



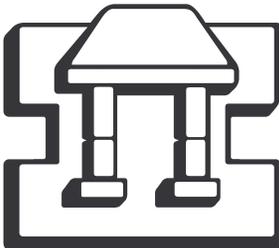
**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**PROBLEMÁTICA DEL DIAGNÓSTICO
HOSPITALARIO Y EL SUJETO ATRAPADO
EN REDES SIGNIFICANTES DEPOSITADAS
EN EL ÓRGANO.**

TESIS QUE PRESENTA PARA ASPIRAR AL
GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

MARROQUIN CASCO SANDY ALEJANDRA



ASESOR:

MTRO. ALFREDO FLORES VIDALES

DICTAMINADORES:

MTRO. ABRAHAM PLIEGO ASEVES

MTRO. FRANCISCO LANDA REYES

Tlalnepantla Estado de México 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A mis padres y hermanos por tanto amor en mi vida;
A Josué, Avishaí Karina y Sahid por ser cuatro seres tan
bellos; Alfredo Flores, Abraham Pliego y Francisco Landa por
compartirme su saber y a cada uno de los maestros que han sido
parte esencial en mi formación.*

índice

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
I GENEALOGÍA DEL DISCURSO EN EL DIAGNÓSTICO MÉDICO	16
1) <i>Medicina pretécnica</i> ,.....	17
2) <i>Medicina Phycis Helénica</i>	19
3) <i>Helenidad, monoteísmo y sociedad señorial (edad media)</i> ,.....	31
4) <i>Mecanicismo, vitalismo y empirismo</i> ,.....	39
5) <i>Evolucionismo, positivismo, eclecticismo (siglo XX)</i> ,.....	48
6) <i>La medicina actual (desde la primera guerra mundial)</i>	64
II EL DIAGNOSTICO Y LA ENFERMEDAD EN HOSPITALES (HISTORIA CLÍNICA), LA ENFERMEDAD COMO PARTE DE UNA RED SIGNIFICANTE	71
1) <i>Acerca del bien</i>	72
2) <i>Sobre la institución</i>	77
3) <i>La institución hospitalaria y el sujeto</i>	81
4) <i>La alternativa que propone el psicoanálisis</i>	92
III LA HISTORIA DE VIDA DEPOSITADA EN EL ORGANO; LA ENFERMEDAD COMO PARTE DE UN DISCURSO INCONSCIENTE	96
1) <i>El ser humano y el significativo</i>	97
2) <i>Cuerpo simbólico no real</i>	104
3) <i>Somatización histérica y no histérica</i>	114
4) <i>la historia del sujeto, la enfermedad y EL diagnóstico hospitalario</i>	121
IV CONCLUSIONES	131
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	140

RESUMEN

El siguiente trabajo es un análisis, de cómo el sujeto a lo largo de la historia, ha sido estudiado y significado de manera diferente de acuerdo a los discursos sociales. En el caso de la medicina a cada época histórica le corresponden diferentes maneras de estudiar al ser humano, de diagnosticar y de curar, a las que en su mayoría los sujetos responden favorablemente, obteniendo la cura; no sólo debido a las nuevas técnicas curativas de la época, sino, debido a una red discursiva simbólica, en la que se encuentra sujeta la sociedad dándole lugar de poder saber sobre la enfermedad a la medicina.

El discurso médico y el sujeto también pueden ser explicados, desde un punto de vista institucional, en donde, como se analiza en este trabajo, se va abrir más la distancia entre el hombre sano y el hombre enfermo entre lo que *“se debe y no se debe ser”*, en el cual un discurso como los diagnósticos médicos pueden ser aplicables a varios seres humanos, sin tomar en cuenta que el sujeto como ser grupal, también está conformado por una parte subjetiva e individual, la cual le permite salir de ese *“deber ser”* marcado por la institucionalidad. En este escrito, se va a llevar a cabo una reflexión de como se aplican los términos sano, enfermo, invalido, paciente en terapia intensiva, etc como diagnósticos, que parecen nombrar a la persona en su totalidad (olvidando su subjetividad), quedando atrapada (en algunas ocasiones) en diagnósticos que asigna una figura o una institución, como pueden ser la familia, los médicos y los

hospitales, que parten de tener o poseer la verdad (supuesta) de ese otro que está enfrente.

En resumen, se analiza desde la teoría psicoanalítica la vinculación entre la historia del discurso médico, la historia de vida del paciente, el diagnóstico médico y el órgano afectado por el cáncer así como la exacerbación ó cura de la enfermedad a partir de un diagnóstico, ya que al formar parte la enfermedad de una significación de la red discursiva de la persona que la padece, es posible, quizá, para el enfermo resignificar, darle movimiento tanto a su enfermedad como a su relación con la sociedad y la institución hospitalaria.

introducción

PROBLEMÁTICA DEL DIAGNOSTICO HOSPITALARIO Y EL SUJETO ATRAPADO EN REDES SIGNIFICANTES DEPOSITADAS EN EL ORGANO.

El humano ha sido por la Psicología, la sociología y la medicina, fragmentado en pedazos u objetos de estudio, así, cada parte sirve a los fines de cada ciencia, y desde estas el ser humano puede ser explicado, desde un punto de vista institucional, de lo que “*se debe y no se debe ser*”, en el cual un discurso puede ser aplicable a varios seres humanos, como el ser tonto, feo, discapacitado etc; sin tomar en cuenta que el sujeto como ser grupal, también está conformado por una parte subjetiva, la cual le permite salir de ese “*deber ser*” marcado por la institucionalidad. “*Podemos decir que al mismo tiempo que se aliena a las estructuras institucionales, se oponen a ellas –desalienación- así esta contraposición parece insalvable y constitucional al sujeto*” (Flores, 1998).

Dicha alineación va tomando forma desde antes que nazca el sujeto, ya que el humano desde antes de nacer está cargado de significantes, entendiendo esto, como lo que ya se espera de él, consciente e inconscientemente, de hecho cuando sus padres le ponen nombre (significantes), este tiene que ver con algo que ya se espera del niño. Al nacer la madre lo erogeniza, le instala sus deseos y sus demandas, ella es la que dice cuando el niño tiene hambre, cuando tiene frío, que le gusta comer o jugar, ella interpreta esos

gritos del niño, que al principio eso son “gritos”, dándole un significado, significado que ella le da de acuerdo a sus propios significantes, deseos y demandas generacionales pues a su vez fueron impuestos por la madre de ella y así sucesivamente. Pero aun así el niño cuando es pequeño tiende a todas aquellas tendencias que en el adulto ya están prohibidas, le gusta ver, exhibir, es cruel, juega con sus genitales etc; Conforme el niño va creciendo tiene experiencias, en las cuales por medio de cortes (en lo simbólico), tiene que ir abandonando todas aquellas perversiones infantiles (historia edípica), para constituirse en un humano social, que encaje dentro de los límites de la normalidad o *deber ser* social. el cual a cambiado tanto como los discursos sociales se han ido modificando, es decir se transforma respondiendo a la verdad de una época, por ejemplo: en otros tiempos las histéricas eran brujas, o para los griegos la bisexualidad era socialmente aceptada, es decir, el deber ser queda enmarcado dentro del discurso institucional en el cual se desarrolla el sujeto, discurso que va a ejercer un poder y un saber sobre el ser humano. Foucault (1966), deja ver, como incluso el discurso médico ha ido cambiando: *“En cuanto el lenguaje mismo, ¿a partir de qué momento, de que modificación semántica o sintáctica, se puede reconocer que se ha transformado el discurso racional? ¿ Qué línea decisiva se traza, por consiguiente, entre una descripción que pinta las membranas como “pergaminos empapados”(Pomme), y esta otra, no menos cualitativa , no menos metafórica que ve, extendidas sobre las envolturas del cerebro, películas de clara de huevo?¿Las láminas “blancuzcas” y “rojizas”de Bayle. Para un discurso científico, de valor diferente de solidez y objetividad más densas, que las laminillas endurecidas descritas por los médicos del siglo XVIII...¿no es simplemente, en el lenguaje médico, la proliferación de un estilo*

que desde la medicina galénica ha tendido, ante el gris de las cosas y de sus formas, playas de cualidades?.

Los significantes sociales se han ido desplazando y cuando una persona no cumple con las expectativas, de lo que como sociedad se espera de él, es marginado y considerado un anormal, ya que es considerado como un ser incompleto e inacabado, esto quizá se debe a que cómo sujetos sociales, necesitamos marcar las diferencias o faltas en esos otros, para poder librarnos de la angustia de ser nosotros los diferentes y de esta manera identificarnos con esos otros y reafirmarnos como sujetos sociales y seres “*Normales.*”

En ese caso, como menciona Flores 1999, “*se hace necesario recurrir a ese Otro, al diferente, a la alteridad que legitime la existencia del coherente, del válido, del típico, y del capacitado*”. Así podemos seguir manteniendo nuestra ilusión de igualdad. Entonces estamos en un discurso en el cual al humano se le da un rango de valía: bueno, malo, enfermo, loco, inválido, etc. Las cuales no son más que etiquetas o estigmas con los que carga durante toda su vida, ya que va acumulado significantes, que le han sido dados por lo que ese Otro espera de él. por ello el abatir la marginalidad es una utopía, porque parece que se necesita del diferente para darle valor a la igualdad, igualdad que es sólo una ilusión, como podemos constatarlo a partir de la revolución francesa (1789), que fomentada por las doctrinas filosóficas y económicas de los enciclopedistas, con la *Declaración de los derechos del hombre* busco abolir los privilegios de clase y establecer la igualdad de los ciudadanos ante la ley, abriendo así en Europa la era

de las sociedades modernas, en la cual, tanto políticas como mercadotecnia, parecen ir encaminadas a buscar la igualdad, la cual es, más que modificar las leyes o cambiarles algunas frases, pues la cultura de la diferencia, parece ser una necesidad del ser humano, tanto como el buscar la igualdad. ¿El humano tendría que romper con la ilusión de igualdad?, dejar de pensar al ser humano como grupo y verlo como sujeto, con todos aquellos significantes que lo encubren y lo subjetivizan, pero eso sería aceptar que todos somos diferentes, cosa que desde el punto de vista institucional no suena posible, pues en este discurso se entretajan definiciones institucionales de tipo: social, cultural, religioso, educativo y de salud, que precisamente pretenden alcanzar la igualdad.

Hay que aclarar que cuando se habla de discursos estos no tienen que ser hablados ya que muchos están explícitos simbólicamente en la vida del sujeto, es cómo el caso de la madre que dice. “no se explica la rebeldía del hijo, ya que aunque ella no lo deseaba cumplió con su *deber* de madre y nunca le ha dicho al hijo que no lo quiere”; pero... “*no necesitaba decírselo*”, porque hay cosas que sabemos y no necesitamos oírlas ni saberlas conscientemente. Ya que hay una censura que no permite obtener las cosas directamente. *Lacan (1981) decía que: “el significado no tiene que ver nada con los oídos, sino con la lectura, esa lectura de lo que se escucha y lo que se escucha son significaciones”*. Con esto podemos tratar de explicar, como al movernos en un mundo simbólico, todo lo que vivimos es a través de una red de significantes y no de lo real, es como: si a tres personas, que conocen a alguien en común se les pidiera describir a esa persona, le pondrían

muchas características y puede ser que estas no coincidan, o también pueden haber características que coincidan en significante, pero no en la significación, que tienen para cada uno de los que atribuyeron esa característica, como el ser “bondadoso”, todos creemos que sabemos que es lo que quiere decir bondadoso, pero esta palabra puede tener miles de significados, ya que sólo una persona podría darle muchas significaciones a esta palabra. Entonces eso leído, que yo escucho (el significante), no es para ser entendido, pero existe un acuerdo cultural, para que creamos que nos entendemos, *“es el acuerdo del mal entendido.”* Lacan (1972-1973) menciona: *“Hay relación del ser que no puede saberse. Aquella cuya estructura indago en mi enseñanza, en tanto que ese saber – acabo de decirlo – imposible está, por ello, en entredicho (interdit). Aquí juego con el equivoco: este saber imposible está censurado, prohibido, pero no lo está si escriben adecuadamente el entre- dicho, está dicho entre palabras, entre líneas. Se trata de denunciar a qué género de lo real nos da acceso.*

Se trata de mostrar a donde va la formalización, ese metalenguaje que no es, y que hago existir. Sobre lo que no puede ser demostrado, algo verdadero puede, empero ser dicho. Así se abre este género de verdad, el único que nos es accesible, y que versa, por ejemplo, sobre el no savoir – faire, el no saber hacer”.

De hecho nosotros mismos nos damos cuenta sólo de algunos significantes con los cuales estamos conformados como sujetos, pero de otros no, pues ningún significante es eterno, ya que siempre hay otro y otros, que al satisfacerse, se reemplazan por otros. Ya que está en juego el deseo, que es la categoría fundamental del inconsciente. El significante obtiene tal anatomía, que el sujeto queda atrapado en el, ya que parece que esta cadena nunca se acaba y el humano

siempre está en búsqueda de esa completud, que le está negada de antemano puesto que el significante se sigue deslizando, y nunca llega a englobar el significado absoluto (nombra la cosa sin alcanzarla). “*El significante es aquella materia resbaladiza, no disponible, que se trasciende en lenguaje*” (Moral, 1987).

Esos significantes, le dan significado a la vida de la persona, parece que los significantes son cómo diagnósticos, es decir: invalido, enfermo, tonto, todos ellos son significantes, que en base a la vida del sujeto cobran un significado; significado que tendrá que ver incluso con el cuerpo del sujeto y su enfermedad, pues: ¿qué es la enfermedad más que significantes?, nombres que se le pone ha eso que se ve en el cuerpo , pues como menciona *Foucault (1966): “el enfermo es el retrato encontrado de la enfermedad”*, es decir la enfermedad se debe de ajustar a un significante o un acuerdo cultural ya establecido, para poder ponerle nombre y poder prescribir un tratamiento. Siendo también la enfermedad un significante que se desliza y no se atrapa (aunque el saber médico busque hacerlo).

El cuerpo, está marcado simbólicamente, por estos significantes, ya que es la madre la que va erogenizando, la que va dando un sentido a ese cuerpo, a ese cuerpo cargado de significantes (de la madre), que puede llegar a enfermar, hablando de una enfermedad que se muestra en lo orgánico pero que tiene raíces en lo simbólico, tanto del lugar en el cual se deposita la enfermedad, tanto de los significantes que se le dan a esta enfermedad antes de poseerla y cuando se le posee, como menciona *Flores (1999): “no pretendemos negar*

que los daños orgánicos reales se marcan como fractura en el cuerpo del sujeto,... que de acuerdo al cuerpo simbólico a estos les falta. Sin embargo, no es la falta lo que provoca su mayor desintegración de los grupos regulares, sino la exacerbación del daño por la idea simbólica de completud de los otros; es decir, la manera en la que se deposita el significante... pues la estructura psíquica no depende del cuerpo, sino de la simbolización...” como se puede ver en el hipocondríaco y la histérica, de hecho como antes había mencionado, el humano no tiene el poder de liberarse de esta red que lo atrapa en los significantes, ya que es más que consciente e inconsciente, pues lo inconsciente es lo psíquico verdaderamente real y la conciencia se queda en un campo puramente simbólico. Un simbólico que está en todo aquello que el sujeto humano nombra, ya que todo esta cargado de significantes, tanto los actos conscientes como las maneras en las cuales se manifiesta el inconsciente. De hecho Freud (2001) ya mencionaba lo siguiente acerca de lo simbólico: *“Pero hemos de observar que este simbolismo no pertenece exclusivamente al sueño , sino que es característico del representar inconsciente, en especial del popular, y se nos muestra en el folklore, los mitos, las fábulas, , los modismos, los proverbios y los chistes...Aquello que en la actualidad se nos muestra enlazado por una relación simbólica se hallaba probablemente unido en épocas primitivas por una identidad de concepto y expresión verbal. La relación simbólica parece ser un resto y un signo de antigua identidad. Puede asimismo observarse que la comunidad de símbolos, traspasa en muchos casos la comunidad del idioma”*. Podemos ver como hay una red simbólica tanto en el ser humano como entidad única, como a nivel cultural, y es precisamente en el trabajo de la interpretación de los sueños cuando Freud trabaja con lo simbólico a nivel cultural, pero ¿Qué tanto se puede relacionar

lo simbólico con el cuerpo?, parece que la relación del humano con su cuerpo está dada por discursos maternos, institucionales y culturales, es decir la relación del ser humano con el cuerpo ha ido cambiando de acuerdo a las verdades de cada época, así también el discurso médico y el cuerpo que nombra y diagnóstica ha ido cambiando.

Sami- Ali (1990) menciona que: “Lo imaginario no es otra cosa que el sueño y los equivalentes del sueño de la vida despierta que son: el fantasma, la ensoñación, el delirio, la alucinación, la creencia, el juego, la transferencia, el comportamiento mágico y otros tantos fenómenos en los que el sueño se produce merced a un equilibrio, diferente cada vez entre consciente e inconsciente, nada mejor que el campo de lo psicosomático para afirmar que lo imaginario existe, y que es una función que se encuentra mediatizada por la relación precoz con la madre... Lo imaginario no puede ser reducido a la interpretación por imágenes, porque es la subjetividad misma”. Este autor también está de acuerdo en la relación del hombre con algo subjetivo, algo que no le es consciente y que no se encuentra en lo nombrable. (Pues, si hablamos de imágenes, sólo vemos lo que se encuentra en nuestra realidad), además de la relación de las enfermedades psicosomáticas con la madre, la cual le da entrada a lo simbólico a ese cuerpo, el cual ella erógeniza, cuerpo en el cual se depositan sus significantes y deseos y que van a colocar a esa otra persona y a su cuerpo en relación con lo simbólico. Sami Ali parece estar de acuerdo con Freud, en que la patología se desenvuelve en el fracaso de la represión y el regreso de lo reprimido en forma de síntomas neuróticos o psicóticos, y si llega a haber somatización tendrá lugar en el cuerpo guardando una correlación con lo imaginario, imaginario que no está puesto en palabras, pues forma

parte de lo innombrable. Cómo lo demostraban las histéricas de Freud, por ejemplo: el caso de la tos nerviosa de *Dora (1901-1905)*, y su estrecha relación en lo simbólico (llaves, alajeros, orinarse, casa etc), como con lo innombrable, el momento en que el señor K le da el beso y la estrecha hacia él, es decir, en el cuerpo hay algo de lo innombrable, lo cual lo hace ser un cuerpo simbólico y no real.

Para *Sami Ali(1990)*, la enfermedad somática va más allá de ser una vuelta de la represión o un fracaso de ésta: *“El conflicto esta en su estructura lógica, más cerca de la psicosis lo que al mismo tiempo impide hablar de neurosis orgánica. Hay además, una relación especial entre somatización y psicosis ... todo indicaría que una y otra se producen en la misma situación de atolladero , que en los dos casos se afronta lo impensable de la contradicción , con esta diferencia, no obstante, la psicosis, sobre todo cuando se elabora a través del delirio. constituye una última tentativa de pensar lo impensable, de pensarlo precisamente a despecho del pensamiento, por lo tanto la salida psicótica es posible y en ese sentido la psicosis, al superar lo insuperable, transpone enteramente los términos del conflicto, efectuando al hacerlo un pasaje del cuerpo real al cuerpo imaginario. La psicosis representa una protección contra la somatización y de suerte que se establece entre una y otra una correlación negativa; lo cual explica además la extraña comprobación de que los psicóticos, rara vez conocen la enfermedad orgánica, que por su parte afecta al cuerpo real”*. En relación a este punto de vista podría contraponerse, el hecho de que si hablamos de que un psicótico puede superar lo insuperable y pensar lo impensable, es porque podríamos decir, que rompe con lo simbólico para instaurarse en lo real, es decir, el psicótico no enferma en lo simbólico porque está en lo real y no porque pase a lo imaginario, ya que al estar en lo real

nombra directamente las cosas, y su enfermedad estaría instalada en el cuerpo real. En cambio el neurótico enferma más, porque se encuentra en un mundo simbólico. Entonces un sujeto que no sea psicótico podría pasar de no poder nombrar (obturado) aquello que no le es accesible a su saber consciente y está instaurado en el cuerpo a poder nombrarlo. Cómo el mismo autor menciona en otro apartado: *“Al cuerpo imaginario, se opone el cuerpo real, ahora bien, todo fenómeno de somatización, perteneciente o no a la conversión histérica... tomar conciencia de ello equivale a reconocer al cuerpo como límite infranqueable”*. Efectivamente, el cuerpo es un límite que también está relacionado con la represión, con los usos o no usos que se hacen del cuerpo y con la manera en la cual está simbolizado tanto cultural como individualmente. *“En este sentido, cualquier reeducación normalizante no puede menos que acrecentar una represión de lo imaginario... El inconsciente, pues, lejos de ser un depósito de energía, es primeramente una relación con el otro. Semejante a la comunicación oculta que erróneamente se atribuye en exclusividad a lo primitivo.”*(Sami- Ali, 1990).

Otro punto que es importante resaltar en los trabajos de Freud y de este autor es la gran relación que existe entre lo que la persona dice de sí y de su historia (entre lo lingüístico y lo discursivo), y el lugar en el cual se instaura el síntoma, por ejemplo el caso de *Giles* (Sami Ali, 1990): él cual padece de una miopía, pero sus propios fragmentos discursivos son significativos de esta enfermedad *“Mi miopía es voluntaria es voluntaria y decidida, no quiero ver, evito ver”* dice, *Giles* que padece de una impotencia sexual primaria acompañada por eyaculación precoz y que requirió un prolongado análisis... *“la madre aparece siempre intocable, haciendo creer a la vez que es “buena” y que no tiene necesidad para demostrar su afecto, de*

actos físicos. Convertida en entidad abstracta como amor abstracto. Otros recuerdos vienen a mostrarla capaz de desnudarse, de exhibirse totalmente, no en verdad para seducir sino haciendo como que el niño presente no viera, no pudiera ver. “En mi madre las reglas hacen las veces de carácter”.

Como puede verse en *Giles* hay significantes que le impiden ver, significaciones que tienen que ver con su relación con la madre, con esa que nombra al sujeto, pero, ¿qué pasa cuando la persona enferma en lo simbólico o en lo real. Llega a una institución hospitalaria, y recibe una nueva serie de significaciones relativas (aparentemente) a él como sujeto?, las cuales se entretajan con las significaciones ya existentes y parecen desaparecer al sujeto, tanto que en algunas ocasiones la enfermedad se exacerba. La presente tesis, surgió a partir de este cuestionamiento y como parte del proyecto de investigación *“la intervención del psicoanálisis en la institución y el problema de la integración social: alcances y límites del sujeto en su marginalidad diagnóstica en hospitales”*, este proyecto surgió para dar continuidad al proyecto denominado *“Estudio de la integración educativa a nivel nacional, problemas, prácticas y perspectivas”*. Es a partir de este proyecto y de los resultados obtenidos en el, que surge el interés en torno al papel que podría tener la práctica del psicoanálisis en el interior de las instituciones, al lograr que el sujeto llevara a cabo una resignificación del diagnóstico institucional (que en caso de la institución escolar se traduce en marginalidad educativa y en el caso de la institución hospitalaria, en invalidez), que coagula al sujeto en el comportamiento sintomático.

El trabajo ya realizado por psicoanalistas que conforman este proyecto, en el hospital 20 de noviembre, permitió obtener observaciones de carácter cualitativo que muestran que por medio de un trabajo analítico es posible que el sujeto de la institución tenga acceso a otro discurso que posibilite una reflexión sobre su historia sufriente y modifique ese lugar en el cual se encuentra ubicado. Ya que se ha encontrado *relación entre las historias de vida de algunas pacientes sus diagnósticos médicos y el lugar donde se deposito el cáncer*

El trabajo se inicio en hospitales, llevando a cabo entrevistas, tanto con los pacientes enfermos de cáncer (generalmente ya mutilados), como con los médicos y familiares de estos pacientes, las entrevistas eran de manera individual y en el caso de los médicos, comprendía el diagnóstico, pronóstico y la apreciación subjetiva del médico con respecto al paciente en cuestión. En relación con los pacientes y sus familiares las entrevistas se continuaron hasta transformarse después de varias sesiones en instrumentos de intervención que permitieron la reflexión sobre los diferentes discursos congelados, estigmatizantes de la enfermedad o la mutilación, así como las posibilidades futuras de vida creativa , reincorporándose a la esfera familiar, laboral social y cultural. En las entrevistas individuales con las pacientes se dieron a conocer la historia del sujeto y las condiciones en que aparece la enfermedad, así como las consecuencias psicológicas y emocionales que está causó; la enfermedad y el diagnóstico no sólo en el paciente, sino en el soporte familiar al que pertenece, la historia clínica de las pacientes fue

sirviendo poco a poco de plataforma discursiva, que permitió introducir las interrogantes sobre los discursos estigmatizados que se generaban en relación a la pérdida de órganos, a la invalidez y abrió la reflexión en torno a la significación de la enfermedad del cáncer que generalmente se asocia con la muerte.

En el trabajo que se llevó a cabo con las pacientes con cáncer mutiladas se logró una resignificación del órgano perdido, a partir de la reflexión de una historia personal que depositaba una serie de emociones en dicho órgano, de tal suerte que los pacientes se trasladaban de un orden delimitado por la biología organista a una dimensión simbólica.

Uno de los objetivos principales del proyecto y en el cual se inserto la tesis es: analizar los vínculos que se generan entre la institución hospitalaria, las historias de vida y los sujetos sometidos a un diagnóstico. Por lo cual la presente tesis tiene como objetivo, analizar desde la teoría psicoanalítica esta vinculación entre la historia de vida del paciente, el diagnóstico médico y el órgano afectado así como la exacerbación de la enfermedad a partir del diagnóstico médico, ya que si la enfermedad esta formando parte de una significación de la red discursiva del paciente, es posible, resignificarla o descoagularla y si bien esto no curaría la enfermedad podría dar paso a otro discurso que significara de manera diferente la vida y el cuerpo del sujeto. Estudiando cómo y de que naturaleza son estas ligaduras.

Capítulo 1

Genealogía del discurso en el diagnóstico médico.

En la actualidad y desde hace varios siglos, el papel del médico es uno de los más importantes y reconocidos socialmente, no es para menos, ya que el médico posee el saber de la cura, para poder liberar a alguien de la enfermedad o inclusive de la muerte, es decir, el médico posee un saber-poder de dar salud a los demás y en nombre de este saber poder, se han creado y siguen creando clínicas y grandes hospitales, los cuales tienen como objetivo el salvar vidas y curar enfermedades, para lo cual cada vez se diseñan más y más técnicas, métodos y tratamientos, para conocer la verdad sobre la enfermedad y el cuerpo humano, pero este saber médico, no ha sido siempre el saber de la cura, sino que la historia de la enfermedad y la sanación, también ha tenido un recorrido histórico; recorrido por el cuál a tenido que atravesar la medicina para instaurarse como verdad sobre otros saberes que también decían poder proporcionar la salud.

A continuación se desarrollarán lo más breve posible los momentos por los cuales ha atravesado la medicina históricamente, deteniéndonos para analizar, “como se ha ido moviendo o cambiando el discurso médico”. Para ello usare la división histórica y lo comentarios propuestos por *Lain Entralgo* (1978), en su libro “*Historia*

de la medicina”, donde se divide a la medicina en cinco etapas : 1) medicina pretécnica, 2) medicina Phycis Helénica, 3) Helenidad, monoteísmo y sociedad señorial (edad media), 4) mecanicismo, vitalismo y empirismo, 5) Evolucionismo, positivismo, eclecticismo (siglo XX), 6) La medicina actual (desde la primera guerra mundial).

1) Medicina Pretécnica (Siglo V A,C).

Y hablo el pueblo contra Dios y contra Moisés: ¿Por qué nos hiciste subir de Egipto para que muramos en este desierto? Pues no hay ni pan ni agua, y nuestra alma tiene fastidio de este pan tan liviano.

Y Jehová envió entre el pueblo serpientes ardientes, que mordían al pueblo; y murió mucho pueblo de Israel.

Entonces el pueblo vino a moisés y dijo: Hemos pecado por haber hablado contra ti; ruega a Jehová que quite de nosotros estas serpientes. Y Moisés oró por el pueblo.

Y Jehová dijo a Moisés: Hazte una serpiente ardiente, y ponla sobre una asta; y cualquiera que fuera mordido y mirare a ella, vivirá.

Y Moisés hizo una serpiente de bronce, y la puso sobre una asta, y cuando alguna serpiente mordía a alguno, miraba a la serpiente de bronce, y vivía.

Números 21:5-9

Se denomina medicina pretécnica a todo aquel periodo de la medicina en el cual, como la palabra lo indica no había una técnica o arte de curar, o por lo menos algo que se pudiera considerar así, es decir, las curaciones y la enfermedad eran atribuidas a la maldad y la magia, pero a pesar de esto, la medicina pretécnica o saber de la cura aceptado en ese momento histórico y practicado por la India, China y Egipto, era capaz de librar a las personas de su enfermedad y proporcionarles la cura o incluso la muerte, sin embargo, los médicos

del siglo actual consideran ha este periodo de la medicina, como carente de racionalidad, aunque no podría negarse que en su momento fungió como verdad, cabe mencionar, como ejemplo: la historia de la muerte de los primogénitos en Egipto, la cura por medio de voltear la mirada hacia una serpiente en el desierto (de los judíos), cabe entonces preguntarnos: ¿Sí se necesitará forzosamente de una técnica o sólo de un saber inscrito y aprobado por un entorno social?, *Lain (1978)* menciona: “*cuatro han sido desde que el hombre existe en el planeta los modos de ayudar <<medicamente a un enfermo>>: 1.El espontáneo, con que valga el ejemplo, la madre protege en su regazo al niño febricitante y dolorido, 2.el empírico, está apelación a una práctica, sólo porque en casos semejantes ha sido favorable su empleo, 3. El mágico... 4.El técnico que resulta de la conjunción de dos exigencias básicas, hacer algo sabiendo racionalmente, por tanto no míticamente*”. Pareciera entonces que desde la antigüedad ya existía un saber de la cura, el cuál no se encontraba en las técnicas o el razonamiento (por lo menos no en el razonamiento científico), pero sí en una cultura y contexto social, que lo asumía y se ligaba a el como verdad, verdad en ese momento.

