

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en  
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos  
Aires, Buenos Aires, 2014.

## **Lo otra muerte: de la maldad a la dignidad de la cosa.**

Escobar, Andrea.

Cita:

Escobar, Andrea (2014). *Lo otra muerte: de la maldad a la dignidad de la cosa*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/617>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/wWY>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# LO OTRA MUERTE: DE LA MALDAD A LA DIGNIDAD DE LA COSA

Escobar, Andrea

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

---

## RESUMEN

El presente dará cuenta de una de las manifestaciones posibles del fenómeno llamado dolor psíquico en la clínica psicoanalítica. Para ello expondré el recorte de un caso referido a un paciente que en el momento de la atención padecía una enfermedad terminal con ciertas características que motivaron la interconsulta con el equipo de Cuidados Paliativos de la institución, cuyos integrantes sostuvimos durante las primeras horas de trabajo divergentes opiniones en torno a lo que aparecía como un dilema ético en tanto la situación excedía las indicaciones estandarizadas al respecto.

### Palabras clave

Situación de enfermedad terminal, Dolor psíquico, Dilema ético, Interconsulta

## ABSTRACT

THE OTHER DEATH: FROM THE BADNESS TO THE DIGNITY OF THE THING

This work will give an account of one manifestation about the phenomenon called psychical pain as it appears at psychoanalytical clinic. For that purpose I'll show a cutting from a clinical case that concerns to a patient who was suffering from a terminal disease that caused the consultation with Palliative Care equipment, whose members had different points of view at the beginning of the work. The differences were based on what appeared as an ethical dilemma, since the situation exceeded the regularized rules on that point.

### Key words

Terminal disease situation, Psychical pain, Ethical dilemma- Interprofessional practice

*"Del combate con las palabras ocúltame y apaga el furor de mi cuerpo elemental"*

Alejandra Pizarnik

## LA OTRA MUERTE : DE LA MALDAD A LA DIGNIDAD DE LA COSA

El presente trabajo intentará dar cuenta de una de las manifestaciones posibles del fenómeno llamado dolor psíquico en la clínica psicoanalítica. Para ello expondré el recorte de un caso referido a un paciente que en el momento de la atención padecía una enfermedad terminal con ciertas características que motivaron la interconsulta con el equipo de Cuidados Paliativos de la institución, cuyos integrantes sostuvimos durante las primeras horas de trabajo divergentes opiniones en torno a lo que aparecía como un dilema ético en tanto la situación excedía las indicaciones estandarizadas al respecto. Lo que sigue intenta ser el testimonio de los pasos de ese recorrido.

Eugenio (60) fue llevado a la guardia con un cuadro de abdomen agudo producido por una hemorragia ocasionada por un tumor gástrico

que hasta el momento no había sido diagnosticado. Lo acompañaban su mujer y sus dos hijos.

A momentos del ingreso se le realizó una cirugía exploratoria a los efectos de hacer un diagnóstico lo más exacto posible de la situación y de colocar un drenaje que permitiese evacuar el líquido hemorrágico. Esta intervención posibilitó corroborar el diagnóstico presuntivo que arrojaron las imágenes previas así como también el estado terminal de la enfermedad. A partir de aquí pasa a primer plano una agudeza de otra índole. Cuando el paciente se encontraba libre ya de dolor físico tras la administración de opiáceos pertinente al grado de dolor según escala de la OMS (Bertolino y Col. 2008; 27-40), y en pleno conocimiento acerca de lo avanzado de su enfermedad, sus médicos reciben un pedido: Eugenio imploraba, exigía, ser "dormido" hasta el momento de su muerte. Aunque ignorase el nombre de la intervención terapéutica, ésta se trataba de una *sedación terminal*.

