

Acerca del tiempo en la etapa terminal

Autor: Lic. María Fernanda Montaña*

“Para aquellos de la humanidad que no han vivido suficiente...A éstos no les hace falta llorar, necesitan un adivino. Necesitan un Edipo que les explique su propio enigma del que no tienen conocimiento...Necesitan oír las palabras que no han sido dichas jamás, que quedarán en el fondo de los corazones (buscad las vuestras, ellas están ahí); se hace hablar a los enigmas de la historia” (Jules Michelet, Journal, 30 enero de 1842).

Intervenciones sobre el tiempo

Si bien la variable temporal aparece en el discurso de los pacientes con asiduidad, en aquellos pacientes cuyo pronóstico evidencia cierta acotación del tiempo de vida, la misma adquiere un estatuto diferencial debido a que involucra la categoría misma del ser: ser durante el tiempo que reste de vida.

La pregunta por la temporalidad, más específicamente por el porvenir, nombra al “sujeto”. Destaco la acepción “sujeto” ya que considero que a veces los diagnósticos tienen efectos de desubjetivización, por los cuales se deja de ser un sujeto para pasar a “Ser un paciente” rotulado por una patología signada por la cualidad “terminal”. Destaco este punto ya que me parece que desde el momento del diagnóstico de determinadas patologías cuya divulgación socio-cultural ubica dentro de las que denomino “patologías tabú”(p.e patologías oncológicas), el paciente sufre una suerte de despojo de su sostén imaginario para comenzar a autopercebir la mutilación de su yo-cuerpo.

Es por este motivo que considero importante desde los diagnósticos mismos, la intervención de profesionales de la salud actuando en principio como sostén (holding-handing) de aquel que se encuentra sufriendo el desmoronamiento (aún antes de cualquier intervención médica y de cualquier expresión sintomática) por el hecho de pasar ser nombrado bajo el rótulo de la patología.

Mi experiencia me permite escuchar ya allí la preeminencia de la variable temporal como un significativo princeps y, más aún, en aquellos casos en los cuales la patología los encuentra en el tránsito de los “últimos senderos”, es allí cuando desde la ética profesional y, fundamentalmente, desde la empatía con el sufrimiento del otro, considero de gran importancia la inclusión de dispositivos de salud orientados a la inclusión de los pacientes (y su entorno más próximo) requiriendo cuidados frente al final de sus vidas. Allí el lugar de los cuidados paliativos como el área de la salud que ofrece cuidados. Considero que tal exclusión está en acuerdo con la angustia que el hombre experimenta frente a la muerte, la cual se ha visto reflejada en los sistemas de salud despojados de áreas destinadas a la contención de pacientes en estadios muy particulares de su enfermedad.

Si reparamos en la fenomenología de las instituciones de salud, el fenómeno del tiempo y de la espera esta presente también:

- Espera de la atención médica
- Espera de la asistencia de enfermería
- Espera en hospital de día
- Espera de la conclusión de los tratamiento
- Tiempos de internación y externación, etc.

Junto a la espera en muchas ocasiones esta la intolerancia. ¿Por qué?, ¿a qué tiempo nos remitimos cuando hablamos del tiempo de espera? ¿qué se espera?

Desde la semiología psiquiátrica podemos decir que la dimensión temporal adquiere características diferenciales en situación, lo cual conlleva a la vivencia prolongada o extremadamente corta del tiempo. Considero que en los pacientes que aquí nos ocupan el tiempo se subjetiviza como “tiempo de espera para la muerte”, lo cual nos lleva a pensar en la cuestión de ciertos pronósticos.

Es por los motivos brevemente mencionados hasta aquí, sabiendo que no se agotan allí los argumentos de mi exposición, que considero de un gran beneficio para el paciente, su entorno social y el equipo médico, la inclusión de intervenciones de holding-handing (sostén) en tales pacientes a fin de subjetivar este significativo privilegiado bajo otras significaciones, de connotaciones más vitales y saludables, a fin de que el tiempo no se petrifique en una espera para la muerte y/o el deterioro.

