

Resistencia al inconsciente en el ámbito de la medicina.

Introducción.

El objetivo primordial de la práctica médica es curar o mitigar la enfermedad. En este proceso, generalmente, la atención está centrada en el órgano o sistema, dejando de lado la subjetividad del paciente que padece la enfermedad y no considerando otras etiologías que aquellas que apuntan al trastorno somático como causa última.

Cualquiera extraería la conclusión de que después de tantos avances como se producen en el ámbito médico, las cifras del malestar estarían en franca remisión, pero no parece ser así. La mayoría de los trabajos publicados y los datos estadísticos hablan de un malestar persistente, y muchas veces en alza. En el libro de cabecera de todos los médicos "principios de medicina interna" del Dr. Harrison y cols. Se nos dice que: entre en 50 y el 75 % de los pacientes que acuden a una consulta, sufren de una psiconeurosis que se agrega a su enfermedad orgánica.

En 1996 el Servei Català de la Salut publicó un trabajo realizado en 21 Centros de Asistencia Primaria, donde se demostraba que los trastornos diagnosticados como depresión y ansiedad significaban el 7.3 % de las consultas. Pero si nos fijamos en la evolución del consumo de medicamentos llamados psicoactivos, es evidente que la cifra se incrementa de forma espectacular. Según datos publicados por el ICS (Institut Català de la Salut), en el año 2001 con respecto al 2000 en consumo de fármacos activos sobre el SNC se incrementó en un 3,8%, y en el 2002 el incremento con respecto al año anterior fue del 9,9%. El dato a tener en cuenta es que el coste de la medicación, en este grupo, se incrementó el 14,4% entre el 2000 y el 2001 y el 21.1% entre el 2001 y el 2002, y que aproximadamente dos terceras partes se corresponde al consumo de pensionistas.

Pero esta no es sólo la franja de edad donde se producen incrementos, los resultados de un estudio reciente publicado en "Archives of Pediatric and Adolescent Medicine" estiman que un 6% de los niños y adolescentes estadounidenses son tratados con fármacos para la depresión, trastorno de hiperactividad y déficit de atención, y otros problemas emocionales y del comportamiento.

Los datos de este trabajo realizado por un equipo de la Universidad de Maryland se basan en una muestra de 900.000 menores de 20 años, y muestran que el uso de fármacos psicotrópicos en este grupo de edad ha aumentado hasta cerca de un 300% entre 1987 y 1996.

En opinión de los autores, los cambios en el diagnóstico, el acceso al tratamiento médico y una mayor concienciación sobre la salud mental de los jóvenes ayudan a explicar estos resultados.

En la revista Jano se publicó una encuesta realizada a 671 pediatras de Estados Unidos, a cuyos resultados se puede acceder en la edición electrónica de "Pediatrics", en la que se demuestra que la mayoría de estos especialistas ha recomendado o prescrito medicación para el insomnio a niños.

Los autores, del Rhode Island Hospital, señalan que más de tres cuartas partes de los pediatras encuestados han recomendado la adquisición de medicación sin receta para ayudar a los niños a dormir y más de la mitad ha prescrito alguna vez fármacos con este objetivo.

Los autores de la encuesta subrayan que el insomnio es en la mayoría de casos consecuencia de otros problemas, la mayoría de los cuales no son tratables con medicación para el sueño. El hecho de que muchos pediatras utilicen estos productos puede significar que estén obviando la existencia de un trastorno subyacente, lo cual debe ser motivo de preocupación.

En nuestro país la demanda de la atención en los servicios de urgencias y emergencias aumenta entre un 3% y un 7% cada año. Se registraron en 2002 un total de 38,5 millones de consultas, según la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).

Es evidente, por tanto, el hecho de que un número elevado de pacientes que acuden a la consulta del médico no padecen una enfermedad orgánica, sino que su sufrimiento tiene que ver con la expresión de un malestar subjetivo. Dadas las elevadas cifras y el significativo coste económico que esto representa, se entiende que está más que justificado prestar mayor atención a este sufrimiento que se expresa por fuera de los paradigmas de la medicina. No parece tener una base lógica mantenerse en una posición de resistencia.

El eje de esta investigación se centrara en tratar de verificar la hipótesis de que en el ámbito de la medicina se produce un rechazo, una resistencia, al inconsciente, y que esto se da tanto por parte del médico y personal sanitario, como desde las instituciones, los centros de formación, y también por parte del paciente y su entorno. Este rechazo tiene consecuencias importantes, pues esta posición de partida de la práctica médica da como resultado dificultades que comprometen, a menudo, desde el diagnóstico hasta el pronóstico, pasando por la eficacia misma del tratamiento.