Fue entonces que en el equipo de Cuidados Paliativos recibimos la interconsulta cuyo objetivo era realizar una evaluación que contestara concretamente si quien estaba pidiendo la intervención "calificaba" para que ésta le fuera realizada. Cabe aclarar al respecto que lo ocurrido tuvo lugar en un momento previo a la sanción de la Ley de Muerte Digna en cuya letra se expresa el derecho de aquellos con enfermedad terminal o irreversible a rechazar tratamientos que no mejoren su salud y que además prolonguen la agonía y el sufrimiento de éstos y allegados, siendo la contraparte de ese señalamiento que dicho rechazo no implica la interrupción de las medidas que controlen y alivien el sufrimiento del paciente (ley 27642, art. 1°: sancionada el 9 de mayo de 2012). También es necesario señalar que en el contexto institucional en que los hechos tuvieron lugar, en la inmensa mayoría de los casos no se presentan grandes dilemas en relación a la supresión de procedimientos que puedan resultar *encarnizados, fútiles o desmesurados* (Manzini, 1997, 46-48) ya que siendo un hospital monovalente y centro de referencia en su especialidad trata una cantidad importante de pacientes con enfermedad en estado terminal o en últimos días de vida para lo que también cuenta con un equipo de cuidados paliativos cuyo asesoramiento y trabajo han sido siempre bien valorados.

El dilema se presentó, pues, respecto a cuáles eran las medidas adecuadas para el control y alivio del sufrimiento. Desde un primer momento intervenciones tales como el control del dolor corporal, hidratación, alimentación y evacuación, náuseas y manejo de la hemorragia gástrica -el "combo" sintomático característico de este tipo de patologías- no suscitaron inconveniente alguno y fueron implementadas satisfactoriamente. Ahora bien: Eugenio mostraba una intolerancia indeclinable a presenciar "con su mirada" la sangre que le estaba siendo evacuada desde el interior de su cuerpo.

Párrafos más arriba, al referirme al objetivo de la interconsulta, utilicé la expresión "si calificaba", vale decir, si los motivos del pedido justificaban la medida a tomar. Por esta causa los integrantes del equipo tuvimos un largo día de discusión. La pregunta con la que nos encontramos los integrantes del equipo era si el padecimiento

del paciente llegaba a un nivel tal de intolerancia que hiciese necesariamente imprescindible la aplicación de una sedación terminal, y si no había otro recurso a aplicar en lugar de éste. En la bibliografía con que contábamos entonces -y que aún se mantiene vigente- tanto de origen nacional (Femeba, 2005) como internacional (Secpal, 2002) la llamada sedación paliativa o terminal se tiene en cuenta en casos de sufrimiento físico o psicológico que no puedan ser controlados por otras medidas aplicables a quienes transitan la etapa final de sus vidas. Sin embargo, cuando se detallan las ocasiones más frecuentes para la mencionada intervención se hace referencia a emergencias médicas o similares, nombrando en sólo un ejemplo al *“distrés psicológico”*, mientras que en otro habla de *“otros síntomas”* que no son especificados. La inquietud de algunos profesionales -médicos y “psi”- era que si se le concedía el pedido a Eugenio, otros pacientes en condiciones similares podrían solicitar la misma intervención y el equipo estaría obligado a facilitarla. Afortunadamente pudieron ser convencidos de que no se trataba de *“en todos los casos, de allí en adelante”*; si bien podíamos advertir que nuestro problema no era el de un “vacío” en la letra de la ley, ya que el sufrimiento se debe tener en cuenta en lo que llamamos *“caso por caso”* y que por lo tanto nada nos eximiría de pensar *“cada vez”*. Incluso en el presente, contando con una Ley de Muerte digna en plena vigencia, puede ser dicho que lo que ésta resuelve no era para nosotros un dilema ni siquiera en aquél momento.

