

## “ENTRE QUIENES, QUIEN-ES.”

**LAURA GIUNTA; JULIA FRANZANI**

lic.lauragiunta@gmail.com

**CÁTEDRA: DR ILUTOVICH**

### **Abstract**

El paciente es mucho más que un punto de materia aislada. Es miembro de una familia, de una determinada comunidad y de una cultura, posee un sistema de creencias, un mundo de valores, ciertas vivencias y representaciones de su cuerpo, es un heredero familiar que dramatiza, historiza y resignifica ciertos mitos.

En este complejo entramado, el hombre que padece vive a su médico, como su primer medicina, conceptualización de la que daremos cuenta a través de los conceptos de eficacia simbólica y efecto placebo, que activan dispositivos internos, por ej. las endorfinas. El proceso de enfermar es una crisis para su familia, y según el modo en que este grupo tramite su trauma colectivo, éste puede interferir, facilitar, ser la medicina o parte de ella.

Intentaremos esbozar algunos delineamientos que ayuden a comprender algunas situaciones tales como: la eficacia en la planificación de la muerte natural en algunas tribus, o conservar la vida en pacientes terminales, la aparente sinrazón de la muerte de personas sanas y de por qué algunos síntomas físicos hablan conflictos familiares.

**Palabras claves: Crisis – Eficacia simbólica – Dispositivo interno -  
Tramitación**

## **“ENTRE QUIENES, QUIEN-ES.”**

Hace aproximadamente 100.000 años surge la primera explosión cultural, (al decir de Mithen) o el surgimiento del Imaginario en el hombre, (según E.Morin), a través de la introducción del arte y la sepultura, posibilitados por el lenguaje. Las primeras tumbas (Hombre de Neanderthal) nos hablan de la irrupción de la muerte en la vida humana, de la plena conciencia del pasaje a otro estado, dada la pérdida de inmediatez del acto a través de los ritos funerarios, hace irrupción el tiempo en su vida apareciendo lo imaginario y el mito como nuevas formas de percepción de la realidad. La tumba representa el mito y las exequias la magia, ambas en aras de afrontar la muerte. En la conciencia de la muerte intervienen dos aspectos que interactúan, uno objetivo que parece reconocerla y otro subjetivo que parece afirmar otra vida después de la muerte, quedando así desdoblado el destino humano del destino natural, fantasía y realidad.

Para comprender la magia debemos comprender el doble o la sombra móvil que acompaña a todo hombre, desdoblamiento en el sueño, imagen que se refleja en el agua.

En la ficción mágica la imagen lleva la presencia de lo representado, imagen invasora en el hombre a la vez que él mismo proyectará en el mundo exterior al querer representarlo, sus propias imágenes con lo cual aparece más que nunca el error, y se profundiza el abismo entre lo imaginario y lo real. Nunca se ha producido un mayor desorden que desde el surgimiento del imaginario, es una época de matanzas y carnicerías. Con las emociones exacerbadas el hombre se dedica a adorar a sus dioses, embriagarse, gozar, decorar. Realiza los más maravillosos descubrimientos y pone orden a través de la cultura, la cual es en todos los casos un conjunto arbitrario de reglas basadas en un sistema de creencias. Hace lugar a diversas culturas advenido así el homo sapiens –demens.

Tanto el aprendizaje como la práctica de la medicina están fuertemente implicados en su contexto cultural, del mismo modo que las diferentes culturas y familias tienen de representar, investir sus cuerpos o partes de él, de vivir la vida y la muerte.

Así por ejemplo los indios norteamericanos planifican su propia muerte. Don Anderson quien trabajó con ellos asegura que una escena se repetía una y otra vez, la de personas que fallecían sin compromiso orgánico que determinara una enfermedad y familiares que argumentaran, "el o ella se va a morir cuando lo decida". Por otra parte pacientes que padecen enfermedades terminales le prestan batalla a la enfermedad por tiempos muy superiores a los esperables por la ciencia médica porque necesitan completar sus proyectos y no fallecen hasta haberlos concretado. Del mismo modo hay enfermedades prescritas por el grupo familiar: "si hacés tal cosa te vas a morir como tu abuelo", "tené cuidado: recordá que en esta familia los niños nacen por cesárea", como diferentes formas de marcar a una sujeto.

Asimismo existen conflictos no tramitados en una generación madre con sus propios padres que devienen síntoma, en la relación de la hija con su propia hija.

