

BENJAMIN UZORSKIS

CLINICA  
DE LA SUBJETIVIDAD  
EN TERRITORIO MEDICO

59

Este material se utiliza exclusivamente para fines didácticos.  
del Curso Preparatorio para el Examen de Residencias de Psicología 2016 de S R  
M Cursos®

H10

Letra  
Viva

## INTRODUCCION

**E**n este libro me propongo transmitir mi experiencia clínica y el modo con el que trato de argumentar la lógica de mis intervenciones. Se trata de una muy compleja clínica que se desplegó *en territorio médico*, no siendo médico y tratando de ocuparme justamente de aquello que, desde su base conceptual, descarta el discurso médico-científico: la subjetividad.

Ha sido una tarea y un encuentro difícil: con una audacia y una decisión que aún me parecen extrañas, me incorporé hace casi 25 años al staff de terapia intensiva de un hospital municipal. De pronto, me encontré con ese olor tan particular siempre presente en la sala de internación, con seres que sufren, con la evidencia de la mortalidad. Luego de mis primeros días de asistencia en esa sala, cuando volvía al aire frío de ese invierno de 1977 me asombraba de ver a la gente caminando por la ciudad. Pero no llegaba a pisar las veredas ni las calles, caminaba como suspendido en el aire. Tal era el impacto que me había producido el sufrimiento de los pacientes internados. Una mordaza invisible pero muy firme me sujetaba y asfixiaba. No había posibilidad de engaño: fue el encuentro con lo Real, con el límite que establecen la enfermedad y la muerte. Todo esto operó como un golpe fuerte, un mazazo que delataba mi deformación profesional, que era carencia en mi formación. Y este hecho me obligó a ponerme en acción. Por un lado busqué y encontré alivio a mi angustia en mi propio análisis, pero por otra parte fue difícil encontrar referencias bibliográficas para pensar las dificultades que se presentan en esta clínica tan particular, porque intentaba tratar directamente al paciente internado. Sí existía bibliografía,

aunque no mucha, con relación a la *asistencia de la asistencia* inspirada en el modelo de Balint.

Decidí avanzar en esa tarea interviniendo con decisión y logrando efectos. Fui construyendo una experiencia. Acumulaba registros de la misma, pensándola con el marco teórico disponible en esa época, que reformulaba en la misma medida en que revisaba otros marcos conceptuales. Sin saberlo, realicé intervenciones que se adelantaron a las lecturas que luego me confirmaban que aquello que hacía, largándome, no era una mera locura, sino una locura que podría fundamentar después.

Los médicos me aceptaron... con reservas, con desconfianza. Me pidieron que haga algo por esos seres sufrientes y me dejaron hacer. También me pusieron a prueba: a veces destapaban imprévisamente al paciente que estaba asistiendo. Tragaba saliva y luego escuchaba al que sufría en esa terrible situación de riesgo vital. Pacientemente me hice un lugar en el grupo médico, traté de ser un par, con una posición diferente en tanto recortaba mi propio objeto de asistencia clínica y trataba de pensar lo singular de cada paciente. Pero muchos médicos me ignoraron o directamente me rechazaron.

Las enfermeras, en cambio, tomaban nota de los efectos de mi intervención en los pacientes. Más aún, afinaron su mirada y con cierta intuición evaluaban a quiénes les podía ser más útil mi intervención. Fueron ellas las que reclamaron mi asistencia para determinados pacientes.

Tiempo después fui convocado para realizar esta tarea asistencial en una institución privada. Nuevamente las enfermeras aceptaron y valoraron primeramente mi inclusión en el equipo. Y fueron ellas las que poco tiempo después, me pidieron que conformara un grupo de orientación para llevar adelante con mayor eficacia su propia tarea.

Años más tarde, en otra institución privada, fueron los médicos del staff de terapia intensiva los que pidieron un trabajo conjunto para pensar sus dificultades en la asistencia.

En todo momento evité la posición extraterritorial en la que generalmente se situaba el *psi*, en esa época, con relación a lo

médico. También evité ubicarme en una posición pseudo-redentora como pretendido *agente de cambio*. Conviene tener presente la observación que José Hernández expone en el «Martín Fierro» como señal de alarma: «¡Yo soy toro en mi rodeo y torazo en rodeo ajeno!». En mi opinión, debemos tratar de no aparecer con una postura infatuada, peligrosa y repetida en sus consecuencias, ya que más de uno entró por la puerta y debió escapar con prisa por la ventana.

A lo largo de los años, mi experiencia se fue enriqueciendo a partir del intercambio con los colegas que trabajan en otros servicios médicos, por la participación en diversos paneles y debates donde pude repensar algunas cuestiones sobre las que venía interrogándome.

Nuestra inserción en los servicios médicos es compleja. Y en este sentido es fundamental tener muy claro, que por ahora, y no sabemos por cuanto tiempo, se trata de ingresar a *un territorio que es médico*. Nos guste o no, *las instituciones son médicas*. Están conformadas fundamentalmente para la asistencia de los pacientes como un organismo que tiene averías, enfermedad o un deterioro terminal. Para el equipamiento de las instituciones se pone un gran énfasis en lo tecnológico. Y es justo reconocer las casi fantásticas posibilidades de mejoría que se han conseguido con los avances que ha producido la Ciencia. Pero estos cambios están generando nuevas y diversas situaciones que plantean dilemas que son difíciles de resolver. Así aparecen también los problemas derivados de la relación costos-beneficios que abren complejas preguntas. Existen cuestionamientos referidos a la calidad de la sobrevida que aparece como producto de las nuevas intervenciones médicas. También se ha tomado dilemática la cuestión referida a la distribución de los recursos disponibles dado el costo fabuloso de los nuevos procedimientos tecnológicos que se pueden aplicar en el campo médico.

Es preciso observar con atención particular también, cómo el énfasis colocado en los recursos que provee la tecnología de punta hace olvidar los recursos humanos que tan necesarios son para lograr una buena calidad en la asistencia médica.

La aparición de las cuestiones ubicadas dentro del marco de la Bioética pueden pensarse como un retorno de lo que es omitido en el discurso médico: la existencia de la subjetividad y la constante necesidad de revisión de ciertos aspectos que aparecen... en los casos singulares.

Los problemas suscitados por las cuestiones relacionadas con los litigios por mala praxis instalan una nueva situación de incertidumbre que complejiza la práctica médica. Pero también pone en primer plano la relación entre el médico y el paciente que actualmente es alterada por la inevitable interferencia que producen las instituciones organizadas para la asistencia, dadas las directivas que imponen los técnicos contables que deciden sobre las cuestiones económicas... y también sobre las médicas.

Ya no se puede hablar como en los tiempos de Balint de relación médico-paciente. Hoy se trata insoslayablemente del tríptico *INSTITUCION-MEDICO-PACIENTE*.

Y dada la actual globalización de la economía neoliberal se produce una creciente mercantilización de la asistencia médica de modo tal que actualmente es necesario pensar en un cuarto término insoslayable: el *CONTEXTO HISTORICO-SOCIAL*.

Así la antigua función sagrada del médico se ve constantemente interferida por una serie, siempre novedosa, de situaciones que modifican las características de su práctica. No lo es menos la práctica del psicólogo, particularmente la del psicoanalista, dado que las necesidades de categorización de los diagnósticos y de estandarización de los tratamientos imponen un organizado criterio que obtura la atención de la singularidad de cada caso. Es preciso ubicar esta apreciación ante un panorama que puede resultar tan complejo como desolador y aceptar que toda situación nueva es siempre difícil. Por lo tanto, poner el cuerpo y pensar con el objetivo de buscar nuevos caminos y crear soluciones. Es lo que se trata de aportar con este libro. No hay aquí recetas, pero sí la descripción desde mi experiencia profesional y mi manera de fundamentarla, que tiene puntos de anclaje en varios autores pero sin seguir ciegamente a ninguno. Sin duda, resta mucho por hacer. Especialmente para establecer

un adecuado modo de preparar a los profesionales que quieran ocuparse de la subjetividad de los pacientes con enfermedad médica. Es un reclamo de los pacientes y de los familiares, y es también un pedido, pocas veces explicitado, de los médicos y enfermeras: que exista un profesional capaz de contenerlos y ayudarlos a afrontar las complejas situaciones que se presentan actualmente en ese campo asistencial.

En el ámbito de las modernas instituciones médicas, en las salas de terapia intensiva que semejan una extraña nave espacial, reaparecen las manifestaciones más primitivas del psiquismo ante la evidencia de la soledad y la muerte. Retorna allí, sin atenuantes, la vivencia más arcaica del desamparo inicial. Para paliar o acompañar ese momento crucial no existe ningún artefacto producido por la Ciencia que pueda dar alivio al sufrimiento como vivencia psíquica. Los hechos lo demuestran, en ese lugar límite reaparecen los recursos más antiguos: una cinta roja, la estampita de un santo, la imagen fabricada en material plástico de una virgen, de un santo patrono de...

