



## El interconsultor «Psi» en territorio médico: Actuales posibilidades y limitaciones de la clínica de la subjetividad del paciente con enfermedad médica

Lic. Benjamín J. Uzorskis \*

### Introducción con esperanza

Después de casi veinte años de clínica psicoanalítica en territorio médico aparece cierta claridad en algunas cuestiones pero se mantienen también una serie de interrogantes. En esta ponencia trataré de transmitir mi parecer, sobre algunos temas referidos a la teoría y la clínica de esta particular zona de encuentro posible de dos discursos, el del psicoanálisis y el de la medicina.

La interconsulta médico-psicológica fue una práctica realizada durante años tomando las ideas de Balint. Siendo el eje conceptual referido a la relación médico-paciente su vector principal. Puede señalarse que el intento evangelizador de Balint con relación al paciente fue tomado por los interconsultores "psi" argentinos como una postura idéntica pero con relación a los médicos, lo que causó reacciones desafortunadas, dejando un precedente negativo.

Sin embargo, queda la figura de Balint como un estandarte enarbolado con cierta ilusión, eran los setenta y el "psi" se creía un agente de cambio.

Sus continuadores en la Argentina hicieron de los grupos Balint un lugar común de inquietudes, cátedra de psicoanálisis, queriendo hacer de los médicos psicoanalistas, o los mismos médicos queriendo convertirse en un todo completo, sin advertir las nuevas complejidades que renovadamente se tejen en la clínica y en lo real del mundo. Y que nadie puede encarnar el todo, ni es conveniente hacer dos cosas a la vez cuando se trata de dos discursos diferentes.

Los "impases" que la teorización evangelizadora de Balint contenía, reconocida por sus mismos seguidores a nivel mundial en el Congreso balintiano del '80 (Luchina, 1982), articulada necesariamente con los cambios que se produjeron en las últimas décadas por los efectos de la Ciencia en la medicina produjeron nuevas dificultades.

La mercantilización de la medicina por la brusca globalización de la economía de mercado, debida finalmente a la caída del muro de Berlín ("ahora a qué le van a tener miedo los ricos", Guillebaud, 1995) nos sitúa obligadamente ante nuevas coordenadas.

Del binario (médico-paciente) pasamos necesariamente, por imperio de este nuevo real de la globalización ("americanización", Agresti), al trinario

INSTITUCION  
MEDICO                      PACIENTE

que implica una nueva articulación insoslayable donde la modalidad transferencial pretende ser armada a partir de los dispositivos publicitarios que venden tanto o más la tecnología médica, como las bondades de la reflatada figura del médico de cabecera o de familia.

Desaparece el paciente privado, casi totalmente, y aparece esta nueva modalidad del asociado a un pre-pago. Ingeniosa invención que hace pagar antes de consultar. Asustando a la población con la inseguridad y la desprotección se consiguen asociados para estos nuevos seguros de salud.

Obviamente, este hecho es solidario de la crónica falta de presupuesto del Estado para las áreas de Salud y Educación. Cuestión que es resuelta de otra manera en los países nórdicos y en Canadá. Que no se diga entonces que no hay otra alternativa o que hay una sola verdad.

La reaparición de la figura del médico de cabecera, encubre lo que en verdad preocupó que es el hecho de advertir como cada vez más acuciante la presencia de déficits en los sistemas de salud. Y esto se replantea a partir de pensar a nivel macrosocial en la relación costos beneficios.

Programa de Seminarios por Internet Página 1 El psicoanalista y la práctica hospitalaria  
<http://psiconet.com/seminarios> Clase 5 - B.J. Uzorskis

Estar al corriente de estos datos, hace advertir por qué se pone tanto énfasis, actualmente, en las bondades de la presencia del médico de cabecera. Sucede que se lo quiere instalar como controlador efectivo de los estudios realmente imprescindibles para evitar el exceso de gastos. Y aquí aparece la contraposición de la formación médica que se apoya en lo tecnológico, oponiéndose a la posición "humanista" (véase más adelante lo señalado respecto al término "inhumano"). Es la disyunción entre el médico "senior" (el antiguo clínico) y el médico "junior" (el joven médico adicto a la tecnología y a las imágenes computarizadas).

Este nuevo campo de acción crea un conflicto de ideales en la profesión médica que si bien es tan vieja como la profesión misma, pues ya Platón analizaba las preocupaciones de Sócrates con relación al curar o al lucrar con la medicina, es quizá más dramática en la actualidad porque estamos asistiendo a un enfrentamiento de discursos que contraponen la vigencia de un Estado que ubica el bien común como un ideal a sostener y otro que asegura que sólo debe salvarse el más fuerte, como en la selva.

Los cambios políticos en Inglaterra y en Francia, los vaivenes de la Iglesia que parece arrepentida por lo que ayudó a definir en la última cruzada ultraliberal, hacen pensar que el instante del supuesto fin de la historia no es tal. Repetidamente, el debate de ideas se reinstala porque en definitiva nadie puede decir lo verdadero de lo verdadero.

Lacan seguramente desconcertó a su auditorio del Colegio de Medicina pues afirmaba conformarse con que al menos uno entre doscientos entendiera lo que estaba planteando. No era para menos, advertía con claridad y proféticamente, en 1966 (Lacan, 1986), muchas de las cuestiones que se perfilaban como cambios en la profesión médica.

A diferencia de lo que planteaban los seguidores de Balint, Lacan apuntaba a revalorizar la profesión médica y a que los psicoanalistas salieran de la posición extraterritorial en que se colocaban con relación a la medicina.

La clínica psicoanalítica en territorio médico (Uzorskis, 1995) que presento aquí está inscrita en esa línea.

Mis años de intercambio con colegas que transitan por esta zona de borde, de intersección de discursos, por participar en ateneos y supervisar material clínico, me han permitido conocer experiencias audaces y valiosas que no siempre son transmitidas por dificultades para hacerlo o por temor a la reprobación. Puedo afirmar que es mucho más lo que se hace de lo que se registra y difunde. E inversamente suele abundar lo que se presenta infatuadamente, como un centón, escondiendo la ausencia de verdadero trabajo clínico.

Estamos en un momento histórico donde empieza a perfilarse el enfrentamiento entre los universalismos (la economía de mercado y la secularización de la sociedad de consumo) y los particularismos (ultranacionalismos y reaparición de grupos con ferviente religiosidad) donde los supuestos cierres o finales de la historia se verifican como falsos (Grüner, 1997).

De modo semejante el marco de lo general que se impone desde la Ciencia (tanto en medicina, como también se quiere plantear en los nuevos despliegues experimentales de la psicología) se enfrenta renovadamente a las sorpresas y novedades que aparecen en la clínica porque la singularidad de cada sujeto y de cada situación particular termina haciendo tope y, a la vez exigiendo nuevas maneras de pensar lo distinto.

Siendo el sujeto el síntoma inevitable de la dialéctica entre el Inconsciente y la historia y, dado que los hechos demuestran día tras día que la subjetividad no desaparece sino que pulula cada vez más, siendo cada vez mayor en su complejidad, no es cuestión de defender al psicoanálisis ni de esperar que alguien nos defienda.

Simplemente es cuestión de ser fiel a la escucha de la subjetividad porque está ahí. Más se la reprime o más se la forcluye desde el discurso de la Ciencia, mayor posibilidad de reaparición en lo Real. Podemos decir que este sistema fabrica cada vez más trabajo para los psicoanalistas.

Pero hoy no viene la demanda ya construida por el paciente, ni aparecen sujetos inquietos que quieren conocerse, y menos aún existe la moda de analizarse por una cuestión de prestigio.

Hoy aparece el sufrimiento pero no la demanda de análisis, por eso hay que ayudar también a construirla.

En territorio médico, los técnicos de la economía creen que lo básico es contar con aparatos amortizables que den suculentas ganancias y con médicos que funcionen como controladores de gastos, porque claramente se perfila en las instituciones el peso cada vez mayor de la razón económica-financiera por encima de la científica. Las razones de peso son de pesos. Lo que inevitablemente llevará al deterioro de las mismas. Los pacientes son enfermos pero no tontos, por lo tanto, tarde o temprano advierten estos hechos y reaccionan.

