

SEMIOLÓGIA DE LA SITUACIÓN MÉDICA (2ª Parte)

JOSÉ ALEJANDRO SILBERSTEIN*

LA NEGACIÓN DE LA INCERTIDUMBRE Y LA MÁSCARA DE LA INFALIBILIDAD

El efecto placebo tiene sus adversarios y detractores. La controversia acerca del uso de placebos, cuya efectividad supuestamente depende de la *certeza* con la cual son prescritos por los médicos y aceptados por los pacientes, aporta un ejemplo específico de las tensiones existentes entre la fe y la certeza y el reconocimiento de la aceptación de la incertidumbre.

Debido a que el efecto placebo no reside en el medicamento, la poción o el tratamiento, Houston observó que en el pasado los médicos eran observadores sagaces entrenados en el manejo de las emociones humanas, y que el acto médico era directamente proporcional a la fe que el médico tenía y la que era capaz de inspirar en sus pacientes.⁵¹

Los médicos eran los agentes terapéuticos a través de los cuales la cura tenía lugar. Siguiendo este planteo todo parecería indicar que se trataba de un objeto de conocimiento intangible, ya que las emociones no son asibles por medio del equipo sensorial.

Esta capacidad de percibir las cualidades psíquicas ofrece la posibilidad de pensar que los clínicos habían desarrollado lo que Bion denominó la *función psicoanalítica de la personalidad asociada al conocimiento de la vida mental (realidad psíquica) que es aprehendida a través del "estado de descubrimiento", en el cual la intuición es un factor primordial.*

En la biografía de William Osler, Michel Bliss hace mención de Ernst Jones, el biógrafo oficial de Sigmund Freud, quien escribió que si bien Osler no poseía un conocimiento especial de la psicopatología, era capaz de manejar casos mentales.⁵² Aunque Osler no era afecto al psicoanálisis, en realidad era un psicoterapeuta efectivo. Esta afirmación también fue sostenida por

* Correo electrónico: josalib@satlink.com

un ex-discípulo de Osler que fue uno de los psiquiatras pioneros en Canadá; él expresó que la sola presencia del clínico era terapéutica. (Págs. 264, 265).

Sugiero que la aprehensión de lo intangible por los clínicos de antaño se encuentra estrechamente ligada a los fascinantes desarrollos teóricos de Bion acerca del conocimiento.

Básicamente, Bion postuló la importancia de la frustración inherente a la experiencia en términos de ser o no ser tolerada para la adquisición del conocimiento. Así propuso la existencia de tres grupos de emociones que llamó L (*love*), H (*hate*) y K (*Knowledge*) como intrínsecas al vínculo entre dos objetos, porque toda experiencia emocional no puede ser aislada de una relación.

El signo K es utilizado para hacer referencia al vínculo entre un objeto que busca conocer a un objeto que se encuentra receptivo a ser conocido. El prototipo que Bion utilizó como modelo es la relación alimenticia entre la madre y su hijo.

Bion propuso el término vínculo K para entender una relación de dependencia mutua y beneficiosa tanto para la madre como para el lactante en la que ambos podían crecer emocionalmente.

El vínculo K es un vínculo activo y es una experiencia emocional, con un matiz emocional expresado en un sentimiento doloroso, el dolor a la función inherente al conocer (*knowing*). Esta actitud es la actividad por la cual el sujeto llega a ser consciente de la experiencia emocional y puede hacer una abstracción de ella. El proceso de abstracción es cardinal a la experiencia emocional del vínculo K, pues los elementos extraídos sirven para el aprendizaje de esa experiencia y de la comprensión. Los factores emocionales que impregnan el vínculo K han sido denominados como “duda tolerada” y “tolerancia a un sentido de infinito”.

La adquisición de un conocimiento puede ser el resultado de la modificación del dolor en el vínculo K de la posesión del conocimiento usado para la evitación de la experiencia dolorosa (derivada de la frustración). Así pues, en el primer caso el conocimiento alcanzado estará al servicio de nuevas experiencias de descubrimiento. Cuando se presenta la segunda situación existe un predominio de la omnisciencia, quedando excluida la posibilidad del establecimiento de un vínculo K, y por lo tanto un aprendizaje por la experiencia emocional.

El contacto emocional, entonces, determina la calidad de la relación emocional y el aprendizaje por la experiencia, es decir, la dimensión humana de los participantes (médico y paciente), en una relación de dependencia mutua.

