

# LA INTERDISCIPLINA: UN ENCUENTRO ANTE EL PADECIMIENTO

## THE INTERDISCIPLINE: A COMMON GROUND IN THE FACE OF SUFFERING

**MARÍA ANDREA MATURI**

*Equipo de Interconsulta, Adultos y Psicossomática del Hospital G. Durand.  
Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología y Psicopedagogía.  
Universidad del Salvador. Buenos Aires. Argentina.*

---

**Resumen:** El planteo que expongo en estas líneas es acerca de la función que tenemos como profesionales de la salud. Poder crear un ámbito para reflexionar sobre nuestra práctica cotidiana, para pensarnos y repensarnos como profesionales, como sujetos sujetos a la palabra.

**Palabras Claves:** medicina, psicoanálisis, interdisciplina, transferencia, demanda, padecimiento.

**Abstract:** In this work I reflect on our role as health care professionals and the possibility of creating a common ground to reflect on our daily practice, to think and rethink ourselves as health care professionals, as subjects tied to words.

---

**Correspondencia:** Lic en Psicología María Andrea Maturi.  
E-mail: maria\_maturi@yahoo.com

**Recibido:** 12 de Julio de 2007  
**Aceptado:** 28 de Agosto de 2007

**Key words:** medicine, psychoanalysis, interdiscipline, transference, demand, suffering.

### INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia la concepción del hombre fue cambiando de acuerdo al paradigma de la época, y las disciplinas como la Medicina y la Psicología no están exentas de dichas transformaciones.

En la antigüedad la figura del médico era representada por medio de los curanderos o brujos, llamados comúnmente chamanes. La Medicina por mucho tiempo estuvo asociada a la magia y la religión, donde el médico aparece como un sujeto que en conexión con los dioses o espíritus puede curar, puede posibilitar la supervivencia y la vida de los hombres.

El aspecto mágico del médico que sabe y cura las enfermedades o los males, aún se sostiene en la sociedad en una especie de figura endiosada. El paciente que consulta a su médico lo enviste con ropajes imaginarios de acuerdo a las experiencias extraídas de su infancia. Lo cual implica, que el sujeto que padece, que enferma, se retrotrae en su propio sufrimiento, se desconecta con el mundo exterior y solamente se preocupa por su situación, ubicándose en una posición de niño que necesita de la contención y cuidado de sus

padres, por tal razón la figura del médico esta teñida de todos estos contenidos imaginarios.

La Psicología también sufrió sus transformaciones en la historia de la humanidad; en un comienzo solamente se estudiaba todo lo relacionado a lo medible y cuantificable, sólo lo observable: la conciencia era admitida como contenido psíquico.

El Psicoanálisis, cuyo mentor fue Sigmund Freud, rompió con las estructuras de pensamiento de su época. Aquel médico vienés, investigador por elección, en contacto con sus histéricas comenzó a formular su marco teórico. Gracias a sus pacientes descubrió o mejor dicho dio el nombre de inconsciente a una instancia psíquica imposible de ubicar en un tubo de ensayo, que sólo mediante el «talking cure», la cura por la palabra, se podía acceder a los aspectos psicológicos de la neuropatología. Dicho en otros términos: se podía reconocer los conflictos que originaban la sintomatología.

Por lo tanto el inconsciente, ese ámbito oculto, oscuro, inaccesible, podía abordarse mediante sus producciones como los síntomas, chistes, sueños, lapsus y actos fallidos. El inconsciente remite a un saber no sabido, que pulsa por salir a la conciencia mediante sus producciones.

Al relatar la historia, el paciente mediante la asociación libre comienza a sumergirse en un mundo distinto, recontar una y otra vez los acontecimientos, es una especie de viaje hacia el pasado para dejar de sufrir en el presente. El recuento, es reconstruir, es rehistorizar, que implica poder dar nuevas significaciones a aquellas palabras o significantes, es poder nombrarse de otra manera.