La demanda de una presencia humana para escuchar el sufrimiento del que padece, de una palabra que alivie, de una mirada o una caricia, mantienen su plena vigencia aun en ese lugar donde predomina lo tecnológico. Pero no es fácil sostener una presencia que además produzca efectos en el sujeto que padece. Las horas dedicadas a rastrear en mis anotaciones, que daban cuenta de lo trabajado con los pacientes, familiares, médicos y enfermeras, así como el intento de pensar y conceptualizar dialogando con varios autores, sostienen la apuesta de este libro, que es la de aportar algo diferente y más abarcativo de lo publicado hasta la fecha, en este camino siempre complejo de la *CLINICA DE LA SUBJETIVIDAD EN TERRITORIO MEDICO*.

Hace varios años introduce esta denominación para establecer una diferencia con la tan conocida de *interconsulta médico-psicológica* que ha dejado una traza importante como modelo de *asistencia a la asistencia*. De hecho, lo que hace muchos años se ha dado es la asistencia directa del paciente internado, trabajando conjuntamente con el equipo médico-enfermería y con los familiares.

En los primeros cuatro capítulos trazo un recorrido conceptual que contiene una síntesis de lo que he investigado a lo largo de varios años; se encuentra allí lo que me hubiera gustado conocer cuando empecé. Pero siempre se empieza con lo que se puede. Creo que la experiencia puede ser mejor si uno lleva herramientas conceptuales que iluminan, especialmente en los comienzos. En mi opinión, se puede encontrar aquí una base que puede fundamentar nuestras intervenciones en territorio médico.

Espero que mi escrito pueda transmitir también el entusiasmo y el coraje con el que trabajé. Es importante reconocer que no es una tarea para todos, ni tiene por qué serlo. Cada uno elige el ámbito de trabajo, muchas veces en la misma medida en que es empujado hacia determinado lugar. Eso es estar *causado*, ser portador de un deseo que nos pone en movimiento para trabajar y pensar. Conozco las dificultades actuales y doy cuenta de ellas en este libro, con mis palabras y con las de los médicos que convoqué para que hicieran su aporte también sobre las cuestiones complejas que se despliegan en este territorio. Creo que muchas veces la queja y el desánimo aparecen muy rápidamente porque en verdad algo cojea en uno mismo. Por esta razón, considero que es decisivo para poder trabajar con solvencia, contar también con la claridad de nuestra decisión, de nuestro deseo y con las agallas necesarias para sostener un lugar a la par de los médicos.

Obviamente, es el lector el que elegirá el camino por donde entrar al libro, de modo tal que tanto el título de cada capítulo como sus subtítulos, pueden ser los orientadores de la lectura sobre los temas que cada uno desee consultar en un determinado momento de su recorrido formativo o de inserción clínico-institucional.

Mi experiencia y esta obra, que intenta documentarla y pensarla, dejó de ser mía para iniciar, a partir de este momento, su propio camino de la mano de sus lectores.

Buenos Aires, Julio de 2002

## CAPÍTULO 1

# LOS EFECTOS DE LA CIENCIA EN EL ACTO MÉDICO

*Pues en la medida que más ha desarrollado la civilización técnica sus características esenciales (análisis, cuantificación, computación, abstracción, mecanización) más el ser humano se va reduciendo (y el verbo es el justo, el siniestramente exacto) a un conjunto de fichas, números y curvas.<sup>1</sup>*

ERNESTO SÁBATO

Cuando en los inicios de mi práctica asistencial como interconsultor *psi*, en el marco de un sala de terapia intensiva, leí el reportaje realizado a Sábato por un grupo de médicos terapistas, pude ubicar allí una serie de puntualizaciones agudas y certeras sobre lo que se estaba delineando, ya por entonces, como transformación de la práctica médica. Una cuestión básica que Sábato delimita es la *reducción* del paciente singular a un elemento general y abstracto, despojado así de su carga dramática. Por ejemplo no es lo mismo decir: «la cama 3 tiene un Ca (ce-a)» que «Juan Perez está aterrado y sufre atrocemente porque quiere vivir, estar con sus seres queridos, pero un cancer-hijo-de-puta... ¡Se lo está llevando a los 40 años!» Tanto Ca (ce-a) como la palabra óbito, poco usuales en el lenguaje corriente, son dos sorprendentes artilugios utilizados habitualmente para escamotear lo obviamente dramático de estos hechos. Este es un ejemplo sencillo y práctico

1. Sábato, E.: *Vida y Muerte, Medicina y Filosofía, Medicina Intensiva*, Vol. II, N° 1, pág. 64, Bs. As., 1978.

de lo que Bleger conceptualizó como *disociación instrumental*; eso que denominamos mecanismo de defensa, desde el discurso psicoanalítico, y que no siempre debe ser considerado patológico porque en algunos casos puede tener la función instrumental de servir para poder operar taponando la angustia que produce lo real del sufrimiento.

Conviene precisar que los hechos, cuando son tomados en cuenta por el investigador científico, inevitablemente, son procesados a través de una mirada y enunciados en palabras por medio de un discurso organizado. Puede existir una visión ingenua y plena de asombro en un comienzo, en un momento inicial que, desde el actual, aparece como mítico. Un punto de origen que se supone fresco y pleno. Es lo que Emerson señalaba con relación a las palabras que usamos: «son fósiles de poesía». En un momento inaugural fueron creación, luego fueron pasando, como objetos, de boca en boca, luego, convertidas en escritura llegaron al papel, para pasar después de mano en mano, hoy también de pantalla a pantalla.

Mirada y discurso tienen una historia. La mirada médica ha merecido un lúcido y pormenorizado estudio de su arqueología en el célebre texto de Foucault.<sup>2</sup>

El hecho de mirar con atención un objeto implica una racionalidad que se establece a partir de un discurso no necesariamente explícito. El procedimiento cartesiano y la introducción de lo experimental por Claude Bernard han producido modificaciones muy importantes en la práctica del médico.

Como desde el marco conceptual que se establece desde la Ciencia se apunta a buscar y bucear en la causalidad de los hechos muy poco se ha interrogado sobre las consecuencias de todo aquello que se desencadena a partir de este proceso de reducción del objeto. Pero es justamente esta cuestión, una de las más complejas y de difícil resolución, la que actualmente está produciendo nuevos interrogantes, hechos y situaciones inimaginables hasta hace poco tiempo. Sobre este punto volveré más adelante ya que su complejidad excede el marco de lo médico y lo psicológico.

2. Foucault, M.: El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica, Siglo XXI, México, 1966.

co para abarcar el ámbito de lo económico, cálculo de recursos disponibles a mediano y largo plazo, y también ese nuevo escenario que se denomina Bioética.

### 1. Descartes y el desalojo del oscuro objeto del deseo

Para evitar el caer en una posición contestataria a la existencia de una medicina organicista o *cientista*,<sup>3</sup> es necesario contar con una visión amplia que nos permita entender las causas que la fundamentan, aún cuando no se acuerde con ella. Lo que se denomina *reduccionismo* es una postura que toma como eje de causalidad lo que es mensurable y cuantificable. Es científico sólo aquello que ha pasado por la experimentación y la verificación. Desde esta postura la mirada médica reduce al paciente, que es organismo vivo y sujeto, a la condición de puro cuerpo orgánico. Desde el discurso médico el cuerpo humano es el organismo vivo y desde lo que aporta el discurso psicoanalítico el cuerpo es pensado como superficie con zonas erógenas, con una historia relacional, particularmente con la madre que es con quien se establece una imprescindible relación inicial erótica, en un sentido amplio.

El movimiento de *reducción* se puede asegurar que empieza con Descartes. Cuando el filósofo del siglo XVII observaba el paso de la gente bajo su ventana se preguntaba si eran verdaderamente personas como él o si eran simplemente especies mecánicas perfectamente imitadas, accionadas por un resorte suficientemente templado. Así inauguraba, en la ficción de su pensamiento, la figura del robot. A partir de esta observación realiza la ruptura epistemológica entre el *cuerpo que somos* y el *cuerpo que tenemos*.<sup>4</sup> Este último se corresponde con la *máquina cibernética*, esa abstracción que permite construir la ciencia médica.

3. Malherbe, J.: Hacia una ética de la medicina, pág. 101, Ed. San Pablo, Colombia, 1993.

4. Malherbe, J.: Op. Cít., pág. 100.

Como lo destaca enfáticamente Malherbe:

*Lo deplorable y totalmente criticable es que de este modo se olvide el carácter reductor y que, indebidamente, extrapolen al sujeto global lo que no concierne sino al objeto reducido... considerado como objeto, el ser humano se hace universal.*<sup>5</sup>

La posición de Descartes apuntó inicialmente hacia este sentido para delimitar lo que vale para todos los casos, excluyendo lo particular. Se puede decir que la propuesta cartesiana impone una torsión de la mirada. Es una acción no solamente provocada por el pensamiento de Descartes sino por un conjunto de hechos decisivos que producen efectos de transformación en la mentalidad europea. Según Koyré<sup>6</sup> estos cambios comienzan en la Edad Media, pero otros los sitúan a partir del Renacimiento.