En *Aprendiendo de la experiencia* Bion describió la experiencia de aprendizaje de la siguiente manera:⁵³

“El aprendizaje depende del (continente en crecimiento) para permanecer integrado y sin embargo perder rigidez. Ésta es la base del individuo que puede retener sus conocimientos y experiencias y

sin embargo estar preparado para reconstruir experiencias pasadas de un modo que le permita ser receptivo para una idea nueva.” (Págs. 149, 150).

Bion postuló que la relación continente-contenido entre el objeto materno y el lactante es la representación de una realización emocional que progresivamente se torna cada vez más compleja en tanto que vuelve a aparecer bajo formas diferentes a través del desarrollo mental, donde cada realización potencialmente se aproxima a una abstracción o sistema deductivo científico.

Desde la perspectiva médica hacer referencia al efecto placebo es subrayar por un lado la importancia de los fenómenos transferenciales-contratransferenciales pero también muestra que el conocimiento médico se encuentra envuelto e infiltrado por la incertidumbre.

Feinstein se ocupó de destacar este aspecto del desconocimiento médico señalando que si bien muchos de los agentes farmacológicos (como por ejemplo los anticoagulantes, agentes hipotensores, insulina y corticoides) se encuentran disponibles desde hace varias décadas, muchos de sus efectos verdaderos en el paciente son desconocidos.⁵⁴ Según Feinstein, existe poca claridad acerca de la mejor manera de tratar problemas rutinarios, como un resfrío común, una cadera fracturada, un infarto de miocardio, o un trastorno depresivo. La exactitud de muchos procedimientos terapéuticos es dudosa, ya que generalmente están documentados por datos de la experiencia no cuantificables o por estadísticas cuyas formulaciones matemáticas son tan clínicamente ingenuas que cualquier significado es más numérico que biológico.

La negación de la incertidumbre, la tendencia a sustituirla por la certeza, es una de las características más notables de la psicología humana.

El reconocimiento de la incertidumbre es una condición que el médico generalmente rechaza, debido a que su aceptación lleva a creer que la efectividad terapéutica se verá afectada. Este rechazo defensivo resulta de la insuficiencia del conocimiento, de las

limitaciones del conocimiento médico actual y de la dificultad en poder llegar a distinguir entre la ignorancia personal –ineptitud– y las limitaciones del conocimiento médico presente. La negación de la incertidumbre hace que los problemas resulten ser más claros y comprensibles. La incertidumbre requiere límites ya que puede llevar a la parálisis de la acción. Pero es fundamental destacar la importancia del reconocimiento de la incertidumbre, algo a lo que Bion le prestó particular atención.^{28, 29}

Bion tomó como referente al poeta John Keats, quien, en una carta escrita a sus hermanos en 1817 acerca de una disquisición que tuvo con su amigo Charles Wentworth Dilke –un hombre joven muy inteligente, pero también muy doctrinario– expresó cuáles eran las cualidades requeridas para formar un hombre de logro, especialmente en el campo de la literatura, y que Shakespeare estaba particularmente dotado. Keats hizo referencia a la “capacidad negativa”, la que tiene una persona “...capaz de devenir en incertidumbres, misterios, dudas, sin ninguna irritante búsqueda en pos de hechos y razones”.

John Keats veía la vida humana no sólo en términos de belleza, sino que pensaba que la obliteración de todas aquellas cosas que eran desagradables o penosas traicionaba el sentido de la Belleza. Por lo tanto su visión del mundo incluía la horrible o dolorosa verdad. Así, finalizó su poema *Ode on a Grecian Urn* con las siguientes líneas:⁵⁵

“Beauty is truth, truth beauty – that is all Ye know on earth, and all Ye need to know.”

(Pág. 346).

