

## Consideraciones sobre Lo Paliativo

Lic. Diana Braceras

Propongo un breve rodeo semiológico, basado en los textos de circulación social 'sobre lo paliativo' y las prácticas de las 'Unidades de Cuidados Paliativos', tomándolos en calidad de un 'género discursivo', es decir como dispositivo de enunciación.

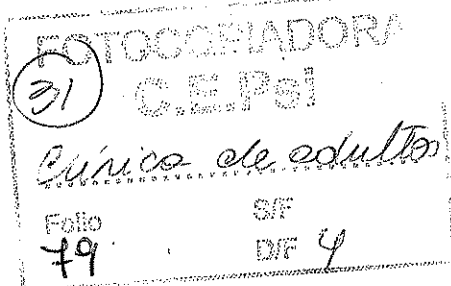
Lo que caracteriza al discurso 'paliativo', como género es:

- . La temática acotada al denominado "enfermo terminal".
- . La repetición invariable de tópicos: información/dolor/ansiedades
- . La proximidad con el discurso religioso.
- . El apoyo al discurso médico.
- . Los ideales de unidad, integración y prevención.
- . Eclecticismo de aportes sin juicios críticos.
- . Búsqueda de consenso.
- . Diseño de instrumentos de medición estandarizados.
- . Promoción del espíritu de grupo.

FOTOCOPIAS DIAGONAL  
Carpeta *Adultos*  
Folio Nº *79*  
D/F *4* SF *-*

El discurso médico es el que ofrece las condiciones de enunciación de los 'cuidados paliativos', los procedimientos textuales entonces, imitan las características de los trabajos científicos, aunque al mismo tiempo se definen como 'ideología' o 'doctrina'. Se asimilan en este aspecto a las características del discurso universitario de la medicina, pero sin disputar el lugar de agente del saber, que es fundamental para el discurso médico. Se aviene al amo de la ciencia en posición histórica: para trabajar para él, criticarlo, interrogarlo, demandarlo y obedecerlo. La ardua tarea de sostén del amo, ocultando su castración, errores y complicidades, lo instala en la insatisfacción de un reconocimiento precario y un amor no correspondido. El lugar del esclavo, nunca será el del ideal para el amo.

La calidad de 'superfluo' y 'provisorio', la 'contingencia' propia de la modalidad 'hoy estamos, mañana no estamos', hace a la indiferencia respecto de la formación y calidad de prestación del 'servicio'. La preocupación por hacerse necesarios, demostrar los beneficios y lograr un lugar de legitimidad en el gran Otro del discurso médico, depara frustraciones y reclamos, que con suerte, son saldados con la concesión de un lugar físico, más que simbólico y el reconocimiento imaginario de las 'virtudes' que 'lo médico' deshecha para sí: paciencia, dedicación, proximidad, afectividad, disponibilidad, comprensión, compasión, tolerancia, etc... La estabilidad de los equipos dedicados a los Cuidados paliativos en general, dependen de su asimilación acrítica, a los requerimientos de los equipos médicos que realizan la derivación. Subordinación y valor.



El basamento religioso-corporativo de lo paliativo, deviene de su historia, de su mito de origen, pero la creencia y la obediencia no ha dejado de ocupar un papel preponderante en su sostén ideológico-doctrinario.

### **De representantes y representados**

Lo que intentaremos analizar es una práctica actual, que más acá de sus antecedentes históricos, ha devenido otra, según las condiciones de posibilidad del posmodernismo neoliberal y globalizado, que nos comanda.

La condición de producción y circulación académico-hospitalaria de esta 'especialidad' de borde en el campo de la medicina, no es una continuación de la piadosa atención al moribundo del siglo XIX, esta discontinuidad real la marca el cambio del soporte subjetivo de tal práctica: ya no es el enfermo 'moribundo', es el 'terminal', más allá de las definiciones 'temporales' respecto a la expectativa de muerte, o a signos orgánicos más o menos irreversibles, son nombres que aluden a la clase de pacientes que no reciben intervenciones médicas con objetivo curativo.

