

MÁS ALLÁ DE LAS ESCUELAS: EL PSICOANÁLISIS EN LA INSTITUCIÓN MÉDICA

Karen Happeth Cuevas Castelán¹

RESUMEN

Las enfermedades (graves o no) y sus tratamientos médicos son del orden de lo Real. Inevitablemente tienen repercusiones psíquicas, que inducen cambios subjetivos profundos. A través de su atención a los fenómenos transferenciales y su capacidad para intervenir en ellos, el psicoanalista es capaz de apoyar el trabajo de elaboración que se produce en los pacientes, pero también y de otra manera, apoya el trabajo de los cuidadores. El psicoanalista, en un entorno médico no puede trabajar solo, es parte de un equipo de atención en el que tendrá que *generar* un lugar específico y mantenerlo.

Palabras clave: Clínica psicoanalítica, equipo de tratamiento, psicoanálisis y medicina, posición del psicoanalista, lo Real, repercusiones psíquicas, trabajo de elaboración.

GENERALIDADES

La enfermedad somática supone fundamentalmente un “encuentro” con lo Real: es irrepresentable, incontrollable y amenazante. Este Real desestabiliza los recursos de significación previos en el sujeto y los debilita –si no es que directamente los hace “estallar”. Estos efectos no pueden sino inducir cambios profundos en el psiquismo de los pacientes. Esta condición vulnerable de los enfermos convoca al psicoanalista.

REPERCUSIONES PSÍQUICAS DE LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO

El diagnóstico y sus consecuencias

El anuncio del diagnóstico al paciente supone casi siempre un *shock*, incluso cuando el sujeto lo haya esperado previamente. Cualesquiera que sean los rodeos y las precauciones que pretendan evitar ese *shock*, las palabras utilizadas funcionan generalmente como una efracción.²

Cada uno reacciona desde luego a su manera. Se va desde el colapso, en un extremo, hasta una actitud proactiva en el otro: *verse* bien, no “des-configurarse”, al menos por un tiempo; es decir, estar a la vista del otro, pero protegido por una imagen. Es posible observar inclusive una especie de “petrificación” subjetiva. Todo se “desmorona” de un solo golpe, la visión de las cosas cambia, se llega a pensar: “nada volverá a ser igual”.

¹ Psicoanalista. Doctora en Ciencias Sociales. Profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana – Región Xalapa. Correo electrónico: karenhappeth@yahoo.com.mx.

² El psicoanálisis tomó la antigua noción griega de “trauma” –y su derivado “traumatismo”– (aunque Freud utiliza consistentemente “trauma”), transponiendo al plano psíquico sus connotaciones: choque –o golpe violento–, *efracción* y consecuencias (negativas) sobre el conjunto de la organización psíquica. Desde el punto de vista de la economía psíquica, enunciar al paciente su diagnóstico equivale a un trauma, es decir, a una corriente excesiva de excitaciones que contrasta con la tolerancia del sujeto y sus límites para su tramitación.

Sin embargo, aparece la duda como recurso; de inicio se desacredita generalmente el diagnóstico, hasta el momento en que el médico inicia la marcha del o de los tratamientos. Muy a menudo, la *conciencia de la enfermedad* es progresiva; las etapas de esta conciencia están constituidas por procesos psíquicos inconscientes que, cualitativamente, van dando paso a otros. Estas reacciones dan testimonio de consternación, y en particular de una ruptura con el cuerpo. A pesar de los avances terapéuticos, las palabras cáncer o SIDA por ejemplo, permanecen como sinónimo de muerte y degradación física y mental. Se remite así, a cada uno a su propia finitud.

El cuerpo... *ya no es el mismo*

La palabra *cáncer* suena... resuena directamente en el cuerpo: diversas dolencias, entre digestivas y otras, impulsan diversos enunciados, *v.gr.*: “Es como si mi cuerpo me hubiera traicionado.” Antes no había indicios de que existiera la enfermedad. De repente, las sensaciones se temen, se cuestiona el cansancio y otras dolencias cotidianas. La *relación* con el cuerpo ya no es la misma. Se piensa que se era invulnerable, más... ya no se puede. La conciencia de enfermedad opera a través de estas preguntas sobre el cuerpo, las dudas sobre el diagnóstico y otras tantas dudas sobre el futuro. Este es el primer tiempo. La situación cambiará a medida que la enfermedad progrese y el tratamiento también.

Los tratamientos de mutilación afectan desde luego la imagen corporal: los pacientes no reconocen e incluso *temen* su imagen. La quimioterapia, en particular, altera los puntos de referencia del cuerpo: pérdida de cabello, náuseas, cambios en el gusto y el olfato. Hay que acostumbrarse al nuevo cuerpo y orientarse con base en ello, lo que implica mucho trabajo psíquico.