La falta de reconocimiento de la incertidumbre también está reforzada por la tradicional relación autoritaria que gobierna la interacción médico-paciente y que el primero tradicionalmente ha intentado fomentar. Manteniendo el aura de infalibilidad, la certeza por un lado apunta a mantener el control y el poder profesional sobre el proceso de toma de decisiones médicas mediante la proyección no sólo de un grado de certeza mayor de lo conveniente, sino dejando al paciente en un estado de incertidumbre, no en el sentido

de incertidumbres compartidas sino en el sentido de dejar al paciente en la oscuridad. Pero, además, sustituye el enfoque científico por el moral, derivado de la posesión del conocimiento utilizado según Bion para evitar la experiencia dolorosa de la adquisición del conocimiento dando lugar a la aparición de la omnisciencia.²⁹

La evitación del dolor está al servicio de una actividad que Bion llamó "vínculo-K" un estado emocional caracterizado por la ausencia de la incertidumbre o el desconocimiento. Bion sugiere que una alternativa para evitar el dolor de la frustración (inherente a cualquier experiencia donde la necesidad no es satisfecha de inmediato) genera fantasías de omnipotencia y omnipotencia, un proceso matizado por la superioridad moral. Una característica de esta forma particular de omnisciencia es la sustitución de la discriminación ética entre verdad y falsedad, una afirmación dictatorial que sostiene que una cosa es moralmente correcta y otra es errónea.

La máscara de la infabilidad está ligada al médico como la sombra al cuerpo. El médico intenta ofrecer a la mirada del paciente y de su familia una imagen, buscando ocultar su ignorancia que es sentida como humillación e ineptitud. Pero la negación de la incertidumbre puede crear un sentimiento de abandono psicológico que es tan real como el abandono físico. En realidad aquello que el paciente por lo general espera de su médico no es sino que sea un individuo confiable, capaz de revisarlo adecuadamente, de tratarlo con cuidado, de aliviarle el dolor innecesario, y de poder discutir la inevitable presencia de la incertidumbre, aceptando la ayuda de las fuerzas de la naturaleza y, sobre todo de su capacidad de presencia, en términos de no sentirse abandonado en aquellos momentos en que se encuentra más necesitado. Esta actitud médica subyace a la búsqueda de reafirmación, esperanza y fe ante las limitaciones de la incertidumbre, y quizás sea eso lo que realmente es por lo que el paciente acude a su médico como agente terapéutico.

Sugiero que la posibilidad de brindar reaseguramiento de una manera honesta y realista es el factor que fomenta la transferencia positiva, y por ende el efecto placebo porque las promesas imposibles no hacen sino dejar a los pacientes con un sentimiento de desilusión y desconfianza que luego es difícil poder revertir.

Sin embargo, los médicos tienden a ver la transferencia como una debilidad o si se quiere una indulgencia a la que el paciente sucumbe pero de cuyos efectos el médico se encuentra inmune. Porque en la esencia de la medicina está el esfuerzo para poder dominar las fuerzas sobrenaturales de la vida y de la muerte. Sin embargo el costo social y personal derivado del intento de encarnar estas expectativas encuentra su expresión en la estadística.^a

REFLEXIONES FINALES

Si algo caracteriza al fenómeno de la enfermedad es la complejidad con la que se presenta. Por lo tanto, se requiere salir no sólo de un positivismo inflexible y estrecho, sino también de un oscurantismo que pretende dominarla. El fenómeno de la enfermedad no obedece a un esquema rígido. Expresa causas múltiples que se entrelazan creando una realidad nueva.

Un esquema tradicional concibe la relación médico paciente de una manera secuencial, donde el médico primero establece una relación con el paciente, luego intenta descubrir la razón de la concurrencia del paciente (el motivo de consulta); a continuación lleva a cabo un examen verbal, físico o ambos; después, ya sea solo o junto con el paciente considera la condición; antes de finalizar la consulta el médico (quizás, junto con el paciente) detalla el tratamiento o investigaciones posteriores.

Sin embargo esta secuencia está sujeta a una serie de factores que deben ser clarificados y que hacen a la dinámica de la relación médico-paciente. Esta dinámica opera en un contexto situacional, donde el pasado se actualiza en el presente dando lugar

^a Se estima que entre el 5 y el 12% de los médicos en los Estados Unidos se encuentran afectados por una serie de desórdenes psiquiátricos (alcoholismo, trastorno por abuso de sustancias, trastornos emocionales) que afectan su trabajo asistencial.⁵⁶ Webster ha señalado que uno de cada diez médicos serán dependientes de drogas psicoactivas o del alcohol, mientras que uno de cada cien serán adictos a los narcóticos.⁵⁷ Uno de cada diez médicos adictos o alcohólicos serán suicidas.

a los fenómenos transferenciales-contratransferenciales entendidos como *situación total* donde el médico es inducido a actuar roles inducidos por el paciente.