Lo mismo se puede decir del intento sistemático de rotular la subjetividad para encuadrarla en tiempos de curación predeterminados y fijos para todos, cuando se trata de pensar y organizar la cobertura de salud mental. Otra vez lo universal contra lo particular.

Las sociedades americanas de médicos desde hace tiempo están marcando su señal de alarma ante los desastrosos a que lleva este tipo de criterio eficientista y puramente economicista. Lo planteaba hace más de una década Gianantonio (véase más adelante) en Córdoba.

Cuando hacen las cuentas y establecen la relación costos-beneficios los técnicos de la macroeconomía se ven obligados a pensar en lo particular. Es lo que sucede con la intervención del médico de cabecera. Si bien se lo instala para una finalidad burocrática, las exigencias de formación de esta especialidad, incluyen necesariamente un criterio que piensa en lo singular del caso, y esto lleva a incluir la historia del sujeto.

Así reaparece lo singular de cada sujeto y a poco de andar se puede advertir que escuchar al paciente y aportar la palabra de un analista, cuando se ubica como necesaria una adecuada derivación (Véase "Ud. no tiene nada") termina siendo menos costoso de lo que se supone previamente.

Para que el interconsultor "psi" logre este objetivo es necesario atreverse a intervenir en territorio médico, trabajar a la par de los médicos y mostrar una posición decidida de asistir al paciente.

Ahora bien, la apuesta por la subjetividad debe estar primeramente en nosotros, los analistas.

Lo que sigue se inscribe en esta línea de defender una postura con hechos, una CLÍNICA DE LA SUBJETIVIDAD EN LA ENFERMEDAD MEDICA, y una serie de razones que intentan fundamentarla.

### **Sobre los efectos de la Ciencia**

Mi recorrido por la interconsulta "psi" comienza en 1977. Por azar y por la determinación de cuestiones de mi propia subjetividad, ingreso como psicólogo visitante a un servicio de terapia intensiva, donde la implementación de sofisticada tecnología era una novedad para todos los profesionales del Staff. Esa contingencia me permite observar la decisiva influencia de lo producido por la investigación tecnológica y su efecto en la clínica médica. Uno de los hechos que más me sorprendió fue la manera en que los médicos se fascinaban con algunos aparatos. Por ejemplo, cuando apareció por esa época un artefacto que evaluaba la cantidad de gases en sangre, algunos médicos estaban durante horas frente al monitor, olvidando la presencia del paciente internado que estaba a su lado. El elemento intermediario entre el médico y el enfermo fue ubicado como un problema desde hace años. Foucault ubicó al estetoscopio como el instrumento que establece un corte, una separación con relación al paciente; Marañón, con cierto aire romántico, decía que la silla fue EL elemento de progreso pues ayudó a establecer la relación personal entre médico y paciente. La descomunal producción de tecnología de la medicina industrial permite una oferta sin precedentes de elementos tecnocrónicos de alcances y efectos asombrosos. Esto es un logro, por la posibilidad de contar con instrumentos de enorme eficacia y, a la vez una dificultad, en la medida en que se convierte en un elemento que establece una distancia. Balint, en el otoño de los años cincuenta, cuando el laborismo británico ofertaba una medicina social impresionante, postuló una salida que intentaba suturar la subjetividad en el acto médico. Su concepto de relación médico-paciente intentaba recuperar la simetría de los términos e incluir la subjetividad del médico (como contratransferencia) y la del paciente al proponer un alargamiento del tiempo de la consulta. No eran los tiempos del neoliberalismo de los '80 ni había caído el Muro de Berlín. Su propuesta, que aún hoy tiene vigencia como ideal, pese al reconocimiento público de su fracaso por sus mismos seguidores, intentaba reintroducir en la escena médica ese OSCURO OBJETO que es la subjetividad, lo oscuro y confuso desalojado por el movimiento de pensamiento realizado por Descartes en los comienzos del siglo XVII. En este sentido es preciso aclarar que lo que

nace el médico en tanto encarna un discurso, es operar, inevitablemente de acuerdo con las coordenadas que desalojan la subjetividad y ponen en evidencia los efectos de la Ciencia en su propio acto. Percibir con claridad esta cuestión permite evitar críticas o enfrentamientos estériles con los médicos.

Poder sostener una CLÍNICA DE LA SUBJETIVIDAD para el paciente con ENFERMEDAD MEDICA es una apuesta que puedo fundamentar básicamente desde la teoría psicoanalítica. El concepto de clínica (kliné) implica el acercamiento al paciente que yace en una cama, y si se utiliza la noción de asistencia (Uzorskis, 1980, 1983) es para denotar el detenerse con atención ante el sufrimiento del enfermo.

Desde el comienzo de mi clínica psicoanalítica para el paciente con enfermedad médica, internado o asistido en forma ambulatoria, me pareció importante utilizar un nuevo término para diferenciarlo del conocido "interconsulta médico-psicológica" (acuñado inicialmente por Luchina-Ferrari) dado que este concepto se pensaba tomando a la relación médico-paciente como objeto de investigación e intervención. Mi propuesta, sin descartar el posible y advertido trabajo con el médico, posiblemente por ser psicólogo con formación analítica, y por esta razón atento al hecho de ser *visitante en territorio médico*, apuntaba a la asistencia directa del paciente internado (en la línea de lo iniciado por Abernethy-Goldberg). Primeramente enfatizó lo de *asistencia clínica* en cada una de mis presentaciones orales y escritas y últimamente me interesa poder instalar esta nueva denominación de CLÍNICA DE LA SUBJETIVIDAD EN LA ENFERMEDAD MEDICA.

Esta posición se contraponé a la que se observa, como efecto de la Ciencia, en la función del médico, especialmente después de la Segunda Guerra Mundial. Otros hechos también producen nuevos efectos: la globalización e informatización apunta cada vez más a la eficiencia y a la necesidad del acortamiento de los tiempos. Este nuevo ritmo vertiginoso se instala en la práctica médica.

#### La bioética como homeostato?

Conjuntamente aparece la preocupación por las complicaciones generadas por el uso de la tecnología en la medicina. El médico, convertido en "ingeniero de averías" (Israel, 1983) es acusado de "encamizamiento terapéutico" (Del Bosco, 1995). Ante estos efectos, el acto médico es puesto en cuestión frente a la mirada de una nueva instancia denominada Comité de Bioética.

Con relación a esta problemática es importante advertir lo que aparece en el proyecto Valle Rivas (S-1.083/94, Asistencia Social y Salud Pública): el lugar del psicólogo aparece al final de la lista de los representantes propuestos de distintas disciplinas, entre los religiosos y el personal administrativo. Otro dato de no menor importancia: se explicita que los cargos no serán rentados. Se pretende que esta tarea se realice por vocación de servicio humanitario?

Al mismo tiempo surgen movimientos contestatarios que juzgan a la medicina como inhumana o deshumanizada por el uso excesivo e indiscriminado de tecnología.

El término *Inhumano* merece una reflexión por separado. No se dice del animal su opuesto. Llamativamente se usa paracriticar a la medicina u otras actividades que son indudablemente del orden de lo humano, pertenecientes por lo tanto al orden simbólico, cuando llegan a un punto tal en el cual, las acciones implican un contrasentido con relación a los objetivos iniciales. Esto se puede pensar a partir de la incidencia de la tecnología científica y la aplicación de las rigurosas leyes del mercado y su globalización en la última década. Pero sería ingenuo dejar su explicación en este orden causal que puede llevar a afiorar un orden bucólico irremisiblemente perdido. Es importante, en este punto, no olvidar la vigencia del concepto de Pulsión de Muerte acuñado por Freud en 1920, en el momento histórico intermedio a los de las mayores tragedias bélicas de este siglo.

Desde esa posición contestataria se reclama por la recuperación de lo natural en los hechos concernientes al nacimiento y a la muerte: aparecen asociaciones que dicen luchar por la muerte digna y proponen la firma de un testamento biológico.

En un escrito (Uzorskis, 1987) donde analizo la aparición de los movimientos contestatarios a la medicina tecnológica, señalo los riesgos de este tipo de posición que termina siendo oscurantista pues rechaza los logros de la Ciencia. Distinta sería la propuesta si postulara escuchar al paciente en su singularidad aceptando los avances logrados en la medicina. Por lo aparecido en publicaciones

posteriores a mi trabajo, referidas a este tema, se puede observar que han aumentado en cuanto al número de adherentes, pero no en cuanto a fundamentos que ameriten sus propuestas.