Se pueden enunciar tres cuestiones fundamentales para explicar este cambio:

- 1) La ruptura del criterio de autoridad única y absoluta. La unidad religiosa del catolicismo se destruye con la aparición del protestantismo. Se producen movimientos de Reforma y Contrarreforma. Las guerras de religión son luchas plenas de crueldad que se producen en el universo terrenal.
- 2) La revolución copernicana y la confirmación de la rotundidad de la tierra a partir de los viajes de circunnavegación y
- 3) El descubrimiento del cielo a partir de la invención del telescopio y el uso escudriñador que de este objeto hace Galileo.

Se pasa de una metodología de investigación silogística y verbal (recuérdense los Diálogos en Platón, continuación de la mayeutica de Sócrates, y que perduran aún en Galileo) a otra en la cual aparece la acción y la experimentación sobre el mundo.

5. Malherbe, J.: Op. Cít., pág. 94.

6. Koyré, A.: Estudios de historia del pensamiento científico, pág. 63, Siglo XXI, México, 1982.

Estos sucesos también producen consecuencias en la mirada del médico. Según Palermo<sup>7</sup> el Renacimiento fue la mayor revolución progresista de la humanidad:

fue la época de la creación en 1537, en Padua, de la cátedra de Anatomía, que marca el comienzo de la medicina moderna, aunque también del apogeo de la Inquisición, del Index y de la caza de brujas.

Como paradigma de este cambio puede observarse lo que muestra la célebre pintura de Rembrandt conocida como «La lección de anatomía» (1632, La Haya). En esta obra, reproducida en tapa, se puede advertir que todas las miradas convergen en un punto que es la parte abierta del cadáver señalada por el profesor Tulp. Ninguna mirada se dirige al rostro del muerto, sí al objeto de estudio, a ese interior del organismo. Si se toma la observación que propone Lacan para pensar el efecto de la pintura en el imaginario social, en el sentido que tiene como objetivo el de *domar la mirada*<sup>8</sup> es posible afirmar que a partir de esta obra pictórica se demarca un hito. El mismo denota el desalojo de la interdicción que pesaba anteriormente para investigar en el interior de los organismos y se abre el camino para la producción de la plancha de anatomía que mostrará el aspecto físico del ser humano universal. Este hecho, simple en sí mismo, destaca lo que ha sucedido en apenas tres siglos. Para ubicarse adecuadamente ante este hecho, conviene tomar en cuenta lo que los historiadores llaman la *cuenta larga*, esto es, los milenios de desconocimiento y de interdicción con relación al estudio y observación del interior del organismo viviente para los investigadores intrigados por las enfermedades y sus efectos, comparados con lo sucedido en los últimos tres siglos.

En la actualidad la autopsia es un hecho corriente y hasta de rutina para algunos casos. Hoy un preescolar puede acceder, por

7. Palermo, E.: Historia social de la medicina. Epoca del Renacimiento, Dirple, Bs. As., 1996.

8. Lacan, J.: Seminario XI, pág. 118, Paidós, Bs. As., 1987.

un costo ínfimo,<sup>9</sup> a un compendio de imágenes perfectas y claras sobre el organismo viviente para observarlas atentamente en la pantalla de su computadora personal.

Lo que se produce con Descartes es una combinatoria observable a lo largo de la historia humana de ciertas condiciones que provocan un cambio en la forma de mirar y en la de pensar al mundo y sus objetos, articulado con el encuentro de una mente singular que puede producir un nuevo discurso, en este caso el *Discurso del método*. En el año 1636, Descartes lo expresaba de esta manera:

*Consideraré en general lo que se requiere de una proposición para que sea verdadera y cierta, pues como acababa de hallar una que yo sabía que lo era, pensé que también debía saber en qué consiste esta certidumbre. Y habiendo observado que en eso: «Yo pienso, luego soy», no hay nada que me asegure que digo la verdad, sino que veo muy claramente que para pensar es preciso ser; juzgué que yo podía tomar como regla general que las cosas que concebimos muy claramente y muy distintamente, son todas verdaderas.<sup>10</sup>*

Descartes propone una acción a realizar sobre el objeto de conocimiento o estudio. La misma consiste en descartar lo oscuro y confuso en tanto son los términos opuestos a lo claro y distinto. Se trata de una operación realizada en el plano del pensamiento y que producirá efectos prácticos: la eliminación de un aspecto del objeto, el referido a lo pasional, a lo emocional. Lo claro y distinto puede ser medido, cuantificado, expuesto en términos numéricos, en fórmulas matemáticas.<sup>11</sup>

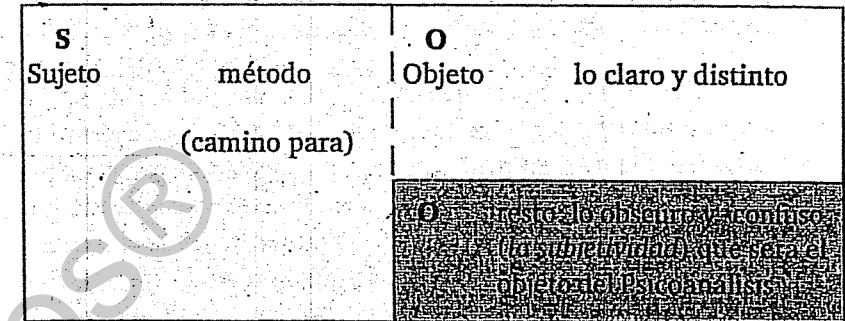
Cae un resto, un aspecto es desalojado a partir de ese momento fundante de la Ciencia moderna. Ese resto se corresponde con el oscuro objeto del deseo de Buñuel, con ese orden de causalidad que retornará con Freud, creando así el psicoanálisis.

9. Antes de la salida de la convertibilidad, 1 peso = 1 dólar en la Argentina.

10. Descartes, R.: *Discurso del método*, pág. 67, Losada, Bs. As., 1983.

11. Poco más de 400 años después Lacan propone semejante procedimiento para formular la subjetividad reintroducida por Freud y tratar de transmitir así su propio pensamiento.

Tomando como referencia el clásico esquema de la relación de conocimiento, se podría graficar de esta manera:



El movimiento de pensamiento que realiza Descartes implica una ruptura con siglos en los cuales el legado aristotélico se convierte, vía Santo Tomás, en un eje de *Verdad revelada* incuestionable. La duda cartesiana cuestiona al escolasticismo sostenido durante siglos pese a la evidencia de los hechos que hacían tambalear lo supuestamente verdadero y divino. Prueba de los riesgos del cuestionamiento a esa *Verdad* son las dramáticas vicisitudes que padecen Giordano Bruno, quien muere en la hoguera, y de Galileo Galilei que debe abjurar de su adhesión a la teoría de Copérnico para evitar ser conducido al mismo final que Bruno. Recién en los finales del segundo milenio la Iglesia Católica reconoce su error con relación a Galileo y acepta también la teoría de Darwin sobre el origen no divino del hombre en este mundo.



Lo sucedido con Giordano Bruno y Galileo permite explicar el sumo cuidado con el que Descartes comienza la exposición de



sus pensamientos, tanto en el *Discurso del método* como en las *Meditaciones metafísicas*. En el primer texto, luego de anunciar que se propone poner en cuestión a la filosofía oficial, aclara que se formó una moral provisional con pocas máximas:

*La primera era obedecer las leyes y costumbres de mi país, conservar constantemente la religión en la cual Dios me concedió la gracia de ser instruido desde mi infancia, y regirme en todo lo demás según las opiniones más moderadas y más alejadas del exceso, que fuesen aceptadas comúnmente en la práctica por los más sensatos de aquellos con quienes tuviera que vivir.*<sup>12</sup>

Desde un punto de vista muy simple se puede decir que es este un modelo de sentido común, por eso Descartes sí podía sostener que ése era el más común de los sentidos. Pero quedarse en esta aparente dependencia al Dios de la religión oficial produce un efecto que es el de perder de vista un aspecto de mayor importancia que sí advierte Lacan:

*Singularmente Descartes sigue el movimiento de preservarlo (a Dios) del Dios engañoso, en lo cual es a su compañero al que preserva hasta el punto de arrastrarlo al privilegio exorbitante de no garantizar las verdades eternas sino siendo su creador.*<sup>13</sup>

Desde el enfoque que propone esta advertencia, se puede pensar que el hecho aparentemente simple y cauteloso de preservar a este dios aristotélico no es tal. Sí implica mantener la suposición de un *telos*, como teoría de los fines. Eso genera una posición fundante: coloca al investigador en el lugar desde el cual supone un agente causal (Dios) *inteligente que ha concebido con un determinado criterio* lo existente en el mundo de la naturaleza. A la vez implica una racionalidad que da consistencia al interrogar sobre la Naturaleza. Si la suposición fuese la opuesta, por ejemplo que las cosas son hechas por mero azar o capricho de un

12. Descartes, R.: Op. Cit., pág. 53.

13. Lacan, J.: La Ciencia y la Verdad, Escritos 1, pág. 350, Siglo XXI, México, 1981.

sujeto irracional, no existiría el motor necesario como para querer saber o investigar sobre la causa de los fenómenos en estudio. En este sentido se puede afirmar que el pensamiento científico es tributario de la religión, del monoteísmo judeo-cristiano.