Esta etapa denominada pretécnica culmina cuando da inicio la medicina hipocrática , aunque la división se hace mayor con Alcmeón y los presocráticos, es decir, cuando comienza a cambiar la concepción del hombre y la sociedad, también se modifica la concepción de la enfermedad y la cura, lo cual es posibilitado por el momento histórico que atravesaba Grecia.

2) Medicina y Phycis helénica.

Los centauros eran mitad hombres y mitad caballos, pero muy sabios. Su peor defecto era la costumbre de emborracharse en las bodas..., Quirón fue el tutor de algunos de los héroes más valientes de la tierra... A Asclepio le enseñó el tiro al arco , el alfabeto y astronomía , aunque lo vio más interesado en la medicina.., Asclepio se convirtió en el mejor médico de Grecia. No sólo curaba moribundos, sino que, en tres o cuatro ocasiones, resucitó incluso muertos, usando una planta mágica que le había descubierto una serpiente en una tumba.

El rey Hades se quejo de aquellas resurrecciones a Zeus.:

-Uno de los hijos de Apolo me está quitando súbditos.

-Vamos, vamos –contesto Zeus-. Asclepio hace estas curaciones porque tiene buen corazón. ¿Qué tiene de malo? Además, todos sus pacientes se mueren tarde o temprano, así que¿ por qué te preocupa?.

-Estas equivocado -continuó Hades -. Hace sus curaciones por dinero. El otro día, resucito al rey Licurgo quien ya había sido descuartizado por unos caballos, por orden de tu hijo Dionisios cuando volvía triunfante de la India. La familia real pagó a Asclepio un cubo lleno de oro por sus servicios.

-¡Oh entonces, de acuerdo!: gruñó Zeus.

Zeus entonces lanzó un rayo a Asclepio y lo mató

Graves, (1999).

Con Hipócrates y los Presocráticos, se hace una división entre el saber puramente empírico y el que parte de un razonamiento, esto posibilita que también se haga una división entre un modo de curar mágico y otro que partirá de un razonamiento, el cuál se va a denominar *tekhneiatrike ars médica* o arte de curar, la base de está arte- técnica se encontraba en la fisiología o contextura del cuerpo humano y “se fundamentaba en : 1) Observación directa, 2) heridas en Batalla, 3) contemplación de cuerpos en estado de putrefacción y sin enterrar”. (Lain ,1978).

La técnica o arte de curar se va a basar principalmente en la observación, pero: ¿sí, será esta observación hipocrática, igual a la observación médica actual?, Foucault (1966) menciona: *“Hipócrates se aplicó sólo a la observación y desprecio todos los sistemas,... Pero los privilegios que la clínica acaba de reconocer a la observación son de naturaleza bien distinta... Son a la vez los privilegios de una mirada pura , anterior a toda intervención, fiel a lo inmediato, que toma sin modificarlos, los de una mirada preparada con toda una armazón lógica que exorciza desde el comienzo la ingenuidad de un empirismo no preparado...El correlativo de la observación no es jamás lo invisible , sino siempre lo inmediatamente visible”*, se habla entonces, de un razonamiento basado en la mirada, dando por hecho que lo que se ven son verdades, y que la mirada es pura, entonces ¿Por qué las verdades han ido cambiando? Y conforme estas verdades cambian, entonces también se modifica lo observable.

A pesar de que en este periodo, el arte de curar ya partía de un razonamiento se siguen considerando como causas por las cuales enfermar: 1) causas naturales o ambientales, 2) por **designios de los dioses**¹, así también hay dos formas de entender los efectos de la enfermedad : 1) consecuencias naturales o inmediatas del agente causal, 2) Naturalidad cósmica, Y por lo tanto dos formas de curar: 1) la medicina y 2) la divina o mágica. “Quizá podríamos pensar en la impresión del discurso social sobre el paciente y su enfermedad, que Laín (1978) va ha denominar *“Eficacia sicosomática de la creencia”*, que se relacionaría con una creencia del paciente que se une al saber de ese que posee la verdad y arte de curar su enfermedad, o a ese Dios o

¹ En adelante las negritas tienen la finalidad de remarcar el sentido de las palabras.

divinidad que lo enfermo, le nombro o le marco con un **destino** (que también podría ser un **diagnóstico** médico) y de esta manera la persona podría obtener la sanación o un destino funesto, como Aquiles, que por un **designio** o marca hecha sobre su cuerpo, tiene como consecuencia la muerte, ya que según el mito: *Aquiles hijo de Peleo, rey de los mirmidones y de la diosa del mar, Tetis, que lo sumergió en la laguna Estigia para hacerlo invulnerable, pero descuido humedecer el talón del pie por donde lo había cogido, dando como resultado que esa parte del cuerpo quedo sin la protección de las virtudes de las aguas de la laguna. Fue a la guerra de Troya y murió a manos de Paris, cuando arrodillado ante el altar en el cual se casaba con Polixena, hija de Priamo, después de destruida Troya, Paris le disparó una flecha al famoso talón y lo mató (Homero, 1979).*

Los griegos, seguían considerando muy importante el **designio de los dioses**, ¿Por qué entonces, los médicos actuales, consideran a Grecia la cuna de la ciencia o arte de curar? Bueno la respuesta parece simple, aunque el análisis sería bastante complejo; Porque en Grecia a diferencia de Egipto, China y la India que también consideraban a la magia y la divinidad como parte fundamental de la cura, se empieza a perfilar lo que posteriormente será el método científico, es decir, se pasa del mito al logos, aunque queda como base el mito. Podemos ver como se pasa de un **designio** mágico del **destino** de la vida de los hombres a un **diagnostico** médico que también va a **de-signar** el destino de esa vida, *sí buscamos las raíces etimológicas de estas palabras encontraremos que: “se entiende bajo el término designio cualquier objeto existente o inexistente que el signo puede denotar, lo denotado es, en cambio algo existente. Entre “designación” y “denotación” se*

establece una distinción análoga, sin embargo, ambas significan la referencia de un signo a un objeto. (Abbagnano, 1994) entonces el **designio** es buscar entre signos el futuro de una persona o cosa, caso semejante al término **diagnóstico**, al que posteriormente se refiere. “Sólo vías muertas o insuficientes preludios podemos ver nosotros en el conocimiento y el gobierno del cosmos que se llegó en Asiria , Babilonia, Egipto, la China y la India antiguos, sólo en Grecia del siglo V , en efecto, serán cumplidas al menos incipientemente tres exigencias en cuya virtud es verdaderamente científico el conocimiento de una cosa y verdaderamente técnico el conocimiento de ella: 1) la exigencia sistemática, los saberes acerca de la cosa en cuestión deben hallarse ordenadas conforme ha principios ciertos y racionales, 2) la exigencia metódica, esos saberes han debido ser obtenidos mediante un método que garantice su verdad y garantice su incremento, 3) la exigencia teórica , esa que pide de nosotros una respuesta más o menos satisfactoria a la pregunta por <<lo que es>> - por lo que en si misma es- la cosa estudiada (Lain, 1978). Hasta aquí podemos ver como el arte médico se empieza a implantar como saber-poder o saber valido de la cura, sobre otros saberes como la magia y la divinidad, posturas o saberes que si bien aun siguen siendo validos y verdades para muchos, en los cuales si ejercen la posibilidad de cura (y hasta de enfermedad) , no son para la mayoría considerados una ciencia o una verdad sobre la sanación de la enfermedad, es decir, se implanta la medicina como saber verdadero, y los otros saberes pasan a ser mitos o verdades a medias , pero aun así esta nueva verdad necesita de una razón, para instaurarse como verdad sobre las otras, y esta razón de otras tres razones, que conforme pase la historia de la medicina se irán multiplicando, tratando de alcanzar, ser o poseer la verdad sobre la

salud de los cuerpos. Pero acerca de estas primeras tres razones se podría argumentare lo siguiente:

a)El ordenar los saberes conforme ha principios ciertos y racionales, tiene que ver sino, con una categorización propiamente dicha, sí con una selección, la cuál tiene que partir y ser hecha o nombrada por una o algunas persona o personas, que la califiquen como parte de algo cierto, siendo esta decisión racional y verdadera para el resto de la sociedad, lo anterior hace preguntarse: Sí las personas en la antigüedad (algunos en la actualidad) creían o creen en la magia o la divinidad como causa de la enfermedad, ¿Acaso esto, no era o es a partir de algo cierto, por lo menos en ese momento y eso cierto instaurado y respaldado por un discurso, no estaba o está, fundado en un razonamiento socialmente aceptado (de otro tipo tal vez, pero sí de un razonamiento)? *“La suposición exacta del “cuerpo” de la enfermedad y del cuerpo del hombre enfermo no es, sin duda, más que un dato histórico y transitorio (Foucault, 1966).*

b)Un método que garantice su verdad (saberes obtenidos mediante un método que garantice su verdad), es decir, algo que es una verdad, tiene que partir de algo verdadero, pero para asegurar que algo es verdadero, es necesario que alguien lo legitime como verdadero o falso, lo cual coloca a la verdad como algo azaroso y transitorio que es dependiente de un lugar de poder.

c)–lo que es – la cosa estudiada; si hablamos de conocer lo que es la enfermedad que en este caso es la cosa estudiada por el arte médico,

se puede caer en cosificar al enfermo, es decir, él que tiene el saber es el que da un dictamen sobre la cosa en este caso, la enfermedad de otro. *“Para conocer la verdad del hecho patológico el medico debe abstraerse del enfermo “ (Foucault 1966).*

d) Podemos concluir que la verdad acerca de la cura no es un dato verídico, sino, dependiente de un discurso instaurado en lo social, como podemos ver en los aspectos que estudia *Lévi-Strauss* de la *cultura chamanística* en la tribu de los *cuna*, de Panamá narrado por *Tuber*, (1988): *“...Se trata del texto de un canto cuyo objetivo es ayudar a un parto difícil. El canto se inicia con una descripción de la confusión de la partera, describe su visita al chamán, la partida de éste hacia la choza de la parturienta, su llegada, sus preparativos, consistentes en fumigaciones de granos de cacao quemados, invocaciones y la confección de imágenes sagradas. Estas imágenes, esculpidas en materiales prescritos que les otorgan eficacia, representan a los espíritus protectores del chamán convierte en sus asistentes y cuyo grupo encabeza conduciéndolos hasta la mansión de **Muu**, “la potencia responsable de la formación del feto”. El parto difícil se explica porque **Muu** ha sobrepasado sus atribuciones y se ha apoderado del **purba** o “alma de la futura madre”.*

*El canto consiste en la búsqueda del **purba** perdido, que será restituido tras grandes peripecias y tras un gran torneo librado entre el chamán y sus espíritus protectores por un lado, y **Muu** y sus hijas por otro. Vencida **Muu** deja que se descubra y libere el **purba** de la enferma; entonces tiene lugar el parto...*

*...El parto difícil se explica porque **Muu**, el alma del útero, ha apartado a todas la otras almas de las diferentes partes del cuerpo. Una vez liberadas éstas, aquella puede y debe reanudar su colaboración.*

El chamán no toca el cuerpo de la enferma y no le administra remedios pero, sin embargo, pone en cuestión en forma directa y explícita el estado patológico y su localización; podría decirse que el canto constituye una manipulación psicológica del órgano del enfermo y que de esta manipulación se espera la cura” Puede verse en esta narración que efectivamente se da una manipulación psicológica, pero, porque hay un entorno y saber social que le da soporte y lugar de “verdad” en el cuerpo de esta mujer que es parte de esa realidad, es decir, también el cuerpo se hilaba simbólicamente con lo social.

No obstante en la época helénica la medicina no estaba aun delimitada como ciencia, sino como un arte, arte en el cual intervienen, la creencia divina tanto del médico como del enfermo. Durante esta época se dieron grandes avances sobre los cuales posteriormente se fundará el saber médico, y la importancia de este saber como fundamental para salvar vidas y curar enfermedades, entre los cuales podemos nombrar los estudios sobre Anatomía general de Aristóteles. También en Alejandría se da inicio al estudio de la anatomía, por medio de la disección de cadáveres, para esta civilización, la ciencia estaba articulada como dinámica, (causa y acción), es decir los cambios partían de una causa que tenía como consecuencia un efecto. Además va a mencionar que el cerebro es el centro de la vida del hombre y finalmente Galeno (131-200-203 d.C) y sus tratados de fisiología, hacen romper al arte de curar con cualquier concepción que pueda ser considerada mágica o incorpórea, *Lain (1978)*, va a mencionar en relación a este periodo: “*es la medicina <<arte>> <<Teekhne>>, cuándo quien lo practica sabe que hace y porque lo hace; lo cual,*

como Aristóteles enseñó, supone conocer científicamente que es la enfermedad en cada caso tratada y que es el remedio para cada caso”. La medicina entonces no sólo se va a legitimizar como saber, sino también como una técnica. Técnica con la cual el médico va a saber qué y cómo actuar en cada caso o circunstancia (causa y efecto), para cumplir con ello, empieza a tomar más fuerza la importancia de los signos sobre el diagnóstico, “citando a Hipócrates **signo*** es todo dato de observación capaz de dar una indicación diagnóstica, pronóstica y terapéutica acerca de la enfermedad observada, puede pasar de signo indicativo a probatorio” (Lain, 1978). Como habíamos visto en las raíces de la palabra **de-signio**, se trataba un poco de buscar entre signos algo para que fuera existente, pero veamos también las raíces epistemológicas de la palabrea signo: “**signum**”, cualquier objeto o acontecimiento, usado como evocación de otro objeto o hecho ...toda posibilidad **semiosis**² es la característica fundamental de comportamiento de referencia a un objeto o hecho no presente o cuya presencia o no sea indiferente. En este sentido más estricto la posibilidad de uso de los signos o humano, porque permite la utilización del pasado para la previsión y proyección del futuro de lo que todavía no es presente” (Abbagnano, 1994). Es decir, la medicina se convierte en un saber que predice y rige cuál va a ser el nuevo destino del enfermo y su enfermedad, así como si este puede recuperar la salud o no, y por ello empieza a cobrar gran importancia el diagnóstico y con ello la problemática de que estos fueran o no certeros “ En cuanto al curso de enfermar rige tal dilema “, hay en efecto, enfermedades curables <<por necesidad>> y junto con ellas otras, <<por necesidad>> mortales y otras en fin que siendo sanables, no lo son <<por

² Las negritas son mías

*necesidad>> y sólo con la ayuda del médico podrán llegar a término favorable, ahora bien frente a un caso clínico concreto, ¿Cómo decidir acerca del grupo al que realmente corresponde? , sin mengua de su íntima sumisión a la divina **Phycis** (naturaleza)*, aceptando benévolamente por tanto, los soberanos decretos de ella, incluso cuándo lo decretado era la muerte forzosa del paciente, en esa interrogación tuvo el médico hipocrático sus más grandes problemas, (Lain,1978). Hay entonces una problemática relacionada con el diagnóstico y la verdad, en el cuál se encuentra el médico que predice y el enfermo que oye y asume un diagnóstico, el cuál no puede (o por lo menos no debe fallar), y sobre este cuestionamiento los médicos intentarán cada vez ser más precisos en sus **diagnósticos** (verbo griego *diagignoskein* <<conocer acabadamente>> viendo la palabra queda claro que es conocer acabadamente entre los signos) hasta dar paso a lo que hoy es la medicina moderna, en la cuál parece que el médico puede decir todo sobre la enfermedad sin equivocarse, ya que un buen diagnóstico, tendrá que ver con el futuro tratamiento, sanación o muerte del enfermo, y aquí el médico parece tener una responsabilidad ante la vida del enfermo, pero ante todo con su saber, para ello el médico hipocrático fue valiéndose de normas que legitimaran su arte, ya que se constituían así mismos en servidores de ese arte; como un servidor de la naturaleza, “Y servirá ha esta tratando de obtener cuatro fines principales : La salvación, Sin la medicina la humanidad entera hubiera sucumbido³ o por lo menos muchos hombres morirían. La salud, que puede ser <<completa>> o sólo <<suficiente>>, el alivio de las dolencias y el decoro visible del enfermo, la buena compostura del enfermo. La buena compostura de su aspecto, ahora bien: el logro de estas metas exige un recto atendimiento del*

³ El subrayado es mío, para denotar el peso que para los médicos tiene la instauración de su saber.

médico a varios principios y reglas...a)favorecer al menos no perjudicar...b) abstenerse de lo imposible, por lo tanto no actuar cuando la enfermedad parece ser mortal <<por necesidad>> esto es, por un inexorable decreto de la divina y soberana Phycis, c)Atacar la causa del daño, actuar <<contra la causa y contra el principio de la causa>>. Es necesario o prioritario, entonces saber como y porque actuar y para ello es importante establecer un diagnóstico, para eso el médico hipocrático tenía que considerar al diagnosticar una enfermedad: sus problemas, su método, sus metas y asegurarse que la persona que atendía estaba realmente enfermo, para todo lo anterior recurrió a la observación -El médico examinara ante todo el rostro del enfermo, para ver si es semejante al de los sanos ...una vez resueltos los dilemas <sano- enfermo> y <fatalidad-azar>empezaba para el médico hipocrático el verdadero quehacer del diagnóstico, consistente en su esencia en saber ordenar racionalmente <<fisiológicamente>>- la apariencia clínica del caso en la realidad de la Physis universal... (Lain,1978), se hace entonces una división entre el verdaderamente enfermo y el falso, decisión que no está completamente ligado al enfermo o al médico, sino a la naturaleza a la cual no desafiaban los griegos; como Asclepio, que por desafiar la naturaleza lo mato el Dios Zeus.

El concepto sano-enfermo que mucho después se convierte en normal-anormal, va a cobrar gran relieve para la práctica médica y lo que implica su diagnóstico, se va a convertir en algo fundamental, no en esta época, sino hasta la medicina moderna; pero el problema no esta sólo en el lugar de enfermo o sano, sino en el papel que va a jugar este diagnóstico en la vida del enfermo y su entorno social, es decir lo que va a ser un sujeto a partir de un diagnostico médico y social, pero parece que la mirada médica empieza alejarse del

enfermo y se sitúa en esa enfermedad que debe encontrar en el cuerpo y diagnosticar (nombrar) *“El diagnosticar llevaba consigo cuatro exigencias, a)Una precisa concepción de la apariencia concreta del caso clínico y por tanto de los <signos> semeia (de esta palabra proviene la palabra semiosis, que se divide en tres la semántica que considera la relación de los signos con los objetos a los que se refieren, nombran; y la pragmática, que considera la relación con los interpretes y la sintáctica que considera la relación formal de los signos entre sí)⁴ integrantes de la catarsis médicamente explorada. b)El conocimiento científico, <<fisiológico>> de la consistencia real de ese caso clínico, c)que estaba pasando realmente en el cuerpo del enfermo, la ordenación de la Katastassi (el particular aspecto de una enfermedad y el entorno contorno físico, estación del año, cielo, lugares, accidentes metereológicos en el que se había producido). Un juicio cierto acerca de la etapa del enfermar, comienzo, ascenso, acme, resolución, cocción, crisis en que el caso clínico se encontraba y el consecutivo establecimiento de un pronóstico. d)la conjetura de la causa externa determinante de aquella afección”* (Lain,1978), como puede verse el médico va a apartar su mirada del enfermo como sujeto de estudio, para posarla en el cuerpo de este, como si el enfermo y su cuerpo fueran dos cosas diferentes, volviéndose el cuerpo de este su objeto de estudio.

Para llevar a cabo los diagnósticos se apelo a tres recursos principales 1)la exploración sensorial (ver, oír, tocar, probar, oler), 2)la comunicación verbal, interrogatorio y conjetura, es decir se entrevista al enfermo , pero únicamente para buscar los signos que el médico, partiendo de un razonamiento, podrían ser signos de la enfermedad , de lo cuál el enfermo no parece saber más (o no poder saber más),

⁴ Los contenidos entre paréntesis son míos, la referencia es de Abbagnano (1994).

que lo que el médico desea o cree necesario saber, para decir de que enfermedad se trata y hacer un diagnóstico sobre el cuerpo. Según Foucault (1966) *“el diagnóstico es la etapa conclusiva del tratamiento, pronostica y predictiva en la cual el médico toma el saber del futuro del enfermo”*, Pero durante este siglo y en los venideros el buen pronosticar o buen diagnosticar también va a dar al médico un papel de prestigio social, como menciona Laín (1978), citando a García Ballester (1972): *“Yo no hago métrica, yo describo signos por los cuales se puede conjeturar que enfermos sanarán y cuales morirán, dice orgullosamente el autor de predicciones... Tres instancias cardinales se fundirán así en el alma de Galeno cuando se acercaba a un enfermo para diagnosticar su enfermedad, una de orden intelectual, incluso como médico Galeno consideraba ser sophos (sabio) ... otra de orden social mediante la exactitud del diagnóstico <<hay que considerar la admiración del enfermo y de los circundantes>>... otra en fin, de orden técnico-profesional, porque la eficacia del tratamiento depende de la exactitud del diagnóstico”*. Para el médico de esta época es entonces necesario, poder nombrar la cosa para poder tratarla, eliminarla o curarla, así como la creencia del enfermo, en que el posee ese saber de la cura, pero a pesar de que el arte médico se había instaurado como saber de la cura era un oficio libre que se ejercía sin título, ni diploma, era necesario únicamente el saber empírico, aunque al final de esta época ya existían pequeñas escuelas de medicina, esta quedaba legislada únicamente por el juramento hipocrático y por la manera en que el médico defendía su razón ante la razón del enfermo (*este último pasa a un lugar, en el que no sabe nada de su enfermedad*), los enfermos tratados en esta época por los médicos eran ricos en su mayoría, ya que los pobres seguían

poniendo su enfermedad en manos de los dioses o la magia (baste como ejemplo el mito que se narra al principio de este capítulo).

3) Edad media (helenidad monoteísmo y sociedad señorial)

“ARGAN .-¿Por qué, hermano, no ha de poder un hombre curar a otro?

BERALDO.-Por la razón, hermano, de que los resortes de nuestro organismo son un misterio es que los hombres no ven claro hasta ahora, ya que la naturaleza nos ha puesto ante los ojos velos harto espesos para que podamos advertir nada.

ARGAN.-Así, ¿creéis a los médicos unos ignorantes?

BERALDO.-Sí, hermano. Conocen en su mayoría la humanidades, saben hablar un buen latín y nombrar definir y clasificar en griego todas las cosas, pero en materia de curarlas nada entienden.

ARGAN.-Convendréis, empero, en que los médicos en esa curación entienden más que los otros hombres.

BERALDO.-Entienden lo que os he dicho, que no es apto para hacer muchas curas, y toda la excelcitud de su arte consiste en un pomposo batiburrillo, en una especiosa charlatanería que da palabras por razones y promesas por efectos.

ARGAN.-Sin embargo, hermano, hay otros hombres tan discretos y sabios como vos, y notad que en sus enfermedades no hay quien no recurra a los médicos.

BERALDO.-Lo que prueba la flaqueza humana y no la verdad de ese arte.

ARGAN.-Menester es que los médicos lo crean verdadero, ya que a sí mismos se lo aplican.

BERALDO.-Porque algunos de ellos comparten el error popular de que se aprovechan, como otros lo aprovechan sin compartirlo. Vuestro doctor Purgón por ejemplo, carece de toda sutilidad maligna. Es médico de pies a cabeza, cree en sus reglas más que en todas las demostraciones matemáticas y consideraría crimen ponerlas en tela de juicio. Nada en la medicina ve de obscuro , nada de dudoso, nada de difícil; y con impetuoso arrojo rígida confianza ...aplica a manos llenas purgas y sangrías...No hemos de censurarle lo que os haga pues os prescribirá con la mejor fe que quepa, no efectuando al mataros, sino lo que a efectuado con su mujer e hijos, como, si ello fuere menester, lo efectuaría consigo en persona”.

Moliere(1998)

La edad media es la época más extensa en la historia de la humanidad, se considera edad media desde el año 330 d.c hasta el año 1453 d.c, la medicina bien podría dividirse durante está época en tres etapas:

1) Cristianismo primitivo y medicina: la llegada del cristianismo y la consolidación de la iglesia van a servir de parapeto para que la medicina unida a ésta, se convierta en una actividad supuestamente altruista y desinteresada, con no más interés que ayudar al necesitado, al moribundo y dar igual trato al pobre que al rico, esta ligazón con la iglesia va a dar más poder al saber médico, ya investida de un supuesto altruismo *“Convertida en actividad pública, desinteresada y controlada la medicina podrá perfeccionarse indefinidamente; alcanzará en el alivio de las miserias físicas, la vieja vocación espiritual de la iglesia de la cual formara un calco laico. Y el ejército de los sacerdotes que velan por la salud de las almas, corresponderá, al de los médicos que se preocupan por la salud de los cuerpos (Foucault, 1966).* Durante esta primera época el desarrollo de la ciencia médica va a verse frenado en Europa, ya que no se podía violentar lo que la palabra de Dios (o de la iglesia), dijera con respecto a las prácticas médicas, que en algunas ocasiones eran consideradas brujería o hechicería como la cirugía y la alquimia, cabe mencionar que en su mayoría los médicos eran miembros de la iglesia (clérigos) y la enseñanza se daba en los monasterios: *“La doctoral y nada cristiana exhibición de un saber que, como hemos visto, tan escasa consistencia científica tenía ...la frecuente caída en prácticas milagreras o supersticiosas-reliquias, conjuros, ritos, etc; bajo el manto de la religiosidad o la convicción” (Lain, 1978).* Efectivamente, parece que se sigue tratando más de una convicción de la cura o del saber, que de ostentar o tener la verdad acerca de la enfermedad, lo cual va a dar como hecho que aquellos que no respetaran las prohibiciones religiosas para ejercer la medicina no pudieran ser considerados médicos e incluso fueran castigados por la

iglesia. Durante esta época se empiezan a construir clínicas en su mayoría en monasterios; aunque la ayuda médica parecía altruista, las mejores salas, los mejores médicos y los servicios a domicilio estaban destinados únicamente para los ricos, las salas que no estaban en buenas condiciones y las de atenciones de médicos aprendices o supuestos falsos médicos para los pobres.

2) En épocas similares pero en lugares diferentes la medicina árabe, va a pasar por tres etapas principales: la asimilación, recepción y recreación de lo griego. Para lo anterior los médicos árabes tuvieron que traducir los escritos de medicina griegos. Así los árabes van a llevar a cabo una clasificación de saberes y estudios médicos hecha por Avicena y los hermanos Sinceros, las enfermedades fueron clasificadas y ordenadas por los árabes en base a dos criterios, el fisiológico y el **nosográfico**⁵ (relación entre signos síntomas y diagnósticos), también se divide el saber según un orden ascendente y dinámico en los siguientes saberes: a) Álgebra, b) Óptica, c) Alquimia *chemi* (negro), está estaba prohibida en Europa, pero para los árabes no, ya que ellos tenían una concepción muy diferente del ser humano y Dios. Y por último d) Botánica. Es decir, se empiezan a dividir las enfermedades y saberes en base a las similitudes y diferencias encontradas en ellas, como rompecabezas que se arman, cuyas piezas son los signos, y que si encajan de una u otra manera corresponden o no a una categoría de enfermedad. Es muy importante resaltar que para los árabes la concepción del cuerpo humano, la vida

⁵ Cabe aclarar que esta palabra, aparentemente, aparece en esta época en el discurso del diagnóstico médico.

y Dios era diferente a la de la Europa medieval, ya que para ellos el ser humano no estaba hecho a imagen y semejanza de Dios, además el ser humano se dividía en : “*cuerpo humano (jism), corazón (qalb), espíritu (ruh), alma (Nafs), razón (Aqi), secreto(sirr)*”. (Lain, 1978), esto hace que para los árabes el hacer cirugías o practicar la alquimia no sea considerado algo prohibido o pecaminoso.

3) la asunción de conocimientos del medico del Islam a la medicina europea, esto se va a dar durante los siglos XI y XV, los médicos más importantes aun van a seguir siendo los clérigos, se empieza a dar la asimilación de la medicina árabe a partir de la traducción de sus escritos, dichas traducciones según Lain (1978) se las atribuyo a sí mismo Constantino, para evitar un conflicto con el medio cristiano.

“en la transición del siglo XII al XIII, cambio la estructura de la sociedad: frente al mundo feudal , ya en extinción gana creciente importancia, la ciudad, el burgo, y va consiguiendo apuntando el primitivo <<espíritu burgues>>, la religiosidad en fin adopta formas nuevas, cuya más visibles son las ordenes medicantes, dominicos y franciscanos” ...el alejamiento de Dios y la ciencia se pone en marcha, en el siglo XV, se recobra la anatomía, que estaba prohibida anteriormente, “carácter ritual poseía, en efecto, el despedazamiento y la cocción a que eran sometidas los cuerpos de las personas ilustres que morían en las cruzadas, para trasladarlos luego a su lugar de nacimiento inhumarlos allí... la tradicional renuencia contra la apertura del cadáver tenía un carácter más social y pseudo religioso y eclesiástico (Lain,1978). Además, podemos ver que aunque la iglesia lo prohibía se seguían dando prácticas como la cirugía clandestina o incluso algunas, practicas terribles sobre los cadáveres,

pero todo era posible de hacer y posible de prohibir, para la iglesia que se colocaba sobre cualquier otro tipo de poder en la edad media, poder que iba perdiendo poco a poco (no del todo, incluso en la actualidad).