El rol del hombre médico tiene múltiples raíces, pero sin duda la más robusta es la de su tarea terapéutica. En toda cultura primitiva o histórica han existido individuos que fueron santificados por la comunidad para que ejercieran esa función. Este rol fue injertado y combinado con el de un liderazgo religioso. Los misterios de la vida y la muerte se fueron mezclando, y era normal que el rol terapéutico fuera conferido en aquel individuo que operaba como un mediador entre lo natural y lo sobrenatural. El chamán dedicaba su vida confraternizando con las fuerzas invisibles y con los espíritus que controlaban el destino de la vida. Su objetivo era obtener la posesión del conocimiento arcano en temas sagrados y profanos. Así, el poder terapéutico era obtenido de fuerzas demasiado peligrosas para el resto de los mortales, con las que enfrentaba las causas de la enfermedad, sea la pérdida del alma, o la intrusión de espíritus.

Aunque el chamán podía llegar a tener un conocimiento empírico limitado del fenómeno de la enfermedad tal como es conocido actualmente, su tarea no era ineficaz. Para ello contaba con la confianza y la creencia del paciente y la familia. Y la confianza y la fe tienen poderes terapéuticos. La medicina primitiva es considerada como no científica y en gran parte depende de explicaciones sobrenaturales acerca del fenómeno de la enfermedad donde la magia constituye un ingrediente esencial de su terapéutica. Sobre el manto de la medicina moderna ronda el aura de lo divino.

La relación médico paciente es la heredera de las esperanzas y temores de la relación progenitor-infante dotado con lo sagrado aun cuando es ostensiblemente secular.

En el encuentro con su médico el paciente trae las mismas esperanzas y convicciones que el creyente practicante lleva a su dios. En la raíz de la relación terapéutica está el deseo de reaseguramiento por parte del paciente y del grupo familiar de que todo está bien y que serán redimidos; y, en forma recíproca existe en el médico la esperanza –y la

expectativa— de ser capaz de ofrecer el reaseguramiento y también la cura. En esta situación se incluye la imposibilidad realista de la certeza ya que la práctica de la medicina está acosada por la incertidumbre. Y es muy probable que dicha praxis será siempre acompañada por un considerable monto de ignorancia. Porque una Regla de Oro de la ciencia es que la actividad científica no sólo produce conocimientos nuevos sino que además trae aparejada una gran dosis de ignorancia. La semiología de la situación médica ofrece la posibilidad de entender la manera como todo eso es manejado. Los fenómenos transferenciales-contratransferenciales iluminan el proceso donde todos los participantes se encuentran involucrados en la situación total. Las influencias de los hechos originados en el pasado abruman el presente, mediatizados por procesos mentales. Este fue el descubrimiento que lo llevó a Freud a abandonar su teoría de la seducción para suplantarla por su teoría de la sexualidad infantil. Pero, además, implica el reconocimiento del poder del inconsciente en la relación médico-paciente y de la influencia no sólo de las expectativas poco realistas del paciente, las demandas hacia el médico, la conformidad, el resultado del tratamiento, etc., sino también de aquellas creencias, actitudes, valores, expectativas, necesidades, fantasías y conflictos que inconscientemente el médico trae, impone o actúa dentro de la relación.

El médico, entonces, es el heredero directo del chamán, y el fenómeno de la enfermedad descansa en las explicaciones que la medicina primitiva y la dimensión religiosa han intentando buscar para la comprensión de su etiología, como por ejemplo la intrusión de un espíritu y su curación (la expurgación del espíritu maligno).

El fenómeno de la enfermedad fue concebido de distintas maneras a lo largo de la historia. Para los griegos era el resultado de una posesión demoníaca o debida a la acción de agentes naturales, siendo entendida como algo gratuito y merecido en el plano individual (falta personal), transgresión colectiva o crimen cometido por los antepasados.

En el Evangelio la idea del espíritu también se encuentra presente:

“Un hombre llevó a su hijo ante Jesús y le dijo ‘Maestro, te he traído a mi hijo que tiene un espíritu, que tiene un espíritu mudo. En cualquier momento el espíritu se apodera de él, lo tira al suelo y el niño echa espuma por la boca, rechina los dientes y se queda rígido... Por eso, si puedes hacer algo, ten compasión de nosotros y ayúdanos’. Jesús le dijo: ‘¿Por qué dices “si puedes”? Todo es posible para el que cree’. Jesús dijo al espíritu malo: ‘espíritu sordo y mudo, yo te lo ordeno: sal del muchacho y no vuelvas a entrar en él’.” (Marcos 9, 16-25)

El cristianismo impuso ideas más moralizadoras: enfermedad = castigo. Posteriormente, a medida que la Iglesia se fue diferenciando estructuralmente, las nociones de pecado y enfermedad (así como la desviación y el crimen) gradualmente fueron discriminadas en categorías diferentes.