Efectos de los tratamientos

Es gracias a la clínica que puede entenderse lo que sucede con los pacientes en su recorrido por la enfermedad y el tratamiento. A menudo los primeros pasos son silenciosos. Lo que sucedió entonces sólo puede ser formulado después, por ejemplo, después del final del o de los tratamientos.

La conciencia de la enfermedad y la oportunidad de hablar sobre sus efectos y pensar en ellos, viene después del *hecho*. Para los pacientes, como consecuencia de su experiencia; para el analista, a raíz de la clínica. Aquí se torna importante tratar de informar y contar con el apoyo de los cuidadores, para luego, con el objetivo de encontrar puntos de referencia subjetivos, dar cuenta de ellos a los psicoanalistas nuevamente.

¿Cuáles son los cambios relacionados con los tratamientos? Por un tiempo al menos, la organización y el ritmo de vida están vinculados a las exigencias del tratamiento. Los compromisos profesionales, familiares y sociales se vuelven problemáticos. Las transformaciones físicas inducen sensaciones y sentimientos de extrañeza. El sujeto ya no se reconoce a sí mismo. Los antiguos puntos de referencia ya no son operativos. Cambios en la vida diaria y en la relación con el cuerpo requieren la construcción gradual de nuevos puntos de referencia.

Los sentimientos de extrañeza hacia sí mismo a menudo se ven maximizados por reacciones inusuales: cambios repentinos e incontrolables de humor, sentimientos de impaciencia sin motivo inmediato, ataques de ansiedad o momentos de pánico. El sentimiento de precariedad y los ataques a la integridad corporal dan lugar a sentimientos de extrañeza que pueden conducir a una alteración de la identidad. Hay un esfuerzo constante para... “no hundirse, para mantener la cabeza a flote”.

También se observa en todos los pacientes un ensimismamiento. Se espera que los pacientes hablen sobre sus dificultades actuales: su enfermedad, sus responsabilidades familiares, su profesión, etc. Pero esta es la historia personal que evoca, a menudo historias de la infancia. Se torna difícil distinguir en sus palabras lo que se relaciona con el pasado y lo que se relaciona con el presente. Esto da como resultado un sentimiento de confusión para el escucha.

Estos *insights* pueden tardar poco tiempo o ser motivo de un trabajo de elaboración metódico, de desarrollo y reposicionamiento subjetivo. Se pueden actuar incluso antes de que se pueda hablar. La histeria es vigente.

La historia psíquica de la enfermedad

Ha sido la clínica la que permite detectar los otros efectos, que no son obvios. Poder asumirse otro puede conducir a cambios importantes. Bajo el efecto de lo Real de la enfermedad, los acontecimientos de la vida y las relaciones con los demás, son revisados, reexaminados, a menudo reinterpretados. Vuelven regularmente las pérdidas, los duelos, los problemas no resueltos con los que se había estado lidiando, más o menos bien, hasta entonces. También se abordan cuestiones relacionadas con la sexualidad.

Es importante comprender que la enfermedad actualiza estos problemas al máximo. Pero para que este proceso del paciente pueda tener éxito, la escucha del analista es decisiva. Debido a que las preguntas sin respuesta se manifiestan en el nivel significante. Entonces, el punto de partida del trabajo clínico bien puede ser una pregunta hecha por un paciente: “¿Debo poner mis manos debajo de las sábanas o en las sábanas?” Esta pregunta que puede sorprender, bien puede ser su forma de volver a conectarse con la historia del bebé que alguna vez fue, historia en la que los “recuerdos” ocultaban la verdad. Puede verse en este ejemplo la importancia de una forma psicoanalítica de atención y escucha, es decir, de la experiencia con el significante, del juego entre significante y real y la transferencia; más allá de la Escuela a la que el analista se afilie.

La enfermedad promueve el retorno de lo arcaico. El pasado vuelve a estar en vigor, induciendo trastornos, momentos confusos, manifestaciones insospechadas, a veces evocando incluso trastornos psiquiátricos. Depende del analista evaluar la situación para afrontarla de la mejor manera.

El trabajo de elaboración llega a su debido tiempo. Todos lo conducen a su propio ritmo, acorde con su camino, según lo que pueda afrontar o perder; según lo que pueda cambiar en su existencia. Se trata de un trabajo de alienación y separación que permite al sujeto reubicarse en su historia. Algunos pacientes se aferran a la búsqueda de una causa de su enfermedad, y su desarrollo cesa cuando creen haberla encontrado. Los analistas suelen aprovechar esta mitología. Lo Real medianamente elaborado permite a los pacientes abordar sus preguntas desde un nuevo ángulo: el ángulo de lo que está en juego para ellos, singularmente, con motivo de alguna etapa específica de su enfermedad. Luego aceptarán ser sorprendidos por sus propias asociaciones y asumir los descubrimientos que siguen.