*“Aquella vez”* quien tuvo a su cargo la escucha de las razones del paciente -también quien suscribe estas líneas- se sirvió de equiparar la noción de *sufrimiento* a otra de valor fundamental en el campo de los cuidados paliativos: la de *calidad de vida* (Manzini, 1997, 51-57). Pero el privilegio de lo que podría ser llamado el “parapeto argumentativo” se lo ganó el apellido del paciente. El mismo era de origen extranjero, como el de la mayoría de los habitantes de nuestro país, *“bajado de los barcos”*. Su significado hace referencia al acto de iluminar y al adjetivo luminoso; también se halla emparentado a otro patronímico que alude a los inicios de la industria cinematográfica, y en estrecha afinidad con el oficio en el que Eugenio trabajó toda su vida: fotógrafo profesional. El significado de este apellido se “dejaba escuchar” cuando Eugenio hablaba de sus elecciones tanto laborales como amorosas y también en el porqué de su pedido: él no tenía -no encontraba- posibilidad alguna de sustraer su mirada del *“caño”* que servía de drenaje post-quirúrgico para la hemorragia. Esto lo *“torturaba”* enormemente ya que fuera de las horas nocturnas de descanso inducido se mantenía más despierto que a cualquiera que estuviese a su lado; no había demasiado relato como tampoco había forma posible que ayudase a distraerlo de esa imagen de la que decía no poder sacar la mirada. Tampoco se trataba de la cantidad de sangre que emanaba a través de esta vía ya que con el correr de las horas el caudal había disminuido notoriamente. Estaba al tanto del estado de su enfermedad y en plena conciencia acerca de que era *“cuestión de días”*, por lo que tenía derecho a elegir de qué modo transcurriría ese tiempo. El apoyo de su familia era total. Mientras las horas seguían pasando sin el pleno acuerdo al interior del equipo, Eugenio seguía mostrándose inflexible tanto en sus convicciones como en su modo de padecimiento. Incluso llegamos a hablar de la pertinencia de llevar el tema al comité de bioética del hospital, ya que no había un consenso pleno al respecto.

Como era previsible, la situación clínica no mejoró con el transcurso del tiempo, por lo tanto la mencionada consulta no fue necesaria. No recuerdo exactamente qué fue lo que empeoró del cuadro clínico. Sí me autorizo a decir que *“no fue para tanto”* -de hecho eran atendidos pacientes en peor estado, para quienes que no hubo que

echar mano a la sedación terminal- pero fue suficiente para el cese de la discusión y para que la medida se llevara finalmente a cabo. Eugenio recibió la noticia con alivio, hasta con cierta alegría, pero en absoluta calma. Las horas previas las pasó en compañía de su familia (esposa, hijos y su pequeña nieta). En el momento en que iba a ser aplicada la medicación me encontraba en la misma habitación con el paciente y la enfermera. Eugenio me había pedido que me quedase ahí. Como la sedación buscada mediante esa intervención era profunda pero intermitente (Ibídem, 2002) los fármacos de elección en el período de inicio no alcanzaron un éxito pleno durante las primeras horas, en las que lo acompañé de a ratos. En los días siguientes sólo tuvo momentos de lucidez vigil que aprovechó para mirar el sol por la ventana, comer caramelos, cantarse algún tango, estar con la familia y pedir que lo dejaran conversar a solas con la médica del equipo que lo evaluaba, y conmigo.

Falleció a los pocos días, del modo que había decidido. Impar privilegio en estos tiempos que corren en los que al decir de Philippe Aries (Aries, 2011, 15-40) hemos pasado de una actitud ante la muerte que él llama *“domada”* o *“domesticada”* -actitud medieval que podría sintetizarse en la plegaria de la misma época que rezaba *“líbrame señor de una muerte súbita”* - a la *“muerte salvaje”*. *“Muerte domesticada”* en los rituales que se desarrollaban en el ámbito familiar, en donde el moribundo estaba situado en el centro de la escena, protagonizando el momento y presidiendo los pasos que formaban parte del ceremonial. De ahí el sentido de la plegaria medieval: el deceso repentino era considerado indigno y vergonzoso, ya que no daba lugar a la necesaria regulación que constituía el protocolo fúnebre. En el caso de Eugenio estoy convencida de que no deberíamos dejarnos engañar por lo indeclinable de su pedido ni por el contenido de éste. Lejos pues de permanecer ajeno al proceso de su enfermedad y a sus últimos días de vida, él tomó el mando de las decisiones. El ejercicio de su derecho a ser escuchado respecto a lo que juzgaba imprescindible para mitigar un dolor insoportable constituye su acto de presencia. En cada despertar del descanso inducido la mirada otrora insobornable pudo ser sustraída de la visión obligada de aquello que irrumpía desde el interior del propio cuerpo pero que carecía de toda posibilidad de integrarse al mismo.