Las diferentes culturas tienen diferentes modos de organización familiar, de prescripción y proscripción de roles, de formas de vivir el género y la sexualidad siendo por ejemplo en la cultura Tchambuli valorado el hombre por su emotividad, el arreglo personal y capacidad para el teatro. En la cultura Arapesh, gente tranquila y bondadosa, el hombre protector de su mujer en el momento del parto debe ser asistido por presentar la "couvade", dolores de parto correspondientes a su mujer. La valoración sobre diferentes etapas de la vida también varía según el contexto cultural.

En la cultura occidental se ha manifestado un corrimiento de las posturas tradicionales en donde la alianza matrimonial era de sexos opuestos y los lazos filiales de consanguineidad. La familia posmoderna incluye lazos familiares en donde existen funciones parentales, filiales y de hermandad que no responden a la herencia biológica necesariamente sino a la herencia cultural. Esto ha sido posible por los avances en medicina y en la legislación que permite diferentes formas de concepción y fertilización y por modificaciones en la legislación tanto para la adopción como de matrimonio igualitario.

**"Entre Quienes, quien-es"** remite a la captación del contexto situacional creado por lo imaginario, lo simbólico y lo real, que se entrelazan en una

escena en donde cobran sentido las palabras: médico, paciente, familia. Se connota así una tríada siempre presente en una consulta, aún cuando el paciente acuda físicamente solo: la familia lo habita, lo atraviesa, lo conforma en aspectos donde han operado las identificaciones, herencias superyoicas y filogenéticas, acompañándolo, para bien... o para mal. Es decir que la familia acudirá a consulta internalizada en el paciente o bien, presentificada por sus miembros, en especial en momentos del ciclo vital donde la autonomía (entendida como estado biológico madurativo, motricidad, lucidez, cierto grado de independencia, etc.) se encuentra comprometida, por no haberse desarrollado aún, o bien por estar limitada. Hablamos de infancia y de vejez, como así también de casos de enfermedades incapacitantes, crónicas y/o terminales. En general, en la edad adulta, a la consulta médica de rutina o preventiva, acude físicamente, sólo el paciente. No obstante, en tratamientos más complejos, por ejemplo de internación por la gravedad del caso, nos encontramos con que la familia no se presenta. No está. Y este no estar, nos habla de un estar ausente. Qué hacer en estos casos en donde la implicancia y sostén del entorno familiar es tan importante como la atención profesional, pero no se cuenta con ella? Quién se implica y hasta dónde?Cuál es la medida de “lo posible”? Nuevamente: entre quiénes, el paciente deviene “enfermo”? Jurídicamente, se conceptualiza el abandono de persona y se penaliza a los distintos victimarios. Ahora bien, en el “mientras tanto”, quién vela por el que sufre? Hay un “quién”? Pareciera que hay vacíos difícilmente saturables. El reconocimiento de los mismos nos convoca a otro tipo de compromisos éticos. Se impone un trabajo de interdisciplina pero también de transdisciplina, donde se habiliten otros discursos, otros espacios a actores que posibilitan otros “haceres” (asistente social, psicólogos, antropólogos, sociólogos, filósofos, redes religiosas, cooperativas o asociaciones civiles, etc.). El territorio de la salud es hoy compartido por otras profesiones o incluso redes en el marco civil o religioso que operan como grandes sostenes. A ellas también hay que incluirlas en este escenario de lo posible, como así también al Estado como Primer Garantista de todo derecho a la salud, a una vida y una muerte digna. En las sociedades tribales, donde la relación de los integrantes de la misma es cara a cara, el compromiso social se impone asentado en un sentimiento de pertenencia. Todos participan en alguna medida, tanto del padecer como del

proceso de sanación. Hay una implicancia colectiva que se diluye o desaparece en la sociedad occidental, conforme los ritmos que el neoliberalismo y el consumo imponen. También tecnologizado, el hombre de hoy es parte de un sistema que deja poco lugar al sentir y al comprometerse, al subjetivar y subjetivar-se, renegando la castración, la falta en ser, priorizando la satisfacción inmediata, el narcisismo exacerbado y una ética del “primero yo”... a cualquier precio.

Remontándonos al chamanismo, podemos reconocer como la palabra adquiere la investidura de medicina curativa, dando un sentido al sinsentido, dando una explicación allí donde sólo habita el padecer. El chaman logra, a partir de un juego de creencias compartidas (el poseedor del poder para curar, la creencia del mismo chaman de que él tiene ese poder, y un sistema social que lo avala y lo sostiene) revertir las rupturas del estado de equilibrio que podría definirse como salud. Hace circular la palabra como portadora de cura, generando en el paciente efectos profundos que activan incluso circuitos metabólicos, sinápticos, sinérgicos.