El saber médico comienza a cobrar un papel fundamental en la sociedad, durante esta época van a existir tres puntos básicos que servirán para la fundamentación del saber médico: 1) la actitud ante la enfermedad y el enfermo, 2) los niveles y formas del saber médico y 3) los comienzos de la organización de la enseñanza de la medicina. Aunque ya empezaba a legalizarse la enseñanza de la medicina, en esta época es de gran importancia el aporte Indú y Persa a este arte, aunque los médicos actuales, no lo reconozcan, debido quizá, a lo mágico, religioso y azaroso que pudiera parecerles y que aun perdura en esas culturas, por ejemplo: la dietética durante esta época va a ser parte fundamental del tratamiento, a pesar de ser una aportación de estas culturas. La base del tratamiento médico aun va a fundamentarse en las enseñanzas de Galeno y otras ciencias que toman fuerza aunadas a la medicina, ya a finales de la edad media van a ser: la alquimia *chemi* (negro) de origen egipcio y la antropología del cuerpo (fisiología), que considera a un organismo en perfección, con el corazón como principio básico y los sentidos como informadores de lo que acontece en él, los signos siguen siendo considerados aquello que puede indicar si el humano va a obtener la cura o la muerte” << *son entendidos genéricamente como aquello que la enfermedad produce en el cuerpo y por lo que la enfermedad puede ser conocida*>>” (Iain, 1978), es decir, los signos son como huellas que va dejando la

enfermedad, a través de los cuales el médico va poder conocer o poner un nombre a lo que encuentra en el cuerpo, por eso es importante saber ver y localizar los signos, *Frier, 1789 en Foucault, 1966* menciona: *“El conocimiento de las enfermedades es la brújula del médico; el éxito de la curación depende de un exacto conocimiento de la enfermedad ; la mirada del médico no se dirige inicialmente ha ese cuerpo concreto, ha ese conjunto visible, a esta plenitud positiva que está frente a él, el enfermo, sino a intervalos de naturaleza y ha distancias donde aparecen como un negativo,. <<Los signos que diferencian a una enfermedad de la otra, la verdadera de la falsa, la legítima de la bastarda y la maligna de la benigna>>”*, la mirada médica comienza a hacer una división del sujeto que tiene enfrente en pedazos u objetos de estudio, esto sucede tanto con la búsqueda de los signos, cómo con la ciencia médica, que durante este periodo se divide, para seguir buscando la verdad sobre la enfermedad y la cura. La medicina medieval también va ha hacer suyos otros conocimientos de otras culturas, que ya había mencionado anteriormente, la alquimia, la dietética y por último la oftalmología, es decir la medicina va ha ampliar sus conocimientos, para poder cumplir con su misión de librar al hombre de su enfermedad, y con lo que se va ha encontrar es con *grandes lagunas* y distancias, como también menciona Frier,1789 citado por Foucault en 1966 y como podemos ver, lo único que van hacer es ampliar más y más el saber y aumentar las enfermedades, ya que al encontrar una aparece otra, y así se le sigue escapando a la medicina la enfermedad, las ciencias médicas comienzan a aparecer y a multiplicarse; ya que anterior a esto parecían existir únicamente dos ciencias, capaces de salvar al hombre y por ello su unidad, la teológica o religiosa que salvaba el alma y la medicina encargada de la

salvación de los cuerpos, pero al ampliarse el campo de estudio y dividirse cada vez más las enfermedades, parece cada vez más difícil el acabar con ellas ya que al nombrar la enfermedad y buscar entre los signos, se encuentran piezas que no encajan en la nosografía y surgen nuevas enfermedades y se van haciendo más categorías. *“...El mito de una profesión médica nacionalizada, organizada a la manera del clero, e investida, en el nivel de la salud y del cuerpo, de poderes parecidos a los que este ejerce sobre las almas; el mito de la desaparición social de la enfermedad en una sociedad sin trastornos y sin pasiones, devueltas a su salud de origen . La contradicción manifiesta de las dos temáticas no debe engañar: una y otra de estas figuras oníricas expresan como en el blanco y negro el mismo diseño de la experiencia médica. Los dos sueños son isomórfos, el uno llamado de una manera positiva a la medicalización rigurosa, militante y dogmática de la sociedad, por una conversión casi religiosa, ... la otra llamando ha esta misma medicalización, pero de un modo triunfante y negativo, es decir la volatización de la enfermedad en un medio corregido, organizado y vigilado sin cesar, en el cual la medicina desaparecería al fin con su objeto y razón de ser “(Foucault, 1966).* La medicina salvó y sigue salvando muchas vidas y ha encontrado la cura para muchas enfermedades, pero sin ellas y sin que siguieran aumentando, la medicina no existiría, pero ¿Por qué menciona este autor que el desaparecer y aparecer de la enfermedad tendría que ver con una sociedad sin trastornos y sin pasiones?, (¿por qué hay un ideal positivo tal vez?), o por que la sociedad también esta ligada a esto de lo subjetivo del ser humano, esto que el medico no ve, por qué no es concreto y se escapa a su verdad y se abstiene de escuchar, porque no viene de su saber, sino del saber del enfermo, que parece no

saber de su enfermedad, pero que sí sabe cosas sobre esta, huellas y discursos que también están ahí como causa y sin razón de esta.

Durante esta época y para que la medicina se consolide se va a hacer una división entre las personas que practican, este arte, para ir fundamentando que saber es válido y cual no, al principio esta división va a ser cualitativa e impregnada por la cultura árabe *“un médico debe tener tres excelencias fundidas, 1) intelectualmente sabio en teoría y praxis, 2) ético médico porque solo alguien de buenas costumbres puede ser buen médico y alguien que vea a la enfermedad, como una cadena con la cual Alá aprisiona el alma...3) ético pedagógico ... (Hakim en Lain, 1978)* aunque estos lineamientos son puramente cualitativos poco a poco irá siendo necesario hacer una secularización, que le de una valoración, ética, técnica, y de saber legal a la medicina, así en los siglos XI y XII llega a su máximo nivel el prestigio de la academia *“pero a la vez que así florecía el saber de la sombra de las catedrales, una formación técnica de carácter secular iniciaba su carrera ascendente y daba figura a un decisivo avance en la ciencia y práctica de la medicina, en la famosa escuela de Salerno”.* (Lain, 1978), parece que lo más importante no es sólo la legislación o secularización de un saber, sino también la legislación de lo que ese saber dice “diagnósticos”, que en este caso al decirlos un médico pasan a ser la verdad (supuesta) sobre la enfermedad y el enfermo, diagnósticos que toman un poder de valor social, en el cual se enganchan el enfermo y el médico, que al ser reconocido su saber por la sociedad, puede dar un diagnóstico, que puede ir desde la próxima cura de la enfermedad, hasta la muerte, sin importar el enfermo, más allá de los tratamientos y cuidados que el médico desde su saber-poder recete.

En el siglo XII se van a fundar tres escuelas más de medicina, Bolonia, Paris y la de Montpellier y para los siglos XIII y XIV habrán aumentado considerablemente su número, aún así no había una reglamentación sobre quién y como se podía ejercer la medicina, como queda muy claro en las obras de Moliere, el cual hace burla acerca de la manera en la que alguien puede ser o no medico, así como curar un enfermo o no, parece que la cura no se tratara sólo de la labor o preparación del médico, sino de las relaciones y creencias que el enfermo pone sobre él y la manera en la cuál el médico responde a dichas ligazones.

4) Mecanismo Vitalismo y empirismo (Siglos XV-XVIII)

...y no era que la ciencia vacilara entre una vocación racional y todo el peso de una tradición ingenua, sino que había una razón muy precisa y apremiante: los signos formaban parte de las cosas, en tanto que en el siglo XVII se convierten en modos de representación.

Foucault, (1986)

Esta época es muy importante en el desarrollo de la medicina debido al cambio que se da entre la experiencia, como experiencia adquirida a experiencia como experiencia inventada, surgen por ejemplo, las primeras academias dedicadas especialmente a la investigación, otro dato importante será el descubrimiento del nuevo mundo (lo cual parece aportar nuevas enfermedades al viejo continente). Relacionado con la investigación-experimental *Lain (1978)* va ha mencionar dos formas “a) *El experimento resolutivo de Galileo (la puesta a prueba experimental de una idea a/priori...acerca de lo que las cosas*

científicamente son y b) la experiencia simpática de Paracelso (el descubrimiento en el propio espíritu de lo que en sí misma es la realidad que se contempla y la ulterior exploración alquímica-luego química...de esa realidad”; a continuación se realizará una descripción breve acerca de las tres posturas que se alzaron durante el siglo XVII.

a) La visión mecanicista del universo

Es importante resaltar los siguientes puntos: 1) parece que para el mecanismo el secreto de la vida y su razón, estuviera escrito en números, además todo movimiento es producido por una fuerza, 2) el tener completo conocimiento de las matemáticas ayuda al hombre a modificar el mundo de acuerdo a sus necesidades; al poder entender con signos matemáticos el mundo, se pueden llevar a cabo leyes que den razón acerca del cosmos. El impacto que va a tener esta manera de ver las cosas va a ser muy importante en el desarrollo de la antigua y actual medicina, pues se trata de percibir al cuerpo humano como algo que es real y al cual se le pueden atribuir efectos causales y medibles, se trata entonces de intentar atrapar incluso la más mínima parte de verdad, por medio claro de la experimentación *“aprovechar la experiencia calcular todos los azares; adueñarse de los enfermos y de sus afecciones, aliviar sus penas; calmar sus inquietudes adivinar sus necesidades; soportar sus caprichos, manejar su carácter y regir su voluntad, no como un tirano cruel sino como un padre tierno que vela por sus hijos (Dumas, 1807 en Foucault 1966)* y efectivamente, el médico de esta época hará todo lo posible por que no se escape de su vista ni una sola parte o porción de verdad, cabe mencionar como ejemplo el desarrollo de las siguientes áreas

médicas durante este siglo: 1) anatomía descriptiva, Laín (1978) escribe: *“Hay un despunte hasta que llega al máximo de sus posibilidades, la exploración macroscópica del cuerpo humano, surgía un nuevo punto de vista para verle y clasificarle “.* Además, durante la ilustración (siglo XVIII) en Europa sigue cultivándose la exploración disectiva del cuerpo humano, cada vez con más precisión, más aun cuando en esta época se inventa el microscopio, se ve una bacteria por primera vez y también se utiliza por vez primera la palabra “célula” . Como podemos ver las cosas que se ven también cambian junto con los discursos sociales *“es la posibilidad de ver lo que se podrá decir, pero que no se podría decir en consecuencia ni ver a distancia, sí las cosas y las palabras, distintas unas de otras, no se comunicaran desde el inicio del juego en una representación. (Foucault, 1986).* 2) Estequiología y antropogenia: Ya no es el humor el elemento principal del cuerpo (algo que no se ve), ahora es la fibra (lo visible) y son tres tipos de fibras las que el escalpelo va ha permitir ver, es decir, cuando las cosas se vuelven visibles también se vuelven clasificables y se les quita toda característica que no se pueda ver (que no sea real); en la antropogenia se continua con la idea de que la información de la estructura de un adulto se encuentra contenida en el embrión. d) 3) Fisiología: Harvey descubre la circulación mayor de la sangre, hipótesis que está vez es aceptada por un momento histórico y social. Harvey dota a su descubrimiento con un carácter matemático: cantidad de sangre y pruebas experimentales de ligaduras en venas, Descartes (1632) se convierte en el primer defensor de Harvey, además, Descartes pensaba que el cuerpo estaba compuesto en espíritu y materia, armoniosamente juntos y que cualquier propiedad del cuerpo incluso el sentir y pensar estaban humanamente

organizadas, es decir, se parte de que todo el ser humano incluso sus sentimientos y sus pensamientos parten de lo real, lo que le quita la subjetividad a ese enfermo y médico que interrelacionan, esto se verá claramente en la última ciencia de esta época “la Psicología”. Pareciera que ya no hay un soporte teórico sino un pragmatismo por encontrar lo real, observable y repetible, para de esta manera, decidir que existe y que no.

b) Visión pantivalista del universo

Como figura principal se encuentra Paracelso *“ciencia, medicina y religión se aunan en el alma de Paracelso, voluntad de saber, voluntad de querer y voluntad de encontrar a Dios son para él tres formas distintas de un mismo querer... cuatro son afirma Paracelso, las columnas sobre las que se apoya el saber médico la filosofía, la astronomía, la alquimia y la virtud, la filosofía es naturaleza invisible y la naturaleza filosofía visible...y es la alquimia la ciencia que permite conocer los procesos en que se transforma la naturaleza y extraer de ella remedios terapéuticos“* (Laín,1978). Se trata pues de otra manera más de atrapar o querer atrapar, incluso lo que no se ve, para hacerlo decible y por supuesto visible a través de cambios que uno ejerce en la naturaleza, ésta misma necesidad de ver lo invisible hace que Paracelso distinga entre sujetos afectados por enfermedades invisibles, *“distingue los lunáticos (por acción de la luna), los insanos(por gestación, parto o herencia), los vesanos (alimentación), los melancólicos... (Laín,1978)*. Esta búsqueda de la verdad, de atrapar la realidad de la enfermedad, se convierte así en tener la razón sobre todo lo nombrable (o intentar tenerla), esta necesidad va a ir colocando a la medicina no sólo en un lugar de poder sobre los demás saberes, sino en una lucha interminable por atrapar la verdad

de la enfermedad y cabe entonces la pregunta: ¿Cuáles son las intenciones que se esconden detrás del altruismo médico?, quizá en ocasiones, el lugar de poder que da la investidura, Vamos a poner como ejemplo una cita de *Lain en 1978*, él menciona: *"En principio no hay enfermedad incurable ...en consecuencia el médico se desvivirá por encontrar en la naturaleza ese remedio naturalmente adecuado"*

c) Empirismo racionalizado

Durante esta época se van a desarrollar sorprendentemente dos tipos de saber médico el anatomofisiológico y el anatomopatológico y lo más importante es que se va a pasar de hechos ciertos a hechos vistos.

1)Anatomofisiológico: *"La clínica de las fiebres, la sífilis, el tarbadillo pintado...he aquí las principales de esas <<nunca vistas>> dolencias pero en tal impresión de novedad ¿Qué era lo verdaderamente nuevo, la realidad misma o la mirada con la que entonces se la contemplaba?" (Foucault, 1966).* Entonces se empieza a nombrar lo que se ve y lo que no había sido visto pero sí nombrado se hace visible *"Una mirada que escucha y una mirada que habla: la experiencia clínica representa un momento de equilibrio precario, ya que reposa sobre un formidable postulado; que todo lo visible es enunciable y que es íntegramente visible porque es íntegramente enunciable"* (Foucault,1966), es decir, se parte de que lo que se está viendo y nombrando es la realidad o completud de lo que existe en ese objeto, animal o sujeto; en el caso médico, el cuerpo del sujeto se va a ir alejando de la subjetividad humana, *"La conversión del consilium medieval en observatio renacentista se expresa en tres notas principales: a)una mayor individualización del relato...b)consecuentemente un acercamiento de carácter biográfico en la descripción*

de la enfermedad, c) la varía manifestación de esa intención estético-cognoscitiva antes mencionada, más la descripción de un (saber hacer), la observación aspira a la enseñanza de un saber ver y un saber entender (Lain, 1978), cabe recordar que para los griegos y aun para Galeno, el saber hacer el arte de curar tenía que ver con un reconocimiento de la enfermedad que se vinculaba con todos los sentidos: oír, ver, tocar, probar, oler y sentir ; pero en esta época va a existir un sentido privilegiado, pues la relación va a ser más directa entre ver y conocer alejado de los demás sentidos e incluso del lenguaje cuando se enuncia lo descubierto se trata, como dice en la cita que inicia este capítulo: “y no era que la ciencia vacilara entre una vocación racional y todo el peso de una tradición ingenua sino que había una razón muy precisa y apremiante: los signos formaban parte de las cosas en tanto en el siglo XVII se convierten en modos de representación ... la historia natural encuentra su lugar en esta distancia, ahora abierta entre las cosas y las palabras –distancia silenciosa y carente de toda sedimentación verbal y sin embargo articulada según los elementos de la representación, justo aquellos que podrán ser nombrados con pleno derecho. Las cosas llegan hasta las riberas del discurso, porque aparecen en el hueco de la representación (Foucault, 1986), entonces, la vida y lo que ella implica: salud, emoción, cuerpo, entorno etcétera, va a ser comprendido como si el significado atrapara la cosa completamente, es decir, significado = a cosa, relación que abre huecos en la cadena discursiva, pero que a la ciencia le va a dar un carácter de verdad en un momento y contexto social, lo anterior va a ser de gran importancia para el discurso y diagnóstico médico, pues todas las enfermedades y signos de enfermedades empiezan a ser nombrados y esto le va a dar al médico un mayor control del cuerpo del enfermo,

pero no de la enfermedad, ya que ésta se le seguirá escapando de las manos ya que la enfermedad parece estar en el terreno de lo pulsional.

El tener tanto control de la enfermedad permitió ir legalizando más la enseñanza médica, surge la lección clínica con Giambatlista da Monte (1498-1551), en Padua: el maestro exponía ante los alumnos un caso y lo discutían; aun así las enfermedades más temidas durante esta época, debido incluso a la manera en que cambia la situación social, es decir, ya no son sólo pobres y ricos, sino mineros, obreros etcétera, dando como resultado “la clase media”; son las epidemias, para lo cual cambia la manera de percibir la enfermedad y hacer el diagnóstico *“La primera tarea del médico debe consistir en describir la enfermedad de manera correcta, esto es, en contemplar su aspecto con la intención de reducirlo diagnósticamente a la <<especie morbosa>> a la que corresponda, en distinguir para ello, mediante la experiencia clínica, los síntomas constantes de cada modo específico de enfermar –los verdaderamente propios de él, ...de los meramente accidentales...y al observar al mismo tiempo la posible relación dividiendo la aparición y el carácter del enfermar, por la época del año y el conjunto de antecedentes de la atmósfera (Lain ,1978), se empieza a dar entonces también una categorización que va a depender de lo observable, esto también va a coincidir con que se empiecen a crear las primeras especialidades no quirúrgicas: la pediatría, psiquiatría, dermatología y venereología, aunque estas todavía no tenían la certificación y validez que tienen en la actualidad.*

2)Anatomopatológico: En este conocimiento, deben de ser discernidas según Laín, (1978) tres etapas *“en la primera la lesión es para el médico un hallazgo de autopsia, en la segunda, la clave de un diagnóstico, en la tercera, el fundamento de todo saber clínico y aun de toda patología, puesto que las tres sólo acaeces- la última sólo de manera incipiente durante los siglos XVI , XVII y XVIII.”* Queda claro que se empiezan a abrir cadáveres, para comprobar o buscar en ellos las causas o signos de la enfermedad *“El análisis, filosofía de los elementos y de sus leyes, encuentra en la muerte lo que en vano había buscado en la matemáticas, en la química, en el lenguaje mismo: un modelo insuperable y prescrito por la naturaleza, sobre este gran ejemplo, va a apoyarse en lo sucesivo la mirada médica. No es ya la de un ojo vivo; sino la mirada de un ojo que ha visto la muerte, gran ojo blanco que da la vida (Foucault, 1966),* sí, parece que en el cadáver el médico va ha buscar el porque de su fracaso en la lucha contra la enfermedad, para poder aprender de ella se hacen estudios después de la muerte, claro que estás prácticas se llevaban a cabo en cuerpos de personas pobres en su mayoría.

No obstante los médicos van a ver como la enfermedad sigue aumentando o cambiando de nombre, es decir aunque ya se tenían establecidos los signos y síntomas correspondientes a una u otra enfermedad, de repente aparece un síntoma o signo nuevo y surge una enfermedad nueva, *Laín (1978)* menciona: *“El modo de vivir que solemos llamar moderno da lugar a nuevas enfermedades, unas se hacen más frecuentes que otras y cambian más o menos la apariencia sintomática de casi todas”*, claro, no se puede negar la relevancia de los cambios sociales en la aparición o no de nuevas enfermedades, en este caso delimitado

por una cuestión de poder y situación económica, pero debemos contemplar que lo que se va a encontrar en lo social o en la medicina son discursos, que en definitiva van a cobrar un impacto en la manera en la cual el ser humano simboliza la enfermedad y su cuerpo, discursos de los cuales el médico se abstiene cuando cree ver, escuchar y nombrar lo real, como si el significado remitiera a lo mismo siempre, el signo remitiera siempre a la misma enfermedad y al mismo diagnóstico, o como sí este último fuera recibido con el mismo sentido por todos los enfermos.

Durante esta época se utilizará en Europa la farmacología y la cirugía (antes prohibidas). El arte médico y el ejercicio de este saber se legitiman, de tal manera que la competencia entre médicos por instaurarse como saber poder queda más que clara *“Entre los siglos XV y XIX atendieron a los enfermos médicos universitariamente titulados bachilleres licenciados o doctores; aquellos con notable restricción en el área de su práctica profesional, cirujanos o cirujanos barberos no universitarios (los cirujanos rivales de los médicos) y curanderos empíricos más o menos próximos a la milagrería y la superstición seudoreligiosa” (Lain, 1978)*, queda más que clara por el sentido despectivo de la cita.

5) Evolucionismo, positivismo y eclecticismo

*En un texto de 1917, titulado **una dificultad sobre el psicoanálisis**, Freud decía que la humanidad en la fase moderna de su historia, se ha visto infligir tres graves heridas. La primera cosmológica, se debió a Copernico, quien se atrevió a decir que la tierra era más pequeña que el sol y daba vueltas a su alrededor; la segunda, biológica, fue provocada por Darwin, cuya doctrina pareció dar un golpe definitivo al orgullo humano (sabemos ahora que no fue así); la tercera, de orden psicológico, fue el psicoanálisis , al afirmar que, a pesar, de todas las creencias el hombre no era nunca soberano de su alma.*

Roberth (1966)

Socialmente se va a dar el auge de las instituciones, del poder político, un incremento del nacionalismo y se darán estas tres formas de pensar, las cuales explicare a continuación:

a)Evolucionismo

Las teorías evolucionistas van a influir en tres ejes: el filosófico, biológico e historiográfico, ya que tendrán un impacto rotundo las teorías de Darwin y Lamarck, pues a las ideas religiosas del origen de la vida, del ser humano y de las especies en la tierra, se les hará a un lado para darles una concepción científica, para la cual la ontogenia y filogenia del ser humano, no queda muy separada de la de cualquier otro animal, lo cual va a poner en marcha un sin fin de investigaciones para que el hombre conociera o conozca todo sobre

su pasado, para poder conocer su futuro. Como dato importante, cuándo surgen estas teorías se empiezan a descubrir los fósiles (Plantas fósiles de la huella, la impronta petrea, fósiles gigantes en Norteamérica), es decir, solo se puede ver lo enunciable.

b) Positivismo

Augusto Comte, va a ser el precursor más conocido de este discurso, los puntos que van a ser considerados como esenciales para determinar si un conocimiento es real o no, científico o no, los menciona *Lain (1978)* : *“Se trata pues, de precisar las tesis esenciales de ese atmosférico positivismo del siglo XIX. Tres parecen ser: a) No es en rigor científico y no posee, por tanto, sentido verdaderamente real, toda proposición que no pueda ser reducida al enunciado de hechos particulares o generales. b) Para trocarse en hechos verdaderamente <<científicos>>, los datos suministrados por la observación sensorial- sea está directa, mensurativa o experimental- deben ser inductivamente ordenados en <<leyes>>, cuyo sentido próximo es la predicción de fenómenos futuros y cuyo último sentido es el progreso de los hombres hacia una vida cada vez más satisfactoria . c) nuestro conocimiento de la realidad no puede ser absoluto: la relatividad gnoseológica, la relatividad histórica ...y la negación de la metafísica ...,serían la consecuencia de esa radical incapacidad –de la razón no del sentimiento- para acceder humanamente a lo absoluto”*. Vemos pues como la ciencia va a legitimarse cómo la única forma para alcanzar “la verdad o lo real” sobre la existencia del ser humano para poderlo llevar a ser feliz, verdad que en ese momento, ya no puede ser mantenida por la iglesia. Pero, lo que sobre sale de este discurso es que aparentemente no se niega la subjetividad de la humanidad, pero trata de obtener o atrapar de esto subjetivo un conocimiento absoluto (leyes), como si

eso fuera posible, y para ello va a haber uso de sus tres métodos: la observación directa, la mensuración y la experimentación, es decir, se van a crear estrategias o formas de atrapar momentos de verdad. Por medio de la mirada, ¿cómo sí lo observado fuera lo real e idéntico para cualquier ojo humano?. Y controlando variables en un experimento, como si el crear una realidad artificial o controlar variables no tuviera que ver con manipular la verdad y con ello el resultado del experimento. La búsqueda de las leyes que rijan la vida es consecuencia del auge de las ciencias exactas: matemáticas, física y química. Que poco a poco se van a ir ampliando y subdividiendo en otras ciencias, en el intento de alcanzar leyes inalcanzables que controlen la naturaleza, como si esta última careciera de subjetividad (ya que el humano le da sentido) y lo social y lo físico se pudieran ver como líneas iguales a las cuales también se aplicarían leyes iguales, hay un afán de saber todo y controlarlo todo por los científicos, como se puede ver en la burla que hace *Mefistófeles*, del afán de *Fausto* (él cual era médico) por querer saber todo: *"Sí, ¡un placer supraterráneo! Tenderse en las montañas junto al césped bañado de rocío, y embebecido, abarcar tierra y cielo, hincharse hasta creer que se alcanza la talla de un Dios, escudriñar el meollo de la tierra con el ardor del presentimiento, sentir dentro del pecho toda la obra de los seis días, dotado de soberbia y pujanza gozar de no sé qué, desbordarse luego con amoroso enajenamiento en todo, sin quedar rastro del hijo de la tierra y entonces terminar esta sublime contemplación (haciendo un ademán) ...no me atrevo a decirlo"* (Goethe, 1978).

De estas dos formas de ver la naturaleza (El evolucionismo y el positivismo) obtenemos entonces, 1) creer que lo que observamos son

verdades. 2) clasificar lo visto por el hombre en categorías o clases para su estudio. 3) englobar lo natural y lo social en términos matemáticos. 4) Y la ilusión de controlar la naturaleza a priori y a futuro. Todo lo anterior da como resultado, que en vez de encontrar conocimientos absolutos, estos sigan aumentando, sin fin, y la división sea tanta que incluso, el ser humano se convierte en fragmentos de estudio y de categorización *“...encontramos que en los diferentes campos conceptuales existen intentos que tratan de dar cuenta de ese extraño ser enigmático, que parece no permitir ser aprendido por ningún conocimiento, puesto que siempre tarde o temprano muestra su imposibilidad, de contenerlo. La sociología, la filosofía, la psicología etcétera, han hecho recortes para delimitarlo, para encuadrar al sujeto dentro de su bagaje conceptual, pues de no hacerlo así, no podría tener un objeto de estudio, lo cual muestra el fracaso de poder decir todo de él en un solo saber. A su vez, estos recortes metodológicos para acercarnos a ese ser, puesto que la depuración teórica al sustraerlo de todas sus relaciones, vínculos, historia e instituciones , lo que ha hecho es llevarnos a su desconocimiento”* (Flores, 1999), Así también la medicina durante esta época va ha dividirse aun más en fragmentos o pedazos de estudio, pero en vez de atrapar la enfermedad y curarla definitivamente, van a surgir otras enfermedades, pues parece que la medicina también se olvidó del contexto cultural, social e histórico de los sujetos, es decir, se aborda al enfermo y su cuerpo dando por hecho que al trabajar con su cuerpo, el médico se encuentra con realidades. El mismo autor menciona *“La estructuración psicológica no depende del cuerpo, sino de la simbolización que en él opere. No todos los Down, que tienen la misma etiología, presentan las mismas incapacidades; hay sujetos que no tienen marcas en el cuerpo, pero muestran incapacidades mayores que algunos de estos...Si reconocemos que*

vivimos en un mundo estructurado por el lenguaje y que estamos sometidos a la estructura signifiante, entonces lo real (órgano, cuerpo, lesión, etc.), a lo que apelamos frecuentemente con los significantes, está muy distante del mundo simbólico que hemos construido”, Se a creado según el discurso médico la idea de que el cuerpo humano es real y que a el se aplican leyes y procedimientos, como sí todos los cuerpos fueran iguales y reaccionaran de la misma manera, pero según el análisis que hasta aquí hemos hecho, podemos ver cómo la enfermedad y el cuerpo están inmersos en discursos sociales, que los recubre de tal manera que negar su simbolización y subjetividad, sería continuar con la ilusión de encontrar verdades y en consecuencia alejarse del enfermo. Lo cuál es notorio en la historia de la medicina, pero, volviendo a ella, durante esta época cuatro van a ser las ramas más importantes de la medicina : Anatomía descriptiva, Estequiología, antropogenia y fisiología. De las cuales se hará una reseña a continuación:

1) Anatomía descriptiva: La división y categorización humana, no sólo fue en la medicina, sino en el discurso social de la época, por lo que empieza a ser clara la diferencia, entre el rico y el pobre, el normal y el anormal, el enfermo y el sano. El que la concepción del cuerpo humano cambie (ya no es tan religiosa) va ha permitir que se lleven a cabo múltiples investigaciones, en cadáveres, cuerpos que por supuesto el pobre donaba a la ciencia, esto último a su vez, va a permitir que la anatomía macroscópica, disectiva y microscópica se lleven a cabo, es decir, la ciencia médica hace uso del cuerpo abierto del enfermo, o muerto (pobre). para saber acerca de la enfermedad del cuerpo vivo, pero esta vez ya no necesita esconderlo de la iglesia

(estás prácticas antes se realizaban clandestinamente o recubiertas por la iglesia), pues hay una justificación altruista : *“El pobre dona su cuerpo a la medicina, pues a estos se les donan los servicios médicos.”* De una u otra forma parece que la medicina siempre recubre su saber de una investidura de altruismo, que no deja ver algunos intereses, no muy altruistas de quienes la practican *“Esta reconstrucción es históricamente falsa. Marganini a mediados del siglo XVIII, no tuvo dificultad para hacer sus autopsias....*

En la historia de la medicina esta ilusión tiene un sentido preciso; funciona como justificación retrospectiva. Sí las viejas creencias han tenido, durante tanto tiempo tal poder de interdicción, en que los médicos debían experimentar, desde el fondo de su apetito científico, la necesidad reprimida de abrir cadáveres. Ese es el punto de error, y la razón silenciosa que ha hecho cometerlo tan constantemente, desde el día en que se admitió que las lesiones explicaban los síntomas, y que la anatomía patológica fundaba la clínica, fue menester convocar a una historia transfigurada, en la cual abrir cadáveres por lo menos a título de exigencia científica, precedía a la observación, al fin positivo de los enfermos; la necesidad de conocer lo muerto debía existir ya cuando aparecía el cuidado por comprender lo vivo (Foucault, 1966).

