uno todos los días (Lacan, 1969-1970, p. 55), en tanto el analista se dispone a mantener la posición de callar y se entrega como objeto causa para que del lado del sujeto emerjan los significantes que lo determinan, se puede vislumbrar cómo la intervención del psicoanálisis en Cuidados Paliativos es algo particular y diverso, en la que a su vez no se trata de hacer –ni de guía ni de educador– sino de ofrecer un espacio de escucha para que el sujeto despliegue los significantes que lo determinan.

Y en este ofrecer es que nos queremos detener un instante para marcar la dimensión que comporta. Porque en su aspecto de ofrecimiento aún así no hace otra cosa sino preservar el lugar del sujeto, poniendo de su lado la opción de tomar tal propuesta o no. No podemos dejar de seguir en esto a Freud cuando nos asemeja el análisis a una partida de ajedrez (Freud, 1913, p. 125). Si en la cura no nos guía un afán de gobernar, sino su reverso, al analista le tocará abrir la partida moviendo las blancas de su ofrecimiento, y será cuestión del sujeto si decide continuar moviendo a su vez las negras.

CONCLUSIÓN

De nuestro recorrido hecho se desprenderán algunas reflexiones. La más inmediata y evidente es que, cuando indagamos la posible intervención del psicoanálisis en Cuidados Paliativos, ésta no difería de cualquier otra intervención del psicoanálisis aplicado. Y no podía ser de otra manera, pues a diferencia del médico es-

pecialista que hace a la particularidad del oncólogo diferente que la del clínico, el psicoanálisis es psicoanálisis y a secas, y su particularidad no ha de ser otra que la del sujeto del que se trate en cada caso.

Conserva toda su vigencia la definición de Lacan que “El psicoanálisis es la cura que se espera de un psicoanalista” (Lacan, 1955, p. 317): siempre y cuando haya un psicoanalista que se entregue destituyéndose subjetivamente como una x (Lacan, 1967, p. 270) para que sea rellena por los significantes que el sujeto ha tomado del Otro, habrá psicoanálisis en tal sitio sin importar que el decorado no incluya diván ni pago con dinero.

Por este motivo es que a la pregunta de por qué hablar del psicoanálisis en Cuidados Paliativos nos veremos llevados a responder en ocasiones futuras: “¿Y por qué no?”.

La segunda reflexión que nos depara lo argumentado es la de que la cuestión más interesante de nuestro asunto no es ni lo que el psicoanálisis pueda decir en Cuidados Paliativos, ni tampoco lo que tenga por hacer. Lo más interesante del psicoanálisis en Cuidados Paliativos es lo que tenga por escuchar, siendo que lo que el psicoanálisis se propone es acoger un discurso (Lacan, 1955, p. 318), y para ello el analista no deberá pronunciar muchas palabras durante el tratamiento, “, y hasta tan pocas que es de creerse que no se necesita en el alguna” (p. 343).

De esta forma concluimos que la intervención posible del psicoanálisis en Cuidados Paliativos es la del recorte de un lugar que sólo puede ser abierto según la lógica de acción discursiva que plantea el análisis para que alguien se posicione respecto de nosotros como analizante (Lacan, 1971, p.

11), teniendo por objeto ofrecer un espacio para que el dolor dé paso a la palabra (Virgilio, 1854, p. 185).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bravo, J. (2012). El cuidado paliativo en la actualidad, una mirada reflexiva. *Revista MedPal*. 4(5), pp. 53-55
- Bialer, M., Blanco, B., Chemniter, D., Dreyzin, A., Ivanier, M., et al. (1989). *La urgencia: El psicoanalista en la práctica hospitalaria*. Buenos Aires: Ricardo Vergara
- Freud, S. [1895] (2012). “Proyecto de psicología para neurólogos”, en *Obras Completas*, Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu, pp. 323-436
- Freud, S. [1913] (2012). “Sobre la iniciación del tratamiento”, en *Obras Completas*, Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu, pp. 121-144
- Freud, S. [1929] (2012). “El malestar en la cultura”, en *Obras Completas*, Vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu, pp. 57-140
- Freud, S. [1938] (2012). “Esquema del psicoanálisis”, en *Obras Completas*, Vol. XXIII, pp. 133-210
- Knaut, F., Farmer, P., Krakauer, E., De Lima, L., Bhadelia, A., et al. (2017). *Alleviating the Access abyss in Palliative Care and pain relief – An imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report*. *The Lancet*. 391(10128), pp. 1-64
- Lacan, J. [1955] (2015). “Variantes de la cura-tipo”, en *Escritos 1*. Buenos Aires:

- Siglo XXI, pp. 311-346
- Lacan, J. [1958] (2015). “La dirección de la cura y los principios de su poder”, en *Escritos 2*. Buenos Aires: Paidós, pp. 559-616
- Lacan, J. [1959-1960] (2015). *El Seminario. Libro 7: La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós
- Lacan, J. [1967] (2016). “Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela”, en *Otros Escritos*. Buenos Aires: Paidós, pp. 261-278
- Lacan, J. [1969-1970] (2015). *El Seminario. Libro 17: El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós
- Lacan, J. [1971] (2015). *El Seminario. Libro 18: De un discurso que no fuera del semblante*. Buenos Aires: Paidós
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Tres Haches
- Ley N° 13.166 de Cuidados Paliativos. Legislatura de la Provincia de Santa Fe, Santa Fe. 2011
- Murillo, M. (2016). El concepto de fin de análisis y el problema de la puerta. *Revista Universitaria de Psicoanálisis – UBA* (16), pp. 155-162
- Organización Mundial de la Salud (20 de agosto de 2020). *Cuidados Paliativos*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Ovidio. (1972). “Dafne se transforma en laurel”, en *Las Metamorfosis*. Editorial Bruquera: Barcelona
- Pastrana, T., De Lima, L., Sánchez-Cárdenas, M., Van Steijn, D., Garralda, E., et al. (2021). *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020*. Houston: IAHP Press
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Zipporah, A., et al. (2020). Redefining Palliative Care – A new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*. 60(4), pp. 754-764
- Saunders, C. (1963). The treatment of intractable pain in terminal cancer. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. 56(3), pp. 195-197
- Saunders, C. (1964). The symptomatic treatment of incurable malignant disease. *Prescribers’ Journal*. 4(4), pp. 68-73
- Virgilio (1854). *La Eneida*. Las Palmas de Gran Canaria: Imprenta de M. Collina
- World Health Assembly (2014). Strengthening of Palliative Care as a component of comprehensive care throughout the life course. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/162863>

JUAN MANUEL FERRARO

Maestrando en la Maestría de Psicoanálisis (Facultad de Psicología-UNR). Concurrante de 3° año del Hospital Provincial de Rosario. Miembro de la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP). ORCID: 0000-0002-9743-554X