Su muerte podría haber sido tan *“salvaje”* como la de muchos de sus contemporáneos, privada de los lazos sociales más imprescindibles, amurallada tras los recintos hospitalarios. Me parece oportuno entonces comparar esa soledad con la indefensión del neonato en su llegada a un mundo sin escena, cuando las condiciones de supervivencia son imposibles por fuera del lazo al Otro. De igual modo pienso que deberíamos tener en cuenta la misma variable relacional en los tiempos de fin de vida, de manera tal que no nos permitiese olvidar que en esta *“otra muerte”* también nos enfrentamos con la imposibilidad de reducción de la existencia humana - la del *hablanteser* - a su dimensión biológica o a una pretendida condición psicosomática.

Quienes trabajamos con pacientes que padecen enfermedades usualmente llamadas orgánicas -cuyo tratamiento se enmarca en su casi totalidad en el ámbito de la medicina- nos encontramos a diario con que el fenómeno del dolor presenta una complejidad que excede en la mayoría de los casos ese único tipo de abordaje. Resuena en este terreno un estatuto especial del cuerpo en tanto sustraído a la extensión y como lugar privilegiado de afectación doliente, pero que siempre debe ser tenido en cuenta (Lacan, 1971). Esta *“vehiculización”* del cuerpo parlante tiene como condición necesaria la inaccesibilidad del soma biológico al hablanteser; el estatuto de la satisfacción y el del dolor tal como son postulados en nuestra praxis atañen al cuerpo; son ellos los que hacen al cuer-

po proveyendo y recortando la sustancia misma sobre la cual lo modelan. La primer experiencia de satisfacción, considerada “*una experiencia puramente mítica*” (SOLER, 1993) en tanto vivenciada por la sustancia viva aún no marcada: un cuerpo inexistente.

A su vez, la llamada experiencia de dolor arrojará tras de sí la huella del “objeto mnémico hostil”, dejando de allí en más una vía facilitada para la descarga en relación al umbral alcanzado por el displacer. La hostilidad queda situada en relación a la exterioridad más radical pero el dolor deja también el modo arquetípico de conocimiento del propio cuerpo. Satisfacción y dolor: dos polos del objeto que dan cuenta de lo irrecuperable y de lo extranjero, pero también de aquello que se instituye como recuperable gracias a la cualidad: hambre de signos o memoria inconciente en el primero; conocimiento del cuerpo propio en el segundo.

Cuerpo y realidad psíquica, por lo tanto, dan cuenta de un entramado que reúne elementos de procedencia heterogénea en una superficie constituida gracias a una compleja operación que produce la exclusión de lo incompatible con dicha superficie en la cual lo ajeno excluido funciona como sostén y condición de posibilidad. De más está decir que este entramado deja fuera de juego el planteo dualista de cualquier experiencia humana, al mismo tiempo que los fenómenos de nuestra clínica dan cuenta de que la estabilidad de la trama está sostenida en diversas condiciones que no se presentan como invariantes en el transcurso de la existencia.