La lucha punitiva contra el fenómeno de la enfermedad, entonces, es de larga data y sigue vigente en la medicina actual.

Esto explica la creencia moderna de que el cuidado del enfermo debe ser acompañado de prácticas exorcistas destinadas a conjurar y eliminar el fenómeno de la enfermedad.

En la medicina primitiva la terapéutica específica empleada depende de encontrar la respuesta de por qué el espíritu entró en el cuerpo de la víctima. Si ello se debe a que ésta no ha llevado a cabo adecuadamente algún rito, debe hacerse una penitencia acompañada de la limpieza ritual efectuada por el chamán (o el sacerdote). En ese sentido, el fenómeno de la enfermedad muchas veces es vivido como una maldición, el fruto del pecado, el resultado de la culpa. El paciente sufre en carne propia propia el castigo por haber infringido las leyes divinas o naturales o porque no respetó las reglas de la higiene. Esto hace que el paciente siempre termina por descubrir –a menudo con la complicidad del médico– que cometió una falta (una comida que lo perjudicó, un medicamento inadecuado, etc.). Cuando la culpa no puede ser identificada, el paciente termina afirmando su inocencia. La respuesta se expresa a través de proscipciones y prescripciones que tienen una cierta aura de castigo. El paciente de buena gana expía su

culpa y de esa manera participa en su propia redención. Se ha producido un pasaje del pecado al fenómeno de la enfermedad.

Así pues, el hombre-médico dirige su artillería hacia la conquista del fenómeno de la enfermedad y el control del paciente porque la empresa médica contemporánea no hace sino escenificar el drama médico que tuvo su origen en el comienzo de la historia. La acción farmacológica en el contexto del modelo biomédico consiste en un curso de acción que sigue a la identificación (diagnóstico) y explicación (etiología) de un tipo determinado de problema (como por ejemplo la sangría para echar afuera el espíritu, la trepanación del cerebro). El cáncer y el SIDA sin duda constituyen las enfermedades que fomentan la lucha del médico contra ellas. No existe nada más punitivo que otorgarle un significado punitivo al fenómeno de la enfermedad. La etiología desconocida y el tratamiento ineficaz requiere la búsqueda de significados, algunos de ellos estigmatizantes (corrupción, putrefacción, etc.). Luego el fenómeno de la enfermedad es metaforizado^b (es decir, se le da a una cosa el nombre de otra).

En el cáncer las metáforas provienen del vocabulario de la guerra: las células malignas son “invasoras”, colonizadoras (es decir metastásicas). Las defensas del organismo son débiles para derrotar el tumor. La radioterapia “bombardea” al paciente, la quimioterapia es una guerra química...

El SIDA también es considerado como una invasión. El enemigo es un agente externo que moviliza el ejército de células del sistema inmunológico debido a la alarma transmitida por los guardianes del sistema: los macrófagos. Se produce entonces la movilización celular para enfrentar la presencia del enemigo: los anticuerpos. La presencia de un factor externo remite pues a la doctrina de la etiología específica originalmente desarrollada por Pasteur y Koch en el siglo XIX –la teoría del germen–, que gradualmente subsumió todos los trastornos y desórdenes. De esa manera el fenómeno de enfermedad fue concebido