Pienso que este rechazo decidido y combativo unas veces, e inconsciente o disimulado otras, introduce una lógica de curación que está lejos de apuntar a lo que el síntoma señala. La imperiosa necesidad de retornar al individuo al estado de salud que tenía antes de la enfermedad, estado de salud idealizado en nuestros días, hace que se apliquen terapias, a ser posible de efecto inmediato, cuya acción fundamental es borrar el síntoma.

Creo que esta actitud de tapar aquello que señala el síntoma, tiene su razón de ser en la creencia que desvelarlo implicaría un malestar mayor para el paciente y posiblemente para el profesional de la salud.

Escuchar a lo que apunta el síntoma abre un espacio donde se pone en evidencia al saber médico. Uno de los tópicos de esta situación son los síntomas neurológicos que presentaban algunas pacientes, la distribución de estos dolores, anestias ect. por el cuerpo, no se correspondían con la distribución neurológica. Se produce un cuestionamiento al saber que desconcierta, y no es difícil de entender que tal situación se rechace, tomando

al paciente por simulador o mentiroso. Es conocido el término despreciativo de "piti" con el que se designa a los pacientes a los que se les descarta organicidad y el enfado de los médicos con estos pacientes pues, según ellos, les hacen perder tiempo que podrían dedicar a pacientes de verdad.

Por otro lado el profesional no tiene la formación para hacerse cargo de una demanda que está, con frecuencia, fuera de los límites de su saber. Es agotador escuchar reiteradamente el malestar, sin saber que hacer con él, por lo que toma varias actitudes a modo de defensa: no considera o desprecia la parte que corresponde a la queja de sujeto; deriva a pruebas complementarias para objetivar la enfermedad; y/o se refugia en los protocolos y su saber para centrar en el lado técnico la afección del paciente.

Quiero dejar claro que no pretendo demostrar la ineficacia de la medicina llamada tradicional, si un cierto desenfoco en relación a sus objetivos, un cierto divorcio entre el cuerpo y la mente, más bien un rechazo al descubrimiento freudiano del inconsciente y lo que ello significa, que es estructural al discurso médico como tal.

Jean Clavreul, en su libro "el orden médico" en la página 31, señala que "las ignorancias de la medicina, (refiriéndose al espacio que le es propio al sujeto) no son fortuitas. No son ignorancias, son desconocimientos, olvidos a propósito, es decir, son sistemáticos y estructurantes en la construcción del discurso médico".

Soy de la opinión de que el rechazo que ha sufrido el concepto inconsciente, la idea de algo más allá que lo que se puede observar con los ojos, se puede medir, se puede tocar, no es exclusivo de la época en que vivimos. Pienso que la medicina y el conjunto de la sociedad han tenido predominantemente esta posición. Es patente que, a lo largo de su historia, la medicina ha producido avances en el terreno de la ciencia que han sido recibidos con regocijo por la mayoría de la sociedad. No parece difícil de entender, a cada avance nos alejamos del dolor y de la muerte, tenemos más recursos para crearnos el ideal de salud contemporáneo. Pero incluso en los avances dudosos o con efectos perjudiciales como: determinados tratamientos hormonales; pautas de control de la salud; intervenciones quirúrgicas muy agresivas; fármacos psicótropos con más efectos secundarios que beneficios, etc. La sociedad y la comunidad científica han sido más tolerantes. El argumento que justificaría estos errores es la idea de que así, comportándose con atrevimiento y experimentando, es como se progresa. Por el contrario los avances en la investigación sobre el psiquismo han generado recelos y actitudes contrarias muy combativas. Tenemos al psicoanálisis como ejemplo, pero también podemos pensar en el acoso que han sufrido determinadas tendencias que proponen sistemas más "humanos" para tratar a los enfermos psiquiátricos. Podemos pensar que las corrientes de pensamiento que dan valor a la subjetivación deshilachan el manto, basado en el orden y la equiparación, que supuestamente nos protege.

No podemos pasar por alto que en los momentos actuales, la práctica médica, presenta unas características particulares por: el entorno social; el económico;

los avances tecnológicos y el momento político, que representan particularidades a este rechazo, creo que haciéndolo mas intenso, quizás mas "razonado", ya que los argumentos se basan en avances científicos demostrados.

Los dos ejes que creo están en la base de la resistencia actual a aceptar el poder del inconsciente, desde la medicina son: por un lado el avance de las neurociencias; y por el otro la necesidad de la evidencia, entendida como todo aquello que se puede precisar con estudios sistematizados y con datos inequívocos.

El momento actual y en un pasado próximo, también se han registrado voces, desde la medicina y otras ciencias, que cuestionan esta manera de actuar, tenemos los casos de Ivan Illich, Petr Skrabanek y otros. Aparecen conceptos como: la medicina humanista, que intenta incluir al hombre en su conjunto como un saber; el término salud mental, que se sumaría al de salud del cuerpo. Hoy en día no es muy extraño que en cualquier Centro de Asistencia Primaria se deriven pacientes al Centro de Salud Mental. Se percibe pues que existen otras maneras de escuchar el malestar, pero son destellos minoritarios en comparación con la inmensa mayoría de la práctica médica.