Este acto constitutivo de la subjetividad, sus consecuencias respecto a la mencionada polaridad del objeto y de lo que aparece como cosa (*Ding*) en el complejo del *Nebenmensch*, remiten no solamente a las formulas de la división subjetiva del Seminario 10 sino también a las referencias de Lacan en el mismo seminario respecto a las puntuaciones freudianas acerca de lo *Heimlich- Unheimlich* (Lacan, 1962-1963). Lo radicalmente excluido de la textura de las representaciones queda sin embargo operando como núcleo de un cuerpo-no-soma hecho de palabras y de un psiquismo-no-mental, ambos conformados por la misma red de elementos diferenciales capaces de ser investidos libidinalmente. Tal núcleo se corresponde al punto de pasaje o entrecruce entre lo interior y lo exterior, “*montura del sujeto*” (Lacan, 1966-1967) y en comunidad topológica con éste; ambos producto de un encuentro que adviene acto de orfebrería.

Lo dicho hasta aquí nos habla entonces de la constitución de una textura o superficie corporal, donde el dolor parece ser una herramienta privilegiada de apropiación (Freud, 1923-1925). Es en la lógica de este entramado donde se asienta firmemente la distinción freudiana entre el dolor anímico y el corporal dependiendo únicamente de un cambio de investidura que implica a su vez reversibilidad de la libido (Freud, 1926[1925]) poderosa razón que responde a la cotidiana dificultad de toda acción tendiente a “controlar el dolor” ya que no puede dejar de lado lo más singular de quien lo padece. Nuevamente, *el cuerpo* restado a la *extensión*, *la mente* al *cogito* y ambos expropiados a la unidad del ser por la cual cada paciente sería enviado *como rata al laberinto* (Lacan, 1972-1973). Deseable sería que los experimentadores -profesionales de la medicina y los “psi” también- estuviésemos alguna que otra vez en condiciones de estar al menos advertidos de nuestro particular modo de cohabitar con otra de las operaciones que brinda superficie no extensa al propio cuerpo, y funda un saber para el cual “*el goce de su ejercicio es el mismo que el de su adquisición*” (ibidem, 117). Lo real del inconciente, en su doble versión de *sustancia gozosa* y *fuera de sentido*, capaz de arrojar sobre la escena del mundo esos *afectos enigmáticos* como prueba de “*lalengua como lugar de saber que afecta al cuerpo*” (Soler, 2011) y que sustrae la subjetividad a tal pretensión de unidad.

Me pregunto si Eugenio habrá estado advertido del modo en que él era afectado por ese saber. Y ya que la coordenada que da cuenta de la sublimación es “*elevar el objeto a la dignidad de la cosa*” (Lacan, 1959-160), me parece fundamental tener en cuenta el abordaje de la situación en la que reaparece la cara de la vivencia del dolor- terror con la emergencia de aquello que capturó al paciente en una “*catatonía de la imagen*” (Lacan, 1962-63) en donde *eso* lo miraba, desanudando de un solo golpe varias posibilidades: la de la sublimación que él ponía en práctica gracias a su profesión -tratándose del mismo objeto-, la del surgimiento de cierta textura sutil que velara -al estilo *proton pseudos*- la verdad insoportable del trauma, y la de una elucubración de saber, su propio “*savoir faire con lalengua*” (Lacan, 1972-73,). Momento no ya de soledad de lo Uno con lo propio del goce, sino del desamparo

Mucho se hablaba de la necesidad de una Ley de Muerte Digna, aún sin sancionar por aquél tiempo. En este caso se trató, a mi parecer, de rehabilitar para este paciente la dignidad perdida en el desanudamiento producido por la irrupción del factor traumático; tomando el guante de su llamado y tejiendo argumentos con la textura que Eugenio, el bien nacido, me procuraba: principalmente su ocupación, con la que “*supo ganarse dignamente la vida*”... y su apellido, que todavía alumbra los recuerdos mientras estoy escribiendo. Uno de ellos: sentado en la cama y con una sonrisa, pidiendo que lo dejaran conversar a solas con su médica y conmigo, en uno de sus últimos despertares a una escena que resultó habitable gracias a una apuesta situada en las antípodas de la posición melancólica, ya que permitió el cernido y la separación ... “*del furor de (su) cuerpo elemental*”.