Los reclamos apuntan a los excesos de la medicina pero no toman en cuenta lo que falta en el acto médico: la consideración de la subjetividad del paciente. Es posible interpretar la aparición de la Bioética y de las asociaciones contestatarias como el retorno, en lo Real, de lo excluido por la medicina industrial.

La existencia de una seria preocupación por estos problemas y una bibliografía que crece en abundancia propone algunas preguntas. El reconocimiento de la existencia de "extraños morales" en la relación médico-paciente implica reconocer no solamente la asimetría de los términos sino la diferencia de deseos en juego. La búsqueda del diálogo y la negociación con el paciente, con relación a las vicisitudes que deberá afrontar por estar enfermo y recurrir a la medicina, puede estar planteada en términos banales y artificiales como cuando se recurre a la metáfora del turista ante un viaje. Evidentemente se olvida la carga dramática implícita en el enfermar, especialmente cuando se teme que el traslado a una institución médica pueda ser el último viaje.

Hago este comentario a partir de lo aparecido en el diario Clarín (26-11-95) donde se hace un reportaje al médico norteamericano H. Tristram Engelhardt, para difundir cuestiones de bioética y promocionar el libro editado por Paidós "Los fundamentos de la Bioética".

Otro reparo que se puede hacer es al hecho de creer que informar al paciente es simplemente pasar datos, sin evaluar en cada caso cuánto puede decodificar cada sujeto según el monto de ansiedad que lo afecta. Más adelante se expondrá el caso de Marcos que ilustra sobre esta problemática.

En más de una oportunidad se subraya que los pacientes bien escuchados no generan problemas en cuanto a juicios por mala praxis. Este nuevo fantasma de los médicos, y fantástico atractivo para los abogados, aparece muy frecuentemente en las reuniones sobre bioética. Desde mi parecer, cabe sospechar sobre los fines de estos eventos referidos a la bioética. Me pregunto, la preocupación por esta temática, es por la salud y bienestar del paciente? La evaluación y autocrítica sobre el acto médico es para realizar cambios en la formación del profesional y para modificar su práctica, o es como lo proponía el personaje de "El gatopardo", para que todo siga igual, esto es, seguramente peor? De acuerdo con estas interrogaciones, la bioética sería simplemente un termostato que señala una alarma para indignarse, amarrar cierto revuelo y, después dejar que todo siga igual? Deseo poder pensar que no es así.

Evidentemente es necesario más espacio para analizar y trabajar estas preguntas, pero, inicialmente me parece importante destacar algunas puntualizaciones relacionadas con esta temática, de fuerte autocrítica formuladas por un ilustre pediatra argentino (Gianantonio, 1986): "En esa relación médico-paciente pueden aparecer una serie de elementos contaminantes que la vicien en su naturaleza, a tal punto que, o la cuidamos nosotros los médicos y la enaltecemos, o la sociedad tomará otras medidas para controlarnos..."; "No hay nada perfecto en medicina, pero [hay que] tratar que sea la mejor para un individuo determinado, es decir, la individuación de esta relación es esencial".

Además de destacar la importancia de recuperar lo particular en lo general del acto médico, subraya, entre otras cuestiones: la importancia de hacer del paciente un sujeto activo, que se interese por el cuidado de su propia salud y que sea participe lúcido de las decisiones que deben tomarse sobre los tratamientos médicos que se le propongan. Cierro el comentario sobre este texto con una frase axiomatica que debería ser un vector para pensar el acto médico: "No todo lo que se puede se debe hacer en medicina."

#### **El DSM -IV, una apertura a la causalidad psíquica?**

Dentro de los diversos movimientos conceptuales, en el marco de la psiquiatría, es posible ubicar, en la última versión de DSM, un reconocimiento de la subjetividad en tanto, al mismo tiempo, se delimitan territorios con gran claridad conceptual. En la última versión, DSM-IV, aparece un nuevo capítulo denominado OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCION CLINICA. En él se hace referencia a una serie de síntomas que son descriptos con la aceptación de su posible causalidad psíquica. Desde mi parecer, aquí se evidencia una forma de pensar la causalidad desde un

modelo no lineal, policausal, que está en la línea del pensamiento de Gödel, quien afirmaba que "hay más hechos ciertos que hechos demostrables". Poder tomar la nueva orientación que aparece en esta última versión del DSM puede evitar una postura de enfrentamiento o contestataria y ponernos en una situación de diálogo racional y constructivo para pensar conjuntamente, con médicos y psiquiatras, el tratamiento de los pacientes. En el DSM-IV se utiliza el término ENFERMEDAD MÉDICA para reemplazar al de "trastornos orgánicos". El discurso médico se apropia claramente de lo que sucede en el organismo viviente. A la vez se reconoce en el orden del psiquismo una causalidad posible a tomar en cuenta para fundamentar la existencia de un "plus" en las enfermedades médicas, así como también la posibilidad de explicar su conformación como tales por variables de la historia del sujeto. Es un reconocimiento de un cono de sombras (Principio de incertidumbre -h tachada- por ser Heisenberg el físico que formulara este concepto). Es la hiancia que reconoce la existencia de la subjetividad y es la posibilidad de fundamentarla e incidir sobre ella en el territorio del discurso médico.

Los tiempos actuales son los de la eficacia y la urgencia. Esto implica un desafío. Cada época modela sus formas particulares de dificultad. Si ubicamos la de Freud, advertiremos que supo apostar con tenacidad donde el conocimiento médico mostraba su ineficacia. Actualmente, cuando se avecina la inevitable crisis de la medicina industrial y el sujeto pide ser escuchado aún cuando está conectado a aparatos tecnotónicos, podemos precisar una demanda que probablemente sea necesario ayudar a construirla. No olvidemos que Freud se dejó guiar por las primeras pacientes y que su metodología fue cambiante y modelada a través de su recorrido por la tarea clínica.

La medicina industrial, desde la oferta que se realiza, particularmente desde los sistemas prepagos, destaca la importancia de los recursos tecnológicos. Es significativo que a la vez aparece una oferta y demanda de medicinas alternativas. Es la forma en que aparece la impresionante demanda de escucha de la subjetividad. Las respuestas son diversas, desde la más oscurantista e irracional hasta las que intentan mantener un rigor conceptual y racionalidad en su fundamentación. Desde esta última posición trataré de ubicar mi forma de pensar lo que denomino CLÍNICA DE LA SUBJETIVIDAD en la ENFERMEDAD MÉDICA.

### La urgencia como contexto

Es obvio que la asistencia de un paciente que padece una enfermedad médica, particularmente si se encuentra internado en una unidad de terapia intensiva, requiere cuidados rápidos y eficaces, que apuntan básicamente a la reequilibración de su organismo. En este punto conviene hacer presente una aguda observación del Dr. Giannantonio: "...los médicos transformamos en urgentes las decisiones sobre criterios [olvidando], por ejemplo, el propio apremio, la falta de tiempo para relacionarnos con el paciente y la familia, etc." (Giannantonio, 1986). Para el médico se trata de cosas por hacer. En cambio para el interconsultor "psi" se trata de cosas por preguntar, o por decir.

Previamente conviene aclarar que la noción de urgencia está connotada culturalmente. Desde las comidas "fast food" hasta la promoción de las ambulancias para emergencias, toda la subjetividad se enmarca en un contexto de prisa y "zapping". En los servicios médicos apareció el concepto de "fast track" para referirse a la imperiosa necesidad institucional del giro-cama ultrarrápido para acortar los tiempos y achicar los costos. Los tiempos actuales se proponen para ver y concluir en la inmediatez. Atendiendo a estas observaciones es importante no perder de vista nuestro objetivo y recordar que en algunos casos lo mejor es esperar. Recordemos que cuando se encuentra un politraumatizado en la calle, se sabe que conviene aguardar que lo alcen quienes están adecuadamente entrenados para esa tarea.