Sylvie Le Poulichet (psicoanalista francesa) en La obra del tiempo en psicoanálisis * hace referencia lo que denomina *el instante catastrófico* y creo que hace una descripción bastante precisa del momento del diagnóstico que anteriormente citaba: *“cuando la catástrofe comienza, aquel de quien se apodera ignora todavía su principio y su fin. Está más librado al instante catastrófico que no conoce límites ni superficies donde reflejarse: el instante pasa a sí mismo, se reduplica, y el yo no se sostiene ya sino de la punta de ese instante, sin un espejo que en el mundo pueda aún reflejar su imagen y hacerla familiar. Los ropajes del porvenir y del pasado se han sustraído, mientras que el yo ha salido del espejo de un mundo familiar. Hasta ha desaparecido la espera, y la perspectiva de una duración parece eliminada. Ese cuerpo precipitado en lo inmediato ya no puede aprehenderse en una duración, y todo movimiento de reanudación que engendra un efecto de subjetivación parece condenado al fracaso...La apertura del instante catastrófico actúa como un ‘agujero en el tiempo’ que aspira el pasado y el porvenir y deshace la superficie del yo”*. Sabemos por Kant que la categoría del tiempo así como la del espacio se encontraban allí a priori, y si bien es cierto que esta concepción sufre desde el psicoanálisis una suerte de ruptura (al postular la reinscripción de las huellas mnémicas a través del concepto de *nachträglich*) es también el psicoanálisis el que habla de novela familiar, pero con las características de que se trata de **una versión de la historia**. Hago estas referencias en relación al tiempo debido a que la prisa que se vive al saberse bajo el diagnóstico de una patología divulgada en lo social como “Terminal”, remite indefectiblemente a la “falta de tiempo” y el encontrarse por fuera de estas categorías, es angustiante, pero considero que se trata justamente de armar allí una versión personal que le de a este instante catastrófico un carácter de escritura (vehiculización a través de la palabra).

Repercusión social de la enfermedad y la muerte a través del tiempo

Considerando la inmersión del cáncer en la cultura, como todo significativo inmerso en el universo del lenguaje antecediendo al sujeto, es que me pareció interesante pensar el lugar que la enfermedad y la muerte han ocupado a través de las épocas a fin de remitirlos al momento actual, haciendo hincapié en los obstáculos que se le presentan al hombre moderno en la representación de las mismas.

Philippe Aries en L’homme devant la mort (Seuio, 1977) * explica el cambio de actitud de la sociedad frente a la enfermedad y la muerte y nos recuerda como en la Edad Media la muerte se hallaba regulada por un ritual. La muerte maldita era la muerte súbita (accidente, envenenamiento), estaba marcada por el sello de la maldición como si misteriosas fuerzas demoníacas hubiesen dado origen al drama, siendo que a estas mismas fuerzas demoníacas se atribuía el origen de la epilepsia y la locura. La muerte familiar recibe el nombre de muerte domesticada.

En el siglo XVIII y comienzos del XIX era usual que vecinos, amigos y sacerdotes asistieran al moribundo, la casa se abría para todos durante mucho tiempo en las zonas rurales francesas. Dice que en otros tiempos el hombre sabía que alguna vez iba a morir y se preparaba para ello, se exponía el cuerpo del muerto; en Gran Bretaña el himno bretón llamaba los fieles a que viniesen a

contemplar las osamentas y los osarios se convertían en vitrinas de exhibición; se realizaban testamentos en los cuales el testador describía el trayecto de su vida y procuraba dejar un mensaje a su descendencia. Philippe Aries destaca como en la actualidad cuesta darle nombre a la muerte; esta temática es retomada por Maud Mannoni en Lo nombrado y lo innombrable * exponiendo allí esta suerte de ocultamiento de la muerte.

Frente a estas apreciaciones mi conclusión es que si bien es cierto que en nuestro inconsciente no hay representación de la muerte, en los siglos que nos preceden se intentaba capturar a la misma bajo algún significante; los rituales frente a la muerte dan cuenta de ello, de cómo se intentaba capturar este real que era la muerte en el universo de lo simbólico (por ejemplo vistiendo de negro a fin de mostrar de esa manera a la sociedad que se estaba de luto) y esto tenía su eficacia. Levi Strauss da cuenta de ello cuando nos habla de la eficacia simbólica: como el lenguaje en sus diversas presentaciones nos permite “capturar” aquello que en principio aparece como un exceso sin nombre (muerte, enfermedad, etc.) apaciguando así la angustia. El no nombrar la muerte o la enfermedad parecería que fuera una especie de pensamiento mágico por el cual se supone que eliminamos aquello que no nombramos (“de eso no se habla”) pero Freud a través de su conceptualización de la renegación nos enseña como aquello que se niega persiste en otro espacio desde el cual ejerce igualmente sus efectos.