## 2. La aparición del discurso médico

El concepto de discurso remite a racionalidad. Se opone a la mirada inocente y abierta. Implica un recorte, se toma algo a observar y estudiar... y también se descarta.

En «El nacimiento de la clínica» Foucault cita un texto de Frier de 1789:

*El conocimiento de las enfermedades es la brújula del médico; el éxito de la curación depende de un exacto conocimiento de la enfermedad, de los signos que diferencian una enfermedad de otra, la verdadera de la falsa, la legítima de la bastarda, la maligna de la benigna.*<sup>14</sup>

Sobre este texto Foucault destaca el hecho de existir entre el enfermo real y el médico una especie de reja o de criba: que, metafóricamente, permite que ciertos signos sean retenidos e interpretados de acuerdo con un código que se va acuñando para delimitar el espacio de lo enfermo como opuesto a lo sano. Otra cuestión que se puede puntuar en la cita de Frier es la desaparición del enfermo como sujeto y la forma en que se destaca la enfermedad como una entidad en sí misma. Queda como resto, a un costado de la enfermedad, la subjetividad, la manera singular con que cada sujeto puede portar ese padecimiento. Es posible suponer que es desde ese momento cuando se genera la dicotomía enfermedad-enfermo, hecho que llevaría tiempo después, a tener que reiterar ese lema que intenta, desde el enunciado, recuperar la singularidad de cada sujeto sufriente: «No hay enfermedades sino enfermos».

14. Foucault, M.: Op. Cit., pág. 24.

La existencia del discurso científico implica inevitablemente un recorte de lo observable y la pérdida de la totalidad. Como se verá más adelante, la posición de Balint apuntó a paliar o eliminar esta dificultad. En este sentido es preciso aceptar que todo discurso implica una *reducción*, un recorte. Idéntica objeción cabe señalar con relación al discurso psicoanalítico donde también, frecuentemente, aparecen explicaciones igualmente reduccionistas.

Dentro de esta línea de razonamiento es importante puntualizar que toda teoría o visión de los hechos, conceptualizados como objetos de conocimiento, es una parcialidad. Pretender lo contrario es ubicarse dentro de una lógica del Todo. Lacan señala que todo conocimiento necesariamente debe ser enmarcado en la lógica del No-todo. En su razonamiento se ubica lo que precisara Gödel en su famoso teorema. En el mismo se da cuenta de la imposibilidad de sostener algo completo y a la vez consistente. Sólo es posible sostener *islotos de consistencia*.

La posibilidad de ubicar históricamente estos modos inaugurales de pensamiento y el análisis de la forma en que se conforma un discurso permite poner ciertas cuestiones en claro. Cuando un médico procede en su práctica con disociación instrumental o tomando los signos de la enfermedad, los datos de laboratorio, o las imágenes de una tomografía computada, está operando sobre su paciente de acuerdo con lo que propone el discurso que sustenta su práctica. El acto médico implica la existencia de una *interpretación operatoria*<sup>15</sup> que funciona como mediador inevitable entre un sujeto que consulta por lo que falla en su organismo y otro que tratará de paliar o eliminar lo que padece a través de una serie de procedimientos que suelen empezar con una consulta clínica. No se trata de una cuestión personal de un médico en particular. Tampoco podría por esta razón merecer algún tipo de objeción o de crítica. Pero sí es posible tomar en consideración los problemas que se presentan en la práctica clínica del médico por esta incidencia cada vez más fuerte de lo

15. Malherbe, J.: Op. Cit., pág. 91.

que se produce desde la Ciencia y a partir de las presiones del mercado, particularmente desde la industria farmacéutica.

### 3. Consecuencias de la especialización

La existencia de incontables servicios y especialistas en un hospital general da cuenta de un parcelamiento en el conocimiento médico y de la forma de responder a la demanda de los pacientes. Por un lado se trata de un afinamiento y perfeccionamiento en la mirada. También es la posibilidad de intervenciones audaces y eficaces. Pero esto conlleva el riesgo de la fragmentación, la exclusión más notoria del sujeto en juego que demanda en cada consulta particular. Otro riesgo es la pérdida de una visión de conjunto que es la causa de errores y de iatrogenias. Según Agrest en la década del '40 comienza un desarrollo acelerado de la especialización y se acuña esta frase:

Un especialista es aquel que sabe todo de nada y el clínico es aquel que no sabe nada de todo.

*Toda vez que un especialista no sabe lo que tiene su paciente, el paciente padece una enfermedad de esa especialidad. ¿Cómo explicar este fenómeno? Intentaré una explicación de esta observación que por su reiteración me ha parecido merecer la categoría de «ley». Creo que esto ocurre por el modo distinto de la adquisición de los conocimientos y las características de aplicación del mismo...mientras al clínico le interesa primariamente el enfermo, a los especialistas les interesa primariamente la enfermedad. Si al clínico le interesan los beneficios y costos para el enfermo, al especialista le interesa prioritariamente la «verdad científica» a veces independientemente de los beneficios y los costos.*<sup>16</sup>

La posibilidad de ubicar a estos hechos como parte de una historia en el marco del conocimiento científico, puede despejar

16. Agrest, A.: Reflexiones inexactas de un observador médico, pág. 47, Manantial, Bs. As., 1990.

cuestiones y llevar a pensar en posibles respuestas correctoras o integradoras.

A poco más de un siglo del "Discurso del método" se produce una acumulación de conocimientos tan grande que entre 1751 y 1772 se publica el diccionario enciclopédico dirigido por Diderot y D'Alembert. Realizado en colaboración con el aporte de los filósofos y eruditos progresistas de la época, fue la obra más representativa del espíritu racionalista de la Ilustración. El hecho de poder almacenar tal cantidad de conocimientos es considerado como una tarea ciclópea. Pero como un solo ojo no puede abarcar la totalidad de los conocimientos, Kant plantea en su *Crítica de la razón práctica* que cada ciencia tiene la necesidad de *construir* su objeto específico de estudio. Advierte que el objeto de cada ciencia en particular es el producto de una acción, de un recorte de la totalidad cognoscible. Esta proposición kantiana se corresponde con el ordenamiento de los conocimientos en distintas disciplinas. A la vez permite explicar lo que viene sucediendo actualmente en la medicina donde la existencia de más de cien especialidades constituyen un hecho abrumador y preocupante. Cuanto más se parcela el organismo viviente mayor es la posibilidad de dispersión, de pérdida de una postura clínica ante el enfermo. Con tanta especialización, el médico se parece más a un entomólogo que no concibe en absoluto la posible existencia de un sujeto.<sup>17</sup>

En este punto es preciso ubicar la diferencia, en cuanto a su posición subjetiva, entre el *clínico* y el *investigador*, o el *especialista*.

17. Relato de una médica: "Una vez en el hospital veo una mujer deambulando de acá para allá; parecía que no sabía para dónde ir pero tampoco preguntaba, miraba los carteles con una expresión muy extraña, desorientada, y entonces decido acercarme y le pregunto si la puedo ayudar. Ella me dice que está todo mal, que no puede ser que en un hospital tan importante como éste no estén bien las indicaciones. Como yo veo que los carteles están bien, le pregunto concretamente a qué especialista estaba buscando, y ella me contesta: ¡Al médico, señorita, al médico! Pero no está el cartelito en ninguna parte, dice "dermatólogo", "cirujano", "oculista", pero "médico" no dice ninguno!", en "Las más divertidas anécdotas de médicos y pacientes", Rudy, Planeta, Buenos Aires, 1999.

Tanto la *clínica*, que remite a *kliné*: atender al que yace en la cama, como la *asistencia*, del latín *assistere* (de ad, a y sistere, detenerse), en el sentido de estar allí donde hace falta para dar ayuda, responder a la urgencia, socorrer, se sostienen en una posición en común que es la de dar alivio o curación.

El investigador, en cambio, es hombre de laboratorio. Su objeto es el cuerpo como máquina cibernética, y en estas últimas décadas apunta con precisión a investigar los niveles intracelulares, físico-químicos. La cuestión es cómo articular adecuadamente estos dos aspectos que se implican y oponen en la práctica. En el mismo sentido lo difícil, y por eso mismo algunos lo denominan *arte médico*, es respetar, atender a lo singular y a la vez a lo general.