### Algunas pautas metodológicas para la interconsulta "psi"

Primeramente es necesario ubicar al médico que realiza el pedido de interconsulta. Desde mi punto de vista esto es necesario para comenzar a pensar la subjetividad del paciente, no para analizar la del médico. Si nuestro saber vale es porque podremos limitarnos a intervenir donde exactamente hace falta. Es necesario pedir al médico, las enfermeras o familiares los elementos que nos permitan armar la

· subjetividad en juego del enfermo por el que se pide la consulta. Hace falta conocer la historia clínica, solicitar información y explicaciones sobre el cuadro o enfermedad en curso. Se trata de armar pausadamente la noción del campo en el cual nos moveremos y tener conocimiento, lo más claramente posible, de lo que padece el sujeto a tratar, desde el nivel del organismo, o sea, como enfermedad médica.

En el mismo sentido saber qué medicación está recibiendo y cómo se supone que pueda incidir en su estado de conciencia. Para poder dar estos primeros pasos con calma no conviene hablar de más, más bien preguntar, no irse de cabeza, no estar de vuelta, en el mejor de los casos sí estar de vuelta con relación a la propia urgencia (Leguil, 1989).

Nuestra intervención es diferente de la urgencia psiquiátrica aunque esta es la más requerida porque se la supone la única eficaz para acallar los efectos de la subjetividad. Cuando aparece un cuadro de excitación psicomotriz se convoca, en general, al psiquiatra para que consiga la sedación del paciente con medicamentos que lo "planchan" o sujetan con un "chaleco químico". Esta respuesta al síntoma, la más frecuente, se puede contraponer a otras que advierten sobre lo que sucede a nivel de la subjetividad y, por lo tanto, atender a otro tipo de contención. En los Estados Unidos, se advirtió hace más de una década que las condiciones de aislamiento de ciertos servicios médicos tendía a producir cuadros delirantes o de excitación psicomotriz. Ante esta situación, la Ciencia fabricó una ventana que produce una imagen computarizada que da cuenta de las variaciones del día, de acuerdo con el paso de las horas, con sus diferentes luminosidades y sonidos. Mi experiencia y la de otros colegas confirma que se pueden lograr estos y mejores efectos con la asistencia directa del paciente internado.

### Hay de lo Uno

En California, en 1980 un fotógrafo encontró la "solución" para los cuadros de delirio paranoide de los internados en terapia intensiva: una ventana computarizada que simulaba los cambios de la luz del día durante las veinticuatro horas. Cambiado el estímulo se espera una respuesta normal.

En el Hospital Israelita de Buenos Aires, en 1978, como interconsultor "psí" adscripto al servicio de terapia intensiva, ponía en práctica la continuidad de una experiencia que demostraba la posibilidad de eliminar un cuadro de excitación psicomotriz "escuchando" y explicando al paciente la causa de su sufrimiento. Se evitaba así el uso de la medicación como "chaleco químico" para el sujeto y sus efectos secundarios negativos.

"HYPOTHESES NON FINGO, cree poder decir Newton, no supongo nada". Como bien advertía Freud hasta que el sujeto niegue algo para sospechar que está diciendo lo contrario.

En las experiencias que relato hay dos suposiciones diferentes que subyacen a los distintos recursos que se implementan en cada uno de los casos.

"Mi hipótesis es que el individuo [biológico] afectado de inconsciente es el mismo que hace lo que llamo sujeto de un significante... decir que hay sujeto no es sino decir que hay hipótesis." Lacan, más adelante, en la misma clase del 26-6-73 (Lacan, 1981), retoma el término "stojeion", fonética del griego estofa, elemento, recuperando así el valor de una designación de la lingüística primitiva referida al "elemento simple cualitativo". La línea argumental que importa aquí es la idea de "Hay uno". "Qué quiere decir "Hay Uno?", uno-entre-otros". Este esfuerzo impar de Lacan por precisar que "Hay de lo Uno" retoma la preocupación aristotélica de poder definir el individuo a partir del cuerpo en cuanto organismo. Reinstala de este modo la actualidad de la discusión entre Platón -que desalojaba la poesía y la tragedia por ser del orden de lo incommensurable- y Aristóteles que trataba de recuperar lo singular de cada uno.

Esta antigua disyunción es la que hace presente la Ciencia cada día con más fuerza en tanto los efectos de su discurso, que forcluyen al sujeto, inciden sobremanera en toda la cultura, y de modo particularmente especial en la práctica médica.

"Ud. no tiene nada"

Es esta una de las formas más desconcertantes de responder a la demanda de un paciente en la consulta médica. Esta respuesta es el cierre que suele realizar el médico ante la consulta por una sintomatología difusa o complicada. Es muy posible que ante la mirada de un médico "senior", el antiguo clínico, estos malestares fueran rápidamente interpretados dentro de la serie de lo hipocondríaco. Con unas palabras sencillas, conociendo algo de su historia, es probable que le hubiese dado alivio. Pero no es lo que sucede actualmente donde los dos interlocutores se relacionan en un estilo que refuerza el anonimato.

Por eso lo que aparece es una serie de indicaciones de estudios de rutina, en alguna época inspirados en la sabiduría de la doctrina del ana-ana, como para explorar todo el organismo.

Si actualmente aparece cierta mesura en estas indicaciones es porque desde las instituciones prepagas se penalizan los estudios hechos en demasía o en forma impropia.

En esta época en que abundan las especialidades y en la cual la sobreoferta hace que el paciente crea que es bien atendido si se le hacen incontables y sofisticados estudios, el médico suele prestarse a este tipo de demanda so pretexto de ser considerado ineficiente.

Es un juego complejo que hasta ahora sólo ha tenido una objeción fuerte por el hecho de analizarse la relación costos beneficios en los sistemas médicos. Por eso reaparece la figura del médico de cabecera que debe revalorizar la postura clínica para reducir costos. Insólito, pero es así: es el economista el que introduce reformas en el acto médico. Pero, como es sabido, no es un personaje muy fiable desde el punto de vista de la salud del paciente, ya que a este "buen" señor sólo le importa que las cuentas cierren. Desalojemos la ingenuidad: lamentablemente, la verdadera autoridad en los sistemas médicos son los grupos accionistas y, si aparece una figura de autoridad médica visible es a los efectos de una buena publicidad. El verdadero poder de decisión está en el grupo accionista mayoritario.

Por lo tanto si algún cambio se puede producir es porque sería posible aprovechar esta nueva situación para repensar adecuadamente el acto médico y ubicar los cambios que verdaderamente fuesen positivos para el paciente y su salud. En verdad el hecho de poder abrir la posibilidad de escuchar al paciente y gastar menos en tecnología o intervenciones quirúrgicas que no siempre se justifican implicaría un ahorro económico. Pero es sabido que lo que a unos beneficia a otros puede dolerles en su cuenta bancaria.

Por ahora lo que se sigue repitiendo es esa situación, paradójica y risible, si olvidamos las consecuencias nefastas para la salud del paciente, en la cual el médico luego de la lectura de los diversos estudios encuentra que no hay causa del padecimiento a nivel del organismo. Desde ese punto de vista es verdad que no tiene nada, pero es una falacia desde el punto de vista conceptual pues se olvida que ante él está presente un sujeto, como lo es él mismo. Entonces, decir: "Ud. no tiene nada" es lisa y llanamente un disparate. Más desconcertante aún es lo que suele seguir a esta afirmación, que es una indicación de derivación a un "psi" o al servicio de Salud Mental o Psicopatología. El paciente con justa razón puede preguntarse:

1) si no tengo nada, por qué me pasa algo?

2) luego, por qué me manda a ver un "psi", me falla algo en la cabeza? Entonces debió mandarme a ver un neurólogo, o... estaré medio chiflado?, etc., etc.

Un camino posible y verificable en la práctica es que el paciente acuda a otro médico, haga nuevos estudios y consiga "fabricar" algo que justifique su malestar a nivel del organismo o que incluso lo lleve a una intervención quirúrgica.

Puede suceder que el paciente, obedientemente, llegue a la consulta con el "psi" y, abroquelado en el dictamen médico se sostenga en el "no tengo nada y no sé por qué vengo, me mandó el Dr. X". Es evidente que con esta forma de derivación, el médico le ha dado al paciente un escudo defensivo que muchas veces es imposible de vencer y sólo conduce al frecuente fracaso de la consulta con el "psi". Otras veces, y en el mejor de los casos, pese a llegar con esta presentación, se puede con gran habilidad y con el azar a favor franquero esta dificultad, lograr el inicio de un tratamiento analítico.

