

Efectos de la posmodernidad en los cuidados paliativos

La dignidad es colectiva y singular ⁽¹⁾

Por Psic. Diana Braceras (*)

El discurso de cada época talla a los sujetos por medio de las instituciones reguladoras, fundamentalmente las educativas, las jurídicas, la familia. Las prácticas sociales son entonces fundadas y fundadoras de la subjetividad de la época.

La productividad de pensar las condiciones que sostienen los problemas que se nos presentan en nuestra práctica, nos lleva a poner en evidencia las modalidades que nos sujetan a un modelo determinado cuya eficacia es aparecer como “natural” y sin alternativas.

Los mismos fenómenos cambian su estatuto según las condiciones del discurso en el cual se instalan. Por ejemplo, las adicciones en la modernidad estaban al servicio de evadirse de la realidad, las reglas sociales, la trama colectiva normatizadora. En esta fase de desmoronamiento del paradigma de la modernidad, llamada ‘posmodernismo’ o ‘modernismo tardío’ (2), las adicciones resultan adaptativas respecto de una realidad armada sobre el destejimiento de los lazos sociales y los ritmos de la vida colectiva forzando a una hiperconectividad que arrasa la intimidad y sobreexige rendimientos fuera de medida, sin ideales de soporte. El organismo, artefactualizado con prótesis farmacéuticas, se modeliza según una voluntad de goce vaciada de deseo.

Veamos en estas condiciones, algunos efectos en el discurso médico y en la concepción de la práctica, especialmente en el área de cuidados paliativos.

Si todo trabajo tiene su producto, lo que produce idealmente la relación médico-paciente es “salud”. Los cuidados paliativos producen otro ideal: “la muerte digna”. Los ideales cambian de contenido según la subjetividad de la época, pues indican según el discurso dominante dónde y cómo gozar más.

Cabría entonces preguntarnos cuál es la subjetividad actual que da contenido a esta construcción social llamada “muerte digna”.

Si en la Modernidad el discurso del progreso definía al sujeto como el “ciudadano consciente”, reconocido por su poder de voto y trabajo, en el posmodernismo el discurso de la eficiencia define al sujeto como “consumidor”, reconocido por su capacidad de comprar confort y pertenecer, aunque sea precariamente, el mayor tiempo posible incluido en un sistema que pro-

duce desocupados, por lo tanto lesiona la capacidad de consumo.

En este contexto, “muerte digna” se interpreta exactamente en esos dos sentidos en que se evalúan los bienes materiales: calidad/comfort y durabilidad.

La vida pasa a ser definida por los criterios del consumo. Hasta la definición misma de “terminal” puede ser cómodamente aplicable al hecho indiscutible de que lo que termina cuando alguien muere, es su capacidad de consumo. Sin embargo en muchos sentidos, sabemos y constatamos que la vida de una persona precede al nacimiento y se extiende más allá de su muerte.

Si tratamos de pensar la estructura del sujeto humano sin hacerla consistir en la subjetividad de la época, encontraremos otras categorías para definir la dignidad de la vida no cristalizada en la estrecha lógica del mercado. Para captarlas hace falta hablar y escuchar, poner entre paréntesis el discurso del sentido sobreentendido y la opinión; escuchar al paciente sin imponer ideales prefabricados y reconocer en su cuerpo y en su entorno los lugares donde se afina la singularidad de sus goces, aquellos sin cuyo disfrute la vida no vale la pena.

En estos oficios de trato con seres humanos, la herramienta debe subordinarse al problema guardándole una fidelidad que requiere de la creación para abordarlos. Saliendo de la estereotipia del mercado, que ofrece para todos lo mismo, nos aproximamos a la artesanía del bien-hacer uno por uno.

Lo que puede venir bien para uno, para otro paciente no lo es. Lo que aumenta el malestar a uno, al otro lo alivia. Es en el pulso de la relación médico-paciente donde este saber hacer se produce, inmanente a la situación y no apto para el consumo masivo.

Cuanto más resulte mediatizado, burocratizado y estandarizado este delicado campo de intervención que es la relación terapéutica, menos subordinado estará a la demanda del paciente, que es desde donde se legitima la función del médico. De acuerdo a lo que haga con esa demanda y con los condicionamientos de la situación donde se inscribe, puede discriminarse un acto ético, o la aplicación de una receta desubjetivadora.

Cuidados paliativos es un valioso dispositivo que no

pocas veces se hace cargo de los excluidos del sistema de la Medicina Asistencial Curativa. Resultaría ético no consentir en reinsertar los pacientes al mercado del consumo con recetas de costo y beneficio pret a porter, sino escuchar, registrar, investigar, dilucidar y crear diversas formas de tramitar la muerte que la vida engendra, cuyas marcas singulares sobrevivirán y se transmitirán en los discursos familiares. Esto es lo que diferencia a una ética sostenida en el deseo de asistir, de las recetas morales del bien vivir o del buen morir según los mandatos del amo histórico, de cada época.

Sin complicidades con lo peor de los mandatos epocales, comprometerse con intervenciones que territorialicen los lazos sociales respetando y afirmando la trama de la vida, aún en sus confines, participa del gesto vital de acompañar un camino que con distintos paisajes, todos vamos a recorrer.