Esta dificultad también aparece en la clínica psicoanalítica, y en el ámbito particular de la que se despliega en *territorio médico* se juega una combinatoria singularmente compleja: el paciente internado; el médico que por él consulta y la relación entre ambos, y la institución en la que se solicita este pedido. Y el vínculo no menos complejo entre el médico que pide y el interconsultor *psi* que responde. Todo esto se desarrolla en un *territorio* que, al menos hasta ahora, es médico, por lo tanto siempre somos *visitantes*. Son entonces, la prudencia y el sentido común, al menos dos de las condiciones mínimas necesarias para poder transitar por este complejo ámbito donde se intersectan diferentes discursos.

## CAPÍTULO 5

# CLÍNICA DE LA SUBJETIVIDAD EN LA ENFERMEDAD MÉDICA

*El hombre es una caña, las más débil de la naturaleza: pero es una caña pensante. No es menester que el universo entero se arme para aplastarla: un vapor, una gota de agua, es suficiente para matarlo. Pero aun cuando el universo lo aplastase, el hombre sería todavía más noble que eso que lo mata, porque sabe que muere, y es la ventaja que él tiene sobre el universo; el universo no sabe nada.*

PASCAL<sup>1</sup>

La decisión de apuntar a recuperar la cuestión del sujeto tiene el valor de una apuesta.<sup>2</sup> Su objetivo es considerar a la subjetividad como un orden de causalidad posible en la enfermedad médica y como un factor potencialmente decisivo que puede marcar el rumbo o definir la forma de cursar un proceso patológico en el organismo. Poder escuchar adecuadamente lo que sucede en la subjetividad es fundamental porque es el factor que decide sobre la manera que tiene cada sujeto de tomar a la enfermedad, y de aceptar o no las indicaciones médicas. La postura subjetiva

1. Pascal, B.: Pensamientos, pág. 31, CEAL, Bs. As., 1982.
2. Para mí tuvo un valor iluminador, retroactivamente, esta observación de Ricardo Estacolchic: "Yo apostaría que un signo de gravedad está constituido por la convicción de no apostar, la certidumbre de "ir sobre seguro". No es raro que semejante convicción cueste cara al portador, acaso el precio sea quedar completamente apostado, apostado al pie del síntoma y la inhibición." en El pago (comunicación personal)

puede apuntar tanto a la salud como a la enfermedad. En un mismo sujeto pueden darse movimientos que se orientan en el orden del amor y la construcción como en el de su opuesto de destrucción y muerte. El ser parlante es paradójico: encarna lo más débil siendo a la vez el que puede tener la mayor posibilidad de construir elementos que modifican esa precariedad inicial, tanto como para poder destruir al universo mismo.

Lo real del organismo viviente no existe sin un sujeto que piensa, no sólo conscientemente, de una manera determinada sobre cómo sufre, cómo acepta o rechaza la inermidad que provoca una dolencia o una enfermedad.

Pero en el territorio médico, donde la Ciencia marca rigurosamente las pautas de la causalidad en lo observable, cuantificable y verificable, no es fácil incluir en la mentalidad médica la existencia de este orden de causalidad subjetiva, inconmensurable como tal.

Cien años de psicoanálisis no han sido suficientes para modificar una postura científica que excluye al sujeto. No obstante existe una abundante historia de intentos, encuentros y desencuentros en esta zona de borde conflictivo denominada interdisciplinaria. No es poca la experiencia en esta área como tampoco la cantidad de bibliografía que oscila, entre una ilusión integradora como la de Balint, hasta una postura rigurosa en sus planteos, aunque contestataria, casi de barricada, como la de Clavreul:

*La distanciamiento del médico respecto de su enfermo rige la relación médico enfermo. Ella es efecto antes que causa del discurso médico.<sup>3</sup>*

Esta distancia es con relación a la subjetividad del paciente, como orden de causalidad posible o de incidencia posible también de lo que se produce en el organismo. Sin embargo cuando no se le avisó a un paciente previamente, por ejemplo sobre

3. Clavreul, J.: El orden médico, pág. 244, Argot, España, 1983.

una amputación, o cuando su situación se torna confusa o inmanejable se llama al interconsultor *psi* para que intervenga... *sacando las papas ardientes del fuego.*

Quizá ayude a plantear un cambio en la mentalidad de médicos y psiquiatras lo que se expone en un nuevo capítulo que aparece en el DSM-IV.<sup>4</sup> Pero no debemos soslayar la enorme presión y seducción que ejerce la industria farmacéutica sobre los médicos. La cuestión práctica se puede presentar después en términos de si se trata de medicar solamente, o si de escuchar y medicar sólo en la medida de lo estrictamente necesario para modificar los niveles de ansiedad —lo cuantitativo— como para poder así operar con la palabra.

### 1. La subjetividad en el DSM-IV

La forma en que se presenta lo que sucede en un sujeto en el Manual DSM-IV se apoya conceptualmente en un modelo de causalidad de ejes paralelos que pueden interactuar entre sí. La noción de *eje*<sup>5</sup> parte de la definición de un objeto: la varilla que atraviesa un cuerpo giratorio y que a la vez le sirve de sostén en el movimiento. Sobre esta noción se apoya el modelo multiaxial del DSM-IV. Con cuatro ejes se organiza un esquema que supone la posibilidad de abarcar la totalidad de los factores en juego, de acuerdo con un concepto biopsicosocial. Claramente se explicita que:

*la distinción multiaxial de los Ejes no implica que existan diferencias fundamentales en su conceptualización, ni que los trastornos mentales dejen de tener relación con factores o procesos físicos o biológicos, ni que las enfermedades médicas no estén relacionadas con factores o procesos comportamentales o psicológicos.<sup>6</sup>*

4. "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica", pp. 692-703.
5. El sentido figurado de *eje* es el de: idea fundamental en un raciocinio; tema predominante en un escrito o discurso; sostén principal de una empresa; designio fundamental de una conducta. Diccionario de la Real Academia Española.
6. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV p. 171, Masson, Barcelona, 1995.

Es importante destacar, e inevitable incorporar, a partir de la edición de este nuevo manual, la denominación de *enfermedad médica*. Se descarta así la noción de trastorno orgánico que aparecía en el DSM-III. Es una forma clara de explicitar que lo investigado y evaluado a nivel del organismo es *capturado por el discurso médico*. Claramente se delimita el dominio o territorio de lo médico. La tarea del interconsultor *psi* se realiza inevitablemente *en territorio médico*. Por esta razón no se debe dejar de insistir en la necesaria prudencia para pensar la forma de inserción en los servicios médicos o de inclusión en la tarea asistencial, cuando se recibe la convocatoria para opinar o intervenir en un caso. Los riesgos de posiciones psicologistas que olvidan lo real del organismo viviente, o contestatarias enfrentadas a un supuesto orden médico, sólo agudizan las dificultades. Es necesario reconocer que puede haber torpeza del lado *psi*, en cuanto a la forma de relacionarse con el equipo médico. La posibilidad de intentar un trabajo a la par con los médicos tiene su complejidad. Y es importante estar atento a las propias limitaciones. Frecuentemente aparecen dificultades desde el *psi* por un equivocado puntapié inicial originado en la propia complejidad subjetiva no elaborada (mal manejo de la rivalidad, omnipotencia del pensamiento) o en una conceptualización infatuada e inconsistente (que puede estar funcionando como una coraza defensiva).

El concepto de *enfermedad médica* es un fenómeno de discurso. En el DSM-IV se puntualiza con rigor:

*Las enfermedades médicas crónicas asociadas al dolor y la discapacidad también pueden provocar cambios de personalidad. El diagnóstico de cambio de personalidad debido a enfermedades médicas sólo se hará si puede establecerse un mecanismo fisiopatológico directamente responsable de la alteración.*<sup>7</sup>

7. DSM-IV: p. 178, el subrayado es mío.

Es un discurso que explicita claramente su exigencia, no es una cuestión de los médicos o de un médico, cada médico simplemente encarna un discurso, como lo hace el *psi* con el suyo.

Tener claridad en esta delicada cuestión puede evitar gratuitos e inconducentes enfrentamientos.