Sobre el inconsciente.

Para empezar a situar el concepto de inconsciente, me parece interesante localizar algo que tiene que ver con la forma y el momento histórico en el que se produce. Pues a mi entender, ya de partida, se pueden vislumbrar las dificultades con que se ha ido topando.

No olvidemos que el descubrimiento del Inconsciente tiene lugar a finales del siglo XIX y el discurso de la época está marcado por la necesidad de la demostración científica. El mismo Freud está educado en este tipo de pensamiento ya que tiene una formación como médico neurólogo especializado en neurohistología, formado por eminentes profesores de la Universidad de Viena con una clara tendencia organicista, este es el campo donde trabajó e investigó en sus inicios. Tuvo como maestro, entre 1876 y 1882 a Ernest Brücke, y cacabó convirtiéndose en un brillante anatomista del cerebro. Entre 1883 y 1885 trabaja de asistente en la clínica psiquiátrica de Meynert, y después se va a Paris para ser discípulo de Charcot.

Mas allá de la formación del propio Freud, el momento histórico de la medicina, está marcado por los avances en fisiología y anatomía, con una clara predominancia en los modelos universitarios, en particular, -el patrón neuroanatómico-. Así pues lo que tiene que decir Freud debe justificarlo delante de esta sociedad científica que ha puesto los ojos en el órgano para escrutar qué de su anatomía o fisiología falla, ha de argumentar sus conclusiones para que no sean vistas como meras suposiciones, ha de

vestirlas científicamente. Es por esta razón que el primer capítulo de su texto sobre “Lo inconsciente” lo titula “Justificación del concepto de lo inconsciente”. Se puede apreciar la necesidad que tiene Freud de presentarse delante de su comunidad, la científica, argumentando con lógica sus supuestos. El inconsciente descubierto por él no se puede ver directamente, ni se lo encuentra en alguna parte del globo terráqueo, no puede ser: observado; medido; pesado; tocado, por sus coetáneos. Su descubrimiento no es tangible, y pese a sus argumentaciones recibe duras críticas, escribe “Desde muchos ángulos se nos impugna el derecho a suponer algo anímico inconsciente”.

Sabemos que para argumentar los avances en su teoría se basaba en su clínica, en las manifestaciones de sus pacientes, en los efectos a sus intervenciones, de esta manera él sustentaba su teoría. Esta manera de actuar también le aportó críticas, pues no se podía verificar con pruebas tangibles lo que él sostenía. Uno de los argumentos más frecuentes que se utilizan, en la actualidad, para rechazar la teoría psicoanalítica, se basa en el hecho de que no existen estudios estadísticos, incluso se critica que no hayan publicaciones “serias”. Volveremos más adelante sobre este punto.

La razón que da para este rechazo en su texto de 1915 es por el lado del desinterés o desconocimiento. “La obstinada negativa a admitir el carácter psíquico de los actos anímicos latentes se explica por el hecho de que la mayoría de los fenómenos en cuestión no pasaron a ser objeto de estudio fuera del psicoanálisis. Quien no conoce los hechos patológicos, juzga las acciones fallidas de las personas normales como meras contingencias y se conforma con la vieja sabiduría para la cual los sueños sueños son, no tiene más que soslayar algunos enigmas de la psicología de la conciencia para ahorrarse el supuesto de una vida anímica inconsciente.”

Siguiendo con la argumentación introduce el estado de latencia, en relación a todo aquello que se escapa de los períodos de conciencia. Por este lado justifica su hipótesis “Atendiendo a todos nuestros recuerdos latentes, sería inconcebible que se pusiese en entredicho lo inconsciente”. Y como muchas veces hace Freud, con prontitud en el texto, subraya “Hay derecho a responder que la igualación convencional de lo psíquico con lo consciente es enteramente inadecuada”.

Para acabar de momento con este relato de las dificultades para transmitir, para que sea aceptado el concepto, la última cita que me parece significativa, pues demuestra la confianza de Freud en que los hechos, La Clínica, podríamos decir, le dará la razón, es la siguiente “Y si después se demuestra que sobre el supuesto de lo inconsciente podemos construir un procedimiento que nos permite influir con éxito sobre el decurso de los procesos conscientes para conseguir ciertos fines, ese éxito nos procurará una prueba incontestable de la existencia de lo así expuesto.”