Hablamos de sentido, captación del acontecer en el propio soma. Saber por qué pasa lo que pasa y cuáles son las capacidades de afrontamiento de quien posee el saber del dolor, y de quien detenta el lugar del sujeto de supuesto saber: el médico. De allí la responsabilidad médica de transmitir claramente un diagnóstico y la estrategia a seguir, permitiendo al paciente acordar, desde un posicionamiento activo, a partir de una fluida circulación de la información, elegir o co-construir una estrategia viable destinada a restablecer la capacidad de bienestar, tanto para vivir como para elegir una muerte digna, en casos en donde se impone respetar el “basta” impuesto por la naturaleza. El no respetarlo, conlleva al encarnizamiento pseudo-terapéutico. Al decir del **Dr. Ignacio Maglio**, **“las personas no tienen el derecho de elegir dónde y cuándo nacer, pero sí les asiste el derecho fundamental de elegir el modo de morir su propia muerte, en acuerdo con el sentido de dignidad que cada persona otorga conforme sus deseos y proyectos personales.”** (1) La nueva tecnología asignó al médico la posibilidad de llevar al paciente muchas veces, desde el borde de la muerte, al borde de la vida. Pero, hay que reconocer, que es un “borde”. El retiro de los recursos que sostienen

artificialmente la vida del enfermo no es eutanasia, no es matar, no es dejar morir.... Es permitir morir la propia muerte.

La conexión profunda que sostenía al chaman como chaman y su efecto sobre el paciente no es la que hoy encarna el médico. Hay un creciente desencuentro en aquel lugar que propiciaba el encuentro. La construcción de la ciencia médica sobre bases de un observable, medible, cuantificable como condición indispensable y única de la categorización "ciencia", erosionó la vincularidad de otros tiempos. Sumado a ello la especialización y el desarrollo de la tecnología, se sobresaturó el papel de la mirada médica, en detrimento de la escucha del paciente. Será el futuro profesional un mero lector o interpretador de correlaciones de estudios brindados por la creciente aparatología? .... Según el Dr. Flichtentrei, **"...partimos de la premisa de que los límites de la medicina, en la era de la crispación tecnológica, se desdibujan, se borran, y a veces el furor curandi o la paradoja del progreso nos permiten hacer cosas que podemos hacer, pero que no está tan claro si realmente debemos hacerlo. Es decir, que la medicina no aprendió a detenerse, y algunas veces, es víctima de su éxito, de su tremenda posibilidad tecnológica del soporte y sostenimiento vital allí donde no hay posibilidad o esperanza alguna de una existencia digna en términos humanos."** (1)

Sabemos que en una cama de hospital no yace un órgano enfermo, sino un ser humano en toda su dimensión ontológica. Pero, habilita este "decir" otro trato con el paciente? Quién asume el desafío? Sabe el profesional de la salud, cuáles funciones le competen y cuáles le exceden? Toda demanda es demanda en exceso? Quizás parte de la posible salida sea en principio, aceptar que no toda demanda es demanda de cura, con toda la profundidad que esta afirmación implica. Paradojalmente, ante el auge de la tecnología y valiosos logros obtenidos a través de ella, que son cuantiosos por cierto, apelamos a la humanización del profesional de la salud, que parece seguir la suerte de la aparatología, (exacto, distante, objetivo, desafectivizado). Bregamos para que la disociación instrumental tan necesaria en el desempeño de su labor, no se constituya en "escisión" que lo prive, por sus propias angustias no tramitadas, de ver en el otro, un ser humano que sufre.

**“... Un paciente desdichado va al médico y le ofrece una enfermedad con la esperanza de que al menos esa parte de él, la enfermedad, pueda ser reconocible. Cree que su ser es imposible de conocer. No es nadie para el mundo, y el mundo es nada para él. La tarea del médico ahí es reconocer al hombre. Si el hombre empieza a sentir que es reconocido habrá cambiado la naturaleza desesperada de su desdicha. Incluso podría tener la oportunidad de ser feliz”.(2)**

### **Bibliografía**

“La curación y la mente” de Bill Moyers

“Y si el síntoma expresara más de lo que uno cree?” Aldo Naouri y Ginette Raimbault

“El Hechicero y su Magia” de Levy Strauss

“Permiso para morir” de los Dres. Ignacio y Francisco Maglio y su presentación por INTRAMED (1)

“El hombre afortunado” de John Berger (2)