como un hecho externo al *self*. Posteriormente, la doctrina de la etiología específica quedó contaminada con los productos mágicos de la identificación proyectiva. Aquí el fenómeno de la enfermedad –y otros hechos de la vida–, aspectos de la realidad que son reconocidos como ajenos al *self*, son investidos por las representaciones *self*-objeto y por los derivados pulsionales, debido a que el poder médico generalmente está al servicio de la preservación de un ligamen que a la vez sirve para la representación de una relación. Un componente de la relación, por lo tanto, se encuentra engarzado en la identificación proyectiva. Para el médico, como para el chamán, quizás el tema fundamental que subyace al control sea la búsqueda de la salvación o de la redención. La asunción del rol de redentor requiere que el hombre médico tenga el control para ser capaz de salvar al paciente. A través de lo cual, el hombre-médico puede redimir el *self* enterrado, la reparación de la madre dañada, el reestablecimiento de la unidad madre-hijo, todos n enterrados en lo inconsciente. La meta, además, es la eliminación del sufrimiento a cualquier costo.^c El médico casi siempre busca “el paciente ideal”, es decir aquél que esté dispuesto a acatar su deseo, que pueda llegar a ser curado, cuya vida pueda llegar a ser salvada, donde el fenómeno de la enfermedad sea una experiencia breve y cuya mejoría refleje la habilidad del médico. ¿Por qué es éste el paciente preferido? Simplemente porque la mejoría rápida es directamente proporcional a la auto-estima del médico.

Cuando esto no sucede y la estima de sí del médico no es confirmada, generalmente el médico de alguna manera expresa alguna forma de agresión disfrazada hacia el paciente.

^b La metáfora, según escribe Aristóteles en *Poética* consiste en dar a una cosa el nombre de otra.

^c La civilización médica ha hecho del sufrimiento un asunto técnico, y de esa manera priva a la experiencia de su significado personal. Los seres humanos dejan de aceptar el sufrimiento como una parte inevitable del afrontamiento consciente con la realidad. Aquí los límites entre el sufrimiento innecesario (que requiere ser aliviado) y el sufrimiento inevitable quedan borrados. El dolor conlleva el empleo de métodos de control por el médico y no el uso de una aproximación que puede llegar a ayudar a la persona que sufre a que asuma la responsabilidad por su experiencia. Así, un duelo, la aflicción ante una pérdida, son medicados, impidiendo la elaboración (asimilación del proceso).

En *The Dedicated Physician*, Harold Searles señala que, sin quererlo, el terapeuta puede atormentar a su paciente por su misma determinación de curarlo a cualquier costo, es decir sin que importar por lo que el paciente tenga que pasar.⁵⁸ El anverso del altruismo tiene una cualidad sadomasoquista en la relación médico-paciente. No sólo el masoquismo impone un castigo al *self* por la agresión inconsciente, sino que también la devoción desinteresada hacia el paciente generalmente se torna auto-destructiva.^d

El fracaso clínico generalmente es sentido como un ataque personal. La forma para evitar la experiencia y recuperarse de ella descansa en el paciente: el paciente es el espejo de las necesidades del médico, de sus expectativas, completud y desilusiones, así como un apéndice de esos aspectos del médico, ahora ubicados dentro del paciente. Cuando la enfermedad diagnosticada queda fuera de control también puede ser experimentada por el clínico como un aspecto descontrolado de su *self*. El fenómeno de la muerte resulta emblemático para explicar esta situación. La medicina contemporánea se ha ocupado de la búsqueda de un reaseguramiento para no hablar, mostrar ni enfrentar la realidad de la muerte. En ese sentido ha resuelto entenderla como una enfermedad, concibiéndola como un proceso complejo, en el que si se conocieran todos los elementos biológicos, puede llegar a ser controlada.

Winnicott tuvo la sagacidad de acercarse a esta situación cuando reflexionó acerca del suicidio, uno de los temas tabúes de la psiquiatría y que, sin duda, es la conducta que más puede llegar a afectar al médico.⁵⁹ Así escribió:

“Muchos hombres y mujeres se pasan la vida preguntándose si para ellos sería una solución el suicidio, o sea, entregar el cuerpo a una muerte que ya ha sobrevenido a la psique. Sin embargo, el suicidio no es una respuesta sino un gesto desesperado. Ahora comprendo por primera vez lo que me quiso decir una paciente esquizofrénica (que se suicidó) cuando me dijo: ‘Todo lo que le pido es que me ayude a suicidarme por la razón correcta, y no por una razón equivocada’. No lo

^d Un aspecto interesante que suele pasar desapercibido está en el acto de medicar. Cuando el médico prescribe un medicamento, ¿está medicando a su paciente o a alguna parte de sí mismo proyectada en el enfermo?

logré, y se mató desesperada de hallar una solución. Su propósito (ahora lo veo) era lograr que yo enunciase que *ella había muerto en su temprana infancia* (la letra cursiva es mía). Creo que sobre esa base, ella y yo habríamos conseguido que ella postergase la muerte del cuerpo hasta que la vejez se cobrara su tributo.” (Pág. 118).