Considero entonces que en principio el ejercicio del “animarse a hablar” de aquello que nos resulta difícil de nombrar, como lo son la enfermedad y la muerte, vehiculiza ya un sistema de salud. Una vía posible la conformaría los cuidados paliativos o cuidados continuos, según la cual no se busca ocultar y renegar de la enfermedad y del pronóstico sino más bien hacer algo con ello, permitiendo entonces como en antaño capturar a través del lenguaje (y cuando hablo de lenguaje me refiero a palabras y actos) lo difícil de nombrar.

Es en referencia a lo recién enunciado que me resultó interesante pensar como los últimos 16 años de su vida (desde que le diagnostican el cáncer {1923} hasta su muerte {1939}) en su envés estuvieron plasmados en su obra por textos de importancia en su obra (que dieron un giro a lo conceptualizado en la misma hasta el momento). Es en 1920 cuando en un texto llamado Más allá del principio del placer * introduce la pulsión de muerte, como más primordial que la pulsión de vida: me parece un ejemplo maravilloso para pensar la cuestión de la elaboración de la muerte, que es uno de los pilares que aquí me ocupan a fin de poder pensar, y como es importante para ello no ejercer una renegación sobre la información ya que sabemos que no sólo por lo verbal sino más bien por lo paraverbal nos llegan los mensajes del otro, a la par que el enfermo va haciendo su propia lectura de los avatares de su cuerpo y su imagen corporal y hay que darle la posibilidad por ello de hablar de sus fantasías. Freud el 28 de abril de 1939 escribe una carta a Marie Bonaparte (S.Freud; Correspóndanse, carta 315) * diciendo *“No ando bien, están en juego mi enfermedad y las secuelas del tratamiento, pero ignoro en qué proporción lo uno y lo otro. Han intentado impregnarme una atmósfera de optimismo diciéndome que el carcinoma se encuentra en regresión, que los síntomas reactivos son sólo pasajeros. No creo nada de todo esto y no me gusta que me engañen”*.

Freud en De guerra y muerte * (1915) hace referencia al muerte, como su título lo adelanta, para dar cuenta de nuestra actitud ante la muerte y denuncia allí como hemos querido silenciar la muerte y delimitarla a la pura contingencia (haciendo referencia las muertes de la Primera Guerra Mundial que estallaba 6 meses antes de que escribiera este ensayo), y destaca como en aquella época (y considero que actualmente también) el hombre conservaba la relación con la muerte del hombre primitivo. Seguramente estaba haciendo alusión allí a un texto inolvidable llamado Tótem y tabú * en el cual describe las vicisitudes del hombre primitivo frente a la muerte y los rituales alrededor de la misma, lo cual da cuenta de esta postura frente a la muerte que denuncia cierto velamiento de la finitud humana.

El final de la vida como cierre de un ciclo

La denominada “etapa Terminal” hace referencia, como su nombre lo indica, al tiempo que “se termina”, lo cual me convoca a reflexionar ciertas características de la misma que describen una suerte de tiempo cíclico. El paciente, en esta etapa, suele perder algunas de sus habilidades, a veces su inserción en lo social, roles, manifiesta mayor dependencia (en áreas que requiere ayuda, y en las que no requiere a veces también), etc... a veces hasta pierde el cabello!. Recuerdo una paciente que manifestaba su necesidad de ser “acunada” (palabra textualmente enunciada por la paciente) por mí durante la quimioterapia, momento en el cual la acompañaba semanalmente.

Era esta misma paciente quien en alguna ocasión expresó temor ante su tratamiento y el deseo de que la acompañaran sus papás, fallecidos hace muchos años.

Estos fenómenos me instan a comparar esta etapa final con una etapa del inicio de la vida, en la cual el bebé aún no ha adquirido habilidades, no se ha insertado socialmente ni adoptado roles, es absolutamente dependiente de su mamá, y no tiene o tiene poco cabello.

Parecería que la etapa terminal fuera como el final de un recorrido cíclico que, como todo ciclo retorna a su inicio. Considero esta semejanza porque me parece importante rescatar que así como en un inicio el bebé se comunica fundamentalmente a través de lo táctil y lo auditivo, estos podrían ser recursos a utilizar en aquel momento en el cual el paciente ha perdido sus posibilidades de comunicación verbal (por ejemplo en el estado comatoso, suelo trabajar con los pacientes con crema, acariciando su mano, con perfume, etc.). La utilización de estas herramientas permitiría al paciente y a su familia/entorno llevar a cabo el momento de cierre con menor frustración, lo cual es de vital importancia porque dependerá en parte de ello la posterior evolución del duelo.