Resulta paradójica para la linealidad que caracteriza la lógica de la simplicidad aplicada a lo médico: si hay lugares privilegiados para desarrollar prácticas preventivas en salud, uno de ellos es sin duda el contexto de la asistencia a pacientes murientes. En gran medida los efectos de cómo se transite ese proceso, serán causas concurrentes del estado de salud, de enfermedad o de sus complicaciones, en un entorno que, en general resulta indiferente o aún 'molesto' para la práctica médica usual.

En este sentido, una sabia intervención en los centros asistenciales, resulta de hacer lugar físicamente e institucionalizar la práctica del acompañamiento del grupo familiar, en las instancias definitorias de la asistencia de pacientes graves. Facilitar la cercanía y el diálogo de quienes sostienen una vida en sus cornisas, tiene que ver con la dignidad no solo de esa vida o de esa muerte, asegura pasar por una experiencia vital colectiva, que irradia a la comunidad y al núcleo común de los humanos: la mortal soledad del pasaje a lo incierto, de quien parte, pero también de quienes tendrán que vivir con su ausencia y en duelo.

Obviamente que el modelo de gerenciamiento de lo médico, instalado desde décadas neoliberales, en las antípodas de la concepción sanitarista, ha reducido geoméricamente el campo de asistencia ya no a la persona del enfermo, sino también a cierta porción descontextualizada de su organismo: ciertas cifras, ciertas imágenes. Como un 'rompecabezas' virtual, es extraño reconocer en esos recortes, que la existencia de alguien está en juego en las cantidades que cifran la mirada médica, cada vez más sobre papeles o pantallas,

a distancia sideral de los cuerpos y las voces, de las camas y las lágrimas.

Pero al mismo tiempo también estas prácticas producen 'médicos modulares' descontextualizados, conectados más con máquinas que con humanos, algo de la dignidad propiamente humana en ellos también está muriendo, y a diferencia del paciente, no lo sabe.

Resulta notable comprobar que el rechazo y la molestia a las prácticas inclusivas del entorno familiar, son directamente proporcionales a la desconexión personal de los profesionales tratantes, respecto de su propia trama afectiva y de las modalidades de lazo social significativo, sostenido en su propio entorno emocional.

Diálogo en el Hospital de la Obra Social de la Unión de Trabajadores de la Construcción de la República Argentina:

Médico: - Ahora con estos sectores de 'acampe' de la familia en los pisos, te cruzás con la familia todo el tiempo! Lo único que falta es que tomemos mate con cada pasaje de sala!

Familiar: - Mate no, doctor, pero pruebe este tereré, con kaá heé, la hierba dulce... viera que buena para curar la diabetes, che ra á.

Médico: La stevia?

Familiar: Ha visto que usted también sabía? Ya le sentía yo esa tonada del litoral, no disimule... quien sabe también usted está masiao solo en Buenos Aires.

Lo que siguió fue un intercambio de palabras en guaraní con el residente paraguayo entre sorbo y sorbo de tereré, refrescando los cuerpos y memorias.

Más lejos de la lógica fetichizante de la mercancía, más cerca de la dignidad del don de la vida.

Las decisiones de final de la vida requieren un contexto colectivo de registro y de reflexión, allí el aporte de la medicina o su abstinencia, se entretienen con la vida, sus apuestas, sus opciones y sus pérdidas, como siempre que la dignidad es posible: depende de condiciones colectivas sostenidas con deseo y ternura, protegida del acecho de la crueldad y del estrago. Sin garantías.

Despedida

Orado con los trépanos desmesurados
Del insomnio,
La ciénaga finita de las horas
Que cavan el contorno
Vertical
Para tu carne obscenamente insepulta
Déjame cargarte ya en el alma
Sin abrazar el cristal de tus huesos
Claudicantes.
Haré de esas palabras tuyas
Ramilletes,
de memorias futuras, procreando.
Deshabitado a mares tu cuerpo
De emociones,
Es un reloj irrespetuoso y obcecado,
Que no marca el ritmo de la vida
Si no la cuenta regresiva.
Hacia el ocaso.
Voy a morir contigo nuevamente,
Como siempre que pierdo
Lo perdido.
No podrás ya sucumbir a más derrotas,
Confía en mí
La vigilia de tu olvido.

Diana Braceras

(*) Diana Braceras: Psicóloga. Psicoanalista. Escritora. Docente en la UBA Facultades de Filosofía y Letras, en la Carrera de Ciencias de la Educación; en la Facultad de Medicina, docente de la Maestría de Salud Pública en San Martín y formación de Promotores de Salud de los Movimientos Sociales de Desocupados a partir del 2002. Editorialista de la página especializada en Oncología: www.cancerteam.com.ar. Autora entre otros textos: *El Otro cáncer*; *Psicoanálisis y Medicina: Al filo de la vida*; *Psicoanálisis y Oncología*; *La Patria pastillera*.

Notas

- (1) Artículo autorizado para su publicación, en base al texto original de la autora en, *Medicina y Psicoanálisis al filo de la vida, Experiencias Interdisciplinarias*. Selección de Escritos. Equipo Interdisciplinario de Oncología, Buenos Aires, 2006.
- (2) La caracterización del discurso posmoderno ha sido tomada de los trabajos del historiador Ignacio Lewkowicz, sobre la “modernidad tardía” y la historia de la subjetividad.