¿Cómo alguien puede aliviar su sufrimiento por medio de la palabra? Algo imposible de entender y creer en la época victoriana. Aun en nuestra época, en el mundo del avance tecnológico y científico, donde la capacidad de espera es intolerable porque todo debe ser dado, hecho y manifestado en este preciso instante; es difícil pensar que una persona pueda hablar en un contexto de privacidad sus dolores, sus conflictos, sus miedos.

Este mundo de avances, de sub-especializaciones, disgrega aun más al hombre. Tenemos a un cuerpo dividido en pequeñas partes o partículas, es una parte del cuerpo que debe ser analizada y explorada. ¿Dónde está el sujeto?, ¿Dónde esta la subjetividad en nuestra práctica cotidiana?

Lo que se nos presenta frente a nuestros ojos no es un órgano, una parte del cuerpo que debe ser curada, es una persona que sufre, que tiene una historia y un contexto.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el término *salud* alude «no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, sino un estado de completo bienestar físico, mental y social» (1). Por lo tanto, las enfermedades orgánicas y psíquicas están influenciadas por los factores bio-psico-

sociales; es decir que el cuerpo con sus lesiones se expresa, es una especie de jeroglífico que debe ser descifrado.

Ante las tensiones internas o externas, el cuerpo se adapta, es decir que tiene la capacidad de poder resolver dichas tensiones necesarias para la vida. Es lo que se conoce con el nombre de *síndrome general de adaptación* o *stress*. La alteración del equilibrio o de la adaptación provoca el *distress*, estado psicofísico de sobrecarga tensional donde los mecanismos defensivos sufren un agotamiento tal, provocando alteraciones metabólicas en el organismo, al punto de contraer una enfermedad.

Si el afrontamiento ante estímulos nocivos es el adecuado, el organismo se adapta ante la situación nueva, es lo que se denomina *eustress*. Ahora bien, si el afrontamiento es inadecuado, lo que se obtiene es un *stress negativo* o *distress* que genera una descompensación orgánica causada por la demanda e insistencia del estímulo nocivo que supera a los recursos o mecanismos biológicos. Seyle fue quien categorizó al stress como una reacción neuroendocrina del organismo frente a estímulos nocivos (2). Por lo tanto, ante una situación de stress el cuerpo se defiende orgánica y psíquicamente para poder mantener el estado de equilibrio.

Los conceptos de salud y enfermedad, de normalidad y patología son simplemente modos de nombrar, de ubicar algo del orden del sufrimiento. Existen dos posiciones respecto a la enfermedad, puede ser entendida como un «desorden orgánico», denominado modelo biomédico, o como un modo de vida, entendido no como un organismo donde se «instala la enfermedad sino al sujeto que la padece» (3).

De acuerdo a la posición que tengamos respecto de lo que es la salud y la enfermedad, es como observaremos y trataremos a aquella persona que se nos presenta en nuestro consultorio. Darle un nombre a lo que padece el paciente, alivia, calma porque a partir de allí podrá comenzar a desplegar sus mecanismos psíquicos frente a dicha enfermedad.

Por muchos años se pensó que el soma y la psiquis eran dos cuestiones que no tenían conexión alguna. Hoy podemos pensar que lo psíquico se manifiesta en lo somático, como lo somático se manifiesta en lo psíquico, ya que hablamos de una integridad.

Los pacientes cuando consultan expresan sus sentimientos, describen su dolor, manifiestan sus modos de vivir y vincularse con los otros. En toda relación humana existe lo que se denomina transferencia, dicho término significa pasar una transacción de un lugar a otro. En la relación médico-paciente se juegan aspectos transferenciales y contratransferenciales.

El Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche-Pontalise (1996) describe a la transferencia como «el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos

objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica». Continúa diciendo «se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad».

Freud en el texto "*Sobre la dinámica de la transferencia*" (1912), denominaba a la transferencia como la actualización de un modo vincular, es decir, es la reimpresión y reedición de situaciones pasadas, de imagos o imágenes infantiles en la figura del analista.

Según Etchegoyen (1996) la transferencia es un fenómeno universal que consiste en unir el pasado con el presente mediante un falso enlace, que superpone el objeto originario con el actual. Dicho en otras palabras, el paciente vive como una realidad conciente y presente aquello que es una fantasía inconsciente del pasado.