Volviendo al "Ud. no tiene nada" y reflexionando sobre este hecho repetido, es posible proponer algunos cambios que pueden llevar a otros efectos.



Primeramente es importante dejar en claro que el paciente, en general, consulta al médico o a una institución confiando en conseguir una respuesta que le traiga alivio o curación. Existe una transferencia con el médico, como lugar de saber, esto es que supone que él sabe con qué responder. Cuando se tiene esta impresión y se evalúa que el paciente busca una salida para su malestar es conveniente tener el cuidado necesario sobre CÓMO hacer la devolución diagnóstica, si indica que, a nivel del organismo viviente, no hay causa que justifique el padecimiento. Obviamente tiene que ser un hecho claro y posible para el médico que hay casos, no pocos, en los cuales la causa aparece en la subjetividad del paciente. En este sentido es necesario precisar que el paciente es para el médico una construcción conceptual pues no existe la mirada ingenua. Si esa construcción incluye al paciente como un sujeto, esto es un ser en relación con otros, puede ser factible una adecuada derivación. De lo contrario quedaría como una premisa administrativa, vacía de sentido, y muy probablemente llevaría a su fracaso. Del mismo modo es necesario que el médico advierta que el cuerpo, como organismo viviente, que tenemos, es vivenciado de diferentes maneras de acuerdo con cada subjetividad singular. Si el concepto de "somos un cuerpo" que es vivido en un forma particular, de acuerdo con la forma en que cada sujeto fue criado, y por los "primeros dichos" con que fueron acompañados ("abrigate", "no te calgas", etc., etc.), entre otros factores en juego, es algo de peso que interviene en la mirada y en la escucha del médico, es posible plantear una devolución diferente al "Ud. no tiene nada".

Puede suceder que el médico dedique el tiempo necesario, que puede ser de minutos o espaciado en más de una entrevista, hasta encontrar la manera y el tiempo necesario para mostrarle al paciente que no sólo el organismo está implicado cuando hay un malestar. Si esto se da en una institución puede ser una excelente modalidad incluir en la entrevista al profesional "psi" que podría hacer la admisión del paciente o, luego, podría tomarlo en tratamiento. Es un excelente golpe de efecto por medio del cual el médico le muestra al paciente de su preocupación por aquello que lo aqueja y, a la vez, traer a la consulta al profesional "psi" es una forma de avalarlo y favorecer la posible instalación de la transferencia en el nuevo tratamiento. Hacer esto implica también estar sobre aviso con relación al hecho frecuentemente observado que da cuenta que, para algunos pacientes el profesional "psi" es visto con desconfianza o persecutoriamente, en la misma medida en la que así ven a su propia subjetividad.

La inclusión del interconsultor "psi" en un servicio médico, el pedido de intervención si viene desde el servicio de salud mental, o si viene desde afuera de la institución, requiere un cuidado particular desde el médico.

El paciente está internado en una institución médica y salvo los casos excepcionales en los cuales ya estaba en tratamiento analítico, o aquellos en los cuales lo pide él mismo a partir de la crisis vital que padece o sus familiares, poco o nada quiere saber de la aparición de un psicólogo. Por eso es muy conveniente que sea el médico quien introduzca la intervención del "psi" de la mejor manera como para que pueda iniciarse la transferencia con él. Obviamente depende de cómo el médico incluya o no a la subjetividad del paciente como un factor en juego en la situación.

Muchas veces esto no es posible por como se encuentra el paciente y por la necesidad de implementar su intervención con urgencia. Otras veces, no menos frecuentes, los pedidos de interconsulta "psi" son tardíos, esto indica que la demanda aparece cuando las llamas llegaron al techo.

Es necesario precisar que no se trata de una interconsulta más con un especialista de otro aspecto del organismo, sino de la inclusión de la subjetividad en la asistencia del paciente, que generalmente se omite desde el mismo discurso médico.

Incluir la interconsulta "psi" es poco menos que subvertir un ordenamiento conceptual, por el solo hecho de decir "hay de lo uno" en cada paciente por más que como organismo se lo pueda pensar cuantitativamente en el orden de lo general.

#### **Clinica de la subjetividad en la enfermedad médica**

Tomasina fue una de las primeras pacientes que atendí en la sala de terapia intensiva del Hospital Fernández. Padece una gravísima peritonitis que suponía su punto de partida en un intento de aborto séptico. Adolescente y embarazada tuvo temor de su padre y de su familia; luego de la introducción de

agujas de tejer mortíferas en su vagina, tenía a la muerte y a la policía. Todo este horrible cuadro de culpa y castigo pudo ser puesto en palabras, afortunadamente, en un momento en el cual los médicos estaban casi desahuciados porque no sabían a qué nuevo plan de antibióticoterapia acudir para poder salvarla.

"Está siderada", era lo que decían para describir el cuadro y dar cuenta de su desaliento.

En esa situación inicial para mí recorrido en esa área, tenía que pagar mi derecho de piso, como suele suceder en todo. Por un lado vivir el impacto de una situación tan dramática y para la que carecía de preparación. Lo Real del sufrimiento, de condiciones sociales y de ignorancia, del cuerpo como organismo (soma) en una situación límite producían efectos: me acercaba para asistirle y la saludaba "Buenos días SOMATINA"; y ella me corregía con ternura: "Tomasina, doctor".

Ese fallido inolvidable me imponía la evidencia, con claridad deslumbrante, del golpe descomunal de lo que sucedía en el organismo de la paciente, en mi propia subjetividad.

Los médicos, a veces, imprevistamente, interrumpían la entrevista-sesión, destapándola para saber si yo podía mantenerme en pie al ver su cuerpo abierto y unido con un "marlex" (maravilloso logro de la cirugía soviética y mejorada rápida y notablemente por los americanos, que se empezaba a usar en esa época para unir paredes epiteliales): tragaba saliva y hacía como si nada...

La paciente mejoró notable e imprevistamente. Los antibióticos que estaban resultando inútiles hacen su efecto.

¿Cómo probar que la intervención simbólica en ese imaginario terrorífico y el escuchar todo aquello no dicho por la paciente por el pánico a ser castigada tuvo su efecto, al aplicarlo conjuntamente al tratamiento médico? ¿O que este pudo ser eficaz porque también intervino la palabra?

#### La excitación psicomotriz: ¿medicamentos o palabras?

Jacinto presenta varios episodios de excitación psicomotriz, se arranca tubuladuras y se levanta de su cama, con riesgo para sí y alteración de toda la sala. La causa posible de este cuadro es una falla renal que impide la regulación de lo tóxico en su organismo y provoca una alteración de su estado de conciencia. La posibilidad de explicarle sobre la causalidad de su sensación de estado de locura, lo calma y permite lograr la regulación de su falla renal sin recurrir a los tranquilizantes.

Estanislao es un paciente de 46 años que por caerse del estribo de un vagón ferroviario tuvo fracturas importantes en los miembros inferiores, tiene además ruptura de vejiga. Presenta una desubicación tiempo-espacial. Por momentos delira y hace alusión a elefantes. Es difícil asistirlo: genera rechazo, cuando está muy excitado es necesario atarlo.

Cuando me acerco para atenderlo, lo saludo y me presenta, pero como ignorando mi presencia, dice que está viajando y menciona las estaciones del ramal ferroviario en el que tuvo el accidente. Pongo mi mano sobre su hombro derecho y le digo que lo estoy tocando, le pregunto si siente mi mano. Sorprendido, me mira y dice que sí, que la siente fría (era así). Le señalo que me parece que está muy mal por lo que le pasó y por eso no quiere darse cuenta que está en un hospital. Refuta mi observación y me dice que está en la cama de su cuñada. Le acaricio la cabeza diciéndole que la tiene apoyada en una almohada, en la cama del Hospital ..., y agregó: parece que el miedo y el dolor no le permiten enterarse de dónde está. Asombrado, me pregunta: Ud. es un cura? Le aclaro que no y le pregunto si recuerda que viajaba en un tren. Responde relatando lo que hizo hasta el momento exactamente anterior al del accidente. Luego, con coherencia, habla de su trabajo de pintor de casas, de su familia y ...empieza a sentir dolor en las piernas fracturadas. Le explico sobre su estado actual, sobre la sala donde está internado, sobre el personal que lo atiende y me pregunta sobre la calle donde está ubicado el hospital. Este paciente no volvió a delirar, fue uno de los que más habló con las enfermeras en esos días de internación. Tampoco volvió a desubicarse. Mejorado, de terapia intensiva pasó a traumatología.