El término inconsciente, su significado psicoanalítico, lo encontramos por primera vez en un texto de abril de 1895 titulado “Historiales clínicos” firmado por Breuer y Freud. En el apartado que hace referencia al historial de la señorita Anna O. La cita dice: “ Cuando se trajo a la luz la existencia de esta

amnesia, de inmediato lo era todo, que había detrás un contenido psíquico *inconciente*".

Este "detrás" tiene que ver tanto con el contenido del discurso del paciente cómo de su síntoma.

Con anterioridad, en un trabajo en francés sobre las parálisis motrices de 1893, Freud utiliza el término "subconsciente", que más adelante objetará en "La interpretación de los sueños" de 1900, por no encontrarlo adecuado, ya que indica –debajo- de la conciencia y él no cree que está sea la topología adecuada.

El término "inconsciente" ya había sido utilizado antes por otros autores, entre ellos filósofos. No es que Freud produjera, pues, un neologismo, pero lo significativo es que es la primera vez que se utiliza para señalar el "contenido psíquico" no consciente.

Para Jaques Lacan en su texto "el sentido de un retorno a Freud en el psicoanálisis" nos dice que "el gran descubrimiento de Freud, que no hemos de considerar como el primero cronológicamente, sino el primero por su significación, es el inconsciente reprimido" y el mismo Lacan nos dice que lo reprimido es lo que retorna, "la ectopia del pasado en el presente". El síntoma, cómo manifestación de que la represión no fue completa y por lo tanto el conflicto tiene aún fuerza para expresarse, aunque con una forma de presentación disimulada, es lo que retorna del pasado.

El retorno no se expresa de forma diáfana, el disimulo en la forma de presentación, para que pese a que se pueda expresar, lo haga de forma que siga siendo tolerable al sujeto, Freud lo aísla en los síntomas. Descubre que el inconsciente habla a través de los síntomas y que las formas de presentación más habituales son las fobias, la angustia, inhibiciones, los actos fallidos, expresiones somáticas Freud no cuenta con el desarrollo de conceptos que introdujo el estructuralismo, como la metáfora y la metonimia, para poder explicar el desplazamiento de sentido que encierra el síntoma, esto se lo debemos a Lacan, pero si tiene claro que es un signo a traducir, el síntoma es algo que por si sólo habla y pide ser escuchado, algo que es un mensaje dirigido a otro del cual espera una interpretación, un suplemento de sentido para el sujeto hablante que sufre.

Hay que pensar que el sujeto se presenta en la consulta del médico con su síntoma y su inconsciente.

Medicina e inconsciente

¿Qué se le pide al médico?

Esta es una de las preguntas fundamentales. Podemos encontrar muchas respuestas y desde puntos de vista singulares, pero la respuesta mas habitual,

la más genérica es: que ha de curar la dolencia del paciente que le consulta. Podemos entender que la demanda en bruto es -padezco un síntoma que quiero que usted, con su saber, lo haga desaparecer, para así salir del estado de enfermo. De entrada, y esto hay que subrayarlo, parece que lo que se le pide al médico es que responda a una demanda de curación, no a una demanda de interpretación. Esto se puede observar fácilmente en las consultas de urgencia, aquellas en las que el paciente presenta un síntoma que se le hace imperativamente insostenible.

El dispositivo médico sanitario para Clavreul “Dará cuenta de la enfermedad descubriendo sus -causas naturales-, las únicas que forman parte del discurso médico, así como habrá construido otros síntomas en hechos, y los habrá reagrupado en síndromes”. El lenguaje médico dará cuenta de la enfermedad. Veremos que esto también, de alguna manera, le satisface al enfermo.

Pero el síntoma expresa más cosas que las que se observan desde el lado semiológico médico. Y ya sea en una consulta de urgencias o en un padecimiento crónico o subagudo, el síntoma tiene connotaciones subjetivas que pueden y modifican: la forma de presentación de la enfermedad; su curso; la efectividad de los tratamientos; el pronóstico; la relación a los subsidios, las ayudas económicas; la posición social etc.

No es el motivo del presente trabajo demostrar lo caleidoscópico del síntoma, ni entrar en múltiples referencias que, desde todas las disciplinas, se dan. Interesa más demostrar cómo la no consideración de la subjetividad produce efectos, no es inocua.

Si aceptamos que en el síntoma encierra un mensaje más complejo de lo que a simple vista se puede observar, lo primero que debe hacer un médico, en el acto de curar, es escuchar de qué padece el enfermo, ya que sólo así, podrá emprender su labor. Este punto parece obvio (quizás desde el psicoanálisis) pero creo que requiere toda nuestra atención, porque sólo a partir del acto de escuchar se podrá precisar la demanda particular del caso, y una vez comprendida, se podrá responder.

Lacan nos dice, en lo que a la medicina se refiere, que lo que debe hacer el médico es “responder a una demanda”, podríamos añadir que no es una demanda cualquiera ni evidente muchas veces. Dejamos para más adelante “cual es esta demanda”.