Habría que recordar que el momento en el cual, la anatomía cobra fuerza es a partir de los escritos de Galeno, de los cuales, algunos, aparentemente se mantienen en el olvido durante la edad media, época en la cuál la práctica de abrir cuerpos era también (supuestamente) prohibida por la iglesia. No obstante el abrir cadáveres le va a dar al médico un control de la enfermedad, ya que puede ver la enfermedad más allá de la vida, la ve en la muerte para poder compararla, observarla y nombrarla en el cuerpo con vida. *“La*

mirada médica. No es la de un ojo vivo; sino la mirada de un ojo que ha visto la muerte. Gran ojo Blanco que desata la vida” (Foucault, 1966).

2)Estequioloquía: Con el control sobre el organismo vivo, la categorización y la mirada que se abre a la muerte, la mirada a lo microscópico y la concepción evolucionista del universo y el hombre, va a cobrar importancia la estequiología, surgiendo así las teorías celulares. *“El ser humano es una república de células” ... Se inventa la estructura celular, para 1900 “los elementos cosmológicos primarios son ahora los átomos químicamente distintos entre sí que integran la tabla de Mendelieif” (Laín, 1978),* como se puede ver se da la fragmentación del cuerpo, cada vez más, tanto; que ya es microscópica. Y se siguen buscando unidades que integren el organismo y lo único que se consigue es desintegrarlo más.

3)Antropogenia: Hay que tomar en cuenta que con el discurso evolucionista y positivista, va a cobrar interés y sentido tanto la filogenia y filogenética (estudio de la génesis del individuo) como la ontogenia o embriología (Estudio de la génesis del hombre). Y con ellas el hombre pasa a formar parte de la evolución zoológica; Se descubre la concepción natural de la fecundación, y finalmente la genética va a ser un puente entre la filogenia y la ontogenia, es decir la herencia de la especie y la herencia del feto *“Unas especies dan lugar por selección natural a otras distintas (filogenia) y,... el desarrollo embriológico de cada individuo recapitula morfológicamente este pasado de la especie (ontogenia)” (Laín, 1978).* El ser humano entra al juego de la selección natural y la categorización, y se abre más y más la brecha entre el normal -

anormal, valido - invalido. Y en la medida que los organismos se desvían de lo valido, parecerá que se distancian de lo normal o natural, es decir, para el ser humano va a cobrar un sentido simbólico en el cuál parece que el normal busca su diferencia en el anormal, para confirmar su igualdad con los normales. *“La pregunta sería ¿No todos los sujetos somos diferentes unos a otros, pero algunos englobados en la idea de igualdad y normalidad? Estatuto engañoso porque como hemos dicho, ahí mismo se encuentra la diferencia, ahí nos preguntamos, si lo verdaderamente revolucionario no será, reconocernos en la diferencia”.* (Flores,1999). Pareciera que, normal-anormal, valido-invalido es más que una diferencia, también es un diagnóstico que va a pesar en la vida e historia del sujeto, y que en el área medica va a cobrar gran relevancia en la relación: médico - institución – enfermo, y en la manera que estos vivan y signifiquen la enfermedad (anormalidad).

4)Fisiología: se constituye después de la anatomía en la segunda ciencia básica de la medicina y va a estudiar los movimientos y funciones del cuerpo humano, nada más que en esta época va a hacer uso de distintos métodos *“para realizar un experimento el investigador va descomponiendo la realidad en distintos momentos que la integran, los suprime o altera uno a uno, observa atentamente el resultado de su intervención y práctica otro experimento de prueba, procediendo así, podrá establecer la relación entre los fenómenos naturales y las condiciones que determinan su existencia ...permite formular una ley.”* (Lain,1978). El ser humano ya no sólo utiliza los métodos experimentales para lo externo a él, sino él mismo se convierte en su objeto experimental, incluso experimentos hechos con animales sirven para formular leyes acerca del hombre. Como los

experimentos de Pavlov, surgen entonces técnicas y teorías que intentan explicar no sólo el cuerpo del hombre y la salud de éste, sino también su mente, como si mente y cuerpo estuvieran separadas. *“En los años finales del siglo XIX y en los iniciales del siglo XX, W. Wunth (1832-1920), el gran maestro de Leipzig, pudo asistir al triunfo Universal de sus presupuestos y sus métodos, reducción del psiquismo a datos mensurables y a leyes exactas, estudios de componentes elementales de los contenidos de conciencia y de los estados fisiológicos con ellos concominantes y a la declinación o radical transformación de unos y de otros. Por una parte la experiencia interna, no sólo la del psicólogo, también la del sujeto de la investigación, va a ser explorada e interpretada con criterios nuevos <<psicología introspectiva>> de O.Kulpe, A. Mecer, K.Buhler y N. Ach. Por otra él médico Sigmund Freud (1856-1939) inicia la exploración inconsciente, y de su experiencia como psicoterapeuta ya obteniendo los conceptos básicos de la más tarde llamada psicología psicoanalítica”.... (Lain,1978);* en la cita anterior podemos percatarnos que si bien habían posturas con una visión diferente del ser humano, como la psicoanalítica, era predominante y valida aquella que de acuerdo al discurso en boga de la época, veía al hombre como ser que al igual que todo animal, responde a la ley estímulo = respuesta, colocando al sujeto en una relación funcional y mecánica con el ambiente, pero, ¿cómo dividir lo simbólico de lo real y creer que se encuentran verdades?, como en el caso del cuerpo humano, que parece no ser del todo real. Sin embargo, la creencia de haber encontrado lo real, sólo fue verdad para algunos, como menciona Lain (1978): *“La acepción física y somaticista. Con el nombre de <<antropología física>> fue desarrollándose y ampliándose a lo largo del siglo XIX...La antropología física estudia el cuerpo humano en su conjunto y variedades típicas que, desde este punto de vista, en él*

pueden observarse. Como queda dicho el primer tema de esta disciplina, fue el de las razas humanas ;... la antropología física abordó nuevos temas – diferencias somáticas dentro de distintos grupos raciales; relación entre la forma del cuerpo y la condición anti-social de C. Lombroso, (1836-1909)”. como se ha mencionado ya anteriormente , el cuerpo parece tener una ligazón muy fuerte con el contexto cultural, en el cual se encuentra, al grado que estos discursos sociales, son capaces de variar los síntomas, que los médicos creen encontrar como inamovibles en los cuadros clínicos de la enfermedad.

Tan real es para el médico el cuerpo que hasta lo no visible en él, se vuelve visible, pues ya anterior mente habíamos hablado, de como se empieza a convertir al sentido de la vista, en la manera de percibir privilegiado, cómo sí los otros sentidos no existieran o se mirara con ellos, como en el caso de los latidos del corazón, para lo cuál se empieza a usar el estetoscopio, cuyo nombre se deriva del griego **Stepos (pecho)**, **Scopel (mirar)**, entonces queda claro que es mirar en el pecho, es decir, se empeñan en buscar entre signos las causas o síntomas de las enfermedades, como sí a través de estas se pudiera ver la enfermedad real, no importando el sentido que se utilice *“con la invención de los nuevos físicos, en el sentido lanqueneano de la expresión, la consigna de Bishart referir de modo cierto el cuadro sintomático a la lesión anatómica que la produce, llega a todos los dominios de la patología, ... con la obvia consecuencia **nosonímica*** de idear el nombre de la enfermedad según el de la lesión correspondiente (Lain, 1978).* Sucede entonces que el médico ya no necesita abrir el cuerpo humano para ver la enfermedad, sino que su mirada traspasa el cuerpo humano, ya que se puede ver la

enfermedad a través de los signos que son nombrados, por un discurso médico y social ya establecido. Así se vuelve visible, lo que antes no lo era, porque, aun no era nombrable, ¿de que vista hablamos entonces? tal vez de una que no sólo habla del cuerpo, sino también del lugar de poder que va a tener el médico en la cultura, pues se acepta y se ve, lo que se inscribe por el discurso médico, entonces lo importante es ¿Qué se ve? Y ¿Quién mira?, mirada que no va a atrapar la enfermedad, sólo para curarla, sino para etiquetarla y ponerle nombre, y así, van a intentar encontrar a partir de la semiología una relación directa con lo real, convirtiendo en signos aquellos significantes al ponerles un nombre. lo que va a exacerbar la cantidad de enfermedades en su número y en sus diferencias, ya que al no encajar , los signos en un cuadro **nosográfico** ya nombrado o etiquetado, es decir, al verse la diferencia, surge otra enfermedad a la cual es necesario nombrar de otra manera. *“Establecer estos signos, artificiales o naturales es arrojar sobre el cuerpo vivo toda una red de señales anatomopatológicas, dibujar en puntilladas la autopsia futura. El problema es por tanto hacer aflorar a la superficie , lo que se escalona en profundidad, la **semiología**⁶ no será ya una lectura, sino ese conjunto de técnicas que permite constituir una anatomía patológica proyectora. La mirada del médico se dirige sobre una continuación y sobre una región de acontecimientos patológicos, debía ser sincrónica y diacrónica a la vez, pero de todas maneras estaba colocada en una obediencia temporal; analizaba una serie. La mirada del anatomoclínico deberá*

⁶ *Las negritas son mías, para resaltar la relación que tienen las palabras, en el sentido de nombrar la cosa, ya que nosografía, se desprende de nosonímico, pero queda claro que nosografía, lleva el sentido de nombrar en un gráfico, como sí el cuerpo humano fuera una cosa partida en muchos pedazos nombrables, y por ello, los médicos llevan a cabo la semiología, que proviene de la palabra semántica, que son tratados de palabras. Con la diferencia que semiología, parece que tiene que ver con buscar entre todos esos signos o pedazos nombrables, cuadros que permitan encontrar una lógica (nosológicos) nombre y razón de la enfermedad.

señalar su volumen con la complejidad de datos espaciales... (Foucault , 1966). pero lo que se nombra por ser visto, no le va a alcanzar al médico para ver la enfermedad, pues algunas de ellas como la histeria, va ha seguir siendo algo no resuelto, Incluso en está época se van a llevar a cabo estudios acerca de dicha enfermedad por Charcot, de la escuela de la Salpetriere, pues para los médicos acostumbrados a darle al signo un valor supremo para el diagnóstico, el encontrarse con una enfermedad en la que parece no haber tales, o por lo menos no presentarse de acuerdo a la significación que se les atribuía por el discurso médico, hace a está enfermedad difícilmente ajustable a sus cuadros nosológicas, y lastimar a tal grado el orgullo médico, que durante mucho tiempo le va a hacer a un lado (considerándole no enfermedad). *“La historia clínica es una serie discontinua de las imágenes visuales que permiten observar los signos físicos... correspondientes a cada exploración. Los adeptos al pensamiento fisiopatológico, en cambio, hacen a la historia clínica una sucesión de trazados gráficos. (Lain,1978).* Trazados que no siempre se logran cómo va a demostrar Freud, al final de esta época.

Otro dato importante es que durante esta época va a dar inicio con Koch y Pasteur, la medicina preventiva por parte de la microbiología y la inmunología, lo cual actualmente salva muchas vidas y en ese momento “encendió la esperanza de la rápida extinción de las enfermedades infecciosas”, pues se podía prevenir, lo que todavía no era visible y presente.

c)Eclecticismo

“Aunque no siempre explícita y articulada, la siguiente pregunta había de surgir en el alma de algunos: <<más que combinar eclécticamente entre sí las enseñanzas de las tres mentalidades, ¿Porque no intentar asumirlas en una concepción de la enfermedad que las supere?, ¿porqué no pensar que la realidad viviente del enfermo debe ser considerada , como punto central no sólo de la atención clínica, también del pensamiento patológico?>>: una serie de sucesos va ha mostrar que su necesidad empezaba a barruntarse, por lo menos los siguientes:...a)la histeria como <<test>> que hizo ver la radical incapacidad de cada una de las tres mentalidades ante el problema diagnóstico y terapéutico que ella planteaba...” (Lain, 1978). Es, este momento en el que parece que las formas de diagnosticar más importantes en la medicina: la fisiopatología, la anatomopatológica y la etiopatológica., no alcanzaban a nombrar y explicar la enfermedad por más reales y objetivas que fueran, como en el caso de la histeria, pero no es la histeria en sí lo que se cuestiona, sino la forma de diagnosticar, en este caso buscar entre signos en base a un buen método, datos y hallazgos de la enfermedad. ¿Pero qué pasa cuando no hay signos sobre el cuerpo? Y como esta forma de diagnosticar tiene un impacto sobre el enfermo y sobre el médico, ¿qué no sabe que hacer sino hay signos? “...La arrogancia intelectual de ese eclecticismo integrador no ha podido ser nunca más explícitamente proclamado, ...)la de quienes ante un determinado grupo de enfermedades (Las histéricas en el caso de Móbius y en el de Freud; las neurológicas en el caso de Jacson) o ante el enfermar humano en general..., de un modo o de otro pensaban que la mera integración de estas tres mentalidades, según los presupuestos de la ciencia natural vigente, no bastaban para dar razón de la vida del enfermo y, por tanto, que debía ser reformado el modo de entender y practicar el diagnóstico...” (Lain 1978). Parece haber una imposibilidad de

atrapar la enfermedad, a través de la mirada, o de enfrentarse a un cuerpo con el presupuesto de que este es real, pero...¿porqué los médicos no lo ven?, incluso es clara la molestia, contra quienes atentan ante ese discurso ya establecido y aceptado no sólo por los médicos, sino por la sociedad; Cuando se les acusa de arrogancia intelectual, pues siendo médicos no asumen ese discurso, por lo menos no el del diagnóstico. Ya que parece que la medicina, para esta época va a tener un poder social tan fuerte en el cuál los médicos y su saber son beatificados. En su libro psicología de las masas, Freud, va hablar un poco acerca de personas o instituciones, que se encuentran en un lugar de poder o idealizadas, Y parece que eso pasa con el discurso médico, ya tiene tanto poder, sobre la sociedad que aunque parecen obvios y claros los huecos que se abren en su discurso, tanto los médicos, como la sociedad, no los ven; y eso permite seguir manteniendo el poder saber sobre la cura y por supuesto “seguir curando”, tanto por lo real de la enfermedad, como por lo simbólico de ella y la sugestión y ligazón simbólica que se da entre el médico y el enfermo.

Pero las enfermedades neuróticas e histéricas van ha seguir en aumento, y el discurso médico va a necesitar anudarse a otros discursos para seguirse manteniendo como saber poder (cerrando sus huecos), y va a buscar en razones de tipo social la razón de su fracaso, dichas razones no van a ser rebuscadas, sino concretas, de acuerdo a la forma de pensar positivista de la época *”la activa inconformidad del paciente ante una doble alineación, entre ser tratado como simple <<objeto cósmico>> por una medicina que sólo en la ciencia natural –*

físico y química, veía su fundamento, y ser considerado como simple <<objeto económico>>por una sociedad que desde el punto del rendimiento laboral –compra del trabajo al menor precio posible- estímulo de su vida...

...La enfermedad del sujeto tuvo pues dos modos de expresión complementarios entre sí: el clínico cuya forma visible fue,...el incremento de los modos histéricos o neuróticos de enfermar, y el social expresado por esa legítima exigencia, asistencia al proletariado. No será necesario repetir que el primero de ellos se hizo patente tanto en las clases burguesas (... del consultorio de Freud), tanto en las clases proletarias (las histerias espectaculares de la Salpetriere)” (Lain, 1978). Aunque las razones parecen ser pragmáticas, dejan entrever varias problemáticas. 1) la objetivación del ser humano no sólo para la medicina sino para la sociedad en general, dicha objetivación, habla de la manera tan concreta como se quieren abordar las cosas y los seres humanos, ya que estos pasan a ser cosas concretas, ya sea para estudios o para producción. 2) La medicina, con sus instituciones, diagnósticos y modos de abordar al enfermo, tiene un impacto en la vida de este que no siempre es de cura, sino que puede ser de exacerbación de la enfermedad, quedando nuevamente claro que la enfermedad, no es del todo orgánica. 3)La relevancia que el entorno social en su conjunto, va a tener sobre el enfermo, en este caso las nuevas formas de producción, lo que deja en claro la vinculación directa entre el enfermar y los momentos culturales y sociales de la humanidad.

Hasta aquí se han abordado estas tres maneras de pensar que tuvieron un impacto rotundo sobre la medicina, pero otros datos de la época de los cuales es preciso hacer mención son los siguientes: Lo

importante de la autopsia para hacer diagnósticos después de la muerte, la producción de medicamentos en serie (Merck, Bayer, etc.); edad de oro de la cirugía, ya que al ser vistas más partes del cuerpo, más pueden ser operadas, esto también gracias al descubrimiento de la anestesia, ya que las operaciones no tienen que ser tan breves, como en la antigüedad. Además la atención médica va a depender de la clase social del paciente, por ejemplo: a las clases altas se les atendía en montañas, lugares de cura climática, lugares de reposo y por cura de aguas; las clases medias eran atendidas por médicos baratos o sociedades de socorros mutuos y finalmente las bajas en los *hospitales de beneficencia gloria y ayuda de los medicina*, gloria y ayuda a la que colaboraban los pobres donando sus cuerpos, como objetos de experimentación o de autopsias.

Un dato muy importante es la legitimación no sólo social sino legal de la medicina, *“El importante cambio perfectivo que durante el siglo XIX experimento la medicina, necesariamente había de reflejarse en la formación del médico. Este se educa y titula en las universidades y a él acude para el cuidado de sus dolencias casi la totalidad de la población; lo cual en modo alguno excluye la perduración del curanderismo, cuya clientela no siempre queda reducida a los grupos sociales más incultos ... (Lain, 1978).* a pesar de que se empieza a curricular la enseñanza de la medicina en todas las universidades y hay revistas médicas, instauración de congresos médicos científicos, nacionales e internacionales; parece que no todo el saber poder de la cura se le atribuye a la medicina, siempre existe alguien y lugares en donde se puede romper con los ideales.

6) Medicina Actual: poderío y perplejidad.

La medicina no debe ser sólo el “corpus” de las técnicas de curación y del saber que estas requieren; desarrollará también un conocimiento del hombre saludable , es decir, a la vez una experiencia del hombre no enfermo, y una definición del hombre modelo. En la gestión de la existencia humana, toma una postura normativa, que no la autoriza simplemente a distribuir consejos de vida prudente, sino que funda para regir las relaciones físicas y morales del individuo y la sociedad, en la cual vive.

(Focault, 1966).

El saber médico va a contar con tal poderío, que va a comenzar a regir la vida de los seres humanos en varios ámbitos, como la alimentación, lo laboral, la modas (ya que alrededor de las modas se van a crear muchos ideales de belleza y con ellos muchos consejos, de alimentación, ejercicio, medicamentos. etc.). Pero: como siguen en aumento las enfermedades, la medicina actual al no poder controlar la causa de su existencia (la enfermedad), ha encontrado la verdad de la perduración de estas en malos hábitos, sociales, de higiene o de alimentación, y en el no apego a los programas preventivos de la medicina. *“Acto más sombrío es el cuadro de morbilidad actual en lo tocante a las dolencias cuya causa es preponderantemente social: enfermedades por desgaste y malnutrición, neurosis traumas. En los países desarrollados el estrés y los errores en la dieta han aumentado notablemente la frecuencia de las esclerosis vasculares, los infartos al miocardio, etc...”*

La prensa habla con bien elocuente reiteración tres <<ces>>, corazón, carretera y cáncer, son hoy las máximas causas de mortalidad (Lain, 1978). Es decir, no sólo van apareciendo enfermedades y otras van siendo controladas, sino que a determinada época corresponde cierta enfermedad, ¿como si la enfermedad cumpliera una función social, que se lleva a cabo entre el sujeto y su cuerpo?. Pero en la actualidad, no parece notarse esto, y sí se le toma en cuenta es como una relación causa efecto, siguiendo el ideal científico aún en boga. Ya que incluso en los modos de diagnosticar actuales va a cobrar gran relevancia la tecnificación. “La tecnificación del diagnóstico, no hay duda se ha enriquecido extraordinariamente y con ella el poderío clínico actual para detectar desórdenes, orgánicos hasta hace poco imperceptibles o insospechables...No puede extrañar, pues que la utilización de computadoras para el diagnóstico clínico este a la orden del día...la máquina le ayuda al médico le ahorra en muchos casos tiempo y fatiga, pero no puede sustituirle. Lo cual plantea desde su raíz misma el problema de la tecnificación (Lain, 1978). La tecnificación, va ha servir para poder atrapar o ver, lo antes no visto y lo visto, sin equivocarse. Además de darle una nueva solidez de poder saber al área médica, ya que aunque el médico se abstrae del enfermo, se parte del hecho de que la máquina, va a quitar lo subjetivo, atrapando lo real de la enfermedad. Se plantea por un lado que la técnica no puede sustituir al médico, pero por otro lado se plantea la ayuda de la técnica como captador objetivo de la realidad, como si las máquinas no fueran o formaran parte del discurso cultural, y por ello pudieran tener acceso a lo real. “Cuando para diagnosticar a sus pacientes un médico se convierte en puro <<técnico>> - y más cuando es el computador la cima de sus recursos-, el esencial <<peligro de la técnica>> de que hablo Heidegger se hace real de dos modos

distintos, porque en tal caso peligran a la vez, la suerte del enfermo (iatrogenia) y la mente del médico (incapacitación para ver conforme a su verdadero ser el proceso que está explorando). La tecnificación del diagnóstico es, en efecto, condición necesaria para alcanzar la verdadera meta de este, pero no suficiente con lo cual, tomando en su conjunto el poderío analítico del médico queda veteado por la perplejidad” (Lain, 1978). El médico parece que alcanza a ver (o por lo menos este autor), la relación entre el médico y el enfermo, que va mas allá de un cuerpo con signos de enfermedad, cuando se trata de un diagnóstico, pero no ve, esa relación simbólica y demandante por ambos casos, la del enfermo que demanda un saber sobre la enfermedad, y la del médico que parece demandar que los signos de esa enfermedad se ajusten a sus saber, ya que la ve como una relación de objetividad y precisión. Por un lado el médico que tendrá que decir el diagnóstico correcto para poder elegir el método adecuado de cura, como sí el diagnóstico fuera forzosamente real y no subjetivo; Y por otro lado el enfermo que espera saber algo de ello y en ocasiones se somete y liga a ese diagnóstico (porque no siempre es así). Dör (1988), menciona: *Por otra parte, “un diagnóstico médico permite, la mayoría de veces, evaluar no sólo el pronóstico vital o funcional de la enfermedad, sino también la elección del tratamiento más adecuado, para ello el médico dispone de una cantidad de medios de investigación anamnésica, destinada a recoger los datos que señalan la existencia de la enfermedad y una investigación “armada”, centrada en el examen directo del enfermo con la ayuda de medios instrumentales, técnicos y biológicos etc. Está doble investigación permite definir el perfil específicamente reconocible de la perturbación patológica”.* Queda así el médico bastante lejano de su propia subjetividad, además parece entenderse que el diagnosticar bien, tendrá como consecuente un

buen tratamiento, como sí el diagnóstico y el tratamiento tuvieran una relación directa de causa y efecto, es decir: síntomas y signos conocidos = a enfermedad ya conocida = evolución de la enfermedad de manera ya conocida. Y de no ajustarse la enfermedad y el paciente a estas relaciones causales, se da por hecho que es un error médico ó un error de quien opero las máquinas con las cuales le hicieron los estudios, o en el último de los casos se trata de una enfermedad nueva. Dör (1988) menciona: *“En otros términos no puede establecerse rigurosamente ningún ordenamiento fijo entre la índole de las causa y lo efectos, se hace pues imposible determinar perfiles de previsiones idénticos a los que observamos en las disciplinas biológicas y médicas en general”*. En esta cita Dor se refiera a la postura del psicoanálisis en relación con las enfermedades mentales, pero como hasta ahora no hemos hecho más que comprobar lo simbólico de la enfermedad a lo largo de la historia de la humanidad, es decir, hemos llegado al punto en el cual hablar del cuerpo humano, no es hablar de cosas reales o calculables, podríamos atrevernos a decir que no siempre en la enfermedad, sea cual sea, se va cumplir el mismo ordenamiento, ya que, sí se cumple o no, dependerá tanto de las ligazones del paciente con su enfermedad y su médico, cómo las ligazones del medico con la cura, la enfermedad y el paciente. Y muchas otras relaciones que ambos pueden tener en relación a ese proceso de cura y enfermedad. Estas relaciones simbólicas del paciente con el médico van a estar en juego durante el tiempo que dure la cura, que en algunas ocasiones se convierte en tarea interminable. Al igual que se ha vuelto interminable la meta del médico (acabar con la enfermedad) *“Muy grandes eran en 1914 las esperanzas de médicos y profanos en las posibilidades de la*

farmacoterapia, pero el desarrollo de está a partir de la primera guerra mundial las ha superado; sino en cuanto al logro de la meta siempre soñada, la terapia magna, la capacidad de curar radicalmente todas las enfermedades mediante algunos fármacos específicos, sí en cuanto al número que poseen real eficacia curativa...

...El sencillísimo esquema con arreglo al cual era entendido a comienzos de nuestro siglo el tratamiento medicamentoso- administración del remedio farmacológico y clínicamente indicado; obtención del resultado correspondiente a la eficacia objetiva de aquel y al acento técnico del terapeuta - se han complicado no poco desde hace algunos decenios. Tres han sido las causas principales del suceso: la creciente importancia de la iatrogenia, el descubrimiento del efecto placebo y las consecuencias de la sociología del fármaco; ... Una amplia biografía muestra irrefutablemente que la extraordinaria copia de los fármacos, hoy en uso, hace difícil un buen conocimiento de sus indicaciones y sus efectos colaterales y secundarios... (Lain, 1978) Vemos entonces como la relación causa = efecto, no se cumple en el uso del fármaco, ya que si bien es cierto, que son demasiados medicamentos para conocer los efectos, indicaciones y contraindicaciones de cada uno de ellos; también en el caso de los medicamentos se ve la relación: médico - enfermo, ¿por qué a unos les hace efecto un medicamento y a otros no?, ¿por qué un médico recomienda un medicamento ya recomendado a un paciente, por un médico anterior, pero con otro nombre, y éste se cura?, ¿Por qué un placebo cura?, esto me recuerda que la palabra fármaco tiene como origen la palabra *Pharmaton*, que quiere decir veneno y parece que efectivamente hubiera algo de oculto o mágico en el uso de ellos, que se puede leer en el discurso de la sociedad que lo acepta como cura y del médico que lo administra.

No obstante los avances médicos han sido exorbitantes, en el terreno de la cirugía general, anestesia, trasplantes, cirugía cardiovascular, y en las hoy casi innumerables áreas de la medicina (con sus respectivas fragmentaciones de sujetos), ¿Cuál en sí es la tarea del diagnóstico en el médico actual?; *Lain (1978) comenta: “la concepción del diagnóstico sólo como un conocimiento cierto del desorden orgánico en que la enfermedad consiste, por necesidad habría que traer consigo una idea de tratamiento integrada por los tres momentos siguientes: un conocimiento preciso, a la vez etiológico, fisiopatológico lesional, del particular desorden orgánico de la enfermedad tratada, la administración de un remedio o la práctica de una intervención quirúrgica... la expectativa del resultado terapéutico”* Aquí aparece nuevamente la relación causal, en la cual el enfermo y su subjetividad quedan anulados, no porque los médicos no perciban, que hay algo de lo simbólico en la enfermedad, sino por la manera en que lo escuchan y como lo interpretan; como si se tratará no de una persona sino de pedazos de ella, ese cambio de la pregunta *¿Qué le duele? por ¿Dónde le duele?* de la que habla *Foucault (1966)*, haciendo clara una concepción real del cuerpo, como un mapa en el cual se buscan signos, para hacer diagnósticos (pronósticos), además de subrayar el saber poder que va a tener o creer tener el médico sobre la enfermedad, más allá de lo que el enfermo pueda saber de su propia enfermedad, pues este último pasa “en un supuesto” a no saber nada de ella.