La amplitud del modelo multiaxial del DSM-IV incluye lo que se puede observar en este particular campo de la interconsulta *psi*. En el capítulo *Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica* aparecen cuestiones que tienen relación con:

*Trastorno mental que afecta a...enfermedad médica (ej. ... «trastorno depresivo mayor que retrasa la recuperación de un infarto de miocardio»); Síntomas psicológicos que afectan a...enfermedad médica (ej. síntomas depresivos que retrasan una recuperación quirúrgica; ansiedad que exacerba una crisis de asma); rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a...enfermedad médica (ej. negación patológica de la necesidad de cirugía en un paciente con cáncer; comportamiento hostil e impaciente que contribuye a la enfermedad cardiovascular).*<sup>8</sup>

Estos factores psicológicos o comportamentales (corresponden al Eje I),

*representan un papel potencial en la presentación o tratamiento de casi todas las enfermedades médicas. Esta categoría se reserva para las situaciones en las que los factores psicológicos tienen un efecto clínicamente significativo sobre el curso o la evolución de la enfermedad o sitúan a la persona en una situación de riesgo elevado para una evolución adversa. Existe una evidencia razonable para sugerir una asociación entre los factores psicológicos y el estado físico, aunque a menudo no es posible demostrar una causalidad directa de los mecanismos subyacentes de la relación. Los factores psicológicos pueden afectar el curso de casi todas las categorías mayores de enfermedad, incluyendo las enfermedades cardiovasculares, dermatológicas, endocrinológicas, gastrointestinales, neoplásicas, neurológicas, pulmonares, renales y reumáticas.*<sup>9</sup>

8. Op. Cit.: p. 694.

9. Op. Cit.: p. 692, el subrayado es mío.

Lo subrayado en este texto indicaría una aceptación de la complejidad del objeto y de los hechos. Podríamos suponer que incluye, implícitamente, lo que Heisenberg denominara el *Principio de incertidumbre*. Se puede decir que retorna aquí lo *oscuro* y *confuso* que Descartes desalojara del objeto de estudio científico. Así es el objeto de la interconsulta *psi*.

La amplitud que muestra el DSM-IV puede pensarse como una apertura y a la vez como una exigencia de cuidado en la presentación desde el profesional *psi*, en especial en lo referido al rigor conceptual y a la modalidad de relación con los médicos.

Pero, lamentablemente, esta presentación conceptualmente más amplia que incluye explícitamente a la subjetividad del paciente, como factores psicológicos generales, no ha tenido una influencia concreta y práctica como la que parecía que se podía verificar en la clínica poco tiempo después de conocida la edición en español de este Manual. Los hechos vienen demostrando que tiene más vigencia la presión de la industria farmacéutica sobre los profesionales de la salud como así también la prisa en la modalidad asistencial que lo propuesto en ese nuevo capítulo del DSM IV, de tal modo que la subjetividad del paciente con enfermedades médicas, muy frecuentemente, vuelve a ser escamoteada en la tarea asistencial.

## 2. GOCE y CUERPO, dos conceptos psicoanalíticos

Es obvio que un paciente que padece una enfermedad médica, particularmente cuando se encuentra internado, está sufriendo ya sea por la limitación de sus posibilidades vitales como por estar separado de sus familiares. Pero también en la clínica se pueden encontrar situaciones singulares, cuyo caso extremo podría estar representado por quienes son rotulados con el síndrome de Münchhausen (semejante a los casos que Balint denominaba pacientes de la *carpeta gruesa*), y que ponen en evidencia una extraña actitud de complacencia del sujeto con su sufrimiento, con las internaciones en servicios médicos y hasta con las intervenciones

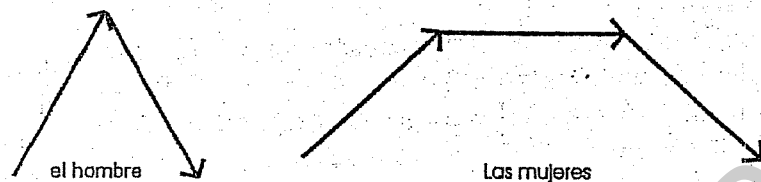
quirúrgicas. Para explicar la singular posición del sujeto ante su propio padecimiento, considero que es muy apropiado acudir al concepto lacaniano de *Goce* que toma el vector delineado por Freud en Más allá del Principio del Placer. Este concepto, lamentablemente, suele ser esgrimido a quemarropa por los profesionales del campo *psi* ante colegas del campo médico, de tal modo que se generan malentendidos y ofuscación entre quienes escuchan este discurso porque no se comparte el mismo código.

Dada la riqueza de esta conceptualización es conveniente pensarla y exponerla de tal manera que pueda entenderse cuál es el sentido de esta referencia para no generar confusiones. La primera cuestión a destacar es que se trata de un *concepto amboceptor* dado que recibe la significación de *sufrimiento*, en general padecido en forma pasiva, aunque también buscado activamente, y también la de *excesivo placer* (connotación muy escuchada en Buenos Aires, a partir de la década del '90 del siglo pasado, por el uso que el término *gozar [a otro]* tiene en el lenguaje de los adolescentes).

En Freud se destaca el volver, por compulsión de repetición, a ciertos picos de malestar y de sufrimiento por el gobierno de una fuerza demoníaca que hace que el sujeto busque reencontrarse con lo más displacentero. Pero, debemos aclararlo, en ese padecer hay un oscuro placer en juego. Lacan destaca en el *Goce* la existencia de la búsqueda de un exceso, a veces consciente, que está en el orden de lograr una *hazaña*<sup>10</sup> y por esta razón introduce, como elemento nuevo en este concepto, *un valor positivo*. Está al alcance de cualquiera el poder observar lo que sucede en sujetos que por buscar un objetivo, dar un examen, conquistar una meta deportiva, o ayudar a alguien, atender a un hijo enfermo con un pico febril, superan esa barrera teórica que Freud denominara Principio de Placer. En esas situaciones, estos sujetos hacen lo que está más allá de sus fuerzas físicas, o pese al cansancio que padecen. Entonces, según este aporte de Lacan, realizar un plus

10. Lacan, J.: Psicoanálisis y medicina, en Intervenciones y textos I, p. 95, Manantial, 1985, Buenos Aires.

de actividad, superando el tope que fija el cansancio o la necesidad de dormir, no siempre es negativo. Por esto mismo, Lacan se burla del Principio del Placer freudiano, como supuesta normalidad pues señala que está en el orden de la *Ley del menor esfuerzo*.<sup>11</sup> En Freud el modelo del Principio del Placer se establece con el ejemplo de la detumescencia peneana: habiendo arribado al pico de tensión (erección), se busca el punto de tensión máxima (eyaculación con o sin vivencia subjetiva de orgasmo), que pasará luego a un momento de alivio por reducción a un mínimo de tensión. Diferente es lo que sucede en las mujeres, una por una: tiempos distintos, tanto para llegar al pico de excitación como para llegar a su reducción que es más lenta y con la posibilidad de un mayor sostén posible de la excitación, en su punto de elevación, y más duradero también que en el sujeto masculino.<sup>12</sup> A partir de estas diferencias circulan los diversos desencuentros de alcoba, cómicos, cuando no son trágicos. Una graficación posible de esa diferencia es esta imagen:



11. Lacan, J: El reverso del psicoanálisis, El Seminario Libro 17, p. 125, Paidós, 1992, Buenos Aires.
12. Creo que no debemos paralizar nuestro pensamiento ante el axioma lacaniano "No hay relación sexual". Patrick Guyomard emprende un camino poslacaniano que merece ser estudiado: "Es fundamental seguir considerando la relación sexual como *real*: posible de realizarse, a través de mediaciones y al mismo tiempo jamás acabada en el sentido de que su realización suprimiría (en el fantasma) el rasgo radical de la diferencia de los sexos que es estructurante. (en El goce de lo trágico. Antígona, Lacan y el deseo del analista, p. 143-144, Ediciones de la Flor, Buenos Aires, 1997.) La posibilidad que tiene el sujeto masculino de salir de este esquema diferencial hombre-mujeres, cuyo modelo más «acabado» sería el eyaculador precoz, depende de un entrenamiento, de ciertas prácticas que los orientales, por ejemplo, tienen más estudiadas y llevadas a la práctica que los occidentales. Ser un buen amante no es natural. Con razón las mujeres suelen decir que "Todos los hombres son... iguales".