El trabajo de elaboración conduce a cambios, que van más o menos lejos. Algunos se detienen en el descubrimiento de la “causa”, otros... en la cura; otros, finalmente, muestran ganas de continuar, aprovechando la ocurrencia de la enfermedad para comenzar un verdadero trabajo analítico. De todos modos, con o sin el analista, el trabajo continúa después de los tratamientos. Es usual que pacientes soliciten reunirse con su terapeuta tiempo después del final del tratamiento, durante una consulta médica o incluso directamente, “para hacer un balance”, “para dilucidar ciertos problemas” que quedaban pendientes, o bien para informar a su terapeuta sobre algunos descubrimientos que surgieron después de la enfermedad.

En resumen, lo que la clínica permite sostener es que hay una historia psíquica de la enfermedad. Esta historia psíquica se desarrolla paralela a la enfermedad, casi siempre con retraso en el tiempo. Como la novela familiar del neurótico. Alguien todavía tendrá que escucharla.

Cuidadores

Los cuidadores tienen su propio enfoque de la realidad de la enfermedad. Este enfoque se basa en su formación como cuidadores. Doctores, enfermeras y otros lo enfrentan con diversas técnicas. Tienen una ética profesional, que incluye determinadas modalidades de relación con el paciente, excluyendo otras. Los cuidadores deben apegarse a esquemas: para los médicos está la evaluación de la enfermedad, diagnóstico, determinación, implementación y seguimiento de tratamientos. Para las enfermeras, la administración y seguimiento de

tratamientos, apósitos, etc. Los cuidadores intervienen en el cuerpo. Pero su trabajo implica un cierto grado de *carga y sobrecarga* “psicológica” percibida.

El analista tiene otra forma de acercarse al enfermo. No solo no interviene sobre el cuerpo, sino su acercamiento a la dimensión psíquica es diferente al de los cuidadores. Tendrá el trabajo de hacer que se acepte esta diferencia.

Las dos formas de hacer las cosas, la de los cuidadores y la del analista, no se suman, nunca se complementan. El conocimiento analítico no se suma al de los cuidadores, es profundamente divergente. Por tanto, no se trata de transformar cuidadores a pseudoterapeutas. Su forma de hacerse cargo de ciertas dificultades psíquicas tiene su lugar y su razón de ser.

El conocimiento del médico y el del analista no se suman, pero se pueden confrontar. La presencia de analistas en los servicios médicos conlleva ciertos cambios de tratamiento. Este es el caso, por ejemplo, en la forma de anunciar el diagnóstico: las observaciones de los psicoanalistas han dado lugar a una reflexión sobre este punto. Los debates que siguen surgen de los protocolos del anuncio. Incluso antes de que se llegase a esta apropiación por el conocimiento del médico, ya se había notado una evolución en las formas de anunciar el tratamiento y de administrarlo. Tales modificaciones vienen bajo la tutela del médico, quien decide según el estado físico y psíquico de sus pacientes.

Por tanto, es importante que el analista refleje algo de su trabajo a los cuidadores. Respetando la privacidad del paciente, les puede dar cuenta de lo que está sucediendo, de tal manera que puedan escucharlo. Estas explicaciones y advertencias pueden ayudarlos a sobrellevar las dificultades de su cuidado y comprender que su paciente está, él mismo, en dificultades, en relación con un momento particular de su enfermedad. Esta puesta en común de experiencias no puede tener lugar en cualquier momento. Hay que apreciar la posibilidad de que los cuidadores escuchen algo y, posiblemente, hagan alguna cosa al respecto; pero también, y esto es fundamental, que tengan en cuenta la información de datos, considerando cómo se encuentra el paciente, respecto a sí mismo.

Por tanto, el factor tiempo es fundamental. Es necesario tener en cuenta que el tiempo del paciente no es el del analista, ni el de los cuidadores. Hay necesariamente un desplazamiento.

El tiempo del analista no es el del paciente. Incluso si, en virtud de su función y experiencia, es capaz de captar rápidamente las dificultades, el paciente necesita tiempo para comprender, es decir, el tiempo para la elaboración, el tiempo dedicado al trabajo del inconsciente.

El tiempo de los cuidadores se enmarca, se cuenta y se mide. Elementos externos intervienen: no solo el calendario impuesto por la institución, sino también el tratamiento, que impone un cierto ritmo, expectativas, cambios de puntuaciones repentinas, a veces explosivas. Respecto a la dimensión psíquica, los cuidadores tienen una concepción precisa de ello: “él/ella está bien” o, simplemente... “mal”. Están formados por sistemas de referencia que los enmarcan, los protegen y les permite que no se suelten en su vínculo, es decir que no se dejen atrapar por los espejismos de la transferencia.