Estos dos casos son ejemplo de intervención sin la aprobación previa del sujeto, a la manera de muchas intervenciones médicas de urgencia. Pero, cuando es posible, es conveniente que la interven-

ción del Interconsultor "psi" sea realizada previo aviso y presentación del médico que está a cargo del paciente. La transferencia del enfermo es con el saber puesto en el médico o la confianza (desconfianza?) en la institución; por esta razón es fundamental, para el buen curso de nuestra tarea, que la intervención en un territorio que por ahora es básicamente médico, sea clara y aceptada por el paciente.

La CLÍNICA DE LA SUBJETIVIDAD en este campo debe precisar ciertas pautas para organizar sus posibilidades operativas. Es necesario un recorte adecuado de lo que se considerará más urgente y necesario a trabajar, aceptando descartar cuestiones que no corresponde tomar en cuenta en el momento de esta consulta. De acuerdo con este criterio puede ser útil, organizativamente, precisar estas tres aspectos de la interconsulta "psi":

- a) Diagnóstico presuntivo situacional.
- b) Punto de urgencia y
- c) Objetivo limitado. (Ferrari, 1979)

Como se puede ubicar en las viñetas clínicas, estos tres pasos pueden darse conjuntamente y prácticamente en la inmediatez. Vale precisar que toda intervención supone un cálculo previo y que, generalmente, uno advierte su efectividad retroactivamente, cuando puede ubicar la eficacia o no de su movimiento.

### 2 años y 4 días en terapia intensiva

Aceptar la realización de la interconsulta para asistir a Lorenza fue un desafío. Era una paciente de 26 años que, después de discutir diversas opiniones diagnósticas, se había llegado a determinar que padecía una denervación motora progresiva que la invalidaba paulatinamente (ELA: esclerosis lateral amiotrófica). Asombraba en ella su conexión con todo lo que sucedía a su alrededor, sus posibilidades de respuesta positiva pese a la complicaciones de su cuadro por la obligada inmovilidad.

La necesidad de internación en esa sala hacía inevitable la aparición de infecciones intercurrentes, complicaciones por el uso del respirador...

El pedido de interconsulta "psi" lo había realizado el director de la institución, no los médicos del Staff. Por lo tanto me hacía cargo de la paciente sin tener pertenencia Institucional y con toda la aprehensión esperable del equipo tratante. Era una inclusión en carácter de interconsultor externo.

Como es frecuente, lamentablemente, el pedido de asistencia al "psi" apareció tardíamente. En general, suele hacerse cuando no queda a quien hacer una nueva interconsulta y se agotaron por lo tanto todos los intentos que encontrar la causalidad de la patología que padece el enfermo a nivel del organismo. Son muy raros los casos de unidades médicas, no solamente de terapia intensiva, que tienen un "psi" adscripto para dedicarse a la asistencia de los pacientes. Es repetido el caso de pedir al servicio de psicopatología y recibir la respuesta con demora o dificultades. Suele suceder que la hoja con el pedido de interconsulta queda pinchada y... olvidada en el mural del office del servicio.

En este caso se presentó una cuestión agregada y frecuente, la obra social que se hacía cargo de la internación de la paciente no contemplaba la cobertura de una interconsulta "psi" y los profesionales "psi" de la institución que podían hacerse cargo realizaron un poco elegante "mutis por el foro".

Dada esta situación me solicitan que haga una evaluación del caso, anuncie mi opinión y, si lo creía factible, propusiera un plan terapéutico para que éste sea presentado a consideración de la obra social. Hubo otro estudio solicitado para una evaluación por una especialista en genética que había demorado casi cuatro meses en ser autorizado. Afortunada, milagrosamente, la paciente esperó con vida y los médicos hicieron denodados esfuerzos, en todo momento, para que la enferma mantenga sus signos vitales lo mejor posible dentro de las limitaciones e incertidumbres del caso.

Cuando me toca hacer la evaluación Lorenza, dos meses después de presentado mi informe, estaba casi en el séptimo mes de internación. Un tiempo inusual que en principio permitía suponer que estaba muy bien atendida desde el punto de vista médico y que por otra parte hacía pensar que algo sostenía con vida a esta paciente que mostraba un aspecto alerta, con lucidez y conectada al mundo externo. Su cuerpecito mostraba un estado de emaciación impresionante, semejaba una criatura de

Biafra. Estaba apoyado sobre un colchón de agua para evitar la formación de escaras. Estaba conectada a un respirador desde el comienzo de su internación, a una sonda nasogástrica para aspirar mucosidades, a diversas tubuladuras y a una vía intravenosa para ser alimentada y medicada. Su cabeza, apoyada en la almohada, lucía llamativamente un moño de color rosa intenso sujetando su cabellera, en su parte superior. Sus ojos vivaces atendían a todo movimiento externo.

A partir de las entrevistas con los médicos y con la madre de la paciente aparece un cuadro sumamente complejo. La madre parece parte del Staff: entra y sale cuando quiere de la sala que tiene horarios de visita muy acotados; y Lorenza queda más excitada después de cada encuentro con ella, según lo que observa el personal de enfermería. Entrevisto a la madre que refiere una serie de diagnósticos previos que van desde la histeria de conversión, con indicación de electro-shock, anorexia nerviosa y un largo historial que se remonta a la escuela primaria con una serie de hechos bastante significativos desde el punto de vista psicopatológico. El estado de salud de Lorenza se agrava rápidamente después del nacimiento de J., cuando su hija tiene 8 meses de vida.

Lorenza estaba convencida desde hacía algunos años que a los 25 iba a tener un varón. Su pareja la abandona, ella en la entrevista alcanza a escribir dificultosamente en una hoja de papel "me mintió". Su hija lleva el apellido materno porque se niega a que sea anotado con el del padre, cosa que también había sucedido con ella misma. Madre, hija y nieta llevan el mismo apellido.

La primera jugada fuerte es poner un tope a esta madre para que respete los horarios de visita del servicio. Esto produce alivio en los médicos, pero despierta inquietud en Lorenza a la que es necesario explicarle esta intervención.

Puede escribir que nunca le dejaron gritar... Expresa su aflicción porque su hija la rechaza.

Pido a la abuela que traiga a la niña para ver si era posible intentar alguna intervención. La niña cada vez que era llevada por su abuela ante su madre, excepción evaluada y consentida por los médicos (los niños no ingresan como visita a estas salas), lo hacía con entusiasmo pero, cuando veía el cuerpo de su madre, con impresionante emaciación, conectada a un respirador y diversas tubuladuras, entraba en pánico y quería retirarse. Esta escena se repetía en las espaciadas visitas que realizaba, traída por su abuela.

Llega la abuela con la pequeña J.. Estando en los brazos de la abuela que dialoga conmigo, permanece dormida. Al rato despierta y luego de presentarme y piropearla, se trata de una niña muy bonita y vivaz, le paso a explicar sencillamente lo que suponía le venía sucediendo ante cada encuentro. Le digo que me parecía que venía con entusiasmo a visitar a su mamá, la que ella recordaba cuando tenía 8 meses, el momento en que su mamá se enfermó y debió ser internada en este sanatorio, y que, de golpe cuando se encontraba con ella se enfrentaba a alguien muy distinto a la que recordaba, más flaquita, con aparatos raros, en un lugar distinto y con olores fuertes, pero que esa mamá que veía allí, aunque se la veía diferente, era la misma, la de ella, la que recordaba cuando iba a verla, pero que ahora estaba muy distinta.

Calculadamente repetí la palabra recordaba usando el pasado imperfecto que justamente da cuenta de lo que mantiene su existencia presente pese a enunciarse en tiempo pasado. Parla de la base de suponer que lo presente para ella era la mamá de 10 meses atrás, la del pasado, la que pudo funcionar para ella como mamá. Y que lo intolerable por lo doloroso y angustiante era la visión de la madre enferma actual. La explicación que le di la repetí dos veces más mientras hablaba con la abuela y anticipaba que iríamos a la sala para ver a su mamá.