Esta mutación en el plano de la enunciación, pese a la continuidad imaginaria de las temáticas respecto del 'final de la vida', encubre las variaciones en la posición simbólica tanto de la función del médico, hoy cada vez más, funcionario de la ciencia y el mercado; como de la posición del paciente, hoy categorizado, medido, incluido o excluido en calidad de 'cliente', 'usuario' o 'consumidor'.

Sintetizando, las condiciones de producción del discurso 'sobre lo paliativo' combina las exigencias y objetivos del discurso universitario y de la histeria, estructuras de lazo social conceptualizadas por Lacán<sup>(1)</sup>.

De la modalidad del Discurso universitario, se enarbola el ideal de un saber **documentado, reproducible y universal**. De la histeria, 'lo paliativo' superpone la **identificación a la 'víctima' y el sostén al 'amo'**, amado, odiado, admirado, reprochado, siempre disculpado y perdonado. Reivindicado.

¿Implica esta intervención crítica 'sobre lo paliativo' una impugnación de la función de asistencia al paciente, al final de la vida? De ninguna manera. Es una impugnación a la pretensión o a la creencia de un discurso único, en este caso, en cuanto **práctica clínica en las condiciones de asistencia a pacientes 'insanables'**, desde el punto de vista de la medicina. Práctica en la que los sujetos no son sólo los pacientes, sino el equipo médico y las condiciones son para ambos, **los efectos de la castración**: subjetivamente representada por el miedo a la muerte, en términos freudianos o la proximidad a la inconsistencia o inexistencia del Otro, según el álgebra lacaniano: la confrontación con la inexistencia del garante de la inmortalidad y de la relación complementaria

entre los sexos. Condiciones de producción discursiva que comparten en mayor o menor grado, otros sujetos: familiares, cuidadores, allegados y obviamente, el psicoanalista. La posición subjetiva que se sostenga respecto de la castración, determinará la modalidad del lazo social, en la práctica en la que se involucre.

La tesis que se expone no es original, comparte la posición teórica que discrimina las prácticas de presentación respecto de las prácticas de la representación. Sesgo de análisis que ha demostrado su fecundidad en otros campos discursivos, como son el de la política y el de los estudios de Género. Sobre los primeros, remito a las tesis de Ignacio Lewkowicz, que recorren su producción escrita desde hace por lo menos diez años y cuya formulación última se puede leer en *Sucesos argentinos. Cacerolazo y subjetividad postestatal*, obra editada en las inmediaciones de los acontecimientos de diciembre del 2001. Y su último libro presentado a pocos días del 'final de su vida': *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*, abril del 2004. Conjuntamente con él también murió en ese accidente su esposa, la semióloga Cristina Corea, cuyas tesis referidas al Feminismo y los estudios sobre Género, están diseminadas en diversos artículos.

El enunciado de esta tesis sería así:

**Hay prácticas en que los sujetos se presentan y prácticas en que son representados. Se trata de operaciones discursivas diferentes:**

Las primeras, son los acontecimientos en que los pacientes, los médicos, las enfermeras, se pronuncian, se expresan a través de la palabra y de los hechos, de los escritos, hablan en nombre propio, aunque se incluyan en una clase o grupo identificado por algún rasgo en común, por ejemplo:

- Nosotros los oncólogos...
- Nosotros los pacientes oncológicos...
- Nosotros los familiares de enfermos terminales...

En esta figura, el enunciador, necesariamente es interno, hay una afirmación subjetiva. El que enuncia es el sujeto de la práctica.

En cambio, ciertas prácticas instituidas en los Cuidados Paliativos, tienen como objetivo **representar** los intereses, necesidades y deseos del enfermo 'terminal' y su entorno. Así, los pacientes son hablados, desde prácticas académicas, divulgación mediática y política asistencialista. El instrumento de la mediación suele ser la encuesta y las cifras estadísticas. El **enunciador en este caso es externo**, no se marca a sí mismo, se trata de la forma impersonal característica del discurso científico, allí se está hablando de '**objetos de estudio**'.