El paciente se presenta con muchas cosas, pero lo más significativo son sus palabras, cómo se expresa y sus síntomas. Es después (no cronológicamente) que el médico iniciará la anamnesis y la exploración física, con los datos obtenidos hará su diagnóstico y prescribirá un tratamiento. Me parece importante este proceso en el que la atención está puesta en captar la enfermedad en el sentido amplio, lo cual significa producir un giro en la forma habitual consistente en: intentar encuadrar al paciente en el cuadro clínico, tomado desde el discurso médico: si tiene tal y tal signos, si presenta tal

analítica y radiología, entonces este caso es tal enfermedad. Este comportamiento, el de encuadrar al paciente en el cuadro clínico, lleva por el camino tranquilizador de tener un diagnóstico y poder aplicar un tratamiento que se sabe eficaz. En este sentido J. Clavreul nos dice "Todo lo que sostiene al discurso médico es su objetividad, su carácter científico, que es su imperativo metodológico. Debe poder ser enunciado por cualquiera sobre cualquiera, ocupando el primero la posición del médico y el segundo la de enfermo".

Para Geneviève Morel la ciencia se ocupa de un real científico, un real objetivable que tiene su fundamento en la demostración mediante parámetros inequívocos, de esta manera sólo puede medir los efectos, y sobre ellos puede hacer listados, marcar frecuencias, intensidades, tamaños. Por esta razón la ciencia se preocupa de los efectos de los signos y síntomas. El inconsciente cae fuera de este campo.

Al escuchar la demanda en el sentido amplio, estamos en el "caso por caso" del paciente-sujeto, lo cual nos puede permitir comprender cual es esta demanda y poder responder a ella. El que responde es un sujeto, con su subjetividad, un sujeto que tiene una formación médica, con poco bagaje (por su formación universitaria) de formación psicológica y que por sus circunstancias personales hace una elección de profesión tan particular.

Si lo reprimido es lo que retorna y lo hace en forma de síntomas, el hecho de dialectizarlo, de hablar sobre ello, para así poder darle un sentido, es el trabajo a realizar para poder cernir lo que expresa el síntoma corporal. Y al mismo tiempo, el hecho de poner en palabras su malestar puede facilitar que el paciente se interroge sobre su dolencia. Es conocido, incluso desde la medicina, el efecto terapéutico que tiene sobre el sujeto que consulta hablar de su enfermedad, y es frecuente observar como sale confortado después de la entrevista, aliviado y con un conocimiento del que antes no era consciente, su dolencia tiene otro sentido y otras referencias, al mismo tiempo ha sido escuchado por el que tiene el saber. Queda atrás la pura manifestación corporal que fue el motivo que lo llevó a consultar.

Pero también se ha de prestar atención al hecho de que si de lo que se habla es de lo reprimido, se ha de valorar que la represión se realizó sobre algo no fácil de aceptar y esto puede producir miedo al evocarlo. El paciente se sitúa delante de algo que genera malestar y no se puede pretender que le sea fácil asumirlo. Por esta razón puede rechazarlo. Al mismo tiempo abordar esta dinámica, también suscita en el médico una inquietud, pues se abre un espacio sobre el que no sabe y también le cuestiona, en su formación y como sujeto. Por lo que del lado del médico es fácil que se refugie en su saber académico y mire para otro lado, con una supuesta sensación de alivio. La resistencia a aceptar el concepto de inconsciente y cómo este puede formar síntomas, está servida.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL SÍNTOMA.

Así pues algunos síntomas médicos viene a ocupar, a ocultar, algo que al sujeto se le hace difícil aceptar, por lo que se resistirá a abandonar su síntoma. En el libro “encuentro con el enfermo”, en la página 13 encontramos “Podemos comprender que la finalidad del enfermo que acude a la consulta de un médico no siempre es la mera curación del síntoma Cuando un enfermo acude al médico, este se encuentra ante una semiología dual. “ esta semiología dual es por un lado la clásica impartida en la facultad, y la otra es la semiología simbólica.

Para Lacan “El paciente coloca al médico ante la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que él esté totalmente atado a la idea de conservarla. Viene a veces a demandarnos que lo autentiquemos como enfermo, que se le permita seguir siendo un enfermo bien instalado en su enfermedad”.

En mi práctica médica uno de los hechos que me sorprendieron al comienzo era cómo se instalaban algunos pacientes (he de decir que con cierta frecuencia) en la enfermedad. Cuando les hacía la pregunta de rigor -¿qué le pasa?- La respuesta es, era – Soy diabético, soy asmático, soy Se presentan como pacientes que son algo, y ese ser es el término extraído de la terminología de la medicina y sobre el cual, con frecuencia, ellos no saben qué significa, pero lo utilizan para identificarse.