Se abren los siguientes cuestionamientos en relación al discurso médico: ¿Es el diagnóstico una manera de confirmar el discurso y saber poder del médico?, tomando en cuenta la importancia de este discurso en la sociedad ¿Es el diagnóstico una sentencia que pesa

sobre el cuerpo del enfermo, cuerpo que confirmará este lugar de poder?, ¿Es el diagnóstico un saber abstracto o un saber real por ser oficial? Y por último ¿Cuál es la función del diagnóstico, vinculado con la relación médico enfermo, que cada vez se vuelve más impersonal (tomando en cuenta la tecnificación actual)? Considero que se hacen necesarios estos cuestionamientos, tomando en cuenta el saber poder que tiene el discurso diagnóstico médico sobre la sociedad actual. Ya que este afán por tener el saber de la cura, sobre la enfermedad , ha originado, que a partir de este saber ya establecido, la medicina y la sociedad construyan un sistema de verdades médicas, como son las instituciones hospitalarias y los centros de salud, en donde se lleva a los cuerpos a confirmar el discurso médico, como sí fuera verdad, como en el caso del diagnóstico, ya que dichas instituciones, cuentan no sólo con discursos y diagnósticos médicos hablados, sino también con algunos que no se escuchan, pero se perciben, y también se hilan al enfermo. De lo cual hablaré en el próximo capítulo.

Capítulo 2

El diagnóstico y la enfermedad en hospitales (historia clínica). La enfermedad, como parte de una red significativa.

Como se ha analizado, el diagnóstico médico, es un discurso que no sólo lanza pronósticos directos sobre el cuerpo del individuo, sino incluso llegan a ser pronósticos indirectos (no tienen que estar en palabras), sobre el cuerpo y la vida del enfermo. Diagnósticos que han cambiado conforme cambia la historia de la humanidad y sus discursos, Cumpliendo no solo funciones biológicas sino también sociales, ya sea de enfermedad, de castigo moral, de alienación etc. Hablar de diagnóstico médico actualmente, que el discurso médico ha encontrado su cumbre en las instituciones hospitalarias y clínicas de salud, en las cuales se lleva a cabo un diagnóstico médico tanto verbal como no verbal, que se escuchan, en ese discurso social inmerso y latente en la institución hospitalaria, es hablar entonces, de toda una red discursiva que se despliega sobre el sujeto, ya que no sólo lo designa, sino que le da un lugar en la institución de la cual forma parte, sea familia del enfermo u hospital.

Para indagar más sobre el tema partiré, de un análisis acerca de cómo los discursos en las instituciones hospitalarias, pueden dar posibilidad de cura o coagular al sujeto en su enfermedad,

independientemente de que en estas instituciones lo que se busca es el bien de la persona (su salud), tomando en cuenta que esos cuerpos sometidos a la institución no son del todo orgánicos o reales, sino simbólicos con cadenas discursivas propias, que al llegar a la institución, pueden quedar desvirtuadas o unirse a los diagnósticos y discursos institucionales, tanto los curativos, como aquellos que pueden llegar a ser destructivos o en algunos casos, aquellos a los que unos sujetos se hilan discursivamente y otros no. Para ello el presente capítulo se dividirá en: 1) acerca del bien. 2) Sobre la institución, 3) la institución y el sujeto, 4) La alternativa que propone el psicoanálisis.

1) Acerca del bien al prójimo.

“¿y qué es lo que no va? Ustedes .Porque yo no los entiendo. ¿Qué pretenden de mí? ¿Por qué me hablan? Y por otra parte, ¿me hablan? Hablarme... complemento del objeto directo. Nada de conocerme, que eso no suceda, ¡horror! Reconocerme, eso sí. Reconocerse ustedes en mí. Separar al extranjero. Integrarlo o eliminarlo. Ustedes quieren mi piel. Mi alma. Reducirme a lo plano, a la superficie, al espejo. Quieren que yo les diga: les va bien. ¿Qué bien les va! Ustedes tienen la forma. ¡Y bien; no! Es falso. Les va mal, están perdidos, han renunciado”.

(André, 2000)

Hablar del bien cuando se está hablando del discurso médico, es necesario, ya que parte de este discurso está fundado sobre hacer el bien al prójimo, procurarle salud, bienestar y **una mejor calidad de vida** (después veremos si en la institución hospitalaria eso realmente sucede), para lo cual los médicos se valen de sí mismos, de infinidad de técnicas, y de su voluntad de servir al prójimo. ¿Pero qué es esto

del bien?, por que la sociedad podría pensar y de hecho, es así, que gracias a los médicos se salvan miles de vidas y se investiga como salvar muchos otras, y por eso ellos hacen un bien a la humanidad. Más el bien no tiene un solo sentido o función, y en este análisis, se verán a trasluz algunas funciones del bien, de ese bien al prójimo que se encuentra ligado al discurso médico y que se hará notar en este capítulo. Empecemos entonces con un breve análisis acerca del bien: podríamos decir como *primer punto*, que sobre el bien descansa algo que es de acuerdo cultural, es decir, el bien es aquello que beneficia o parece beneficiar a la mayoría, por ejemplo, el que un enfermo no muera de cáncer beneficia a su familia y a él; “por lo menos en apariencia”; (ya que podría ser de manera diferente): *“El máximo de felicidad para el mayor número es algo que se topa con las exigencias de mi egoísmo”*(Lacan, 1960). Este autor habla acerca de felicidad y lo relaciona con el egoísmo, quizá, porque todas esas frases tan religiosas y populares: acerca de “hacer el bien al prójimo”, “de no hacer al otro lo que no te gustaría que te hicieran a ti” , “amar al prójimo como a uno mismo” ó actualmente que el altruismo se vende por televisión, radio, internet , medios impresos y para ello hay una infinidad de fondos de ayuda, para ciegos, niños de la calle, sordos, personas de capacidades diferentes o necesidades especiales. Que sí bien, las cuales van dirigidas a un acuerdo cultural para vivir mejor en sociedad y a ayudar a que estas personas se integren a la sociedad, de la cual pareciese subrayarse desde un inicio “están afuera”, también anulan a la persona o personas a las que se piensa hacer o dar ese bien o bienes, es decir, nosotros podemos creer que está bien apoyar a dichas fundaciones, ó que está bien que para tomar una decisión que

afecte a otra persona pensemos en lo que nosotros pensaríamos o sentiríamos en dicha circunstancia; sin embargo lo pensamos en base a nuestro **bien-estar**, es decir, te hago un bien que pertenece a mi bien, por ejemplo: Realmente todos los niños sordos querrán, necesitarán ó podrán entrar a escuelas y talleres; los niños ciegos o débiles visuales, querrán y necesitarán un transplante de cornea, o más aun, todos los niños con hipoacusia, desearan oír, los niños débiles visuales desearan ver, o todos los niños de capacidades diferentes desearan y podrán ir al CREE de Teletón. Entonces queda claro que se cree que se le hace un bien al otro, pero en algunas ocasiones, para hacerle ese bien, lo tengo que despojar de lo que el quiere o ignorar (ponerlo al margen) lo que podría ser el bien para esa persona e investirlo con mi bien, con lo que la sociedad espere de él o como diría *Lacan (1960) “el bien del otro a imagen del mío”*, es decir yo te hago un bien que pareciera no importar sí es bueno para ti, porque lo que en realidad importa es que sea bueno para mí y para la sociedad que lo legitima, por ejemplo: cuando los padres golpean a sus hijos, ”te pego por tu bien”... “para que aprendas reglas de comportamiento social; pero también ejerzo en cierta medida venganza” Y aquí aparece un *segundo punto*, el bien del otro, es algo que se ve a través del bien de uno mismo y la sociedad, aunque ese otro pueda quedar borrado o ignorado. Ya que esta persona tendrá que abstenerse de sus bienes ó los que en un momento lo eran (sean necesidades o deseos) para recibir el **bien** o los **bienes**, que el otro o la sociedad le brinda, y estar bien mediante ellos, hay aquí una *tercer punto o función del bien*, que podría explicarse así:<< para hacerle un bien al prójimo, no sólo es necesario anularlo, sino también despojarlo de sus

bienes>> (como veremos frecuentemente en la institución hospitalaria)
“Quiere decir: disponer de sus bienes y todos saben que está disposición no ocurre sin cierto desorden, y que este desorden muestra demasiado cual es su verdadera naturaleza, disponer de sus bienes, “tener el derecho de privar al otro de estos” (Lacan 1960). Pareciera entonces que dentro del bien descansa cierta agresión hacia el prójimo, ya que, al ser el bien un factor social del cual el sujeto al nacer llega a ser o formar parte, ó más bien tiene que formar parte, sí es que permanece hilado a la sociedad. Pero no sólo tiene que ajustarse a lo que socialmente está bien, sino también a lo que está mal, para no hacerlo o poseerlo y aquí aparece una *cuarta función* del bien, pues tendrá que despojarse de aquello llamense: sentimientos, deseos, necesidades, cosas, que aunque para el repercutieran en un bien, beneficio ó goce obtenido, para la sociedad este mal, es un pecado, un delito o simplemente una aberración.
“Defender nuestros bienes privarnos de nuestros deseos la dimensión del bien como tal, es la que levanta una muralla poderosa y esencial. En la vía de nuestro deseo, es la primera con la cual tenemos que vérnosla siempre y en todo momento” (Lacan, 1960), entonces, para pertenecer a una sociedad el ser humano, debe permanecer en su discurso, y abstenerse o reprimir todo aquello que desde la sociedad no es un bien sino un mal, debe de ser útil a ella, seguir y legitimar el discurso del bien, aunque este discurso, y enunciemos aquí una *quinta función del bien*: anule al sujeto, lo lleve al estado del bien, pero a estatus de bienes ó cosas, es decir el **“Utilitarismo”** útil para la sociedad, útil para tus familiares, útil para mí **“eres lo que la sociedad y gente alrededor quieren que seas”**.
 Hasta aquí hemos llegado a varias conclusiones: a) el bien está en la relación del hombre con un discurso social. b) lo cual coloca al sujeto

en la vía de la prohibición, y de esa relación con el bien y el mal. ¿Bien para quién o para qué? Y ¿mal para quién o para qué? ¿Cuándo y cómo?, caras de la misma moneda que parecen no separarse. c) ya que el mal puede estar tan próximo al bien, y viceversa, sin embargo hay que permanecer en el límite, no acceder a lo malo, a eso que pudiera ser horrible para la sociedad, todos debemos de permanecer al margen, en lo bueno, en lo bello, en lo normal, (por eso hacemos el bien a los demás para hacerlos útiles a la sociedad, para permanecer del lado de lo bello, de lo socialmente aceptado de la normalidad), esa bella agresión hacia el sujeto que no pertenece a este grupo de normales o sanos. Que sin dejar de ser agresión es bella, por estar insertada en el discurso social como beneficio al prójimo, nótese cuan frecuente es en la sociedad el discurso de la readaptación social. O de ayudar a otros a escapar de condiciones que desde un lugar social se consideran horribles (aunque para la gente que las viva no lo sean), Es decir, una *sexta función* del bien es su relación con lo bello con lo sublime. Sublime no porque deje de ser horrible sino porque es culturalmente aceptado, ¿Cuántas cosas y casos horribles en la historia no se dan o suceden en nombre del bien? *“Lo bello en tanto se manifiesta, intimida prohíbe el deseo, No es decir que no pueda, en tal o cual momento, ser conjunto al deseo, pero, muy misteriosa y singularmente, es siempre bajo esta forma, para la cual no creo hallar mejor término en sí mismo lleva la estructura del pasaje de no sé que línea invisible”*. (Lacan, 1960). Procedamos entonces a analizar como el discurso médico, el del bien, el de la institución y el del sujeto se hilan y se entretajan con otro discurso el de “las enfermedades”

2) Sobre la institución

“...Sí se hace hincapié en el cambio institucional, en la decadencia y la destrucción de las formas instituidas y, en consecuencia, en la violencia simbólica y a veces policiaca ejercida por las instituciones, la cuestión es saber sí estos hechos sociales están <interiorizados>”

(Lourau,2001)

El saber médico en la actualidad, lleva al sujeto a la institución hospitalaria, en la que tanto médico como enfermo cumplen con un discurso social ahí establecido y aprobado por la sociedad. Que pudiera ser el de curar la enfermedad y el de reconocerla, pero ¿qué implica que este saber se institucionalice?, habría que tomar en cuenta, que significa, el término institución de acuerdo a las relaciones sociales que en ella se establecen, y pensar a la institución de una manera simbólica, que implica y despliega hechos que pudieran ser interiorizados por las personas sometidas a ella, dejar de pensar a la institución, como edificio, inmueble ó como grupo de personas en un solo lugar o con una misma función, y pensarla como todo esto y más, porque tanto inmueble y personas que en ella se encuentran, están inmersos en un discurso, que habla de cómo se entretajan esas relaciones. Por ejemplo: la institucionalización de la enfermedad en los hospitales, lleva a confirmar un lugar del sujeto en el cual, se da un diagnóstico de enfermedad y de cura, que tiene una función social, en la cual unos están bien (los sanos) y otros están mal (los enfermos) es decir, no sólo cumple con diagnosticar lo enfermo, sino también lo

sano y entonces, la institución hospitalaria contiene a los enfermos, para darle lugar de normales a los sanos, ya que si no existiera el diagnóstico de la enfermedad, sería imposible saber quien es el sano “el normal”. Y todavía, se hace más notoria esta división, pues los hospitales mantienen internos a enfermos y así los sanos quedan alejados de la enfermedad o anormalidad, llevando a confirmar el lugar del sujeto en relación a la sociedad, que no sólo lo designa, sino en el caso de ocupar el lugar desfavorable lo violenta *“Esta es la historia reciente (y en parte actual) de una sociedad basada en una división radical entre el que tiene (que posee, en un sentido real y concreto) y el que no tiene. De donde se deriva la mistificadora subdivisión entre el bueno y el malo, el sano y el enfermo, el respetable y el no respetable. (Basaglia, 1976).* Pero... ¿porque este autor habla de sano-enfermo, bueno - malo y posteriormente introduce los conceptos respetable-irrespetable?, “acaso en la institución hospitalaria no se busca la salud del enfermo”, “que,... ¡no se le respeta!”, sí lo único que se hace es buscar su bien. Claro, se busca su bien, pero desde un lugar en el cuál se va abrir otra división social, que podría llegar a colocar al enfermo en un lugar simbólico desventajoso dentro de la institución hospitalaria. *“La familia, la escuela, la fábrica, la universidad, el hospital, son instituciones basadas en una clara distribución de papeles: la división del trabajo (señor y siervo, maestro y alumno, dirigente y dirigido). Esto significa que lo más característico de dichas instituciones es una tajante separación entre los que detentan el poder y los que no lo detentan.. (Basaglia, 1976).* Al hablar de irrespetable, podríamos hacer mención, de que el enfermo y su cuerpo quedan sometidos al discurso médico, que se puede entender como “Señor-Siervo”, porque el enfermo pierde toma de decisión de sí mismo, ya que no hace más

que obedecer las indicaciones del médico y del personal, que labora en la institución; maestro-alumno, porque que en algunas ocasiones el médico parece saber todo sobre el cuerpo del enfermo, y este otro pasa a una condición de no saber nada de su enfermedad, que no sea lo diagnosticado por el médico; dirigente y dirigido, porque el cuerpo del enfermo y la subjetividad del mismo quedan a merced de los designios del médico encargado del caso. Como se puede ver, a pesar de que en los hospitales se busca la cura del enfermo y su rehabilitación a la sociedad, también se ejerce violencia, sobre este, pero violencia que parece que no se ve y no se dice, más sin embargo está presente en la institución, pero recubierta por el altruismo y dedicación reconocibles y ligados al saber médico, recordemos el breve análisis sobre el bien, además, el medico no sólo ocupa el lugar de la cura, sino también del hombre sano, es decir,. desde mi lugar de sanidad o normalidad, puedo decidir que se hace con el enfermo (anormal); Ya que dicho discurso, al fungir, como un soporte social debe continuarse, ya que aunque exista violencia, el que un saber como el médico siga instaurado como poder-saber, da posibilidad de cura a la sociedad, que lo legitima como verdad. *“Las instituciones, escribe Illich, crean seguridades y desde el momento en que se aceptan, las pasiones se calman y la imaginación se encadena” La estructura de toda institución (familiar, escolar, hospitalaria) tiene como función la conservación de una experiencia (cultural, social, etc.), con la finalidad de reproducir la herencia recibida (Mannoni, 1978).* Pero sería una ilusión pensar que únicamente el enfermo esta unido a un discurso médico que en algunos casos puede ser destructivo y violento, ya que tanto médico como enfermo van a vivir la institución hospitalaria como una protección imaginaria de la cual toda la

sociedad está sujeta simbólicamente, además entre el enfermo, el médico y el personal que labora en los hospitales, también se dan relaciones subjetivas, así como de todos los anteriores con la institución, digo subjetivas porque van más allá de lo que la ética, objetividad, normatividad y política médica pudieran establecer. Que no dependerían únicamente *del humor del médico o de que el enfermo pague o no, como menciona Basaglia en (1976)*, ya que, sí lo pensamos, por lo menos en México, no existe ningún servicio médico gratuito, ya que por parte del Seguro Social, ISSEMYN, ISSSTE etc. se le descuenta al empleado un porcentaje proporcional de su sueldo, además en el caso de no ser trabajador o beneficiario de un servicio de salud supuestamente gratuito, y llegar a necesitarlo, la persona se ve expuesta a pagar un costo con su cuerpo, sólo es necesario prestar atención a los comentarios que hacen las personas en relación a los malos tratos, corporales y emocionales que se les llegan a brindar en algunas ocasiones en las instituciones de salud pública. Se trata entonces, de no sólo ver lo objetivo o concreto de las relaciones entre la institución y los institucionalizados, sino de lo significativo de esa relación y de como tanto el discurso personal del médico y del enfermo aunado a una serie de discursos dichos y no dichos en la estructura hospitalaria y social, le van a dar lugar de cura o enfermedad a este último (el paciente), pero también van a hilar simbólicamente al médico en relación al enfermo.

3) La institución y el sujeto

“La integración del enfermo en el corpus médico fue lenta y laboriosa por parte de la ciencia. En medicina, la relación entre médico y paciente se sitúa al mismo nivel del cuerpo del enfermo, considerado como un objetivo de investigación en su más estricta materialidad objetiva”. (Basaglia, 1976)

Es necesario hablar un poco de cómo la persona puede irse sujetando simbólicamente, dentro de un diagnóstico, discurso ó lógica hospitalaria, podríamos poner muchos ejemplos, pero pongamos, uno que pudiera ser el caso de cualquier persona. La cual llega en un principio a una clínica o consultorio de primer nivel, para un chequeo médico o por alguna dolencia x , el médico al encontrar algún posible daño orgánico que no desaparecerá con el simple uso de medicamentos, al percatarse incierto en cuanto al diagnóstico, o querer profundizar y confirmar lo que él piensa es la causa del daño, transfiere ya sea para estudios o para ser tratado por un especialista a una instancia o clínica es decir, un segundo nivel. Aquí ya se está poniendo en juego un diagnóstico, *“algo en ese sujeto no está bien y debe revisarse, profundizar en él o confirmarse”*. Posteriormente, el paciente en la clínica de segundo nivel, es sometido a los estudios ya prescritos y a otros, así como a nuevos medicamentos, es posible, que al ser localizada geográficamente la enfermedad y la razón de dicho

padecimiento, además, de que el sujeto se apegue al tratamiento prescrito por el médico, surja la cura, pero de no ser así, puede ser transferido a varios especialistas, los cuales, prescribirán nuevos tratamientos, que el sujeto deberá llevar a cabo con riguroso cuidado, para lograr la cura. Hasta aquí, este paciente ya tiene un diagnóstico más claro *“está enfermo, y algo no anda bien”*, además de que su vida depende ya en mucho de lo que otros (los médicos) deciden por él, por su bien, es decir, va perdiendo poco a poco, control sobre su propia vida. Pues dicha existencia ya está controlada por los consejos de “calidad de vida”, y tratamientos médicos, que sin importar su voluntad el sujeto debe ir sometiéndose a ellos, aunque estos cambien continuamente. Hasta aquí esta persona pudo haber logrado el restablecimiento de su cuerpo y estar sano, pero de no ser así y necesitarse operación u hospitalización, este paciente que será internado en la institución, llega a ella, ya recubierto simbólicamente, por los discursos y diagnósticos acerca de su enfermedad (pues cómo podemos ver el sujeto ya los está viviendo), discursos con los cuales se le abordara al paciente, por parte de las personas que laboran en dicha institución hospitalaria, ya sea para ser internado o ser parte de un tratamiento, podríamos mencionar, que desde un principio se parte de la idea, de que en ese que está enfrente hay algo que no está bien, algo que no es normal y que debe erradicarse desde un saber, saber que tiene el médico de lo que es un enfermo y un hombre sano. Pues la sociedad lo ha investido de dicho saber de cura sobre los cuerpos, cuerpos de personas enfermas, que parecen no saber nada de su enfermedad, es decir, el (enfermo) o sujeto se ve borrado, pues al no saber de lo que hay en su cuerpo, se tiene que sujetar al saber del

médico o saber social, *reproducir la herencia recibida como menciona Manonni. (1978)* decimos borrado porque, se ve anulada la subjetividad del individuo, pues no sólo parece no saber nada de su enfermedad, sino se le ve negada la posibilidad de que diga algo. Recordemos la pregunta *¿dónde le duele?* de la que habla *Foucault (1966)*, pregunta que parece abrir la oportunidad de tomar la palabra acerca de su enfermedad a la persona, pero que en realidad, le obtura la posibilidad de decir algo de ella. Pues va dirigido a la búsqueda de signos que solicita el médico, para ajustar la enfermedad a su saber, y a sí poder hacer el bien al ser humano que le solicita su ayuda y a esa sociedad que demanda la cura. Pues no sólo el enfermo parece no saber o a veces no querer saber nada de su enfermedad, sino también el médico parece no querer saber nada de ella que no se ajuste a su saber sobre la cura, y ahí quedan entrelazados, tanto el médico que en algunos casos (pues no sería válido generalizar) :sólo ve, signos, síntomas, el lugar de la enfermedad, y su respectiva categorización y que en su intento de objetividad, intenta obturar su propia subjetividad y la del enfermo que se liga a esa verdad médica (en la mayoría de las ocasiones). Hasta aquí, he remarcado en varias ocasiones la palabra bien y aquí, al encontrarnos ante la vinculación simbólica del médico y el paciente, cabría regresar a nuestro cuestionamiento del bien y preguntarnos, ¿Para qué? Y ¿para quién?, quiere un médico el bien¹ de ese enfermo. ¿Para darle salud y vida?, ¿para confirmar su lugar de saber?, ¿para confirmar el lugar que la sociedad y la institución asigna a ese sujeto?, ¿Para confirmar la relación entre su saber, el procurar el bien al otro y su actuar, dándole así un lugar de credibilidad

¹ El subrayado es para denotar la relación entre la palabra bien y bienes, es decir cosas.

al médico? o ¿para eso y otras cosas dependiendo de la historia del médico y el paciente? Pero, sí nos damos cuenta, al ostentar el lugar de saber poder de la enfermedad el médico en la sociedad y la institución hospitalaria, el paciente puede quedar en un lugar desventajoso, no sólo por ser el portador de la enfermedad, sino porque dentro de la institución, el enfermo corre el riesgo de caer y de hecho en muchos casos es así, en un posición de objeto. *“En la relación que la sociedad establece con la enfermedad se está implicado no sólo el “enfermo” con una “enfermedad”, sino también el médico y por ello mismo la sociedad que juzga y define la “enfermedad”, El riesgo de objetivación (es decir el riesgo de que el paciente sea tratado como objeto) no está ligado a la condición objetiva del “enfermo”; a la objetivación puede considerársela como un proceso que se desarrolla en el interior de la relación entre el “enfermo” y terapeuta, y por ello, en el interior de la relación entre el “enfermo” y la sociedad que delega al médico la cura y la tutela del enfermo (Mannoni, 1970).* Queda claro que detrás de la objetividad del médico, entendida como hacer su trabajo acertadamente, se esconde el riesgo de tratar al enfermo, como un objeto, sobre el cuál la medicina, confirma su saber y lleva a cabo sus tratamientos y técnicas; el enfermo y su enfermedad se pueden volver, entonces, la copia de signos y síntomas ya delimitados con un nombre y una clasificación, lo cual le permite al médico prescribir el presente y el pasado de ese sujeto, que puede ir desde un diagnóstico temporal, hasta uno mortífero, ya que al estar despojado el enfermo de su subjetividad, parecería que no le queda más, que cumplir con esos designios hechos sobre su cuerpo, pero que no han quedado separados de él subjetivamente.

Parece desalentador que sobre un saber tan altruista, descansa agresión sobre el sujeto, pero no sólo es la medicina, sino la sociedad que legitima la forma de cura, dónde y cómo deben ser tratados los enfermos, de hecho la medicina a cumplido con su función: *“ el querer el bien y la salud de todos los seres humanos”*, y hasta ahora lo han logrado (aunque ese bien mueva a los humanos a estatuto de bienes y cosas en algunas ocasiones) es decir todo esto se hace, con la intención de que el sujeto obtenga el bien, en este caso la salud, pues la medicina sólo confirma el lugar del sujeto y la posibilidad de cura, pues el lugar del enfermo ya es nombrado anteriormente por la sociedad, que reconoce en el enfermo algo que no es “normal” y que lo marca o lo estigmatiza *“Un estigma es, pues, realmente una especie real de relación entre atributo y estereotipo . sin embargo... existen importantes atributos que resultan desacreditadores en casi toda nuestra sociedad “(Goffman, 1963)*. Es decir, la enfermedad se convierte en un estigma, pues marca una posición del sujeto que lo desacredita socialmente, lo marca como diferente, y como persona a la que le faltan cosas para estar bien, esto lo podemos ver ejemplificado, cuando sin ser médicos o saber sobre la vida del enfermo, las personas dan por hecho diagnósticos o situaciones sobre la vida de éste, y le dicen como vivir ó que hacer para sanar, o los van a visitar sin que se les solicite, es decir, la sociedad también anula y cosifica al enfermo, postura que en algunas ocasiones más que beneficiar a este último, nos beneficia a nosotros y a un supuesto altruismo; altruismo que en algunas ocasiones no hace más, que Aliviar la situación del diagnosticador y subrayar su lugar de sano. *Goffman (1963), menciona: “Con todo es posible que perciba, por lo general con bastante corrección, que cualesquiera que sean las declaraciones de los*

otros, estos no lo <<aceptan>> realmente ni están dispuestas a establecer un contacto con él en <<igualdad de condiciones>>”. Entonces el enfermo, cumple tanto con una función social, que permite sostener el lugar de sanos y discurso del bien, en este caso la salud, pero también el lugar del mal ó enfermedad. Lo cual como ya hemos mencionado ha encontrado su cumbre en las instituciones hospitalarias. Foucault (1966) menciona: “El hospital creador de la enfermedad por el dominio cerrado y pestilente que diseña, lo es una segunda vez en el espacio social donde está colocado. Esta división, destinada a proteger, comunica la enfermedad y la multiplica hasta el infinito y en su función social”. La evidencia es que las enfermedades se han multiplicado ¿tendrá que ver con esto? ¿será que al tener un lugar donde la enfermedad puede ser nombrada y clasificada, éstas se multiplican y surgen otras? Y ¿será que al tener funciones sociales la enfermedad, sigue surgiendo y no se puede extinguir? lo anterior debe llevarnos a hacer una reflexión, sobre el discurso médico los diagnósticos sociales e históricos implicados en el y la enfermedad.

Hay situaciones dentro de las instituciones, que también le dan un lugar e incluso un diagnóstico al sujeto, en los cuales queda más claro la posición en la sociedad y la cosificación que se lleva a cabo sobre el enfermo, tomaremos, algunos comentarios de Goffman (1961 y 1963), que sí bien, no todos son de estudios realizados en clínicas hospitalarias, si nos pueden servir de ejemplo, debido a la manera en la cual se aborda al sujeto, como menciona en (1961). “El procedimiento de admisión puede caracterizarse como una despedida y un comienzo, con el punto medio señalado por la desnudez física. La despedida implica

el desposeimiento de toda propiedad, importante porque las personas extienden su sentimiento del yo a las cosas que les pertenecen. Quizá la más significativa de estas pertenencias - el propio nombre - no es del todo física. Cómo quiera que uno sea llamado en adelante, la pérdida del propio nombre puede representar una gran mutilación del yo..” El sujeto podría entonces entrar a la institución hospitalaria buscando su bien quizá “su salud”, convirtiéndose este bien, en eso que se le quitará para darle desde el bien del médico lo que sea considerado necesario, esto lo podemos ver en los hospitales, cuando ya el sujeto no tiene un nombre, sino se convierte en: él enfermo de la cama “x”, el de terapia intensiva, el de la sala “1”, el paciente terminal; es decir, el bien del enfermo (ese que busca el médico), es eso que el médico, la sociedad y la institución hospitalaria se apropia del ser, del enfermo para que este, “esté bien”. pero todo esto que se le sustrae al sujeto y sus nuevas **designaciones** que se le dan a parte de quitarle su nombre, pueden resultar mortíferas, pues hablan de su estado y lo que se espera de él, es un **diagnostico** que parece silencioso, pero se escucha. Y del cual el paciente y el médico a cargo no pueden escapar, pues la división de los pacientes, cumple una función médica e institucional, pero por otro lado, deja claro que el enfermo ya no puede tener ningún control sobre él, y no sólo por no ocupar el lugar concreto que el desea en la institución, sino por no controlar ese lugar simbólico en el cual se encuentra; pues incluso a partir del lugar concreto que se le asigna en el hospital, se le asigna un lugar simbólico, pareciera que todo lo que hay que saber de él y lo que necesita él, incluso partes de su cuerpo, tuvieran que pasar por la vista y aprobación del personal médico: *“Probablemente se le despoje de su acostumbrada apariencia , así como de los instrumentos y servicios con los que la*

mantiene, y que sufra así una desfiguración personal. Ropa, peines, hilo y aguja, cosméticos, toallas, jabón, máquinas de afeitar, elementos de baño -todo esto puede serle arrebatado, con el propósito de restituírsele cuando salga -... Al deterioro personal consiguiente al retiro del equipo de identificación puede sumarse una desfiguración más grave por mutilaciones del cuerpo directas y permanentes, tales cómo marcas infamantes o pérdida de miembros, aunque esta mortificación del yo a través del cuerpo se encuentra en pocas instituciones totales, suele perderse en ellas el sentido de seguridad personal...suelen provocar en muchos la impresión de encontrarse en un ambiente que no garantiza la integridad física (Goffman,1961).