"Todas estas prácticas tienen en común la búsqueda de reconocimiento - (del enfermo terminal)- como víctima, como sujeto de derechos avasallados, como sujeto de intereses, que no están

correctamente representados. La representación requiere un enunciador externo que reconozca a ese sujeto que no habla por sí mismo; con lo cual queda claro que sólo a costa de ese silencio del débil la representación es posible" (2)

### La sustitución de 'moribundo' por 'terminal'

¿La diferencia de nominación implica una diferencia a nivel de la enunciación? ¿O sólo se trata de distintos enunciados?

La diferencia no es sólo gramatical, hay una mutación en la enunciación como posición subjetiva. Desaparecen en esta operación las dos dimensiones de lo real en la estructura del sujeto: **la muerte y la diferencia de los sexos.**

Aquél/aquella que está en situación de tránsito al morir: moribundo o moribunda, se ha transformado en una calificación, 'terminal': 'relativo a lo que termina', se aplica a lo que constituye el **final de una cosa** o de una serie de cosas, del mismo modo que una frío invernal, adjetiva a un frío propio del invierno. Como función gramatical se ha pasado de un verbo substantivado 'morir' y sus respectivos géneros (masculino/femenino), al calificativo que depende de un referente al que le pertenece sin diferenciación genérica, resulta coherente, ya que el adjetivo se aplica a cosas, a objetos. En el pase se ha extraviado el **sujeto mortal**, la vida que aún persiste en el moribundo o en la moribunda, y **la distinción de los sexos**, ordenamiento real, simbólico e imaginario que caracteriza a la estructura de los humanos.

Así como la 'solución final' era un eufemismo, para el desconocimiento de la decisión de acabar con la vida humana. Calificar como 'terminal', es ingresar a una clasificación definitiva, sin posibilidad de sustracción, sin deslizamiento hacia otro estado, que no sea el de cadáver. La operación de de-subjetivación es correlativa a la selección clasificadora de los objetos.

La liberación de la responsabilidad médica, del equipo oncológico tratante, deriva al costado más 'humanitario' de la medicina, la asistencia del paciente más delicado, autorizándose desde la desimplicación: 'Yo ya no tengo nada que hacer'. Los cuidados paliativos son el lugar para esa nada abstracta, donde la propuesta de un saber hacer con la muerte, totalizante y sistemático, no sólo abre la puerta a la canallada, sino que instituye la creencia en una satisfacción posible. (3)

La **indeterminación** del estar más o menos a corto plazo 'moribundo', o sin expectativa de intervención curativa, se anula con la **determinación del ser 'terminal'**; la esencia metafísica de la jerga impone **la certeza del destino**, no importa cuánto se invierta en ello, siempre será toda la vida. Así lo establece una posición de enunciación trascendente, **sostenida en un**

saber referencial estadístico, que pre-existe y subsiste a la situación singular, lo que se instala con el nombre, es del orden de una Identidad Instituida.

Reactivamente, la adjudicación y la asunción de identidad trabajan en el sentido de la abolición de las diferencias y allí están los 'perfiles', 'las etapas', 'las ansiedades', 'los duelos', 'las fantasías', 'las culpas' y 'los miedos' de los enfermos 'terminales' y su familia, para reconfirmarlo.

"La experiencia con el otro se juega en un espacio de tres coordenadas: la condición, la posición y la identidad. En correlación con estos tres términos, habrá prácticas que alienten la articulación de una posición simbólica y prácticas que privilegien la reproducción de la identidad. Si el objeto del discurso es la representación nos encontramos con prácticas del segundo tipo. Dentro de éstas, se ubican las prácticas académicas, el asistencialismo, y las prácticas de opinión...

[...] bajo la forma de: discriminación, maltrato, derechos humanos, etc. " (4)

Si la condición del paciente es la falta de recursos curativos.

Si la posición del sujeto es la de un objeto de la determinación de Otro.

Si la Identidad del enfermo es la de un 'terminal'.

No habrá lugar para el advenimiento de un sujeto, que en su singularidad pueda hacer un trabajo de 'cura' (5) con aquellos que sostengan el vínculo terapéutico, más allá del 'éxito' del tratamiento en los términos de eliminación de la enfermedad. Para el sujeto, la ética respecto de sus actos, no está en el cumplimiento de 'programas del buen morir', sino que, con el apoyo de los soportes necesarios para contar con las mejores condiciones posibles de autonomía disponible, no renuncie a su deseo, ni enajene su voluntad en conformidad de una uniformidad prescripta.