## BIBLIOGRAFIA

- Aries, P. (1977) : El hombre ante la muerte . Ed. Aguilar. Altea, Taurus, Alfaguara. Buenos Aires; 2011; 15-40
- Bertolino, M. y col. (2008) : Cuidados Paliativos. Guías para el manejo clínico. Organización Panamericana de la Salud (OPS) . Buenos Aires; 27-40.
- Cancina, P. H. (1992): El dolor de existir... y la melancolía. Letra Viva. Buenos Aires. 2012.
- Eisenberg E. (1993): El dolor moral. En: Delgado, Osvaldo; Goldenberg, Mario y Col: La transferencia en la clínica psicoanalítica. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1994.
- Eisenberg, E.: "Lecturas del dolor psíquico". Memorias del Congreso XVII Jornadas de Investigación y Sexto Encuentro de Investigaciones en Psicología del Mercosur. Año 2010.
- FEMEBA(2005):<http://paliativo-femeba.org/uploads/2009/06/Sedaci%F3n%20paliativa.pdf>.
- Freud, S. (1950 [1895]): Proyecto de psicología Parte I Apartado 11 : La vivencia de satisfacción. Apartado 12: La vivencia del dolor. Apartado 13: Afectos y estados de deseo. En: Obras Completas. Amorrortu Editorial. Buenos Aires, 1990. Vol I
- Freud, S. (1901): La interpretación de los sueños. Cap. VII: Sobre la psicología de los procesos oníricos. Punto C : Acerca del cumplimiento de deseo y Punto E: El proceso primario y el secundario. La represión. En: Obras Completas Amorrortu Editorial. Buenos Aires. 1991. Vol. V
- Freud, S. (1923-1925) : El yo y el ello y otras obras. Cap. II: El yo y el ello. En: Obras Completas, Amorrortu Editorial. Buenos Aires. 1992. Vol XIX.
- Freud, S. (1926 [1925]): Inhibición, síntoma y angustia. Cap XI. Apartado C: Angustia, dolor y duelo. En: Obras Completas. Amorrortu Editorial, Buenos Aires, 1992. Vol XX
- Lacan, J. (1960) : El Seminario, libro 7 : La ética del psicoanálisis. Clase N° 8. Paidós. Buenos Aires. 1988
- Lacan, J.(1962-1963) : El Seminario, Libro 10: La Angustia. Clases N° 4 y 10 . Traducción y notas de Ricardo Rodríguez Ponte. EFBA.
- Lacan, J. (1966-1967) : El Seminario, Libro 14: La lógica del fantasma. Clase N° 16. Traducción y notas de Ricardo Rodríguez Ponte. EFBA
- Lacan, J. (1971) :El Seminario 19 Bis...O peor. El saber del psicoanalista (charlas en St. Anne) Clase 1 : 4 de noviembre de 1971. Traducción R. Rodríguez Ponte. EFBA. Versión digital
- Lacan, J. (1972-1973) : El Seminario, Libro 20: Aún. Clases VIII y XI. Paidós. Buenos Aires, 2011.
- Ley de Muerte Digna 27642 (2012) : Boletín Oficial 24/05/2012
- Manzini, J.L. (1997) : Bioética Paliativa. Quirón Editora. La Plata; 38-48.
- Negro, M. (2008): La otra muerte: Psicoanálisis en cuidados paliativos. 1° Ed. Letra Viva. Buenos Aires.
- Rabinovich, D.S. (1988) : El concepto de objeto en la teoría psicoanalítica. Sus incidencias en la dirección de la cura. Cap. 1: "El deseo Freudiano y su objeto" .Manantial. Buenos Aires. 1993.
- SECPAL (2002) : <http://www.unav.es/cdb/secpal4.html>
- Soler, C. (1993): El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan (1993) . Versión digital (2011)
- Soler, C. (2011): Los afectos lacanianos, Cap: "Afectos enigmáticos". Letra Viva. Buenos Aires, 2011.