Pareciera que el hospital le está garantizando su salud al paciente, pero por otro lado no le da una garantía física y mucho menos de salvarse cómo sujeto, ya que incluso no garantiza la completud del cuerpo, situación importante, tomando en cuenta que, en este proyecto se trabaja el tema del cáncer en el cuerpo, cuyo tratamiento en muchas ocasiones implica mutilaciones, y, porque cuando se habla de “un cuerpo simbólico y no real”, se hace referencia a que cualquier órgano puede estar fungiendo como otra cosa, es decir, el cuerpo humano simbolizado por la cadena discusiva de aquel sujeto al que pertenece. En la cual un órgano puede estar cumpliendo una función simbólica diferente a la establecida orgánicamente, *(esto quedará más claro en el próximo capítulo).*

Pero no sólo en el hospital, se crean todos estos mecanismos que no garantizan la seguridad del enfermo y la manera en la que a este se le designa (como un ser invalido o carente de...). Si no también en todos aquellos que parecemos estar alejados de esa institución, pero que también le damos un sentido a la vida del sujeto,

a partir de ese diagnóstico que se le asigno ó que ya se le había asignado en la familia, pero la medicina confirmo, diagnóstico que puede ser mortífero, sin necesidad de estar hablado, como esa asociación de los hospitales con la muerte de la que hablaba Foucault, cuando lo que se busca en ellos es supuestamente la vida.. *“El hospital, como la civilización es un lugar artificial en el cual la enfermedad trasplantada corre el riesgo de perder su rostro esencial. Allí encuentra en seguida una forma de complicaciones que los médicos llaman fiebres de prisiones o de los hospitales: astenia muscular, lengua seca, saburral, rostro abotagado, piel pegajosa, diarrea digestiva orina pálida, opresión de vías respiratorias, muerte durante el octavo o undécimo día ...De una manera más general el contacto con los demás enfermos en este jardín desordenado donde se entrecruzan las especies², altera la naturaleza propia de la enfermedad y la hace más difícilmente legible ...Y además, ¿se pueden borrar las desagradables impresiones que causan en un enfermo, arrancado de su familia el espectáculo de estas cosas que no son para muchos sino “ el templo de la muerte”. (Foucault, 1966). Es decir, un ser humano se sujeta a la institución, por lo que ella significa para él y para la sociedad, aunque para algunos, el hospital pueda significar la vida para otros puede significar la muerte, incluso sin que se le haya diagnosticado. Como se ha analizado el diagnóstico es más que una sola afirmación o varias que hace el médico en relación al paciente, el diagnóstico es, pues, toda una red discursiva tejiéndose en todos aquellos momentos en los cuales se le designa al enfermo, tanto en la institución hospitalaria, como en la familiar y sociedad, sean verbales o no estos momentos. Además de la difícil lectura de la enfermedad, ya que no hay una cara real de esta, pues como hemos analizado hasta*

² Léase “Sobre la locura”, del mismo autor, Cap. “El jardín de las especies”.

este momento, se trata de redes discursivas. De las cuales algunas parecieran enunciar, que la medicina es un bien necesario, y el enfermo su objeto de estudio. Teatro en el cual se representarían varios papeles que le darán un lugar al sujeto en la institución hospitalaria, ya sea enfermo ó médico. pero que están enunciando, el lugar de vida familiar y social que tiene la persona, y la relación que se dará entre el paciente, el médico y la sociedad. *“El lugar que se le autoriza o no ocupar, la función que tiene como x (“enfermo”, ”loco”) al lado de otro (Cuya angustia taponada) constituyen los elementos de una partida de ajedrez que se juega en la familia, y además en toda institución” (Mannoni, 1994).*

Las instituciones como la hospitalaria, van a cumplir con una función social y maternizante, pues buscan proteger al ser humano y darle sentido, ya que lo nombran y lo designan, pero también pueden destruirlo, como una madre. Y ahí se entretienen discursos, es decir se puede entretener cadenas discursivas, respecto a la enfermedad, ya que puede haber un diagnóstico familiar, que el sujeto al no poder nombrar o poner en palabras las lleve a su cuerpo y posteriormente a confirmarlo con un diagnóstico hospitalario, que pudiera ser mortífero. y de esta manera el sujeto queda coagulado entre el diagnóstico familiar, el médico y el suyo. Pero *esto se analizará en el próximo capítulo*, sin embargo citare un ejemplo que propone *Mannoni (1970)*, en el cual se ve como se entretienen, la historia del sujeto, el diagnóstico social y el médico:

“De sus hospitalizaciones, Sidone guarda el recuerdo de un combate contra el cuerpo profesional. Relata el ritual del hospital y el modo como ella nunca cesó de enfrentarlo.

Sidone se pone en situación de víctima:

-de su madre que, en un periodo en el que ella era bulímica, le decía: “serás desgraciada toda tu vida, caerás en la desgracia”³

-del sistema escolar , en el que se aburre.

-del cuerpo médico, que obedece las ordenes de su madre. El doctor me ha dicho: “Dentro de seis semanas volveremos a encontrarnos. Tu cama está reservada en el hospital psiquiátrico”⁴

Podemos ver entonces cómo la medicina da un diagnóstico, pero este se entreteje, con un diagnóstico ya dado anteriormente, es cómo si los diagnósticos institucionales fueran como un oráculo, un destino al que no se puede escapar, ya que van más allá de lo dicho, y le dan una significación nueva al sujeto, en base a otras significaciones ya existentes, por ejemplo: “el serás desgraciada toda tu vida” con el diagnóstico “Dentro de seis semanas volveremos a encontrarnos. Tu cama está reservada en el hospital psiquiátrico” solamente que esta significación más que darle salida al sujeto parece obturarlo taparlo.

³ Sentencia materna.

⁴ Discurso que toca el cuerpo y se puede convertir en realidad.

4) La alternativa del psicoanálisis:

El peso de la rutina administrativa -del que no se puede liberar- tiende a crear una situación que imposibilita toda dialéctica . Se crean estructuras con las que la institución se defiende de los efectos de toda palabra llamada libre. La palabra “liberada” no entra en ningún proceso de transformación en la medida en que se percibe como “patógena” y es porque está palabra está destinada a ser arrojada, desechada por los que la reciben por lo que reaparece consiguientemente con tal constancia e incluso con tal violencia”

Mannoni,(1978).

En la cita de epígrafe Maud Mannoni habla de palabras que no se dicen o no se escuchan en la institución pero que aparecen constantemente en la dinámica de ésta, como ya hemos visto. Una manera como podríamos entenderlo es la siguiente: Los efectos de los diagnósticos y la institución que se depositan sobre el sujeto no permiten en algunas ocasiones una dialéctica para este dentro de la misma, porque, cuando hay situaciones o discursos no dichos pero existentes dentro de la estructura institucional, estos parecen defender tanto al sujeto como a la institución de algo. Son discursos que no se pueden decir, pues están reprimidos o coagulados desde la institución ó sociedad, no dichos por el sujeto, ya que aunque le pertenecen a él y a su historia, este parece ignorarlo; Discursos sociales que se entretejieron con los discursos institucionales y

familiares, como en el caso de Sidone, discursos que actúan sobre su vida. Y que en el caso de la institución hospitalaria podrían conducir al enfermo hacia la vida o la muerte. Hasta aquí tenemos un análisis de la historia médica y de la institución, pero nos aproximáremos cada vez más a la vinculación del sujeto con estos discursos, y para ellos tomaremos en cuenta a la teoría psicoanalítica, ya que sus conceptos se basan en la subjetividad del sujeto y no en una objetividad que lo anule, es decir toma en cuenta al sujeto como miembro del discurso social y del suyo propio ligado con su relación institucional, el **sujeto** esta pues “**sujetado**⁵ a su historia que se establece a partir de un discurso” ¿Cuál es entonces la propuesta del psicoanálisis respecto al trabajo en la institución?. La respuesta es muy compleja y no quedará del todo contestada, sin embargo, se hace necesario explicar antes, que es lo que el psicoanálisis no hace o no busca en la institución. Cabe dejar claro que: el psicoanálisis no es psicología y por ello aborda de manera diferente la relación entre el paciente, su médico y la institución, por ello: 1. El Psicoanálisis no intenta investir a las personas que se encuentran en el hospital, con un discurso reconfortante y aparentemente liberador y reparador, que muy posiblemente, haría sentir mejor al paciente pero que seguiría obturando el discurso del sujeto. El cual es sujeto de su historia y de sus relaciones institucionales. 2. no se busca objetivizar al sujeto, ya que este no es colocado como objeto de estudio, que llevaría a comprobar hipótesis o diagnósticos psicológicos ya planteados o

⁵ *El hombre en sociedad esta sujetado al discurso, por ello hasta aquí nos hemos referido a el como “sujeto”.*

pensados por investigadores, que registran cuantitativamente las respuestas del sujeto llevándolo en muchas ocasiones a confirmar sus conceptos; Y perdiendo de vista su subjetividad, al plantearse únicamente la objetividad de sus investigaciones o trabajos. 3. Por lo anterior tampoco busca hacer el bien al paciente, proporcionándole desde la acción terapéutica, un saber que quizá se ejercería con violencia y remarcaría el lugar del sujeto en la institución ya sea, sano, enfermo, anormal, moribundo; ya que de ser así podría impedir la dialéctica del sujeto, coagulándolo en el diagnóstico al despojarlo de sus bienes; entonces 4. El analista no busca convertirse así, en parte de ese discurso institucional que atrapa al sujeto, reproduciendo lo que la institución demanda del paciente y del lugar de saber de él como profesionalista. “Un diagnóstico para el sujeto”. Y una respuesta o salida para él mismo, dada por los médicos y psicólogos, es decir, no se excluye ni se da por hecho que el paciente no sabe o no puede saber de su condición. Lo que el psicoanálisis sí busca hacer respecto al sujeto en un trabajo institucional es: abrir paso a ese discurso no dicho por el sujeto, no para violentar la institución, pues esta es parte del sostén del discurso social, sino, para una toma de conciencia, del lugar en el cual se encuentra el psicoanalista respecto a la institución, y también respecto al sujeto al cual escucha, pero no escucha para darle un diagnóstico, sino, para darle una salida al sujeto, de cura, tal vez, pero no de esa cura que se enmarca en el cuerpo o en los resultados cuantificados del psicólogo, ¿Salida y cura de que ... entonces?. Pues salida al discurso del paciente, a que este pueda tomar conciencia de su enfermedad, aludiendo no sólo a su historia del sujeto, sino también a los diagnósticos institucionales, que lo

coagulan, y que el paciente no dice y pareciera no percibir, pero que los vive. Quizá la postura en la cual se llevaría a cabo el análisis o el trabajo que propone esta tesis, es más próxima a la propuesta o a la forma de percibir al sujeto y su estancia en la institución, del sociopsicoanálisis del cual Mendel (1987) menciona: *”En principio el sociopsicoanálisis como tal articula dos campos distintos; el del “hecho social” y el del “hecho psíquico individual”, ... El sociopsicoanálisis está lejos de ser, como lo creen todavía algunos, una aplicación del psicoanálisis a la sociedad; es en gran medida su exacto inverso... Intenta en efecto, comprender como el hecho social interviene e influye sobre el hecho psíquico individual.; Busca estudiar cómo “las personas”, en el marco de sus actividades cotidianas, pueden reflexionar por sí mismas acerca de las fuerzas que actúan sobre su personalidad. Ya sea que esas fuerzas provengan de la infancia o lo hagan de la sociedad...Es pues, esencialmente, un método de toma de conciencia de estas fuerzas por los propios interesados . Y, con esa perspectiva, la institución se nos muestra como un lugar muy interesante, privilegiado en ciertas condiciones, para estas tomas de consciencia”*. Es decir, se busca que el sujeto ponga en palabras o resígnifique por el mismo, las situaciones que lo ligan a esa institución, en este caso las significaciones y funciones simbólicas del sujeto en relación a la hospitalización. Significaciones que hay implicadas en su relación con la enfermedad, por deseo de él y porque esa historia que le pertenece, pero ¿qué tipos de historias podríamos encontrar en la enfermedad?, ¿cómo algo de lo hablado o de lo que no decimos (porque finalmente estoy hablando de palabras) puede instalarse en el cuerpo?

Capítulo 3

**La historia de vida, depositada en el órgano;
la enfermedad como parte de un discurso
inconsciente.**

Hasta aquí hemos hablado de la genealogía médica y de cómo ésta, ha ido cambiando de acuerdo a los discursos y momentos históricos por los cuales ha pasado la humanidad, momentos que se dejan oír, a través de las palabras, los discursos y las cosas que se entretajan en la institución hospitalaria, en los cuales se subraya el estatus de saber de cura que la sociedad ha dado a la medicina, la cual ejecuta este saber sobre los cuerpos de las personas, que en instituciones hospitalarias, se unen discursivamente a los diagnósticos institucionales y los médicos; Llevando a cabo así una historia hospitalaria y de enfermedad o cura. Más cabría preguntarse, si la historia de la enfermedad comienza ¿en el momento en el cual se sienten los síntomas sobre el cuerpo?, ¿cuándo se da el primer diagnóstico médico? ¿al ser el paciente sometido a la lógica institucional médica?, ó sí, ¿la historia de la enfermedad corresponde a una historia generacional e individual del sujeto y su cuerpo?, que va más allá de la aparición de meros síntomas, pero que se entretaje con el discurso médico. se trata de analizar, no sólo la institución, sino la subjetividad del paciente, su historia individual y su vinculación social, y para ello tendremos que partir de un cuestionamiento sobre la subjetividad y como la misma se relaciona con el cuerpo del sujeto e

incluso con la enfermedad, ¿pero a qué nos referimos con subjetividad? para dar una respuesta retomaremos nuevamente la teoría psicoanalítica y el lenguaje, ya que hasta aquí hemos hablado de discursos y parece que es el lenguaje efectivamente, el que señala el lugar del sujeto en la sociedad, los caminos a seguir en su vida, diagnósticos ó designios que tendrán que ver con el futuro del ser humano. Como sí toda respuesta sobre el sujeto estuviera en las palabras con las que se le nombra, se dividirá entonces, el siguiente capítulo en: 1) el sujeto y el significante, 2) cuerpo simbólico no real. 3) somatización histórica y no histórica. 4) la historia del sujeto y la enfermedad.

1) El sujeto y el significante

“Hay relación del ser que no puede saberse. Aquella cuya estructura indago en mi enseñanza, en tanto que ese saber –acabo de decirlo – imposible está, por ello, en entredicho (interdit). Aquí juego con el equivoco: este saber imposible está censurado, prohibido, pero no lo está si escriben adecuadamente el entre- dicho, está dicho entre palabras, entre líneas. Se trata de denunciar a qué género de lo real nos da acceso.

Lacan (1972-1973)

El lenguaje parece ser la parte medular, de lo que hasta aquí hemos venido enunciando, ya que el lenguaje es el mecanismo por el cual se nombra al sujeto, y su lugar en el lazo social: hijo, médico, padre, enfermo, normal, anormal. Palabras que enuncian al sujeto, pero que dicen el lugar que ocupa en la sociedad, por ello desde la teoría psicoanalítica se le considera al sujeto, **sujeto del lenguaje**, ya que se encuentra **sujetado a éste** y con ello a los *discursos sociales e institucionales de los cuales participa simbólicamente*, pues

el lenguaje no sólo nombra al sujeto y su lugar social, sino también hace designios sobre él y su relación con las cosas que nombra y se procura para sí; incluso, como veremos posteriormente el lenguaje marcará la relación con el cuerpo.

El lenguaje es también esa característica propia del ser humano, por la cual nos entendemos y nos comunicamos, en base a el lenguaje se denominan, muchos nombres y categorías correspondientes a diversas ciencias y a la vida común, compartiendo la idea social, que hay una correspondencia directa, entre lo que se nombra y la cosa. Idea sobre la cual se basa la objetividad de muchas ciencias como la medicina, las cuales, dejan de lado la subjetividad inherente al sujeto. De hecho *Saussure*, el padre de la lingüística lo creía así, el término “significante”, uno de sus postulados, enuncia que todo signo tiene dos caras, significante y significado, siendo el significante, la imagen fónica, lo que uno escucha, y el significado la imagen psíquica que uno tiene¹, el significante es un acuerdo cultural para nombrar la cosa. Por ejemplo, la palabra “mano”, por sí sola es un sonido, mas nos remite a una imagen, que es la de una parte del cuerpo humano. Para *Saussure* el significado tenía primacía, lo cual queda plasmado en su algoritmo:

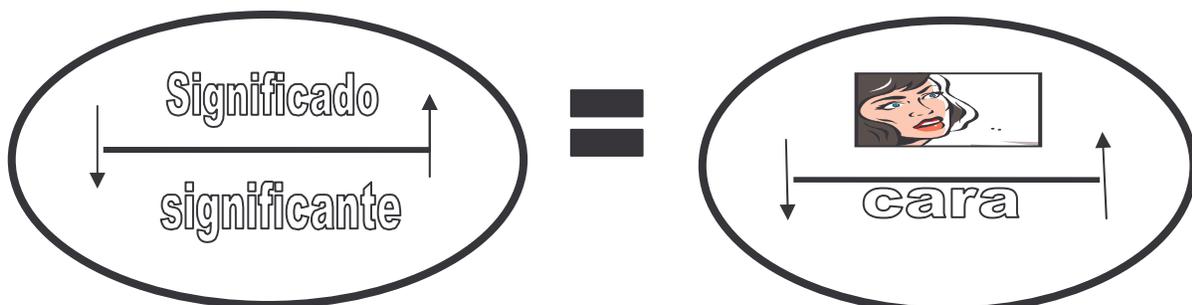


Figura 1. Esquema del algoritmo de signo de Saussure

¹ Leer Benveniste (1999), “Problemas de lingüística general” Cap.1 Editorial siglo XXI, México

Carvajal (1986), menciona que “la elipse, representa lo cerrado del signo, la unión indisoluble, cómo si fueran las dos caras de un papel, entre el significado y el significante. Las dos flechas aluden a la implicación recíproca entre ellos y la línea horizontal, tiene valor de vínculo”; cómo las palabras cara y face, aunque sean lenguajes diferentes, aluden a la misma cosa

El psicoanálisis da un giro a esta concepción, con las aportaciones de *Lacan*, un psicoanalista francés. Que va a darle un nuevo sentido a los postulados de *Saussure*, cuando pone en juego que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, Pero que para el sujeto no hay una relación directa entre el significante y el significado, pues sí bien el hablar y la comunicación entre los seres humanos existe, porque tenemos algo en común, que es la lengua y el significante, estos significantes nunca nos remitirán a un solo significado, sino a otros significantes, es decir el significante va a nombrar la cosa sin alcanzarla. Es importante no pasar por alto, que el lenguaje es metonímico Y sinécdoque, esto quiere decir “continente por contenido” “la parte por el todo”, es una parte a la que le faltan significantes y cada significante que se le adhiere o puntuaciones que se le dan, van alterando el significado, lo van desplazando, como, cuando se recorre un signo de puntuación, y se ve modificado el sentido por ejemplo: “me da un café negro” y “me da un café, negro”. Sin embargo esto no es tan sencillo, pues los significantes y significaciones son inherentes e independientes a la vida e historia de cada sujeto y como menciona Benveniste (1999) “El pensamiento no es una materia a la cual el lenguaje prestaría forma”.

Lacan retomará el esquema de *Saussure*, pero quedará modificado de la siguiente manera:



Figura 2. Esquema con ejemplo del postulado del significante de Lacan. El inconsciente estructurado como el lenguaje, sin relación directa entre significado y significante.

En este esquema, como se puede observar, no puede haber relación, (pues no hay flechas), con lo que queda claro que no hay relación directa entre el significado y el significante, tampoco hay una unidad indisoluble por eso no hay elipse, y aparece arriba, como muestra de su primacía, el significante. La barra por su parte, remite a una relación de diferencia, a eso inconsciente, entonces, cuando nos comunicamos, prescindimos de esa barra, ya que creemos que la persona realmente esta diciendo lo que nosotros entendemos, y ese entendido o mejor dicho “mal entendido o entredicho”, lo entendemos y nombramos desde nuestras significaciones conscientes e inconscientes, así como desde un acuerdo cultural del significado de la palabra, que como podemos ver no es fija. Por ejemplo, la palabra mano, puede remitir a una parte del cuerpo o a una mano de poker u otra cosa dependiendo de la significación que le de cada sujeto, encontrándonos así frente el dilema de la subjetividad. Y cabría

preguntarnos si esta subjetividad se aplica cuando lo que está en juego es el cuerpo de la persona; Pues quizá, un diagnóstico (que finalmente son palabras) a pesar de estar basado en algo concreto como el cuerpo humano. No siempre tendría que significar lo mismo para el sujeto que lo recibe. *“...Recordemos que el significante no remite a la cosa directamente, sino que remite a otro significante, diferencia decisiva respecto del signo. Si decimos “donde hay humo hay fuego”, nos movemos en el plano del signo, interpretamos este humo como indicio material de que en la realidad hay fuego, pero sería distinto si tomáramos otras culturas, como por ejemplo, los indios de América del Norte, que inventaron un lenguaje o un código con señales de humo, con las que enviaban mensajes. Ahí el humo no remitía a fuego, sino a otra ritmación de humo, y eso es lo que le daba un efecto de significación... Tal es lo que distingue el plano del significante del plano del signo, la formación de una cadena: a nosotros nos interesa esa cadena en tanto que inconsciente. Otro rasgo diferencial del significante es su particular relación con el sujeto. Conocemos una definición de sujeto devenida “clásica”, esto es, el sujeto es lo que representa un significante para otro significante” (Rodulfo, 2001).* En esta cita, el autor remarca la diferencia entre significado y significante, y también como al ser humano le es imposible acceder a una relación directa con las cosas, ya que él mismo está atravesado por el discurso y nombrado por varios significantes, sea su nombre, lo que se espera de él, la historia de su familia de origen, su cuerpo etc. Significantes que hablan y dicen lo que él es, y algo que es muy importante en esta tesis, su

relación con las cosas, la sociedad y con su propio cuerpo. Relaciones que van teniendo significaciones distintas, que cambian en base a la vida del sujeto e historia de la humanidad, pero que mantienen algo del punto de partida inicial (un mito quizá), ese que no es accesible a nuestro saber, por ser inconsciente.

El significante es un símbolo de la ausencia, de ese objeto que hace falta, de eso que hay entre esos dos significantes, del esquema de *Lacan*, un significante primario y uno binario, entre los cuales hay un objeto faltante, ese significante primario, es del que nada quiere saber el significante binario, porque en medio hay una falta. Y ahí se abre una distancia abismal entre, la demanda y el deseo, la primera, a merced del Otro, Quiere cubrir una falta, a través de procurarse algo, **que no es**, más se puede nombrar, al formar parte de un discurso alienado ó aceptado socialmente, mientras que el deseo como tal es inarticulable, es aquello que, sabemos, pero que no queremos saber, aunque nos tiene en constante búsqueda de algo que parece perdido. Falta a la que *Lacan* denominó *objeto a*, es eso que sitúa al ser humano como sujeto, porque anula su deseo, y lo convierte en un sujeto de deseo alienado, sujeto del deseo del Otro, sujeto adscrito a la cadena significante, y al vinculo social (recordemos el análisis del bien), *“Para poder ser, en el sentido en que cabe hablar en psicoanálisis, para encontrar cierta implantación en la vida humana, la única oportunidad que tiene un sujeto es asirse a un significante.”*(Rodulfo, 2001). Podría ser quizá la enfermedad un mensaje de ausencia, es decir, algo de lo que no se dice en palabras, pero se encuentra en los significantes relacionados a la historia del sujeto. La enfermedad como

significante cubriendo a otro significante al cual se une el sujeto y su cuerpo, ya que como hemos visto, incluso cuando la enfermedad es real sobre el cuerpo, los diagnósticos y vivencias en las instituciones hospitalarias, recubren al sujeto de significados y significaciones, que lo nombran y designan como sujeto, aunque en muchas ocasiones no se enuncien, permaneciendo en el inconsciente institucional. Pues en una institución hospitalaria, tanto personas como cosas, están atravesadas por discursos y diagnósticos, que dan razón de ellos, de la enfermedad y de su lugar en la sociedad. Quedando claro entonces que el lenguaje nombra al sujeto pero también le posibilita nombrar, desear, renunciar a sus bienes y deseos, así como existir o morir, pues no todos los sujetos significan igual esos discursos ya que el lenguaje hace al ser humano procurarse o apropiarse de cosas transfiguradas y no acceder directamente a las cosas o significados, sino solamente por mediaciones elaboradas por el lenguaje. Todo lo anterior como pudiera interpretarse, no se da a partir de que un niño empieza a hablar, pues aunque el niño no emita sonidos el lenguaje le preexiste, pues antes de que naciera, ya se espera algo de él que lo significa y cubre con todo un discurso de lo que *los otros* esperan de él, de la familia a la cual pertenece, del lugar simbólico que ocupará en casa y en la genealogía familiar. Incluso su cuerpo será algo que también será simbolizado en el ámbito familiar, pues al nacer, la madre lo erógeniza. Tanto, simbólicamente, como corporalmente. Le instala sus demandas y sus deseos, ella es la que dice cuándo el niño tiene hambre, cuándo tiene frío, en muchas ocasiones lo que va a sucederle al niño, ella interpreta esos gritos del niño, que de principio eso son “gritos”, dándole un significado, significado que ella le da de

acuerdo a sus significantes, demandas y deseos, que a su vez fueron impuestos por la madre de ella y así sucesivamente.

Podemos concluir este inciso diciendo que: los diagnósticos médicos, van a ser significantes, que van a nombrar al sujeto pues estos significantes se hilan a cadenas discursivas ya existentes. Y según el caso y la significación que tengan para el sujeto, podrían salvar al enfermo y en otros exacerbar la enfermedad. Enfermedad que, si tomamos en cuenta los límites de lo simbólico, cumple una función, tanto siendo enfermedad real como imaginaria. ¿deseo de qué o de quién? Que se vive en el cuerpo.

2) Cuerpo simbólico no real.

“Dicho de otro modo estudiamos los modos y las condiciones a través de las cuales el bebé va haciéndose de un cuerpo, y, al respecto, que anatómicamente lo tenga sólo induce a error. Desde el punto de vista simbólico es una mentira, no es suyo, está muy lejos de poder asumirlo, a lo sumo vale decir que dispone de la potencialidad de tenerlo, de apropiárselo a lo largo de un complicado devenir histórico –estructural para cumplir el cual lo ayudan no tanto el instinto como las funciones parentales”

Rodulfo, (2001)

El niño al nacer, es portador de un cuerpo, cuerpo real y simbólico de acuerdo a la relación significativa de la cual el niño ya forma parte y seguirá siéndolo, por ello es que Rodulfo menciona, que aunque un niño tenga un cuerpo real ó anatómico, no quiere decir que tenga un cuerpo simbólico, pues el niño nace con un cuerpo que es y parece real, sin embargo, ese cuerpo ya ocupa un lugar en el discurso social y familiar, le pertenece al niño y no le pertenece, a pesar de que

parece contenerle. Ya que es un cuerpo real, pero también es a su vez un cuerpo imaginario, *Rodulfo (2001)* menciona: "*Volvamos ahora al lado del cuerpo imaginado, en sí un producto derivado del mito familiar... el significado que se le dona es un significado de posición*". Cuando el niño nace, ya ocupa también un lugar en el discurso social, y también en el mito familiar, y mencionamos mito, pues no es la verdad familiar, son significantes familiares, que el niño de acuerdo a su historia, se ira apropiando y convirtiendo en sus verdades, las cuales le darán significado a su lugar en la familia y en la sociedad, lugar tanto posicional, como simbólico".

Sí bien el niño ya está simbolizado antes de nacer, por lo que se deseaba de él, es importante hablar, acerca del deseo de la madre, ó de la persona que en lo simbólico juegue este lugar, ya que no sería conveniente, entender el deseo de la madre, como: sí el hijo es amado o se planeo su llegada, sino entenderlo como la relación significativa y deseante que establece la madre con el bebé. Y podríamos entonces preguntar ¿para qué se puede desear a un hijo o en lugar de que puede desearse un hijo?. Ya que en relación a estos deseos y querencias, que son partes del mito familiar, el niño será recibido por una cadena significativa instaurada en su relación con la madre ó persona que juegue este papel fundamental (falización), y mediante está falización, el niño logrará una especie de base o soporte simbólico como humano y miembro de una sociedad, que tendrá una fuerte vinculación con su ser simbólico y su cuerpo "*Pero no debemos pensar que la función materna aguarda al parto o al embarazo para nacer. La madre desde antes que el niño advenga, lo ha instalado en su subjetividad,*

constituyendo lo que Piera Aulagnier ha denominado “cuerpo imaginado” primera representación de un hijo como un ser unificado, sexuado y autónomo. Primer don libidinal, verdadera sesión del narcisismo que da localización de este hijo como objeto de deseo, “primer espejo donde se va a mirar el infante” (M: Rodulfo, 1986).