### **Sobre Dilemas y Falacias**

La expresión dilema ético o moral alude a una situación en la cual dos valores morales entran en conflicto, de tal manera que cada uno de ellos puede ser protegido sólo a expensas del otro.

Según el Diccionario de María Moliner, 'dilema' proviene del griego *dilemma*, derivado *lemma*:

Frase que expresa un pensamiento que sirve de guía a la conducta.

El dilema en lógica, se refiere al razonamiento formado por una premisa con dos términos contrapuestos que, supuestos alternativamente verdaderos, conducen a la misma conclusión.

Remite por lo tanto a una disyuntiva, situación cuando forzosamente hay que elegir entre dos soluciones, ambas malas.

Tal vez, que las decisiones ligadas al final de la vida, sean vistas como dilemas, sea el verdadero problema: si se despliega suficientemente el armado de lo que llamamos 'un caso clínico', dándole

lugar a la singularidad del sujeto y a las condiciones particulares de la estructura familiar, social, de la que forma parte, difícilmente, la solución se presente como una disyuntiva entre dos términos contrapuestos.

La vida presenta aristas bastante más diversas que las alternativas de los sistemas binarios de variables simples, con los que el reduccionismo pretende tratar lo humano. Lo que presenta propiamente la estructura del ser hablante, y sexuado que es el humano, es la complejidad de lo polisémico, creativo e incalculable; sistema abierto, donde siempre es posible hallar o construir, una nueva significación, una respuesta impensada, un salto al límite. La inconsistencia, lo inacabado, lo que no cierra, no siempre es déficit, también es posibilidad.

Si desde enfoques lógicos tratamos de captar problemáticas éticas ligadas al final de la vida, propongo que tengamos muy en cuenta un razonamiento bastante frecuente en las difíciles situaciones de toma de decisiones respecto de los pacientes insanables.

La **falacia**, es una maniobra discursiva destinada a conseguir que alguien acepte una afirmación u obedezca una orden por motivos que no son buenos. Se trata de un razonamiento engañoso que parece correcto pero no lo es.

No es un razonamiento válido porque las premisas no apoyan de manera absoluta a la conclusión: Esto significa que siendo la premisa verdadera, la conclusión puede ser falsa. Tal es la derivación de 'fallir', que alude a engaño y ocultamiento.

Lo que propongo es la consideración de la nominación 'enfermo terminal', como premisa conducente a un razonamiento psicológicamente persuasivo, pero lógicamente defectuoso: incorrecto e inválido. La construcción no resulta ingenua, la aceptación y rechazo de las afirmaciones donde 'enfermo terminal' funciona como sujeto gramatical, no necesariamente dependen de 'buenas razones', es decir de la lógica interna, correspondiente a la inmanencia de la situación clínica, sino que se presta a motivos pre-existentes, y ajenos a los parámetros de la praxis ética.

Veamos el **funcionamiento falaz del razonamiento deductivo** del cual se sigue la definición en cuestión, según la forma lógica clásica de premisas y conclusión:

*Al paciente 'terminal' no se lo somete a intervenciones médicas curativas.*

*El paciente es 'terminal'.*

*Por lo tanto, no se lo somete a intervenciones médicas curativas.*

Razonamiento falaz:

*Al paciente 'terminal', no se lo somete a intervenciones médicas curativas.*

*No se lo somete al paciente a intervenciones médicas curativas.*

*Por lo tanto, es un paciente es terminal.*

Se trata de un razonamiento que tiene una similitud superficial con el tipo clásico *Modus ponens*. Descrito en primer lugar. Aquí, en cambio el procedimiento de razonamiento confirmatorio, da lugar a la falacia de afirmar el consecuente. Se pretende que la verdad de la premisa garantiza la verdad de la conclusión.

La falacia de afirmación del consecuente, consiste en invertir la segunda premisa y la conclusión de un *Modus Ponens* y suponer que el razonamiento aún es válido<sup>(6)</sup>.