La respuesta no se produce, por el lado de – padezco o sufro tal enfermedad, sino por el lado de soy, soy algo que la medicina ha certificado y que da sentido a lo que le pasa, esa enfermedad engloba lo que padece y ya no ha de preguntarse más sobre el síntoma. Esta posición de identificación a la enfermedad produce un efecto de cronificación pues el significante con el que se le nombra es plano, no tiene matices, el paciente se instala en él y a partir de ese momento se es hipertenso de por vida, o diabético o artrósico o lo que sea. Cualquier dolor o síntoma que padece el sujeto cae del lado de ese significante que todo lo engloba. Eso no es un inconveniente para que se puedan ir sumando otros significantes que acaban completando la constelación de sus padecimientos.

Es cierto que para cada sujeto el significante remite a otras cosas, tiene otros sentidos, y no cualquiera cae bajo esta etiqueta, pero el sentido que tiene para la medicina muchas veces se le escapa al paciente, él no sabe de episodios, agudizaciones, pronóstico, curación etc, es en este sentido que digo que es un significante plano, una significación chata. Al preguntarle al paciente por si conoce en qué consiste o qué significa que padezca tal enfermedad, la mayoría de las veces no se obtiene ninguna respuesta, incluso muchas veces lo que aparece es una sorpresa por la pregunta, un desconcierto pues no se han planteado el sentido de lo que tal diagnóstico implica.

Pero la etiqueta de su enfermedad tiene también unas resonancias sociales. El paciente se presenta en sociedad diciendo “soy tal cosa”, con esto da a entender que tiene unas limitaciones, algo que se tendrá que aceptar de él y esta vertiente lleva a la demanda, de por vida, de una atención especial, tanto en el seno de la familia como en el terreno laboral y social, a una medicación y

a una retribución económica como compensación. Estos son los beneficios de la enfermedad, a los que difícilmente se renuncia.

Otra de las respuestas frecuentes a la pregunta ¿qué le pasa? Es tengo, tengo piedras en la vesícula, tengo diarrea, tengo anginas, tengo fibromialgia, tengo artrosis Son pacientes que no se presentan por la vertiente del ser, sino por la del tener.

Una paciente muy joven a la que le estaba atendiendo de urgencias, decía que tenía un gran dolor de estómago. Después de las preguntas sobre cómo era el dolor, le pregunté desde cuando lo tenía, ella me dijo que desde hacía diez días. Le pregunté que había pasado en esa fecha y de entrada me contestó - que nada-, después de un breve tiempo me dijo que su querido perro se iba a quedar ciego, se hirió en un ojo y ella estaba convencida de que perdería la vista. De hecho la herida, según ella misma me contó, fue superficial y después de un tratamiento el perro estaba curado. La paciente se fue calmando, se presentó en un estado de excitación evidente que provocaba que toda la familia la acompañase. El dolor era, de forma nítida, el síntoma en el cuerpo de aquella pérdida, antes de que la paciente pudiese situarlo como un sentimiento, se instaló el dolor cumpliendo la función de un velo, que pese a ser doloroso, estaba del lado del tener y lo mostraba a la familia y a la medicina.

Otro paciente, este de unos 35 años, acudía por una tos. Esta tos a él no le molestaba, pero los familiares, amigos y colegas del trabajo habían insistido para que consultase. Me hizo una demostración y era una tos aguda, repetitiva, que me pareció “nerviosa”. Le pregunté desde cuando tenía esa tos y me contesto -desde el 17 de marzo de hacía dos años-. Llamaba la atención que se acordase con tanta precisión, por lo que le pregunté cómo empezó. Sin dudar me dijo que la tos le empezó el mismo día en el que ingresaron a su padre con un ataque de asma en estado muy grave. Pese a tenerlo tan claro, me dijo que nunca había relacionado los dos hechos y se quedó muy sorprendido. Espero que se le fuese esa tos que él tenía y mostraba a los otros.

Explico estos dos casos por el lado del tener, ya que es importante, a mi entender, cómo delante de una situación que genera angustia el sujeto obtiene un síntoma sobre el cual él no tiene nada que ver. Por parte del paciente, es conocido, hay una resistencia a asumir su implicación en lo que le sucede. Los pacientes obtienen un síntoma más tolerable para ellos que por lo que lo han intercambiado. En estos casos que he contado, existen otras consideraciones clínicas pero quería ceñirme al punto de tener.

Colette Soler en su artículo -Descartes con Freud- señala que el dolor físico puede volverse objeto valioso para los enfermos y que este objeto puede, por lo tanto, ser una forma de tener, aunque sea bajo esas circunstancias. Esto lo afirma observando que algunos pacientes manejan su dolor como un tener: “Tengo mucho dolor”, y añade que con frecuencia esta afirmación se presenta en un contexto de rivalidad con otros enfermos, “Sufro más que nadie”.