El niño se verá entonces, envuelto en deseos y demandas partes del mito familiar, pero que tendrán gran relevancia, no sólo en su vida, sino también en su cuerpo; ya que ese cuerpo por medio de caricias y significantes que se depositan en él, será marcado simbólicamente. *“El ser falizado es un medio fundamental para su desarrollo como sujeto, para su apropiación simbólica, para su estructuración subjetiva. Falización implica, nada menos, que un niño quede marcado como un ser deseado” (Rodulfo, 2001)* queda entonces el niño envuelto en el legado simbólico familiar, el cuál como iremos viendo también queda plasmado en su cuerpo. Pero que reiterando lo anteriormente ya mencionado, es sólo un mito ya que el niño deberá ir apropiándose ese mito, para formar después su propia relación con la sociedad, familia, él y su cuerpo, y para ello será necesario no solamente estar o haber sido falizado, sino también lograr una separación corporal y simbólica con la madre, ya que de inicio el niño, formaba parte del cuerpo de ésta. Al nacer, aunque parece un ser independiente a la madre, la relación entre ambos es tal, que madre e hijo parecen seguir siendo uno (niño=falo de la madre). Para que el niño pueda lograr su independencia, tanto simbólica como corporal, pareciera que se tuvieron que abrir huecos en el discurso familiar y en el discurso de la madre, es decir que el lugar que el niño viene a ocupar en el discurso familiar, y su relación con la madre, no sean tan directivos o lineales en relación al sujeto

que no le permitan separarse de ellos, pero que tampoco se encuentren tan ausentes, que el niño no tenga como integrarse ó sujetarse simbólicamente y corporalmente a lo social. En la clínica se pueden ver algunos ejemplos de discursos que parecen ser lineales y obedecer a un designio o diagnóstico materno, por ejemplo en los niños con problemas de conducta o bajo rendimiento en las escuelas, no es común, oír como las madres se refieren a ellos, haciendo alusión a que son “insoportables” “no saben obedecer” “no se les queda nada” .ó en algunas terapias con adultos en las que algunos relacionan sus problemas conyugales, con el diagnóstico familiar de que “ese hombre o mujer no les convenía”, o de “pagar en el futuro lo que hicieron mal o como se portaron con sus padres”, pero lo interesante sea quizá pensar sí en realidad estos diagnósticos familiares sólo repercuten afectivamente en el sujeto, o pueden llegar a tener repercusiones corporales.

Pero ¿cómo entender esta separación simbólica u corporal entre el niño y la madre? *“procediendo a un examen más general de esta operación fundante, observamos que las actividades más intensas y más regulares durante el primer año de vida conciernen a la producción de agujeros, y no en cualquier lugar sino –con predilección– en el cuerpo del Otro primordial en posición materna” (Rodulfo 2001).* Lo podemos ver, cuando un niño es amamantado y posteriormente empieza a morder o rechazar el pecho materno, cuando empieza a caminar, a ir al baño sólo, es decir, el niño parecería unido al cuerpo de la madre, sin embargo empieza a ejercer distancia o agujeros, en relación a su cuerpo y el de la madre. Distancia corporal que le permite un apropiamiento simbólico. Ya que

al no estar tan adherido al cuerpo de la madre física y simbólicamente, pareciera que el niño tiene más posibilidades de formarse e integrarse un discurso y cuerpo propio, lo cual coloca a la falización del niño en un lugar primordial, con la cual el niño se cubre de significantes, pero también se vuelve primordial, que el niño logre marcar estos agujeros y que la madre se lo permita de acuerdo a sus deseos y al discurso familiar, ya que mediante estos huecos o estas distancias corporales y simbólicas entre la madre y el niño, este se va apropiando sus propios significantes y también de su cuerpo, para poder formarse el mismo, sus demandas y posteriormente sus deseos (que nunca serán del todo suyos). Entendiendo quizá todo lo anterior como que el discurso de la madre o el mito familiar no sean tan directivos o impenetrables, que los discursos que el sujeto reciba de ellos se conviertan en diagnósticos que el sujeto irremediamente cumplirá en la vida, como podemos ver claros ejemplos en la literatura: *Edipo, Aquiles, Hércules, Jacob, Sansón etcétera siendo interesante que estos designios les marcaban tanto simbólica como corporalmente sus destinos.*

Sin embargo, cuando el ser humano es un bebé, depende excesivamente de la madre o de un sujeto en esa posición, además del mito familiar, pues parecería que los necesita como referente, para apropiarse significantes, *“La vivencia del cuerpo tiene que ver con la presentación que de este ha hecho la función materna, tanto es así que la madre inscribirá en el cuerpo del niño hasta los propios ritmos biológicos. A partir de sus llantos ella podrá descifrar identificándose a él, si el mismo está ligado a hambre, susto, dolor y de acuerdo a ello será la respuesta que da el niño. Empieza a*

desplegarse un proceso capital de interpretación...(M. Rodulfo, 1986). Por ello, la manera en la cual el niño se separa corporal y físicamente de la madre y como sea significado esto por ambos, será relevante en la vida del niño, pues cuando el niño es aun muy pequeño y llega a existir un corte grave en esa relación simbólica y corporal, de la cual el niño esta extrayendo referentes puede ser caótico para el bebé, que aun no se ha estructurado como sujeto. Como se puede ver en la clínica en niños, que siendo aun pequeños fueron sometidos a varias operaciones, ó a algún accidente grave, o abandono de la madre, ya sea total, o algo que podríamos pensar tan insignificante como la llegada de un nuevo hermano que marca en algunas ocasiones una distancia decisiva con la madre (no en todos los casos), situaciones que en algunas ocasiones parecieran tener que ver con la problemática que viven estos pacientes.

El niño y su cuerpo no sólo pueden quedar estructurados en base a esta relación primordial, sino también pueden quedar devastados y no estructurados. Por ejemplo: en el caso de que al niño no se le dotase de un discurso familiar, este pareciera no existir o que a pesar de existir el sujeto pareciera no formar parte de este discurso o no poder pertenecer a el. Pero de lograrse una estructuración y de sujetarse el niño al discurso social, el niño deberá ir lográndola tanto abriéndose paso entre la madre como en la cadena simbólica familiar, y apropiándose poco a poco significantes, físicos y simbólicos, haciéndose un yo, y haciéndose un cuerpo, ya que, no todos los sujetos se alinean a un mismo significante, es decir : no todos los niños a las que su madre dice “no aprenden”, en la realidad no aprenden pues no se trata de una relación causal, sino de una relación

simbólica entre el sujeto y su historia, ya que con todo y un discurso así sobre él, un sujeto podría aprender. Pues la relación entre el ser humano y las cosas, no es directa, no es real, ni tampoco su relación con el propio cuerpo, hay entonces una relación, del cuerpo, como contenedor de sujeto. Y del sujeto como continente del cuerpo y viceversa, ya que este pareciera ser un pegado de partes físicas históricas y simbólicas mediadas por el lenguaje. Dentro y afuera de él y su cuerpo, partes de él y del otro, que subsisten dentro de este. Podríamos decir que el ser humano no está todo contenido en su cuerpo, como podríamos suponer, sino que su relación simbólica interior se prolonga a todo lo que simbólicamente y exteriormente le rodea así como también su relación física, que va más allá de una relación causal o directa con las cosas, manifestando una relación entre el adentro y el afuera, que incluye que relaciones internas de él simbólicas y corporales pueden estar afuera, en el otro y en el discurso social.

Parece que bajo acciones como el jugar el niño diera cuenta de cómo su cuerpo y su conducta se han integrado simbólicamente, ejemplificándolo en su actuar sobre los objetos, pues el jugar no es una relación causal: juguetes = diversión, sino cobra cierta significación para el niño, esto podemos notarlo cuando un niño llora si le quitan un juguete como si fuera un pedazo de él mismo, del cual no acepta el despojo, pues significa el despojo de su propio cuerpo, ó cuando, mediante el juego simbólico escenifican con sus juguetes o actúan partes de la dinámica familiar o de su relación materna. No es entonces la acción sobre un objeto externo, sino es la acción sobre sí mismo física y simbólicamente que le permiten constituir su cuerpo, y

marcar su relación con las personas y las cosas, su adentro y su afuera, su ser y su no ser. Por ello es que las relaciones que el sujeto tiene con los objetos y personas en el exterior no pueden ser causales u objetivas, ya que están medidas por discursos históricos del sujeto, pero que tienen un papel fundamental en las significaciones que éste dará a su vida.

Lo externo y lo interno, real e irreal, corpóreo y no corpóreo, por lo menos en el humano no pueden ser categorías que se separen, ya que una persona, sí bien llega a ocupar un lugar corpóreo y espacial en la sociedad, también ocupa un espacio y lugar en lo simbólico en cuanto a los significantes. Quedando claro, que el cuerpo es más que órganos, ya que es un conjunto de pegados orgánicos y de significantes, lo que lo convierte en una superficie llena de significación (pues hasta los órganos son nombrados y están atravesados por la palabra), superficie que al ser simbólica, tampoco puede reconocerse en un adentro y un afuera, ya que los pedazos no sólo materiales, sino los significantes del Otro y su relación social. Quizá por ello algunos diagnósticos médicos pueden sanar. Otros exacerbar la enfermedad y algunos incluso llevar a la muerte, ya que el sujeto, no sólo se adhiere al diagnóstico (que también son significantes), de manera corporal como acciones sobre su cuerpo, o de manera simbólica como influencia sobre su vida y calidad de vida, sino en ambas relaciones, ya que son significantes, que parece también se adhieren al cuerpo. Y aquí se abren dos cuestionamientos, enunciando a continuación el primero: ¿Podría ser el trabajo del analista en la institución hospitalaria, un medio mediante el cual, el sujeto pudiera abrir huecos (agujerear como menciona *Rodolfo*), en el

diagnostico o discurso médico y de enfermedad que lo atrapa, para tomar distancia y elaborar su propio discurso sobre la enfermedad? analizando así, como el discurso establece una lógica en el cuerpo del sujeto, y por ejemplo, en el caso del diagnóstico médico también va haber una lógica que envuelva al sujeto de acuerdo al discurso de la institución (que lo va dotar de significantes en una función que pareciera maternizante). Y el segundo cuestionamiento, parte de lo que hasta aquí hemos visto en relación a la constitución simbólica del sujeto, la cual pareciera formarse de toda una serie de episodios históricos cargados de significaciones y de diagnósticos o designios, que marcan el presente y el futuro de la persona, y la pregunta es :¿La enfermedad y la localización de está en algunos casos también podrá formar parte del discurso histórico de la persona que la padece, discurso al cual está sujeto a manera de designio del cual podría haber una resignificación, a partir de la intervención analítica?. El último cuestionamiento cobra gran relevancia ya que es suponer que el ser humano no sólo vive el presente pasado y futuro, como categorías que cobran relevancia en sus actos, en el caso del pasado como recuerdos y del futuro en sus anhelos, ya que futuro y pasado, pueden tener funciones en lo simbólico, en lo corporal, y en ambos a la vez, ya que no estoy hablando de situaciones como envejecer, o madurez, que pareciera se refieren a situaciones causales, sino en una relación reciproca entre lo temporal, lo simbólico y el cuerpo que es tanto consciente, como inconsciente, incluso pueden subsistir al mismo tiempo pasado presente y futuro, es decir, la simbolización del cuerpo del bebé o del infante, formando significaciones, en la relación con su cuerpo y su enfermedad de este sujeto ya siendo adulto.

El hombre no accede, aunque así pareciera, directamente a las cosas, su cuerpo, el espacio y al tiempo, sino a manera de representación, lo cual *Sami Alí* nombra *espacio y tiempo imaginarios*, ya que no se está hablando de lo real, sino de un imaginario que crea realidades que pueden o no instaurarse en un espacio y en un lugar, como podría ser el cuerpo. Sin haber una relación temporal directa. Alí menciona: “*Todo aquí es imagen del cuerpo, reflejo del sujeto encarnado, pasaje por el cuerpo en tanto esquema de representación*”, es pues el sujeto mismo sus acciones, lo que nombra, su cuerpo, su espacio y su tiempo, solo una representación de lo real, como lo podemos ver en las históricas de Freud, en las cuales, efectivamente el cuerpo era tocado por una representación, cuando un afecto se instauraba en un lugar de este, que parecía no tener nada que ver con la razón reprimida (por ejemplo la garganta por la vagina en Dora). Y que finalmente, tampoco guardaba del todo relación, con un solo evento o con varios ocurridos en un mismo tiempo, sino incluso, parece que pasado presente y futuro se combinaban y varios discursos y momentos tenían efectos sobre un solo lugar en el cuerpo y espacio simbólico y social que el sujeto ocupaba, así como una cosa podía representar a otra y esta a otra en un desplazamiento (interminable), que parecía no tener relación causal, pero sí una relación simbólica que tocaba el cuerpo.

Todo aquello que rodea al ser humano incluso él mismo y su cuerpo quedan en entredicho, todo es imaginario, porque no hay un acceso a lo real, pues parece haber un proceso de distancias, pérdidas, *agujeramientos* y posteriormente, de castración (entendido en

términos psicoanalíticos); que coartan la relación con lo real: Quedando el sujeto inmerso en una cadena discursiva interminable en la cual se pone en juego su deseo. El sujeto no se hila discursivamente sólo a los significantes culturales que lo nombran, y que parecen enunciar lo que él es o puede ser, sino también a las represiones, culturales, sociales y del mito familiar, que le indican lo que no es o no puede ser, finalmente también lo nombran y le dan un lugar al sujeto. Estas represiones también van a significar y formar parte de su cuerpo, espacio y tiempo, que parecen ser imaginarios pero que pueden quizá llegar a formar parte de la enfermedad.

3)Somatización histórica y no histórica

...La “complacencia somática” indica exactamente como la realidad corporal, ya trabajada por la enfermedad orgánica, se vuelve suficientemente maleable como para participar de la metamorfosis del cuerpo imaginario. Es en esta persistencia del cuerpo real mas allá del cuerpo imaginario, cuando la dualidad se funde en un corporal onírico.

(Alí, 1991).

Ya hemos reflexionado acerca de la institución, el sujeto y el cuerpo, por ello es necesario preguntarnos acerca de la enfermedad, ya que aunque la enfermedad tiene una localización orgánica, en algunas ocasiones, como en el caso de la histeria, esta localización no se encuentra en los órganos *“La histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, ó como sí no tuviera noticia alguna de ella”.* (Freud, 2001). Sin embargo, en el caso de la enfermedad que sí se encuentra localizada en el cuerpo podemos, notar, como algo dicho en el discurso de la madre, del medico y de la institución se localiza en el cuerpo real, mostrando así de que una enfermedad a

pesar de ser orgánica, puede o de hecho es así tener también contenido simbólico, para que lo anterior quede más claro dividiremos este apartado en a) somatización histérica b) somatización en el cuerpo real o no histérica.

a) Somatización Histérica.

Para hablar acerca de este tema, utilizaremos algunos comentarios hechos por Sigmund Freud, en la época del nacimiento del psicoanálisis (1886-1899), comentarios que utilizó para referirse a este complejo padecimiento que por no tener una localización real en el cuerpo, no era considerada como enfermedad para los médicos y por ello el estudio de dicho padecimiento no era relevante para ellos, pero Freud descubre en esta enfermedad una relación no directa sino de representaciones entre el ser humano y su cuerpo, caracterizándose la histeria o somatización histérica, por que el órgano afectado esta cargado de valores afectivos los cuales se encuentran asociados con eventos o sucesos de la historia del paciente *“Pues en todos los casos de parálisis histérica uno halla que el órgano paralizado o la función abolida están envueltos en una asociación subconsciente² provista de un gran valor afectivo, y se puede mostrar que el brazo se libera tan pronto como ese valor afectivo se borra. (Freud, 2001).* Esta concepción ha ido cambiando, ya que el mismo Freud se fue dando cuenta que no siempre había una relación causal entre el valor afectivo de un evento y el órgano, podríamos decir, que lo que existía eran relaciones entre

² Freud utilizó en los orígenes de su teoría esta palabra que después remplazará por “inconsciente”.

la significación del órgano y la significación de la historia de vida del sujeto que se depositaban en el órgano afectado.

En la histeria entonces el órgano afectado es una representación, de estas significaciones que se llevan a cabo en el cuerpo. *“Hechas estas salvedades, se puede sostener que la parálisis histérica es también una parálisis de representación, pero de una representación especial cuya característica debe ser descubierta”*.(Freud, 2001). Pero ¿qué es lo que representa la histérica en el cuerpo? *“Se singulariza por posturas y ademanes que corresponden a unas escenas apasionadas que el enfermo --alucina y suele acompañar con las palabras correspondientes”* (Freud, 2001). Pareciera que en la mayoría de las ocasiones en el síntoma histérico se representa algo con contenido sexual, que no se podía decir con palabras, pero que en determinado momento, se dice (no se censura) y retorna para representarse en el cuerpo, siendo así la histeria un fracaso de la represión que retorna al cuerpo veamos un ejemplo de Freud (2001): *No en todos los casos es tan transparente la determinación del síntoma por el trauma psíquico. A menudo, ella sólo consiste en una referencia simbólica, digamos así , entre el ocasionamiento y el síntoma histérico. Esto particularmente válido para los dolores. Así una enferma padecía de penetrantes* dolores en el entrecejo. La razón era que una vez, de niña, la abuela la escudriño <<penetrándola>>³ con la mirada. Esta misma paciente sufrió algún tiempo de unos fuertes dolores, totalmente inmotivados, en el talón derecho. Se averiguo que esos dolores estaban referidos a una representación que la paciente tuvo cuando la presentaban en sociedad; la sobrecogió en ese momento en ese momento la angustia de no <<entrar con el pie derecho>> o de no <<andar derecha>>. A tales*

³ El subrayado es mío, para denotar la fuerza sexual que contiene la palabra.

simbolizaciones han recurrido pacientes en toda una serie de sedicentes neuralgias y dolores.’. algo de lo que no se dice, que lleva una carga de deseo, que al liberarse la persona obtiene cierto placer, parece ser después censurado, y ser vivido en el cuerpo como displacer, como sí la histérica no pudiera desear aquello que pensó, como sí hubiera pensado lo impensable, *Sin embargo el cuerpo de la histérica es tan real como imaginario: comparable en esto con el sueño de fuentes somáticas, el síntoma histérico también pone en acto una potencialidad orgánica que, en el momento del sueño, se ofrece a la elaboración proyectiva, convirtiendo el displacer en placer . como los restos diurnos que entran en la formación del sueño , la realidad corporal sólo puede contribuir a la creación del síntoma histérico si presenta un carácter de adecuación: debe ser apta para materializar el deseo alucinado. (Alli, 1991)* Es entonces el síntoma histérico una manifestación del deseo, que se vive en el cuerpo, que se caracteriza por *“La compulsión histérica es, entonces:1)incomprensible,2)insoluble mediante el trabajo de pensar, 3)incongruente en su ensambladura”.*(Freud, 2001). Ya que no hay una relación causal entre el evento y la representación, y como podemos ver en algunos casos Citados por Freud; la histeria ignora lo orgánico real, pues un órgano puede jugar el papel de otro órgano o de otra cosa, pero ¿cuál es entonces la diferencia entre el síntoma histérico y el síntoma que es real en el cuerpo?

b) Somatización en el cuerpo real, o no histérica

Pareciera que al igual que en la histeria la somatización real en el cuerpo tuviera que ver con la represión, con la oportunidad de que en el cuerpo se enuncie algo de lo no dicho, *“con la posibilidad de decir de...”*, Sin embargo es la histeria un fracaso de la represión que se vive en el cuerpo, pero que se representa en el cuerpo de la persona histérica, como sí este fuera la escena teatral, como sí en la histeria se pudiera llegar a tener cierta relación con lo real, pues parece que hay momentos en los que se pudiera pensar o decir, lo indecible, como lo vemos en el ejemplo de Freud que citamos anteriormente *“Entrar con el pie derecho”*, enunciado que parece representarse en el dolor de talón derecho, pensamiento del cual podríamos pensar carece de contenido sexual, pero como podemos constatar no es el pensamiento o el acto en sí sino la significación que hay depositada en el, ya que por la época de la que estamos hablando, al presentar una muchacha en sociedad, se daba por echo que estaba lista para el matrimonio, y por lo tanto para iniciar su vida sexual *“La somatización no sólo es referible, empero al funcionamiento: contrariamente a las teorías elaboradas hasta el presente y que lo derivan todo de la estructura de la personalidad, la somatización siempre ocurre en una situación de atolladero (impasse) . Se singulariza esta por la existencia de un conflicto indisoluble , que es tal por implicar la contradicción y que a ese título se diferencia del conflicto neurótico, cuya forma es la alternativa simple, <<a no-a>>, mientras que el atolladero se enuncia a la vez por <<a o no-a y ni-a ni-no-a>>. De este modo, el conflicto está, en su estructura lógica, más cerca de la psicosis, lo que al mismo tiempo impide hablar de <<neurosis de órgano >>. Hay, además, una relación especial entre somatización y psicosis; en efecto, todo indicaría que una y otra se producen en la misma situación de atolladero, que en los dos casos se afronta*

lo impensable de la contradicción... (Ali, 1991). Sin embargo en la enfermedad real no ocurre lo mismo, pues el síntoma no es una mera representación del fracaso de algo que no se reprimió ya que en el daño orgánico real, pareciera que el enfermo no sabe, no puede decir, o no ha dicho nada acerca del síntoma o la enfermedad, siendo así la enfermedad una proyección de discursos que tienen una carga simbólica en el sujeto, ya sean maternos, médicos o institucionales, discursos que en algunas ocasiones a pesar de conocerlos el paciente, parece no comprender parte del sentido o edicto que esto cobra en su vida por ser inconsciente, pongamos nuevamente de ejemplo el caso de Sidonne la cual parece recordar lo dicho por su madre y por el doctor, pero desconocer el sentido que estos diagnósticos están cobrando en su vida, es pues la enfermedad orgánica, quizá un éxito de la represión, como menciona *Ali (1991) una proyección de lo que se ha vivido ó se vive pero no se ha dicho Todo esto no es , sin embargo, más que la mitad de la verdad pues, a la inversa de lo que ocurre en la histeria, donde el cuerpo está lleno de un imaginario que lo des realiza , la somatización debe ser concebida en correlación positiva con la proyección..., la proyección presenta numerosas modalidades donde, sin solución de continuidad, lo consciente y lo inconsciente se combinan cada vez de un modo original diferenciado. así se perfila , por oposición a lo real, la dimensión de lo imaginario que constituyen por una parte, el sueño, y por otra, los equivalentes del sueño, a saber, la alucinación, el delirio, el fantasma, el juego, la creencia , el comportamiento mágico, el pasaje al acto con valor onírico , el sentimiento de lo siniestro ...”* En resumen, en la histeria pareciera hay un fracaso de la represión, pero regresando al punto que quizá sea más importante para este trabajo, aunque la enfermedad se encuentre en el cuerpo real, parece estar

recubierta de discursos sociales, familiares e institucionales que el sujeto no puede enunciar, por estar reprimidos, por aquella barrera de la represión, por aquella barrera de lo que está bien y lo que no está bien en la sociedad, sociedad en la cual los seres humanos vivimos como si se tratara de un sueño, debido a la imposibilidad de pensar lo no aceptado socialmente, por que como hemos visto hasta aquí, las cosas empiezan a ser verdades hasta que se enuncian y porque, los significantes se siguen deslizando, *“Ahora bien , en la somatización histérica, la represión fracasa; el síntoma de conversión corresponde de acuerdo al modelo freudiano de la formación sintomática en general , al fracaso de la represión y al retorno de lo reprimido . La somatización no histérica, en cambio, se define por el éxito de la represión de lo imaginario, represión que persiste gracias a una formación caracterial que se establece progresivamente, frente al sueño y sus equivalentes. Es decir que la represión duradera de lo imaginario no puede efectuarse sin la transformación del conjunto del funcionamiento psicosomático”* (Alí, 1991), pero sí entonces estos discursos no son accesibles al saber del enfermo, si en realidad no se logran decir, y se recubren por la pregunta médica ¿dónde le duele?, sí el médico se dirige únicamente, a síntomas, signos y cuadros nosográficos, el paciente corre el riesgo de quedarse atrapado en un diagnóstico médico que puede ser mortífero, al no poder abrirse paso entre estos significantes, para lograr significar su enfermedad, poder decir algo de ella sin tener que vérselas con una censura que lo dañe.

4) Sobre la historia del sujeto, la enfermedad y el diagnóstico hospitalario.

A continuación, presentaremos dos ejemplos, con la finalidad de aclarar cómo el cuerpo guarda relación simbólica con la historia del sujeto. El primer ejemplo es de Ricardo Rodulfo psicoanalista argentino y nos permite analizar como la vida del sujeto y su relación simbólica corporal cobra significación con los discursos maternos y familiares. El segundo es de Sami- Alí, también psicoanalista, en dicho ejemplo se escucha cómo la enfermedad real tiene relación con la historia de vida del paciente y su vinculación con el discurso médico, viéndose cómo mediante un trabajo de análisis el sujeto puede re-significar esta historia de la enfermedad. Las letras en cursivas son citas que el autor original hace refiriéndose al discurso del paciente. Se harán algunas anotaciones subrayadas, que son aclaraciones del autor de la presente tesis

Ricardo Rodulfo: En el niño y el significante(2001) pie de página

Rodulfo comenta como un adolescente se encuentra preocupado debido a su pasividad en el terreno sexual, le preocupaba que hubiese pasado la época de haber tenido su primer encuentro con los genitales femeninos, durante el análisis de este joven va a cobrar mucha importancia una frase referida a el constantemente en su niñez, tanto por la familia, como por personas cercanas a ésta. *“que lindo que sos”.. Lo interesante es que a partir de esta frase, el paciente va dándose cuenta que “posa” continuamente como carilindo,! pareciera que este significante cobrara carácter de designio, como sí no pudiera ser de otra manera*

más que lindo... ese ser “lindo” pesa como una lapida sobre él, como si fuera algo imposible de cambiar o de quitar que irá cobrando nuevas significaciones en su vida haciéndolo sentir: “qué fracasado y qué impotente que sos”, “qué estéril que sos”, “qué poco viril que sos” hay que recordar que culturalmente el ser lindo, es una característica que se le atribuye comúnmente a la mujer y no tanto al varón por lo cual no sólo lo marca corporalmente como lindo sino también simbólicamente feminizado

La insistencia familiar, de designarlo como lindo a lo largo del tiempo lo convertirá en algo parecido a *una bella estatua, “chiche” de las mujeres. En consecuencia, , y en su inconsciente se inscribía como impotencia”* algo que por solo estar, “es lindo” algo de lo que no se requiere una acción Obsérvese que sería bien distinto si se dijera “que lindo que vas a ser”, abriendo la dimensión de un trabajo a realizar en la perspectiva, conceptualmente hablando, del ideal del yo, sería diferente si el no hubiera quedado sujeto a este significante ya que podría llevar a cabo otras tareas podría hacer cosas para ser lindo, pero el ya no lo necesita, está marcado “es lindo” y no puede ser otra cosa, como si no pudiera desplazar ese significante. Rodolfo comenta que otra de las razones por la cual este joven le consulta, es porque todo lo abandonaba no soportaba un largo tiempo en o con cualquier adquisición, a lo largo del análisis el muchacho tratará de cambiar esta situación, tratando de tocar un instrumento, que a poco tiempo deja. Él ya no necesita trabajar él “ya es lindo”; ya lo es le dice la frase, y por ello mismo anula cualquier realización histórica.

Una fase esencial en su análisis lo constituyó la búsqueda activa de afearse. Se las fue arreglando para romper con el estigma de ser “lindo”, dejándose

la barba, volviéndose temporariamente muy desprolijo, etc., Es importante resaltar, como pareciera que se empieza a romper el estigma, cuando el sujeto puede resignificar el “ser lindo”, cuando deja de estar atrapado en este significante, surge la posibilidad de abrirse paso entre el discurso o diagnóstico familiar, porque la relación entre significantes no es causal, el podría haberse sujetado a otros significantes pero por algunas razones inconscientes se sujeto al “ser lindo” y por medio del análisis busca abrirse paso entre el discurso familiar que no le permite acceder a la feminidad y al trabajo, pues no hay un lugar para él respecto a esas circunstancias, su lugar ya está asignado previamente. Sin embargo mediante el trabajo de análisis encuentra la posibilidad de irse abriendo un lugar un discurso propio. Siendo este un claro ejemplo de como el discurso generacional toca la vida y el cuerpo de la persona cobrando carácter de diagnóstico a través del cual el sujeto vive, sin tener conciencia de estos significantes que lo atrapan, estableciendo relaciones subjetivas con su cuerpo y lo social y como mediante un trabajo de análisis el sujeto puede empezar a cobrar conciencia de ello y quizás no permanecer atado o destinado en relación a los significantes que lo designan.

Pero la relación subjetiva que el ser humano establece con su cuerpo puede incluso ir mas allá y tener una relevancia que puede llegar a ser mortífera para el sujeto, cuando los afectos no sólo están cobrando importancia imaginaria sobre el cuerpo, sino también a nivel real, es decir, cuando estos afectos se depositan en el cuerpo a manera de enfermedad, como se mostrará en el siguiente caso.

Sami Alí : En “El cuerpo el espacio y el tiempo” (1990)

El siguiente caso es la experiencia de un joven llamado René el cual comienza su trabajo analítico a la edad de dieciocho años, este joven padecía una diabetes insulina-dependiente, desde los siete años de edad, era el hijo menor de tres hermanos, su hermano mayor era varón y sus otras dos hermanas mujeres, a lo largo del tratamiento de su enfermedad René pierde la vista, por lo cual lleva a cabo una capacitación profesional en Braille y la audición se debilita gradualmente hasta la sordera total debido a la aplicación masiva de medicamentos para combatir una persistente infección urinaria. La psicoterapia dice el autor *no pretendía más que retrasar durante dos años un avance irrevocable hacia la muerte.* La importancia que tendrán el rechazo a la raza judía, los dos años de análisis y la finalidad que este último adquiere para René cobrará gran relevancia en la relación terapéutica.