El detenernos en esta diferencia puede ser un hecho esclarecedor si se tiene en cuenta su valor metafórico con relación al encuentro entre el médico y el paciente. Bien podemos decir que el médico, en general y a veces forzado por la mutualización de su praxis, por imperio del tiempo fijado por el gerenciamiento económico, se comportaría como un eyaculador precoz que rápidamente debe *acabar* con la consulta. El paciente está acostumbrado y resignado, como muchas mujeres, a ese trato que reitera la insatisfacción. Distinto sería el resultado de este encuentro si la posición subjetiva del paciente, así como también la de la mujer, fuese la de reclamar su parte de satisfacción.<sup>13</sup>

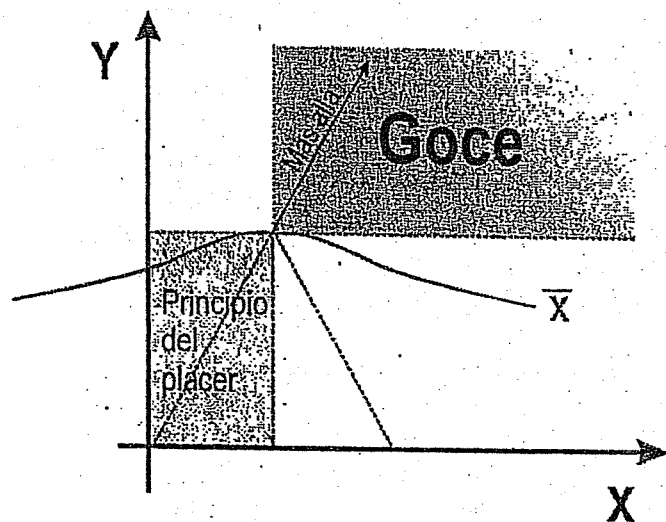
El resultado de esta relación dependerá entonces de lo que cada una de las partes intervinientes ponga en juego, apostando... Es cuestión de tener una decisión tomada como para no insistir en la queja inútil, que, de abundar ya sería entrar en el terreno del goce, paradójico, con esa insatisfacción.

Para poder visualizar rápidamente el área del Principio del Placer diferenciado del campo del *Goce* se puede tomar el esquema que ilustra el pico de máxima excitación del sujeto masculino superpuesto al de una campana de Gauss (dado que en su punto de máxima elevación se encuentra la *media*), todo esto enmarcado dentro de un eje de coordenadas cartesianas.

El esquema de excitación de las mujeres no permite una superposición acorde con el esquema. Como siempre, ellas hacen diferencia, y a la vez es este lado femenino —que también está en el sujeto masculino, no olvidar el concepto freudiano de bisexualidad— lo que permitiría a todos los sujetos, ubicarse del lado del *Goce* y no siempre masoquista.

13. Paul Verhaeghe amplía y actualiza de modo brillante, no exento de un fino humor, los vericuetos de la sexualidad y el amor en el primer capítulo de su obra "El amor en los tiempos de soledad", Paidós, Buenos Aires, 2001.





El ingreso en la zona del *Goce* es con el aviso de dolor que puede ser atemperado u omitido cuando es buscado en función de lograr una hazaña. También puede conseguirse la superación del límite que marca el Principio del Placer de un modo artificial, recurriendo a la ingesta de productos que consiguen modificar o eliminar ese umbral subjetivo. Es lo que se conoce como *doping* en el deporte (el sujeto elimina el aviso de cansancio o de dolor y así puede sobreexigirse y resistir por más tiempo y con más rendimiento).

Para ubicar claramente el concepto de *Goce*, es necesario también diferenciar los conceptos de *organismo viviente*, objeto del discurso médico, y el de *cuerpo-zonas erógenas*, objeto conceptual fundamentado inicialmente por Freud para articularlos entre sí. Este *cuerpo* con determinadas *zonas* privilegiadas por ser orificios o lugares de contacto e intercambio se rige por una lógica que se puede empezar a descifrar con el vector del Principio de Placer y el del Más allá del Principio de Placer (*Goce*). De acuerdo con la labilidad constitucional de cada organismo y con el recorrido pulsional de cada sujeto se pueden conformar diversas disfunciones, que pueden llegar a cronificarse o no. En este sentido es fundamental pensar la enfermedad a partir de la construcción genial de

Freud denominada *series complementarias*, pues permite correlacionar diversas posibilidades, al modo de una combinatoria, que incluye también el azar de cómo pudieron establecerse los primeros vínculos del niño con su madre, y de un modo singular con cada hijo.<sup>14</sup>

### 3. El impacto de la enfermedad y el de la internación

Lo que sucede en el organismo viviente se acompaña, inevitablemente, con diversas maneras de vivenciarlo y de connotarlo de acuerdo con la historia personal de cada sujeto y del imaginario imperante a nivel social. Un ejemplo palmario de esto es lo que sucede con el Sida, especialmente por ser una enfermedad que conjuga las cuestiones referidas a la sexualidad y a la muerte, implicadas en todo sujeto. El hecho de recibir el diagnóstico de portador HIV suele tener un efecto rasante sobre el sujeto y puede apurar su desencadenamiento. Sontag<sup>15</sup> analiza esta cuestión relacionando el carácter metafórico de la enfermedad con relación a los tiempos histórico-sociales. Ubica así una constelación que opera sobre el padecimiento generando una dramática que puede ser en muchos casos negativa para el sujeto.

La propuesta de trabajo para el interconsultor *psi* que se expone aquí apunta a trabajar sobre ese *plus* que existe en toda enfermedad médica. Cuando se trata de un cuadro orgánico desencadenado hace mucho tiempo o de una internación requerida por una complicación quirúrgica es muy claro que la cuestión no pasa por erradicar la causa. El sentido de la intervención puede pasar por paliar lo que sucede a nivel del sujeto como potenciador negativo de su padecimiento físico o de ayudar a hacer más soportable las condiciones de la internación. Justa-

14. Al respecto Lacan introduce la idea de *lote* en el cada sujeto cae cuando nace en una determinada *cuna* y en un determinado lugar como hijo deseado o no. Dolto decía que podíamos ser mejor o peor adoptados, porque de última somos todos adoptados. Esta sería, según Lacan, la verdadera lotería de la vida.
15. Sontag, S.: La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas, Taurus, Buenos Aires, 1996.

mente el sentido de la investigación realizada sobre los pacientes externados de terapia intensiva (Ver final del capítulo anterior) era el de confirmar o modificar la manera de encarar la clínica de la subjetividad del paciente con enfermedad médica en ese servicio.

Un factor que produce un gran monto de angustia es el desconocimiento. La falta de información es un elemento que incide negativamente en el estado anímico del paciente, así como también la ausencia de percepción de cambios de luz durante el día. La monotonía de los sonidos y de las luces en el lugar de internación, pueden provocar en el sujeto, que casi siempre vivencia esa situación con terror por la posibilidad de una muerte inminente, cuadros de excitación psicomotriz y/o delirios de persecución. Una respuesta muy costosa pero supuestamente efectiva se ha logrado con la colocación, en algunos servicios médicos de California, de una ventana computarizada donde se visualiza un paisaje que ofrece cambios de luces y tonalidades, imitando lo que sucede en el día.<sup>16</sup> Con muchísimo menos gasto de dinero y con mayor efectividad comprobada se puede ayudar al paciente a reconectarse y ubicarse en tiempo y espacio. Es sabido que lo que se genera a partir de un intercambio directo y personal tiene otra calidad y por lo tanto otras consecuencias dado que además se puede responder a la demanda de ser escuchado que tan imperiosamente reclama el paciente internado.

Otro cambio que es necesario implementar en estos casos se refiere a la modalidad de relación del médico y del personal de enfermería con el paciente. Es muy frecuente el comentario que compara a las unidades de terapia intensiva con naves espaciales. Si a esto se agrega que ven al personal como integrantes de una tripulación que viaja por el cosmos es fácil entender por qué pueden empezar a angustiarse no bien despiertan en una sala

16. La invención de una ventana computarizada fue obra de un fotógrafo de California. Está diseñada para simular la variación de la luz durante el día y fue pensada como respuesta al síntoma registrado con suma frecuencia en terapia intensiva de cuadros delirantes y de excitación psicomotriz por la situación de aislamiento y encierro que se evidenciaba en los pacientes internados. La Nación del 30-5-80.

de estas características. No saber qué lugar se ocupa en el Otro<sup>17</sup> —que en este caso no funciona como simple otro semejante— ni el sentido de los procedimientos que se realizan, en un clima de pavor y con una clara sensación de inermidad, no es evidentemente, la mejor vivencia como para poder recuperarse. La experiencia demuestra que cuando la intervención *psi* es eficaz se modifican una serie de factores que posibilitan una mejor recuperación o tolerancia a lo que se debe aceptar como tratamiento médico inevitable y en general, difícil de soportar.

Algunas vivencias expresadas por los pacientes:

*No sé qué quieren de mí ni por qué me hacen lo que me hacen...¿Seré un conejillo de Indias?*

*Discuten sobre mi enfermedad, no se pohen de acuerdo, aunque no entiendo bien de qué hablan, advierto que no saben claramente lo que me hacen...¿En manos de quiénes estoy?*

*¿Cuánto falta? ¡Por qué no se termina todo de una buena vez!*

#### 4. La asistencia directa del paciente internado

En nuestro país, el modelo de interconsulta médico-psicológica más difundido inicialmente fue el que se propuso *asistir a la asistencia*.<sup>18</sup> De acuerdo con ese modelo se decidía tomar como objeto de investigación e intervención lo que se desplegaba entre el médico y el paciente. Se reconoce en el texto de Ferrari y Luchina las resistencias de los médicos a este modelo, tanto aquí como en otros países. El médico, abrumado por una serie de factores, está cada vez menos dispuesto a entrar en nuevas complicaciones. Busca lisa y llanamente que se le solucionen los problemas que se le presentan. Poco o ningún interés tiene en querer saber cuánto está de implicado subjetivamente por lo que le sucede con rela-

17. Lacan, en el Seminario de la Angustia acude al ejemplo de la *mantis religiosa*, paradigma de la figura devoradora y persecutoria, para describir el pavor subjetivo al desconocerse qué quiere el Otro de uno.