Aquello que para el común de los médicos es un insulto, para Winnicott fue una manera de otorgarle un sentido a la tragedia. Sugiero que ello se debió a que pudo darse cuenta de que la muerte no era un hecho antinatural sino que un hecho que le ocurre a los seres humanos.

La muerte confunde la fantasía y la realidad, el *self* y el objeto, lo animado con lo inanimado. La necesidad de burlarla no es sino una defensa contra su aceptación entendida en términos de una afrenta, porque la idea de la muerte, el temor hacia ella, es algo que persigue a los individuos. Es debido a ello que una de las actividades de los seres humanos en gran medida es la desmentida de la fatalidad de la muerte en un intento para superarla.

Freud hizo referencia a la actitud hacia la muerte diciendo que por un lado el hombre está preparado a sostener que la muerte es el desenlace necesario de toda vida, algo natural, incontrastable e inevitable.⁶⁰ Pero en la realidad la muerte propia no puede ser concebida.

En el fondo nadie cree en su propia muerte, o lo que viene a ser lo mismo, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad. Así, se preguntó si el hombre en su actitud cultural hacia la muerte lo había hecho vivir, en lo psicológico, por encima de sus recursos.

“¿No sería mejor dejar a la muerte, en realidad y en nuestros pensamientos, el lugar que por derecho le corresponde, y sacar a relucir un poco más nuestra actitud inconsciente hacia ella, que hasta el presente hemos sofocado con tanto cuidado?”

Entonces, procedió a contestar su propia pregunta:

“Nos parece esto una gran conquista; más bien sería un retroceso en muchos aspectos, una regresión, pero tiene la ventaja de dejar más espacio a la veracidad y hacer que de nuevo la vida nos resulte más soportable. Y soportar la vida sigue siendo el primer deber de todo ser vivo. La ilusión pierde todo valor cuando nos estorba hacerlo.”

Recordemos el viejo apotegma *Si vis pacem, para bellum* (si quieres conservar la paz ármate para la guerra). Sería tiempo de modificarlo: *Si vis vitam, para mortem* (si quieres soportar la vida, prepárate para la muerte)." (Pág. 301).

El médico no escapa al temor a la muerte, la indefensión y el desamparo que ésta evoca. Además, el paciente moribundo hace que la imagen idealizada del médico no sólo se vea empequeñecida sino que produce una lastimadura en su narcisismo, traducido en un sentimiento de derrota o fracaso personal. Y de los fracasos no se habla.

Todo lo antedicho no implica que la medicina occidental no sea científica. Sólo he intentado sugerir que puede ser usada sin tener en cuenta que se trata de una empresa humana donde el médico y el paciente se encuentran involucrados en sus propias subjetividades.

Las técnicas, habilidades, procedimientos y medicación están subordinadas a esa situación. Sin embargo muchos médicos (y también pacientes) temen y evitan la peligrosa intimidad de la relación buscando tecnologizarla. Aun así, la regresión estará siempre presente y el médico y la medicina serán vistos como sacerdotes o chamanes.

(Recibido: febrero de 2003. Aceptado: junio de 2003)

Bibliografía

51. Houston R: *The doctor himself as a therapeutic agent*. Ann Intern Med 11:1415-18, 1938.
52. Bliss, M: *William Osler. A life in medicine*. University of Toronto Press; Toronto, 2000.
53. Bion WR: *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós; Buenos Aires, 1997.
54. Feinstein A: *Clinical judgement*. William & Wilkins; Baltimore, 1967. Pp 23-4.
55. Keats J: *The complete poems*. Penguin; Londres, 1988.
56. Robinowitz CB: *The impaired physician and organized medicine*. En: "The impaired physician" (Scheiber SC, Doyle BB, eds). Plenum; New York, 1983.
57. Webster TG: *Problems of drug addiction and alcoholism among physicians*. En: "The impaired physician" (Scheiber SC, Doyle BB, eds). Plenum; New York, 1983.
58. Searles H: *Countertransference and related subjects*. International University Press; New York, 1979.
59. Winnicott DW: *El miedo al derrumbe*. En: "Exploraciones psicoanalíticas". Paidós; Buenos Aires, 1991.
60. Freud S: *De guerra y muerte. Temas de actualidad*. Amorrortu; Buenos Aires, 1979. Tomo XIV.