Geneviève Morel, en relación a la dificultad del sujeto para abandonar su síntoma nos dice que: el síntoma es un compromiso entre la exigencia de satisfacción y la represión. Para ella esta circunstancia explica por qué los sujetos tienen tanto interés en sus síntomas, pues tienen un efecto estabilizador, y cita a Freud que ya avisaba de que “si en algunos casos se intenta quitar el síntoma sin tomar precauciones, esta actitud puede causar efectos catastróficos”.

Del lado de la medicina.

La resistencia al inconsciente, o por decirlo de otra manera, la tendencia a la visión organicista, en detrimento de la concepción de que el psiquismo es determinante en la salud del individuo, ha sufrido una evolución en el ámbito de la medicina. Parece evidente que siempre ha existido esta posición, pero en los últimos tiempos una parte importante de la práctica médica ha hecho más drástico su rechazo. Para algunos autores que se preguntan sobre este hecho, el argumento que resaltan se basa en la aparición de avances tecnológicos que ponen en números e imágenes, podríamos decir “la realidad” de la enfermedad.

Alicia Azubel psicóloga clínica de la Universidad de Buenos Aires, en su libro “Evolución del concepto de neurosis en el campo médico”¹¹ hace un repaso a las ediciones del Harrison, que es el tratado de medicina por excelencia.

En la primera edición de 1950 se dice que la medicina es un arte. Que el médico no debe olvidar que ha de tratar -la prevención, la cura de la enfermedad y el alivio del sufrimiento, tanto “del cuerpo como de la mente”-. Y que – las emociones tienen la capacidad de ejercer la fuerza y en consecuencia modificar la conducta, incluidos los procesos bioquímicos del cuerpo, no menos que un cuerpo extraño o una bacteria-. Pero se señala la dificultad para sostenerse en tales consideraciones, ya que el gasto de energía por parte del médico para afrontar la enfermedad es importante. Por lo que pese al reconocimiento de la importancia de las “emociones” se justifica limitar la atención a lo orgánico.

-Las lesiones orgánicas consiguen imponer la atención sobre sí mismas, y produce menos desgaste limitar el foco a la esfera de la enfermedad orgánica-. Se nos dice lo que hemos de hacer, como médicos, pero se lanzan dos advertencias, por un lado el protagonismo de lo orgánico, podríamos decir lo científico y demostrable, de la imagen, de lo que se puede medir, de lo que se puede reproducir como un experimento. Y por otro lado se nos informa del desgaste que provoca el tener en cuenta a los sentimientos, del desgaste de energías del médico, por el lado de la ocupación de tiempo, tanto del tiempo dedicado a la formación, como del tiempo dedicado en la consulta. Y del desgaste personal y emocional que implica el manejo de sentimientos que, además, pueden inquietar al profesional. Me parecen dos argumentos de mucho peso, que se han de tener en cuenta a la hora de observar la tendencia de la medicina.

En las sucesivas ediciones se va recortando la presencia de apartados donde se desarrollan los conceptos psicoanalíticos.

En la edición de 1958 se dan indicaciones claras sobre la orientación adecuada que deben seguir los médicos – “después de una considerable discusión”, se ha concluido que el internista encontrará útil una consideración de estos temas tal y como son encarados desde el punto de vista médico y que se ha procurado una integración de los conceptos psiquiátricos con los neurológicos-. Esto es así porque -no se puede demostrar la consistencia de las teorías psicoanalíticas- ya que no existen ensayos clínicos rigurosos donde se demuestren estadísticamente los resultados, y cuando se ha publicado algún trabajo, se demuestra que la práctica psicoanalítica tienen resultados pobres en cuanto a la efectividad.

En las siguientes ediciones hasta la de 1970 la orientación de la formación del médico, en relación a los síndromes psiquiátricos, se decanta por saber como es el síntoma, centrando la atención en el detalle de la semiología. Se considera que las experiencias previas forman parte de la enfermedad actual, pero como la causa de esta enfermedad no se pueden comprender, se dejan de lado.

En un apartado se dice que el método psicológico no es de gran valor diagnóstico ya que el proceso de revivir la biografía del paciente es largo, y por otro lado aceptar de antemano un criterio de la enfermedad actual que puede ser totalmente erróneo y no es la mejor manera de encarar la cuestión. Esto no parece estar en contradicción con que se recomiende, desde el tratado, conocer detalladamente la personalidad del paciente para así conocer mejor sus reacciones y estar preparado delante de ellas. Este saber sobre la personalidad es del orden de si es agresivo, depresivo, si acepta el tratamiento, si su entorno es conflictivo, si es un frecuentador etc. Son características del paciente ha tener en cuenta para el manejo del acto médico. Se evita entrar en las causas subjetivas como participes de la sintomatología, las que tienen que ver con aceptar el inconsciente, y solo preocupa la fenomenología del paciente.