18. Ferrari, H. y otros: La interconsulta médico-psicológica, pág. 25 y siguientes, Nueva Visión, Bs. As., 1971.

ción al paciente que está asistiendo. No demanda por esto. Pide por y para el paciente soluciones rápidas y prácticas. Por otra parte conviene tener en claro cuánto se ha apelado a este modelo de *asistir a la asistencia* para no tener que enfrentarse directamente con el paciente internado. No se debe perder de vista que para muchos médicos el pasar al campo del psicoanálisis fue una manera de alejarse del contacto directo con el sufrimiento en el organismo, con la sangre, con la mortalidad inevitable (el chiste que explica la vocación del psicoanalista judío es muy ilustrativo al respecto). También se cuestionó en otra época, ya lejana, si lo que se podía hacer con el paciente directamente asistido era del orden del psicoanálisis, si era posible iniciar un tratamiento con un sujeto que tenía pocas expectativas de vida, etc., etc. Se puede decir que las discrepancias teóricas y reparos a la intervención directa son justamente proporcionales al temor de poner el propio cuerpo y de reconocer que lo que se está planteando son simples excusas.

La *asistencia directa* del paciente se ha realizado desde hace muchos años en el país. La experiencia de Goldberg<sup>19</sup> ha sido pionera en esta área, en Buenos Aires. Existe una importante cantidad de interconsultores *psi* que vienen trabajando desde hace años, con diversa suerte en cuanto a sus logros y con enorme dificultad para mantener una continuidad en su experiencia por cuestiones institucionales. No es frecuente el hecho de animarse a dar testimonio de la experiencia directa por diversos tipos de dificultades que van desde el pánico a la hoja-pantalla en blanco hasta el temor al ensañamiento de los colegas del mismo campo que, como es bien sabido, cuanto menos hacen más critican.

La posibilidad de realizar la interconsulta *psi* depende primeramente de la forma y claridad de la inserción institucional. Este hecho puede producir variaciones en la forma de realizar la tarea y

19. Goldberg, D. y otros: Preparación psicoterapéutica en cirugía cardiocirculatoria infantil en Psicoanálisis de niños y sus aplicaciones (A. Aberastury, compiladora), Paidós, Bs. As., 1978. Deben destacarse también de esa época, entre otras, estas intervenciones: la de contener a los padres de los niños internados en sala (Florencio Escardó-Eva Giberti) y la inserción en equipos de cirugía (María Rosa Glasserman y Florinda Glocer).

en la de cómo se puede sentir cada uno al ponerla en práctica. Son muchas las variables en juego y compleja su forma de incidencia.

La hoja o *papelito* que refiere el pedido de interconsulta *debe ser transformado en un encuentro cara a cara con el médico que solicita el pedido*. En este punto es importante tener en claro que inicialmente este primer contacto es difícil para las dos partes en juego. Todo lo que se ha planteado teóricamente como diferencias de discursos y territorios se hace concreto y palpable en ese primer encuentro. Por lo tanto, estando sobre aviso, conviene contar con una buena dosis de cautela y sentido común. Las herramientas del diplomático pueden ser muy bienvenidas en estos casos. Conviene tener presente que es más importante prestar atención a la propia subjetividad que a la del médico. Que quede bien en claro desde el comienzo que el médico no es nuestro objeto de estudio. Se prestará atención a una cuestión elemental de cómo es nuestro interlocutor, el servicio, la institución desde donde se nos demanda y el lugar donde se deberá realizar el trabajo, como para que la tarea se pueda hacer sin trabas de tipo personal o institucional, dentro de límites reales y posibles. El interconsultor *psi* puede ser un médico que ocupa este lugar al contestar la demanda pero no es condición necesaria para poder desempeñar esta función. Por lo tanto no tiene por qué saber sobre lo que sucede a nivel del organismo del paciente. Como no se sabe se debe preguntar con total comodidad. Es frecuente, lamentablemente, la intimidación ante el médico, como le suele pasar a los familiares, que aceptan ser *informados* sin entender casi nada. El médico suele incurrir en esta forma defensiva de informar rápida, técnica e impersonalmente, escudándose en lo científico; primero por deformación profesional y luego como una manera, no necesariamente consciente, de mantener distancia impostando una figura de autoridad intocable. El primer contacto debe salvar esta valla y conseguir un encuentro que sea a la par, donde cada profesional pueda abordar al paciente desde su propio discurso, que no es más que un ángulo de observación. Obviamente tiene prioridad lo que sucede en el organismo por el riesgo de descompensación o muerte. Por esto mismo es

fundamental poder hacerse un cuadro de situación lo más claro posible en cuanto a una evaluación de la situación actual y del pronóstico presuntivo a nivel del organismo.

Dado que es el médico quien solicita la intervención del interconsultor *psi* es importante que fundamente la razón de su pedido. Conviene determinar además quién es el médico de cabecera, no siempre es el que hace el pedido, y las condiciones institucionales del servicio que hace la solicitud.

Así como es frecuente en los servicios de Salud Mental que los pedidos de interconsulta *psi* se acumulen o directamente se olviden, dejándolos sin contestar como si fueran una *brasa caliente*, desde los médicos suele pasar que también se pide en un momento de desborde –del paciente o del médico– o porque se advierte como necesario, pero no siempre son consecuentes con ese requerimiento inicial.

Sucede frecuentemente que hace falta *instalar*<sup>20</sup> a la subjetividad del paciente con enfermedad médica como objeto a tomar en cuenta para tratar de intervenir sobre ella. Y a la vez es necesario que el interconsultor *psi* se instale como tal en el servicio médico donde es convocado. Ya señalé que se trata de *una tarea en condición de visitante*, en tanto por ahora, las instituciones son básicamente *territorio médico*. Basta con observar la escasa importancia edilicia, infraestructural que se les da a los equipos de Salud Mental<sup>21</sup> en las instituciones médicas. Es lo que se hace con la subjetividad del paciente.

Otro paso a seguir consiste en la lectura de la historia clínica. Como es sabido hay una caligrafía y abreviaturas médicas que a veces no son entendibles ni siquiera entre los mismos colegas médicos. Es necesario leer la historia del paciente con el médico tratante: preguntar y pedir aclaraciones. No hay obligación de saber

20. Y uso la palabra *instalar* con el sentido actual de *instalar un programa en el disco rígido* porque es justamente un programa que falta en la mentalidad médica, en general.

21. En la Provincia de Buenos Aires, recientemente se eliminó esta denominación para volver a la antigua de "psiquiatría y psicología médica", volviendo a imponerse el requerimiento de ser médico para poder ser jefe de esos equipos.

nada anticipadamente ni darlo por supuesto. El interconsultor *psi* deberá asentar luego una evaluación y/o indicaciones, en esa misma historia, que deberán ser claras y no siempre muy explícitas, pues hay cuestiones que se deben trabajar y expresar oralmente con el médico o con la enfermera para que quede claro de qué se trata y otras simplemente para dejarlas asentadas. No es lo mismo lo que puede escribir el médico –más fácil de precisar y objetivar– que lo que puede evaluar o proponer el *psi*. En este punto es difícil acertar en cuanto a qué precisiones transmitir. Es la experiencia del propio recorrido profesional la que indicará cómo resolver concretamente esta cuestión y otras más.

Antes de entrevistar por primera vez al paciente conviene además, previamente, informarse con el personal de enfermería y con los familiares o amigos que son responsables por la internación y/o visitan a ese paciente con asiduidad. La información que se busca recolectar apunta a poder delinear las características de cómo es y cómo está el paciente desde el punto de vista anímico y de cómo era su subjetividad antes de la situación que está viviendo en esa internación. Los familiares obviamente pueden aportar datos de la historia, modalidades de reacción, tipo de vínculos, y a la vez deben ser escuchados y contenidos. De esta manera ya empieza un trabajo referido al paciente. Todos estos elementos van conformando lo que se puede denominar *diagnóstico presuntivo situacional (DPS)*. No se debe olvidar que lo que se elabora es una presunción a confirmar o no y que esta puede tener variaciones bruscas y en lapsos cortos.

Es preciso destacar que en este campo hacen falta plasticidad y agallas. Con ese *DPS* se puede comenzar el primer encuentro. Esta sería la situación ideal pues es importante aceptar que no siempre se dan como posibles todas las condiciones que se proponen como previas. Conviene apuntar a contar, al menos, con un mínimo de los requerimientos propuestos.