Cuando llegamos a la sala, la abuela, espontánea e imprevisiblemente pasa su nieta a mis brazos. Ingreso con la niña a la sala, la abuela detrás. Nuevamente la criatura muestra inquietud y cierto alborozo por acercarse a la madre. Al estar frente a ella, cesan sus movimientos, se pone alerta, me mira inquisitivamente y dice mamá con tono de pregunta. Le contesto sí, que esa mamá es la misma que recuerda, que le puede tocar una mano, dirijo su manito hacia la mano de la madre que conserva con motilidad y dice "mamá", la mira, me mira. Es un encuentro breve que no llega a los diez minutos, nos despedimos de su mamá, salimos y la pongo en brazos de su abuela. El efecto en la niña corrobora ampliamente lo que Klein y Winnicott observaron en criaturas pequeñas y que a diario se puede constatar en la clínica en cuanto a la posibilidad de entendimiento del niño de corta edad. Luego

de esta intervención, los encuentros con la madre internada en terapia intensiva fueron tranquilos y la niña no volvió a mostrarse aterrada.

Pero los empeoramientos del cuadro orgánico de Lorenza hacen cada vez más limitadas sus posibilidades de expresión. Sin embargo se las ingenia para hacerse entender, y cómo!

En un momento que todo parecía indicar un límite real a las posibilidades de hacer algo por salvarla, el médico de cabecera muy preocupado plantea que esto conviene advertirlo a la paciente, si ello es posible.

Pensando en el futuro de la hijita de 18 meses, de la conveniencia de una posible despedida... intento poner a trabajar esta situación con la paciente que pese al terrible agravamiento se mantenía lúcida y conectada como siempre. No se muestra muy convencida con el planteo, aunque llora por primera vez y creo poder contenerla.

Cuando me acerco para asistirle en una nueva consulta se muestra renuente a todo diálogo y su mirada es fulminante.

Cito a la madre de la paciente y se muestra desconsolada por mi intervención; su tono es acusador y rechaza toda posibilidad de aceptar la muerte de su hija como algo inminente. Los hechos le van a dar la razón: Lorenza va a "vivir" 14 meses más internada en terapia intensiva, sometida al "encamizamiento materno".

A partir de ese momento, la madre de Lorenza retoma su descontrolada manera de manejarse en el servicio: los médicos no la pueden parar y se reiteran las intervenciones cuestionadoras al equipo.

A excepción del cambio logrado que se mantiene en la pequeña J., lo demás se reinstala en sus camiles anteriores.

La información de como continúa la situación de Lorenza la recibo de manera indirecta hasta enterarme de su muerte a los dos años y 4 días de internación.

Este caso ilustra sobre la necesidad de implementar modalidades de acción sobre la marcha, dado que inicialmente el trabajo se orientaba a la paciente internada dentro de condiciones muy limitadas que permitían maniobras muy acotadas. Lo que sucedió con la niña ejemplifica, de manera notable, cómo hasta en la situación de mayor dificultad puede hacerse algo que tiene efectos, a veces espectaculares y que compensan la dureza y aridez de otras tareas en este campo de la interconsulta "psí" con pacientes que padecen enfermedades médicas.

A la vez ilustra, de manera contundente, cuánto de incertidumbre (Véase suspenso y sorpresa) se presenta para los profesionales, médicos y psicoanalistas, en esta particular zona de frontera de discursos y de límites extremos entre la vida y la muerte.

### **La urgencia como ruptura de la cadena significantes**

En algunos casos la asistencia se establece a la manera del "estampado" que realizara Melanie Klein, esto es, prestando al sujeto los significantes que faltan. Otras veces corrigiendo significaciones como cuando un paciente se encuentra aterrado porque escuchó una discusión entre médicos con relación a las medidas terapéuticas posibles, sin advertir que él, aunque aparentaba estar dormido, estaba lúcido y especialmente atento a todo lo que podía decirse sobre él mismo o con relación a otros pacientes. Estas situaciones pueden producir pánico, alteraciones psicomotrices y a veces estados de obnubilación o desconexión. Cabe recordar en este punto la metáfora freudiana que describía al sujeto como una sustancia protoplasmática que emite pseudopodios para extenderse y contactarse con el mundo externo o que, inversamente se replegaba ante las situaciones de peligro (Freud, 1914).

Marcos es un paciente de 63 años que ilustra sobre un hecho que pude conocer por asistirlo directamente. Se refiere al problema de la información sobre los procedimientos médicos a realizar y con relación a lo que se denomina el consentimiento informado, cuestiones ligadas a la "medicina defensiva" y a la industria de los juicios. Este paciente había sido operado exitosamente en Estados Unidos y, por cuestiones económicas, no bien se recupera, su familia decide traerlo de vuelta a Buenos Aires. Al empeorar su estado se lo traslada con urgencia a una sala de terapia intensiva. Logrado el equilibrio de sus parámetros vitales, los médicos me piden que lo asista porque están asombrados por

su desconexión, ya que debería estar lúcido y conectado con el personal de la sala y sus familiares. Ellos me hacen el relato de lo previo a la internación en este servicio. Dadas las condiciones actuales del paciente me acerco a él implementando la estimulación corporal, acercándole a los labios una gasa embebida en solución fisiológica.

La estimulación corporal es un procedimiento al que se puede recurrir cuando no es posible el intercambio verbal con el paciente. Es imprescindible contar con la evaluación médica que determine cuál es el estado del sujeto a nivel del organismo, si está en coma, determinar su grado para saber si es receptivo a estímulos externos. Para más detalles se puede consultar mi escrito Asistencia clínica psicológica (Uzorskis, 1983).

El paciente reacciona ante la implementación de este recurso con sorpresa y cierto fastidio, interrogativamente. Le "estampo" el tramo de su historia reciente, desde el momento de la operación hasta su ingreso a este servicio médico. Luego de escuchar mi relato, con asombro primero y mostrándose más tranquilo en un segundo momento, pasa a relatar sobre los preparativos de su viaje con el objetivo de ser operado, hasta que se detiene en un punto donde sus recuerdos se toman confusos. Le pregunto si se le informó sobre la operación y la recuperación post-quirúrgica y entonces, con cierta excitación rememora que ahí se le nubló todo: fue cuando le presentaron un hermoso folleto con las explicaciones sobre los procedimientos médicos y sus ulteriores y posibles avatares. Aquí se produjo una ruptura en la cadena significativa (Laurent, 1989) como efecto de un repliegue sabiamente defensivo, pero que había resultado contraproducente. Es lo que sucede frecuentemente cuando se produce un exceso de defensa. Cada una cumple una función de autoprotección pero también conlleva su aspecto de limitación y empobrecimiento. En el caso de este paciente, a causa de la desconexión, podían haber aparecido complicaciones intercurrentes, necesidad de movilizarlo para evitar escaras en su cuerpo dado su estado de pasividad. La modificación que se produjo en su estado de conciencia permitió que colaborara activamente con el equipo médico para su recuperación. Este ejemplo da cuenta, contundentemente, de como la información transmitida en forma estandarizada, sin un adecuado chequeo con relación a lo que decodifica cada sujeto en cuestión puede tener peligrosas consecuencias.

#### De la desesperación a la espera despierta

Para poder transitar por este territorio hace falta tener agallas y un mínimo de claridad conceptual. Por esta razón es importante reconocer que hay muy pocos trabajadores decididos (Lacan, 1991), pero que cuando aparecen o se ven obligados a estar en esta tarea, por rotación por ejemplo, conviene aceptar la necesidad de una adecuada supervisión para sostén y aliento en una tarea difícil pero enriquecedora.

Es preciso advertir que la urgencia, muchas veces, es una conclusión del sujeto. Una manera impensada e inevitable de decir que ya nada vale. La referencia está tomada de Reflexiones sobre la urgencia (Leguil, 1989): "una noche vino [Lacan] al hospital de Saint Anne a decirnos: "La urgencia es lo imposible de soportar para un sujeto al que ya nada divierte". La cuestión es cómo corremos del apuro y la angustia que padece el paciente. Cómo escuchar al sujeto relatando su padecimiento y su extrema incertidumbre ante las dificultades. Cómo dar vuelta lo que se presenta subjetivamente como un desastre (sin los asiros), o como una catástrofe. Cómo ayudar a reconocer en estos momentos, que requieren ser tratados con verdadera seriedad, lo que es inevitable. Y a la vez poder ubicar la claridad de admitir que son momentos ... de transición (Thom, 1993).