En la edición de 1987, con la aparición del DSM III, Alicia Azubel nos dice que -se suelda la clínica al rigor de la estadística-. Los métodos cuantitativos rigurosos son la base del razonamiento clínico y la toma de decisiones, este es el marco en el que deben desarrollarse los estudios a tener en cuenta para el avance de la medicina. Así pues las técnicas cualitativas pierden todo su valor y los trabajos con esta base cuestionados.

En la actualidad la práctica médica tiene delante unos retos que complican su labor. Por un lado los avances que se han llevado a cabo en las múltiples disciplinas que integran el saber médico, provoca que el conocimiento del médico se corresponde a una parcela, estamos delante de un auge de las sub-especialidades alejándonos de la medicina global del médico de cabecera.

Sin embargo los avances tecnológicos hacen soñar a la humanidad con cernir de forma evidente los pensamientos, las emociones, las pasiones ..etc. Para Gonzalo Casino, colaborador de Ediciones Doyma -Con sus nuevos “juguetes”, como la fMRI (resonancia magnética funcional), la SPECT (tomografía computada por emisión de fotón único), la TPE (tomografía por emisión de

positrones), la MEG (magnetoencefalografía), MRS (espectroscopía por resonancia magnética) y otras técnicas de neuroimagen funcional, los investigadores acarician la posibilidad de desentrañar las bases biológicas de la razón y la emoción, y hasta de la conducta y la voluntad.- Evidentemente este es un reclamo tan contundente que hace difícil pensar en otras consideraciones que no sean la evidencia.

Además la presión de la industria farmacéutica, con el despliegue de medios para convencer de la idoneidad de los tratamientos basados en los nuevos fármacos, se intensifica. El dinero que se gastan en investigación han de ser rentabilizados con rapidez, y esto sólo se consigue si se convence de su efectividad. Al mismo tiempo Internet está plagado de artículos que demuestran que se han realizado estudios donde se pone en evidencia la efectividad de tal o cual sustancia, pero el proceso es imparable.

Hay que agregar la presión en relación a la atención médica, en estos momentos estamos en una batalla planteada por asociaciones médicas para que se destinen más recursos a la sanidad. Existe un movimiento que reclama 10 minutos de tiempo para atender a cada paciente, ya que en la actualidad está estimado en 5.

Los pacientes son más reclamantes, ya no sólo reclaman atención a su enfermedad, cada vez la exigencia de salir de la consulta con “algo” ya sea una receta o una solicitud para pruebas complementarias, está aumentando año tras año, el consumo calculado en dosis por paciente año, al igual que las pruebas complementarias se incrementa según los datos estadísticos. El concepto de medicina de consumo se oye con más frecuencia, se trata de consumo, ya que pago la salud pública o la privada he de obtener algo. Aunque algunos estudios reflejan que sólo el 40 % de la medicación que se receta el paciente se la toma.

Y por último hay que citar al ideal de salud que circula por todos los ámbitos de la sociedad. El concepto de salud ha cambiado sustancialmente en los últimos años. La salud ya no es sólo la ausencia de enfermedad. Petr Skrabanek médico, catedrático y miembro honorífico del Trinity College de Irlanda, nos dice “El culto a la salud es una ideología poderosa que, en las sociedades modernas y laicas, ha llenado el vacío dejado por la religión. ...La salud puede llegar a ser un camino para lograr la salvación”. El culto a la salud en las sociedades modernas abarca una gran oferta de mercado, desde: la alimentación; el ejercicio físico, con sus innumerables complementos; el estilo de vida, desde la casa, hasta la conducta; los hábitos, todo forma parte de una filosofía que supuestamente está pensado para proporcionar bienestar pero que tiene su fundamento en el estímulo al consumo, con un volumen de negocio muy importante y el alza.

Si la misión de los médicos ya no es sólo combatir la enfermedad y ayudar en lo posible a los enfermos sino además procurarles un estado de bienestar físico, psicológico y social, según proclama la OMS en su definición de salud, resulta que esta es una misión desconcertante por imposible. Las palabras

nunca son inocentes, y en este caso todo indica que la idea de salud se vuelve contra sus propios administradores.

Si, además de ser requerido para responder a una demanda de difícil manejo y que a él mismo le inquieta por las repercusiones personales que contiene, unimos los avances tecnológicos, la medicina basada en la evidencia, la presión de la industria farmacéutica y los nuevos ideales de salud, estamos delante de unos argumentos que nos sirven para acercarnos a la lógica del rechazo al inconsciente.

Carlos Alvira, 11 de noviembre de 2003