Un paciente nos elige por el nombre, por recomendación de algún familiar o colega, por la trayectoria, etc. Todas estas cuestiones hacen también a la transferencia porque a partir de allí se dará o no el vínculo entre ambos.

El término contratransferencia alude según Freud a las reacciones inconscientes del analista frente a lo transferido por el paciente. Serían todas las mociones, es decir los sentimientos que despiertan los pacientes en uno mismo. Debe tenerse en cuenta y discernir si dichos sentimientos son del paciente o forman parte de conflictos no resueltos en el profesional. De dicha manera uno podrá tener una escucha y una visión más objetiva de lo que acontece en el sujeto.

Lo que es transferido por el paciente en la figura del médico, no debe ser actuado por el mismo, es decir que no debe acceder a ninguna demanda por parte del paciente, puesto que cualquier demanda, en el fondo, es demanda de amor. La demanda de curación no es sólo el alivio de un malestar, sino que se trata de liberarse de ciertas condiciones que han generado su perturbación, por lo cual la demanda alude a la búsqueda de protección o amor, en definitiva la demanda solicita una respuesta. Por tal razón nuestra función no es responder precisamente a dicha demanda, sino poder alojar aquello que manifiesta el paciente, otorgarle un lugar.

Uzorskis en su libro "*Clínica de la subjetividad en territorio médico*" (2002) expresa: «atender a la demanda es escuchar, dentro de lo posible, *todo* lo que dice el paciente. No solamente con palabras se expresa un sujeto. El enunciado se puede armar por la conjugación de lo expresado por diversas vías. A la vez que se dice o se muestra también se puede ocultar. Lo que se demanda puede ser opuesto a lo que se desea» (7).

¿Para qué conocer estos aspectos? Porque son muy útiles al momento de nuestra práctica. El psicoanálisis se sirve de la transferencia porque desde allí se dirige la cura. En el

ámbito transferencial el paciente despliega su mundo fantasmático, sus defensas, sus angustias, sus conflictos, sus deseos; en su decir existe una implicancia subjetiva que aún el sujeto desconoce.

El médico en su práctica profesional se encuentra con pacientes que se angustian, que relatan una infinidad de situaciones previas al momento de enfermarse, que hablan de cuestiones que no corresponderían al punto de urgencia. Se encuentra con pacientes autodestructivos, que enferman permanentemente, que exponen su cuerpo al servicio de la exploración constante. Estas situaciones, que exceden al acto médico, dejan al profesional en algún punto impotente, enfrentándolo con las limitaciones de su profesión y por consiguiente con sus propias limitaciones. Esto mismo ocurre en el ámbito de la Salud Mental, donde hay un deseo de escuchar y aliviar el padecer del paciente, pero su patología, lo imposibilita.

Las dificultades de nuestra práctica cotidiana son las que nos acercan a trabajar interdisciplinariamente, nos acerca a conectarnos aun más con el **padecimiento del otro** y en última instancia con nuestro **propio padecer**.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, Nuevas esperanzas. Organización Mundial de la Salud 2001; 2-17.
2. Hans Selye. A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature* 1936 ; 138: 32.
3. Ferrari H. Salud Mental en Medicina, Editorial López Libreros, Buenos Aires, 1996; cap. VIII, 95-108; cap. IX, 108-120; cap. XXII, 251-260; cap. XXIII, 261- 270; cap. XXIV 271-284.
4. Laplanche-Pontalis, Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1996: 84-85, 439-446.
5. Freud S. Obras completas. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2000. Tomo VII, 237-242; Tomo XII, 97-105, 125-143, 149-257.
6. Etchegoyen RH. Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Editorial Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1991; cap. XXI, 236-247; cap. XIV, 273-283; cap. XXV, 284-294.
7. Uzorskis B. Clínica de la subjetividad en territorio medico, Editorial Letra Viva, Buenos Aires, 2002; cap. II, 38-40; cap. IV, 75-98.