Esta distancia es necesaria para poder apoyar en la “cura”. Cuando se configuran relaciones o intercambios demasiado personales, el cuidador se encuentra rápidamente en una situación delicada, en dificultad, o incluso en la imposibilidad de continuar trabajando con el paciente. Desde su lugar, lo sepan o no, los cuidadores asumen un cierto cuidado psicológico. Cuando ya no pueden brindar esta atención (rechazo de ciertos tratamientos, a veces de todos o su fracaso), surgen situaciones de crisis.

Cuando se sienten abrumados, los cuidadores se dirigen al psicólogo. Si existiera experiencia de trabajar juntos, sabrían cómo pedir esta ayuda antes de llegar a situaciones extremas. Esto sería más beneficioso tanto para el paciente como para el cuidador, y evitaría que se enfrenten a situaciones de fracaso a veces dramáticas.

El analista es parte del equipo, pero a su manera, sin estar totalmente integrado. Si se confina a su consultorio y limita su presencia a ver solo el enfermo, estará mal situado para gestionar situaciones de crisis. Es probable que las transferencias negativas se concentren en él y caigan de espaldas a la primera oportunidad, a menudo de forma inesperada. En el hospital, el paciente que eventualmente se apoya en un psicoanalista lo hace a causa de una enfermedad. No es el paciente del analista, es apoyado por todos los miembros del

servicio. Es por eso que las relaciones entre el analista y todos los miembros del servicio deben centrarse en el paciente. Están hechas alrededor y desde el paciente.

Esta concepción de la dimensión psíquica de la enfermedad implica, como hemos visto, tanto por parte del paciente como de los cuidadores, un trabajo de elaboración, por largo tiempo, y la posibilidad de cuestionar las formas de trabajar e involucrarse en el trabajo.

Los avances técnicos limitan ciertas desventajas de los tratamientos. Esto también da lugar a una modificación de la asunción de responsabilidad. De hecho, por un lado, el énfasis está en la ciencia, es decir, en el rendimiento de los dispositivos, procedimientos y protocolos, a veces a expensas de la relación médico/paciente. Por otro lado, la racionalización también se refleja en términos económicos, por reducción de la duración de la estancia hospitalaria. El paciente, vuelve rápidamente a tener que manejar las consecuencias de los tratamientos él mismo, con la ayuda de quienes lo rodean. Si es que hay alguien.

Todo esto tiene efectos sobre la dimensión psíquica, que no tiene tiempo ni lugar para expresarse. Los pacientes no tienen tiempo para darse cuenta de lo que les está sucediendo. De vuelta a casa, incluso advertidos de las posibles consecuencias, no tienen una idea clara de lo que les espera y el apoyo del conocimiento del médico y los cuidadores les hace sentir culpa. Se sienten reducidos a nada, impotentes ante las dudas, ansiedades y complicaciones. La elaboración psíquica del (des)encuentro con lo Real solo puede provenir de ellos mismos y su trabajo de reposicionamiento será difícil.

Los cuidadores descuidan un aspecto importante de su trabajo: cuidar al paciente *hasta que esté rehabilitado y ya no necesite de su apoyo*.

Sin embargo, la dimensión psíquica no permanece sin manifestarse y los cuidadores no pueden permanecer indiferentes. Inventan nuevas formas de hacer su lugar en este marco restrictivo de tecnicismo.

Posición del psicoanalista

El analista trabaja desde la palabra, la de los pacientes y la del cuidador. Tiene que asegurarse de que la palabra circule y de que algo de los conflictos y de los problemas pueda pensarse y resolverse posteriormente; que las situaciones no permanezcan congeladas y que los sujetos no se atasquen en sus movimientos transferenciales.

El analista trabaja con palabras: las palabras de los pacientes; los de los cuidadores. Palabras, entendidas en el sentido de significantes. Los significantes de los pacientes, y no los del discurso médico. Escucha cómo el paciente habla de su enfermedad, o cómo habla de otra cosa, lo que propone y lo que no quiere o no puede enunciar. Con sus propias palabras y no con las del discurso médico. Tanto para el paciente como para el cuidador, el analista permite crear puentes entre dos lenguas extranjeras, extrañas una ante la otra.

Debe tener en cuenta la temporalidad del paciente y sus elecciones subjetivas. Porque apoyar elecciones subjetivas es apoyar la parte subjetiva, donde el sujeto se siente reducido al estado de objeto de cuidado y sujeto a dependencia.

La enfermedad da lugar a una invasión real, que anula eficacias anteriores. La risa y el pensamiento se congelan.

El trabajo del análisis consiste en volver a pensar en un nuevo camino, reconduciendo este insoportable real a los otros dos registros de lo Simbólico y lo Imaginario. A menudo, es primero a través del Imaginario que se inicia esta nueva *realización*.