Quizá una de las intervenciones terapéuticas podría ser implementar actividades que “despierten” los potenciales mnésicos táctiles y auditivos a fin de ser utilizados en ese momento (por ejemplo talleres de trabajo con arcilla en los cuales se reconoce la rugosidad, la temperatura, etc; musicoterapia). Esta paciente que les presentaba recientemente decidió, por iniciativa propia, realizar trabajos en porcelana fría, frente a los cuales, en psicoterapia, trabajábamos no sólo lo referente a lo proyectivo de los mismos en la vertiente que tomamos por ejemplo para trabajar sobre un gráfico, sino acerca de las sensaciones táctiles del mismo tales como su rugosidad, suavidad, etc.

Conclusión:

Como conclusión les transmito mi lectura de la “etapa Terminal” **como apertura de un último tiempo**. Es decir, la determinación de que ese paciente ingresa en una etapa Terminal no debe remitirnos a la **finalización** sino al **comienzo**, aunque sea una última etapa. Porque esta lectura nos permite localizar que hay allí una narración que continúa escribiéndose y, en consecuencia, un trabajo a realizar junto a ese *sujeto escritor* que es nuestro paciente.

Para finalizar citaré las palabras de una paciente que me parecieron “preciosas”: “*desde que me diagnosticaron el cáncer firmé mi sentencia de muerte*”... (¡a dónde está lo precioso! quizá estén pensando)... el trabajo psicoterapéutico con esta paciente permitió trabajar estos dichos a fin de generar un viraje en el sentido del pacto: “*...les estoy enseñando mi oficio a mis hijos, porque eso fue lo que nos dio de comer durante años y nos permitió tener todo lo que tenemos...se que cuando no esté les habré dejado una herencia y eso me permite **morir en paz, sabiendo que los míos van a estar bien***”... no sólo preciosas, esta señora elaboró su muerte con mucha sabiduría, dirían los orientales, con mucho amor diría yo, porque muy personalmente creo que al margen de cualquier dilucidación teórica acerca del abordaje psicoterapéutico del paciente, la posibilidad de incluir la dimensión del amor en el dispositivo terapéutico es lo que permite que “marche”: por un lado el paciente se siente sostenido en la medida en que imaginariza el amor de sus redes de apoyo social y también del terapeuta hacia él, se siente alojado y sostenido; por otro lado considero que el terapeuta puede sostenerse allí en esa escena tan cruel que despliegan ciertas patologías en tanto involucra algo de su amor, de su sujeción inconciente, de su contratransferencia, etc.

Destaco esto porque ha habido ciertas lecturas psicoanalíticas acerca del ideal estoico del analista por lo cual se suponía que el analista estaba allí despojado de todo aquello que lo involucraba como sujeto, sin embargo fue Lacan quien destacó que cuanto más analizados estamos más expuestos de odiar u amar al paciente estamos también... Al margen del asentimiento lacaniano considero que como terapeutas, en el área de los cuidados paliativos, estamos allí como sujetos que amamos, sentimos, y sufrimos, sin dejar por ello de sostener a aquel que aún más esta sufriendo, sintiendo y amando pero que nos necesita, es más, si así no fuera creo que sería muy difícil sostenernos allí como actores de esa escena sin desear salir del escenario antes de que se cierre el telón.

Bibliografía:

- Sylvie Le Poulichet, La obra del tiempo en psicoanálisis
- Philippe Aries en L'homme devant la mort (Seuio, 1977)
- Maud Mannoni en Lo nombrado y lo innombrable
- Sigmund Freud, Más allá del principio del placer, en Sigmund Freud Obras Completas
- S.Freud; Correspóndanse, carta 315
- Sigmund Freud, De guerra y muerte, en Sigmund Freud Obras Completas
- Sigmund Feud, Tótem y tabú, en Sigmund Freud Obras Completas

*Lic.Montaña, María Fernanda
M.N 33687
Psicóloga, psicoanalista, Integrante del
grupo de trabajo de
Cuidados Paliativos del Hospital C.G.Durand
lic_montana@yahoo.com.ar