Ante la angustia, la dificultad para esperar, el pedido puede ser de dormir (así se consumen cantidades monstruosas de calmantes). Pero nuestra posición apunta al despertar.

La intervención del interconsultor "psl" es analítica, cuando conceptualiza a la subjetividad desde el marco teórico del psicoanálisis. A veces, puede funcionar a la manera de un espejo reestructurante que reordena lo fragmentado por las vicisitudes de la enfermedad.

Dentro de límites reales y posibles se trata de poner en actividad al sujeto para colaborar en su recuperación. Cuando esto no es posible se apuntará a un adecuado acompañamiento. La muerte

entre aparatos es una consecuencia de la Ciencia, de sus excesos, pero no algo a criticar gratuitamente, sino a pensar según lo que puede requerir cada sujeto en particular ante el Gran Pasaje (Raimbault, 1989). Poder ser eficaces en la ayuda de este momento, cuando no es posible curar ni cuidar nada, puede producir un efecto también, sobre nuestra propia subjetividad. Ser pasadores en ese momento crucial permite corregir esa deformación profesional del "psi", tan frecuente, que nos suele llevar a la omnipotencia del pensamiento y la infatuación intelectual.

La intervención del "psi" en territorio médico implica un aterrizaje forzoso en lo Real. Reubica en lo cotidiano la dimensión del *suspense* (todo pronóstico es incierto) y de la sorpresa (mejoras imprevistas, muerte súbita, alta por rotación de cámaras).

La diferencia de estos dos términos se plantea con claridad en Hitchcock; la sorpresa es esto: hay gente alrededor de una mesa comiendo y hablando tranquilamente, unos diez minutos. Repentinamente una bomba estalla. El *suspense* es otra cosa: se pone el reloj dentro de la escena y se le muestra al espectador la bomba desde el inicio. Este sabe lo que va a pasar, pero el arte está en que igualmente el momento del estallido es sorprendente. Mucho de esto sucede, cotidianamente, en territorio médico, con los pacientes internados. Pero aquí siempre la realidad supera a todo tipo de ficción.

La posibilidad de aceptar la apuesta de la CLINICA DE LA SUBJETIVIDAD en territorio médico puede ser una experiencia enriquecedora pero puede explicar también, más de una fuga o un actuación contraproducente. No es un lugar fácil, ni seguramente para todos los profesionales "psi", ni tiene por qué serlo.

Por ahora, somos visitantes en el territorio médico, donde no se concibe la existencia de la Pulsión de Muerte ni el Más allá del Principio de Placer (Goce). No olvidemos que esta es una dimensión de la subjetividad freudiana. Poco se advierte sobre la enfermedad como algo que puede proveer beneficio secundario. La aguda observación de Balint sobre el paciente de la "carpeta gruesa" (la referencia alude al paciente con una voluminosa historia clínica, lo que indica que deambuló por una infinidad de especialistas y/o de instituciones, y que coincidiría con la descripción del Síndrome de Münchhausen) es una entidad prácticamente desconocida, así como pocas veces se recuerda la profundidad de su pensamiento cuando expresaba que el médico, al recetar se receta a sí mismo (Balint, 1961). Lacan atendió a estas puntualizaciones y destacó la importancia de escuchar en la demanda, aquello que no se hacía explícito pero que podía implicar al deseo verdadero del sujeto en cuestión. Ese deseo es, con frecuencia, el de posicionarse en el sufrimiento, padecerlo y aumentarlo (Lacan (1986), 1985). Esta es una cuestión que a veces olvidamos, por lo cual se ingresa, inadecuadamente, en el terreno de la compasión.

Sobre las dificultades del acto médico, el problema de los excesos en el uso de la tecnología, la seria preocupación por la relación costos-beneficios, entre otros temas, no se deja de escribir, reiteradamente. Es un tema que insiste. Esto da cuenta de la necesidad de un trabajo conjunto, atendiendo a los problemas que se presentan cotidianamente en este ámbito.

Considero que la Interconsulta "psi" es posible. Prefiero llamarla CLINICA DE LA SUBJETIVIDAD en la ENFERMEDAD MEDICA. Esta propuesta implica una apuesta a sostener en un territorio que, todavía, es médico. Mi apuesta apunta a que los servicios de Psicopatología o Salud Mental dejen de ser esos lugares aislados, con una infraestructura precaria y lamentable, a la manera de un mal necesario e incómodo. Jerarquizar nuestra tarea depende de un ánimo esforzado y de una seria preocupación por pensar adecuadamente nuestros conceptos, articulando clínica y teoría. La habilidad para insertarse en la práctica institucional, trabajando a la par de los médicos, depende de la posibilidad de sostenerse, básicamente, con una adecuada conceptualización. Siendo además, cuidadosos y verdaderamente hábiles en nuestra forma de armar el encuentro con ellos. La experiencia debe servir para corregir errores diversos. Considero que solamente así es posible salir de la queja o la crítica estéril.

No se trata de ser muchos, la cuestión es ser buenos y eficaces analistas en la tarea que nos proponemos.

## Bibliografía

- BALINT, M.: (1961): El médico, el paciente y la enfermedad, Libros Básicos, Bs. As.
- DEL BOSCO, C. G., (1995) : Terapia intensiva y el encarnizamiento médico, Claves/ en Medicina y Psicoanálisis, No. 7, Bs. As.
- FERRARI, H. y otros (1979): Asistencia institucional. Nuevos desarrollos de la interconsulta médico-psicológica, Ed. NuevaVisión, Bs. As.
- FREUD, S., (1914): Introducción al narcisismo, O. Completas, Biblioteca Nueva, Madrid.
- GIANANTONIO, C., (1986) : Etica clínica en pediatría, tomado del extracto de la conferencia dictada durante el XXVII Congreso Argentino de Pediatría, Córdoba.
- GRÜNER, E. (1997): La Parte y los Todos. Universalismo vs. Particularismo: las aporías ideológicas de la globalización (post)moderna, Revista Ciclos en la historia, la economía y la sociedad, Año VII, Vol. VII, N° 12, Bs. As.
- GUILLEBAUD, J. C. (1995): La traición a la Ilustración, Manantial, Bs. As.
- ISRAEL, L., (1983) : La decisión médica, Emecé, Bs. As..
- LACAN, J.: (1981) : Seminario XX, Aun, Paidós, Barcelona.
- LACAN, J.: (1985): Psicoanálisis y medicina, en Intervenciones y textos 1, Manantial, Bs. As..
- LACAN, J (1991): Proposición del 9 de octubre de 1967, Manantial, Bs. As.
- LAURENT, E., (1989): E. L. con el grupo de investigación sobre urgencias, en LA URGENCIA, el psicoanalista en la práctica hospitalaria, Grupo de investigación y asistencia sobre la urgencia, Ricardo Vergara, Bs. As.
- LUCHINA, J. (1982): El Grupo Balint. Hacia un modelo clínico situacional, Paidós, Bs. As.
- RAIMBAULT, E., (1989): Prácticas de la enfermedad y la muerte, en Aspectos del malestar en la cultura, Manantial, Bs. As..
- THOM, R., (1993): Parábolas y catástrofes, entrevista sobre matemáticas, ciencia y filosofía, Tusquets, Barcelona.
- UZORSKIS, B. (1980): La asistencia clínica psicológica de pacientes internados en terapia intensiva, Premio Revista Argentina de Psicología 1979, RAP No. 28, Buenos Aires.
- UZORSKIS, B. (1983): Asistencia clínica psicológica, Mención de Honor del Concurso Coca-Cola en las Artes y las Ciencias, Editorial de Belgrano, Buenos Aires.
- UZORSKIS, B: (1987): La inducción de la muerte. Reflexiones sobre la medicina actual y el paciente internado, Mención de Honor del Concurso Coca-Cola en las Artes y las Ciencias 1985, Bs. As.

\* BENJAMIN UZORSKIS

DIRECCION: Ramón Freire 891 5° A

(1426) Capital Federal - Argentina

TELEFONO: (54.1) 553-3060