Rene al inicio del análisis representa a su cuerpo de esta manera *hay una mano <<buena>> y una <<mala>>.* Como si en el cuerpo el bien y el mal convivieran no solo a nivel corporal sino haciendo una representación de su situación anímica, dividiendo simbólicamente el cuerpo.<<dejare a mi izquierda la responsabilidad de mi vida>>, con la esperanza de invertir un proceso al que atribuye el comienzo de la diabetes. dando a entender que su lado izquierdo podía controlar su destino y sólo de él dependiera su vida y su muerte, ya que no puede controlar físicamente su cuerpo (mucho menos la enfermedad). *<<Cuando me veo a mi mismo en el espejo, no pienso en la inversión. ¿Acaso existe? ...¿Qué quiere decir invertido? ¿En el sentido contrario? ... “Es extraño no veo la inversión”>>* la inversión no existe por ello tampoco parece

posible que la mano izquierda tome la inversión o control de la enfermedad.

En René los problemas sexuales han bloqueado las funciones hipotálamicas *“quisiera encontrar en el hospital un brazaletes que me indicara en el reloj de pulsera la velocidad de mis pulsaciones ...Lo cual me permitiría medir la importancia de mis reacciones a los choques emocionales de los que fuera objeto. Y si llego a adueñarme de mí en el nivel de esta observación, llegare a plantear relaciones precisas y en detalle entre el nudo pancreático, el choque emocional y el número de pulsaciones . Y podré llegar a saber cuáles son las emociones que más bloquean, que mas refuerzan este bloqueo ...>>*

pareciera que Rene cree que en la institución hospitalaria está lo real, la verdad no sólo corporal sino de sus emociones, y aquí se abre una pregunta: ¿Qué busca el enfermo en la institución hospitalaria? Pues en el caso de René, la demanda de atención hospitalaria va más allá de una necesidad corporal debido a la enfermedad, ya que en este caso, él está en una lógica discursiva, en la cual en los hospitales se encuentra la verdad sobre los cuerpos enfermos.

René se mantuvo sexualmente no desarrollado, por ello cuando en la terapia habla de su sexualidad infantil, esta cobrará gran relevancia en relación con su enfermedad, Rene comenta: *< Debía tener siete años, siete y medio –dice René -. Deje entrar a una vecinita de piso que se llamaba Jacqueline y la desvestí a medias en el cuarto de baño, ... Había dos mujeres con mi madre conversando. Una de ellas va a lavarse las manos al verme le sorprende: “Mírenlo al bribón...Ni siquiera sé si me dio unas bofetadas....Casualmente la enfermedad aparece en un momento en el cual la curiosidad sexual del niño se ve fuertemente censurada por la represión de los adultos, viéndose cubierto el placer por el miedo, esto*

es relevante porque la enfermedad de René, le va impedir desarrollarse sexualmente,

“También en la misma época había otra chica, una prima, a la que desvestí y acosté sobre la mesa del comedor de su casa. Me había acercado a su sexo; era una chica muy sucia que no se había lavado en varios días, que tal vez había ido a mear justo antes. yo estaba hipersensible me había vuelto hipersensible por todos mis trastornos psíquicos y físicos. Pues bien ese olor me sensibilizo al extremo. Provoque no se como que mi tía se pusiese a pellizcarme mientras gritaba: “¡Ah, que le está haciendo a mi hija! ¡pues no! No dejare a René solo en casa. ¡No quieres hacerle eso a mi hija, eh!. Y me miro con gesto enfurruñado y yo tuve miedo mucho miedo” Vemos como nuevamente aparece la curiosidad el asco y la censura de los adultos en relación a la sexualidad, lo interesante sería subrayar que en esta ocasión al parecer Rene provocó que lo descubrieran, como si en este momento el asco aunado a un interés sexual por la mujer ya fueran parte de un discurso inconsciente para él, pues al provocar los pellizcos de su tía, pareciera que lo que provoco fue una expiación de una culpa por su sexualidad, una castración, algo que no le permitiera acceder a ella.

<<Cuando tenia siete u ocho años , había una mujer sorda que venia a planchar ropa una o dos veces por semana y yo experimentaba un gran placer poniéndole la mano en el trasero. Entonces ella me metía la mano en el sexo y no me gustaba. Es constante la censura por su curiosidad sexual por parte de los adultos, pero estos también se burlan de su sexualidad, anulando a René como posible ser con actividad sexual.

“No tenía nadie que me comprendiese. No estaba bien con nadie... no con la maestra que era antijudía, Me ponía al fondo del aula, no me dejaba salir, me veía obligado a orinar en el piso durante sus clases, ella me llevaba tirándome de las orejas a buscar la bayeta para limpiar... no podía explicarlo, lloraba, lloraba, lloraba...” Es constante la descalificación hacia René por parte de los adultos que le rodean, pero en este momento él ya no puede ponerlo en palabras, permanece indefenso ante esta situación, en este ejemplo el está transgrediendo el lugar de la maestra, pero ya no está bajo su control, el ya no puede dejar de mostrar la orina. A partir de este momento el análisis empezará a girar en relación a elaborar la historia en la necesidad de comenzar de nuevo. *“Por lo tanto yo decía: que me dejen volverme una vez más y mirar mi pasado. Yo decía: que me dejen consolar al niño que yo era cuando tenía siete años.”* Estableciéndose una fuerte relación con el terapeuta *“usted me devolvió la confianza”* y en este momento como podremos ver a continuación, René empieza a ser consciente sobre su sentir en relación con la sexualidad *“... Tempranamente tenía yo el instinto sexual muy desarrollado, empezaba a interesarme la masturbación, a hacerme preguntas sobre las mujeres embarazadas, pero lo importante es que desde el comienzo me sentí asqueado tuve miedo a causa de aquella prima... y me asuste”*. René comienza a considerar la posibilidad de que su mal pueda provenir de la relación con su madre. *<<rechazo afectivo que habría sido posiblemente una reacción cuando me encontraba en el vientre de mi madre>>... dato muy importante tomando en cuenta, lo ya analizado en el presente trabajo sobre la fuerza designante de los discursos y diagnósticos familiares y maternos incluso antes de que el ser humano nazca.*

La infección urinaria se agravó a raíz de que le instalan una sonda, lo cual exigió una nueva hospitalización <<*Sostengo -dice René- que está infección fue provocado por la segunda sonda y por lo tanto el médico debe hacerme salir impecable*>>. Se escucha contradictorio en el caso de René que atribuya a las atenciones médicas el deterioro de su salud, y que por otro lado el bienestar de su cuerpo, siga dependiendo por lo menos para él del médico “el cual no debe fallar” ¿Qué busca entonces René en el discurso y el saber médico?, si será la cura o quizá una respuesta acerca de su situación corporal y anímica que se interrelacionan, pero René no alcanza a comprender; lo claro es, que René se encuentra envuelto en el discurso social, que a veces puede transfigurar la realidad, pues a pesar de que en su caso los recursos médicos en lugar de sanarle le enferman, el sigue sosteniendo que el lugar de cura se encuentra en el médico y el hospital. Sin embargo, René no cede. <<Mis oídos –dice- son sólo un accidente en el curso de mi infección urinaria, que sigue siendo incontrolable por los antibióticos que sólo yo mismo podría controlar. A mí entender aun faltan dos años para quedar perfectamente equilibrado... Estoy convencido de ello, pero aun conservo alguna duda... necesito estar médicamente protegido durante dos años. ¿Acerca de qué equilibrio habla René? Y porque en dos años, pues como podemos leer en el principio del análisis se contrata al analista, para trabajar dos años ante una muerte que pareciera incontrolable, pero René en este momento dice que sólo él puede controlar su enfermedad, sin embargo necesita que el médico lo ¿proteja? dos años y otra pregunta es ¿por qué o de qué lo protege el discurso médico?, ¿para qué necesita que el analista trabaje con él los dos años? Pareciera que cuando habla de un equilibrio perfecto habla de su muerte.

Narra un sueño de su madre a la cual considera hipersensible, nerviosa, cardíaca. *“sueña antes del parto que da nacimiento a un varón que nace circuncidado, lo cual excluye la posibilidad de que el hijo pueda ser una niña. René reconoce en esto una ambivalencia fundamental, como si antes de nacer, fuera simultáneamente aceptado y rechazado, condenado a la vida y a la muerte.. Se hace consciente mediante el trabajo analítico esa sospecha de René, acerca de su enfermedad y la relación de está con su estadía en el vientre materno, y como podemos ver, René se encuentra sujeto a un discurso materno el cual vincula su sexualidad con la muerte, esa sexualidad que le provoca curiosidad pero que le asquea, le da miedo y le está negada. Como sí el y su sexualidad estuvieran a medias destinadas a perecer en ese mundo en el que René es aceptado y rechazado por los adultos, incluso por su madre pues antes de nacer, él ya está a medias castrado . <<En mi literatura, yo decía que la naturaleza rechazaba el amor de mi madre porque **mi madre había dudado de mi sexo**. Pero el feto que yo era en su vientre, no conociendo su propio sexo, se sentía a medias condenado aun antes de nacer... que habría dicho verosímilmente a este hijo: *sí eres varón serás querido; sí eres una niña, te arrojaran te matarán. . Este hijo que desconocía su sexo estaba a medias condenado antes de nacer, su naturaleza había rechazado el amor. Así que yo estaba en conflicto conmigo y con ellos, al rechazar el amor de mí madre*>>. Finalmente el autor menciona la muerte irremediable de René.*

Estos ejemplos tienen la finalidad, de aclarar lo que hemos venido analizando, la fuerza del discurso sobre el cuerpo, que en el primer ejemplo se encuentra bajo la significación, teniendo la posibilidad el paciente de revertirlo, en el segundo caso, vemos como

estos significantes ya cobraron su fuerza sobre el cuerpo, encontrándose este ya somatizado, teniendo la posibilidad el paciente, quizá no de revertirlo, hablando claro de una cura corporal, pero sí de resignificar su vida y su relación con la hospitalización, es decir, darle movimiento a esos discursos que lo atrapan a los diagnósticos maternos e institucionales, poder llevar a cabo un análisis de esa patología que le invade no sólo a nivel corporal, sino a nivel simbólico, lo cuál podría cobrar gran relevancia en el caso de poderse llevar a cabo un trabajo en las instituciones hospitalarias. En este caso el interés y objetivos del proyecto en el cual se inserta el presente trabajo, van encaminados a llevar a cabo un trabajo en pacientes con cáncer, ya que si bien la enfermedad quizá no se cure por medio del análisis, el sujeto sí tendría la posibilidad de hacer consciente su discurso respecto a su salud, su cuerpo, la medicación, su relación con los diagnósticos y lo cual resulta muy relevante debido a los estragos que provoca una enfermedad como el cáncer: reflexionar sobre el deterioro y desfiguración del cuerpo y la muerte; esto podría darle cierto control al paciente sobre su enfermedad, su vida y el destino de ésta, más allá de un designio o diagnóstico médico, rompiendo esas cadenas subjetivas dándoles movimiento, para que puedan resignificarse, reflexionarse, moviendo esa cadena discursiva en la cual el paciente en algunas ocasiones se encuentra obturado.

conclusión

“Hablamos del sujeto: una medicina insípida, carente de vida, ayuna de profundidad ontológica. Pero que pasaría sí en lugar de partir del sujeto partiéramos de la alteridad, si le otorgásemos preeminencia al Ser, a lo previo al hombre mismo. Que pasaría si, incluso, en lugar de instalarnos en el sujeto transindividual, atendemos al individuo concreto, deseante irreductible. O sí se prefiere: al individuo sintiente, corpóreo, pasional, que es él y se relaciona con el otro a partir de reconocerlo como otro, de forma abierta, enigmática, inconclusa”. (Juanes, 1999)).

Podríamos seguir argumentando, “como ya lo hemos hecho a lo largo de este trabajo”, acerca de la institución, el sujeto, y como este último se inserta en una dinámica hospitalaria, pero en este momento ya podemos concluir lo siguiente:

1)El sujeto no se inserta en la institución hospitalaria en el momento en el cual se ve sometido a ella como interno, pues hay una inserción preestablecida en un discurso social que nombra lo que es la enfermedad, la función e impacto de la institución hospitalaria y la relación simbólica establecida entre lo familiar, lo nombrable y el cuerpo. El sujeto ya llega a la institución con diagnósticos acerca de él y su cuerpo.

2)Tomando en cuenta el punto anterior podría replantearse, lo que se puede hacer por los sujetos emocionalmente en la institución hospitalaria, ya que en la mayoría de los casos, se pierde la noción de que son **sujetos** y no **objetos** los que se encuentran sometidos a esta, pues de tomarse en cuenta que estas personas son sujetos de un discurso social, de una historia familiar y de una vinculación simbólica de la enfermedad, de haber un espacio en las instituciones

que posibilitará la salida de estos discursos, el sujeto podría mantenerse activo, respecto a los designios y cadenas simbólicas que lo atan a la institución hospitalaria y a la enfermedad, en una plática con el psicoanalista *Francisco Landa* respecto a este tema él comentaba. *“hay otro argumento que considero más pesado, más determinante. Tiene que ver con definición de **pathos**. Esta palabra remite a un interesante campo semántico en nuestro idioma, que incluye: **pasión, pasividad, padecimiento**. A primera vista resulta extraño pensar que las tres palabras tienen algo en común, pero un pequeño análisis nos revela su parentesco: tanto aquel que es aquejado por una enfermedad como aquel que es presa de alguna pasión tienen en común justamente, encontrarse en una posición pasiva ante un agente externo que los ha raptado... tomados por el virus, la infección, la discapacidad que se nos ha impuesto sin así haberlo elegido...*

El ser pasivo, el ser pático, es habitado por la pasión como algo que, aunque pueda apropiarse, le viene de fuera, y se le ha impuesto limitado su autonomía y su poder de decisión y acción. La única potencia que le es accesible es la de dejarse cambiar, modificar su forma a partir de la acción del agente pático. Tomando en cuenta estas ideas, estaríamos refiriéndonos no a llevar a cabo un trabajo con los pacientes en la institución hospitalaria que asegurara la cura corporal sino a una cura simbólica que le permitiera a los sujetos, tener actividad e incluso responsabilidad respecto a los diagnósticos, designios, y destinos depositados en ellos, y todo lo que esto implica, darles la posibilidad de dejar una actitud pasiva, ante estos discursos que lo designan, que son producto de sus pasiones, pero que pueden llegar a convertirse en una enfermedad en una patología. Al darles actividad por medio del uso de la palabra, habiendo una apropiación del paciente de su propio discurso. *Landa*

también mencionaba *“Debemos contar con pathos. Debemos también aprender a sacar provecho de él. Sacar provecho de él significa transformarlo en experiencia, o sea, no sólo considerar pathos como un estado transitorio, sino también como algo que acrecienta o enriquece el pensamiento (...) Cuando eso sucede, pathos se transforma en patología, o sea, un discurso sobre el sufrimiento, las pasiones, la pasividad.*

¿Cómo llevar al sujeto a experimentar su pathos, sobre los límites de la vida, la enfermedad y la muerte?, cuando al parecer a pesar de que en las instituciones hospitalarias, actualmente existe todo un discurso en el cual se busca el **bien-estar** de los pacientes, que estos se encuentren con una buena actitud frente a los tratamientos, los familiares y la enfermedad; y para ello se utilizan técnicas de diferentes corrientes psicológicas. En la mayoría de las ocasiones, este supuesto bienestar, va dirigido a que el paciente permanezca pasivo ante la institución hospitalaria y el discurso social. Sometiéndose a ellos sin ninguna actividad frente a los destinos, designios y diagnósticos que la institución va marcando sobre su cuerpo sin tomar en cuenta que en el hay depositada una carga emotiva, histórica y líbida, *“Detrás de tus pensamientos y de tus sentimientos, hermano, hay un amo poderoso, un sabio desconocido que se llama sí mismo, habita en tu cuerpo; es tu cuerpo, hay en tu cuerpo más razón que en tu más profunda sabiduría. Y, ¿Quién sería capaz de decir para qué necesita tu cuerpo precisamente tu más profunda sabiduría?” (Nietzsche, 2000)*, es el sujeto un deposito de pasiones y de nuestras relaciones con los demás situación que es desconocida o ignorada por algunos médicos en el momento de diagnosticar.

3) ¿A qué bienestar sirve entonces el discurso médico?, quedando claro que estoy hablando de un discurso que permanece en el inconsciente colectivo, ya que no se trata de descalificar a la medicina, pues es un discurso que sí bien somete a los sujetos a situaciones en ocasiones agresivas a nivel simbólico (*capítulo II*) desvirtualización de la personalidad, mutilaciones, diagnósticos, tratamientos, etc. lo hace porque es un discurso asumido como verdad, y eso es precisamente lo que le da el poder de curar las enfermedades, pues los discursos sociales alteran y subjetivizan la manera como percibimos la verdad, de hecho podemos ver en la historia de la medicina (*capítulo I*) como esta violencia ejercida sobre los cuerpos y las personas se hace en nombre del bien y el bienestar, pero no precisamente de la persona, sino del bien que la sociedad designa para los sujetos que pertenecen a ella. Las personas permanecen pasivas a lo que sucede con ellos dentro de la institución hospitalaria, porque finalmente aunque el sujeto lo viva como agresión, el deber ser marcado por el discurso social lo recubre con un toque de bondad (capítulo II), ¿pero cuál puede ser la solución? ¿qué bien tendría que perseguir?, el bien de acuerdo al discurso social, o el bien a través de la escucha, ¿qué es lo que ese sujeto dice, qué es lo que se escucha de su enfermedad, qué quiere decir el sujeto?, ¿Cuál es su bien?, porque analizándolo, hasta la enfermedad puede ser un bien, tomando en cuenta que como hemos analizado no hay mucha distancia entre el bien y el mal, entre una pulsión de vida y una mortífera << *Éste es mi bien, esto es lo que amo; así me gusta, sólo así quiero el bien, no lo quiero como el mandamiento de dios, ni como norma o necesidad de los*

hombres: no quiero que sea para mí una guía hacia mundos ultraterrenos y paraísos. La virtud a la que amo es una virtud terrena, que tiene poco de razonable y menos aun de colectiva...>>(Nietzsche,2000). Se trata entonces de darle derecho y lugar de escucha a esa persona enferma, para que encuentre su bien, al hacer uso de la palabra, un bien que puede ser incluso la muerte, como se pudo ver en el capítulo III en el caso de René

Está instaurado entonces en el discurso social que la salud de los cuerpos es un bien y que la manera de volver a conseguir ese bien cuando se ha perdido es sometiéndose a los designios médicos, sin embargo se podría llevar a cabo un trabajo de escucha dentro de la institución, que le permitiera al sujeto, como menciona Landa *“tomar ventaja de ese Pathos”*

4) Nos encontramos entonces frente a la subjetividad misma, respecto a las relaciones institucionales, al discurso medico y el discurso del bien pero todo ello directamente relacionado frente al sujeto y las ataduras ó coagulaciones que este establece con los discursos: sociales, frente a su historia familiar y su cuerpo, este último como se pudo analizar a lo largo de esta tesis, tienen una relación con el ser humano, más allá de un simple contenedor ó conglomerado de células y tejidos. Ya que en el ser humano, pareciera todo se encuentra mediado por el lenguaje, por esos significantes, que designan, nombran y distorsionan nuestra realidad (capítulo III) *“el desplazamiento del significante determina a los sujetos en sus actos, en su destino, en sus rechazos en sus cegueras, en sus éxitos...”(Lacan citado por Morales 1999).* ¿Qué dimensiones

se deben tomar en cuenta entonces cuando se está llevando a cabo un trabajo terapéutico con sujetos sometidos a la dinámica hospitalaria?, ¿cómo trabajar con esos cuerpos cargados de significación? definitivamente, la manera no tendrá que ser buscando el bien que la sociedad marca para estos sujetos, no será llevándolos a hacer insondable el sometimiento de sus cuerpos respecto a lo que los médicos y sus tratamientos destinen, pues ello sería un trabajo que colocaría al sujeto, como ya lo habíamos mencionado, en una posición pasiva *pathica* frente a la institución, en una posición aniquilante, para él como sujeto. La propuesta, reiteremos va encaminada a un espacio de escucha, en donde el sujeto pueda construir mediante su historia y sus relaciones generacionales, también toda esta significación sobre el cuerpo su enfermedad y los diagnósticos que se funden con las historias y se entretajan con su cuerpo y sus órganos, así como su situación actual (hospitalizado). Incluso podrían crearse espacios para los médicos, enfermeras, familiares y todas estas personas vinculadas con la enfermedad y la hospitalización, en la cual pudieran ellos hacerse escuchar, quizá respecto a las siguientes situaciones ¿Qué de su vida colocan en sus relaciones con el enfermo? ¿Qué significa la enfermedad y la salud para ellos? ¿Cómo es su relación con los enfermos y el discurso de la muerte?; es decir ponerse en contacto con su propio pathos. *Landa* mencionó: “*Si no hay un trabajo de experienciación del propio pathos, el dolor del otro, del paciente ante el cual nos inclinamos, puede convertirse en una amenaza ante la cual nuestro psiquismo intentará lógicamente una defensa, que puede manifestarse como una asepsia comunicativa (evitar hablar de ciertos temas), o como una anestesia afectiva (evitar el contacto consciente con los afectos empáticos).*”

Es una reacción normal de la función del Yo preservar las funciones de percepción-conciencia y raciocinio de la confusión y la disolución: ante el peligro de perder el control al entrar en contacto con el dolor del otro, trataremos de permanecer en el campo imaginario de nuestra “función profesional” y de la “neutralidad” Landa.

Un trabajo en el cual tanto pacientes como familiares y médicos experimentarían su propio *pathos* podría generar cambios en la institución hospitalaria, ya que no sería guiado hacia un sometimiento, sino hacia una resignificación de la verdad y realidad que se vive en esas instituciones por cada uno de los que la conforman. Ya que, sin duda la maneras en la cual se llevan a cabo los diagnósticos cambiaría, pues los médicos aprenderían a relativizar el diagnóstico, considerando la historia, movilizándolo, cambiando el sentido de la muerte y la enfermedad de acuerdo a como una historia se teje.

5) Todo lo anterior implicaría varias cosas pero sería importante destacar ¿un proyecto así sería viable, podría sobrevivir a la institucionalización? Por supuesto en relación a los intereses con los cuales podría contraponerse, nos estamos refiriendo al poder, y me parece que uno de los que vale la pena analizar es el poder por el saber; En un trabajo que tendría que ser transdisciplinario, habría que considerar estas situaciones pues la subjetividad como hemos visto traspasa los límites de las disciplinas divididas en unidades de análisis, tendría que haber todo un trabajo de fusión ó engranaje entre las disciplinas participantes, *“El problema de la subjetividad reconoce muchos ejes ordenadores, lo que supone un abordaje transdisciplinario, pero que exige revisar profundamente los límites de las disciplinas. Este es un problema de fácil*

diagnóstico pero de difícil solución, en razón de la inercia acumulada ...Las comunidades terapéuticas tienen mucho de no científicas, defienden formas de trabajar que tienen que ver con lógicas de poder, prestigio, identidad, descansan en grandes infraestructuras como son: los programas, escuelas, institutos y sus respectivos presupuesto que se resisten a las necesidades de modificar el sistema clasificatorio de las ciencias”(Zemelman,1999), ¿Cómo poder librar todo esto?, ¿Cómo vencer en determinado momento una necesidad de saber poder que pueda aniquilar a los sujetos?, ¿Cómo crear un proyecto para sujetos, en donde la verdad sea la de los sujetos de investigación, Y no un proyecto para los investigadores en el cual sea su verdad la que rija los resultados y destinos de las personas sometidas a dicha institución?. “Puede, en efecto darse una brutal separación entre proyectos y sujetos, cuestiones que habría que discutir y resolver: el problema del poder, el poder como gran barrera ; el poder como fenómeno cultural y psicológico, es decir como capacidad de manipulación y coacción pro también de lectura de la realidad. En esta perspectiva surge la necesidad de hacer un balance del papel que tienen los intelectuales, quienes a veces son proclives a plantearse discursos como proyectos, pero que son proyectos sin sujetos (Zemelman, 1999). El grupo que interviniera en una institución, para llevar a cabo este proyecto, tendría que contar con una fusión y engranaje respecto a las disciplinas, y también con una amplia apertura hacia el encuentro con la subjetividad, pero también con un reconocimiento hacia la institución, finalmente el sujeto encuentra su lugar en ellas, en las instituciones esta designado es nombrado encuentra su vinculo social, en este proyecto no se trataría de violentar o descalificar las instituciones, se trata pues de que bajo un reconocimiento de lo que sucede en la institución el sujeto pueda replantearse y apropiarse los

significantes que lo atan a ella. Es amplio el camino respecto al trabajo en las instituciones, ya que este último punto bien puede dar pauta a un nuevo trabajo en el cual se cuestionarán las ideas plasmadas en esta tesis, con un trabajo de participación con los sujetos, es decir con los resultados de dicho proyecto en la institución hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

- I. Abbagnano. N (1994) Diccionario de filosofía. México: Fondo de Cultura Económica.

- II. Ali, S. (1990). El cuerpo el espacio y el tiempo. Buenos Aires: Amorourtu.

- III. Ali,S. (1991). Pensar lo somático, el imaginario y la patología. Argentina: Amorourtu.

- IV. Andree ,S (2000) Flac: La escritura comienza donde el psicoanálisis termina. Editorial.

- V. Basaglia, F (1976). La institución de la violencia, en la institución negada. Argentina: Seix Barral.

- VI. Benveniste E.(1999). Problemas de lingüística general. México Siglo XXI. Tomo 1.

- VII. Carvajal (1986).). La introducción a Lacan. Lugar. Argentina. Cap: II,III y IV.
- VIII. Dor, Joel. (1988). Estructura y perversión. Argentina: Gedisa. Cap I y 2.
- IX. Flores, V. (1998). El sujeto frente a la institución. En: sujeto educación especial e integración. Editorial UNAM. ENEP –Iztacala, México. págs 63-73.
- X. Flores, V. (1999). El sujeto atrapado en las redes de una dictadura signifi-cante, En: El sujeto y su odisea. Editorial UNAM. ENEP Iztacala, México. Págs. 83-96.
- XI. Foucault, M. (1966). El nacimiento de la clínica. México . siglo XXI.
- XII. Foucault, M.(1986). “Clasificar”. En: Las palabras y las cosas. México. Siglo XXI, Cap V. .

- XIII. Freud. S. (2001). Bosquejos de la comunicación preliminar. Volumen I, Buenos Aires. Editorial Amorrortu .
- XIV. Freud. S. (2001). Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). Volumen VII, Buenos Aires Editorial Amorrortu.
- XV. Freud. S. (2001). La interpretación de los sueños. Volumen IV, Buenos Aires, Editorial Amorrortu.
- XVI. Freud. S. (2001). Proyecto de psicología. Volumen I, Buenos Aires Editorial Amorrortu.
- XVII. Freud. S. (2001). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos. Volumen III, Buenos Aires. Editorial Amorrortu.
- XVIII. Goethe. (1978). Fausto. México: Editorial Cumbre.

- XIX. Goffman, I. (1961). Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Argentina: Amorrortu.
- XX. Goffman, I. (1963) Estigma. Argentina: Amorrortu.
- XXI. Graves, R. (1999) dioses y Héroes de la antigua Grecia. México: Millenium.
- XXII. Homero(1979). Obras selectas. México: Editorial Valle de México.
- XXIII. Juanes, J. (1999).Venturas y desventuras del Sujeto, En: El sujeto y su odisea. Editorial UNAM. ENEP Iztacala, México. Págs. 329-352.
- XXIV. Lacan (1960). El seminario de Jaques Lacan-Libro 7. Argentina: Paídos. Clase: XIV, XVII, XVIII
- XXV. Lacan (1981). El seminario de Jaques Lacan-Libro 20. Argentina: Paídos. Cap: III y IV

- XXVI. Laín. E. (1978). Historia de la medicina. México: Salvat.
- XXVII. Lourau, R(2001). “El análisis institucional “ en claves de sociología. Barcelona: Laiá, Pp 189-233._
- XXVIII. Mannoni, M. (1970). El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis. Argentina: Siglo Veintiuno.
- XXIX. Mannoni M. (1978). La educación imposible. México:Siglo XXI, P67-91
- XXX. Marthe R.(1966). La revolución psicoanalítica. México: Fondo de Cultura Económica. Cap 1.
- XXXI. Mendel, G. (1987). El socioanálisis institucional en: “la intervención institucional”. México: Plaza y Valdez. P.p201-254.

- XXXII. Morales H. (1999). Sujeto y significante, En: El sujeto y su odisea. Editorial UNAM. ENEP Iztacala, México. Págs. 13-34.
- XXXIII. Moliere (1998). Tartufo: El enfermo imaginario. México: Época
- XXXIV. Moral, L. (1987). Psicoanálisis a la luz de Jaques Lacan. Editorial Campo Lacaniano. México. Cap: II,III.
- XXXV. Nietzsche, F (2000) Así habló Zaratustra. EDIMAT, México.
- XXXVI. Números en: la Biblia. Editorial Reyna Valera, México 1995. Cap 21
- XXXVII. Rodolfo, R (2001). El niño y el significante. Argentina:Paidós.
- XXXVIII. Rodolfo, M. Y Rodolfo R.(1986) Clínica psicoanalítica. Argentina: Lugar Editorial.
Pag. 15-76

- XXXIX. Tuber.S (1988) La sexualidad femenina y la construcción imaginaria: En cuerpo y subjetividad femenina salud y genero México: Siglo XXI.
- XL. Zemelman H. (1999), Entorno del Sujeto Social En: El sujeto y su odisea. Editorial UNAM. ENEP Iztacala, México. Págs. 261-290.