Otra forma típica de la falacia, es la seudotautología que consiste en una inversión de la prueba:

*El enfermo 'terminal' es un cuadro irreversible.*

*Es irreversible, porque es 'terminal'.*

Aquello que es efecto de una red estructural de relaciones, aparece como una propiedad inmediata de uno de los elementos. Este procedimiento es la clásica "inversión fetichista". Se trata de una sustitución de una estructura de signos por una esencia fijada a un nombre que asume la forma de una propiedad 'natural'.

Hay una brecha irreductible entre lo real y los modos de simbolización, es decir de dar un nombre que represente a lo que se presenta.

'Terminal' se define, no por un contenido real, es un designante cuya naturaleza puramente performativa hace coincidir su significación con el propio acto de enunciación, una operación autoreferencial, con la forma lógica de la tautología: **Enfermo terminal es alguien estigmatizado con el nombre de 'enfermo terminal'**. Por lo tanto, el así designado, se hará acreedor de toda la riqueza fantasmática de las características que se supone distinguirían a los enfermos terminales: desde la actitud, el semblante, la voz, las preocupaciones, hasta un plazo estipulado de supervivencia, a partir de esta intervención discursiva. <sup>(7)</sup>

La pregunta es: ¿De quién es el usufructo de la explotación sistemática de esta lógica perversa? ¿Cuál es el fundamento último de la ideología clínica con las que se llevan adelante ciertas prácticas, desgajándolas de la reflexión ética a cerca de sus consecuencias?

"Se trata sobre todo del goce de la estupidez misma del sistema, una delectación en la vacuidad del ritual oficial, en las gastadas figuras estilísticas del discurso ideológico dominante" <sup>(8)</sup>

Pero también afirmo: Los cuidados paliativos designan una parte importante de la práctica médica, continua, necesaria y éticamente coincidente con la posición del Psicoanálisis, en cuanto clínica

dirigida a la preservación del Sujeto de deseo y a la reducción de las prácticas mortificantes, que lo destituyen de un lugar para la vida y para el misterio de la muerte.

Se elige cómo se trabaja, con la misma ética con la que se vive.

[ ] "Ando deambulando alrededor del tablado fúnebre, en el silencio de la sala, con la cabeza caída, pero por más vueltas que le doy no puedo encontrar a la muerte en el cadáver de la abuela. Años más tarde aprenderé que un cuerpo vacío de vida no es la muerte. Un cuerpo vacío de vida es nada más que un cuerpo vacío de vida. Sabré que la muerte está en la vida, como fin anunciado de la gente que uno quiere y las experiencias que lo hacen a uno feliz: que asoma, como la transpiración, por los poros. Que un cadáver es el único cuerpo donde la muerte no está. "

Eduardo Galeano, *La canción de nosotros*

---

(1) Los discursos son cuatro: el del Amo, de la Universidad, del Analista y del Histérico. Se trata de esquemas de estructura según cuál sea el **lugar del agente**, es decir desde dónde se habla, hacia quién va dirigido, o sea a qué **Otro**, qué produce como **pérdida** y qué destina al lugar de la **verdad**.

(2) Corea, Cristina, ¿Mujer, Género o qué?, en *Revista acontecimiento*, año VII, N° 14, Publicación de la Escuela Porteña, Buenos Aires, 1997.

(3) Sneh, Perla y Cosaka, Juan Carlos, *La shoa en el siglo. Del lenguaje del exterminio al exterminio del discurso*. Xavier Bóveda, Buenos Aires, 1999.

(4) Corea, Cristina, obra citada. Pág. 105.

(5) "cura": raíz latina significa "cuidado, solicitud, asistencia que se da a un enfermo" en J. Corominas, J. A. Pascual. *Diccionario Crítico Etimológico Castellano e Hispánico*. Gredos, Madrid. 1992.

(6) Comesaña, Juan Manuel, *Lógica informal. Falacias y argumentos filosóficos*. 2da. Edición. Eudeba, Buenos Aires, 2001.

(7) Zizek, Slavoj, *El sublime objeto de la ideología*, siglo XXI, México, 1992.

(8) Zizek, Slavoj. *Las metástasis del goce*, Paidós, Buenos Aires, 2003. Pág. 104.