

Incidencias del consumo vital de objetos tecno-científicos: órganos, cuerpo y subjetividad

Effects of techno-science object consumption: organs, body and subjectivity



Luis H. Volta

Lic. En Psicología. Especialista en Psicología Clínica de Adultos. Magíster en Psicopatología y Campos Clínicos (Université Rennes 2 – Haute Bretagne). Docente – Investigador de grado y posgrado de la Facultad de Psicología UNLP - Ex residente y actual instructor de residentes de Psicología HIGA Prof. Dr. R. Rossi.

Correo electrónico: lhvolta@hotmail.com

Resumen

En este trabajo nos ocupamos de interrogar el problema del consumo sofisticado de objetos y prácticas producidos por el discurso de la ciencia y que intervienen en el diagnóstico, tratamiento y evolución de la enfermedad conocida como Fibrosis Quística. En la interfase entre la medicina y el psicoanálisis, indagamos los efectos inquietantes a nivel del sujeto de la utilización de dichos objetos producidos por la tecnología. Advertimos sobre el riesgo que esto implica respecto de la transformación de la relación atributiva del sujeto con su cuerpo. Finalmente, y de la mano de la angustia, despejamos la aplicación que el psicoanálisis puede aportar en el equipo de salud para preservar la función del sujeto y esclarecer sus prácticas.

Palabras Clave: Cuerpo-Organos-Ciencia-Sujeto-Angustia

Abstract:

This work is aimed at dealing with the issue of sophisticated consumption of objects and practices produced by the scientific discourse and involved in the diagnosis, treatment and outcome of the well-known cystic fibrosis disease. At the interface between medicine and psychoanalysis, we investigated the disturbing effects on the subject after using such techno-science-made objects. The risk involved in the transformation of subject's attributive relation with his body was registered. Finally, and thanks to anxiety, we enlightened the applied psychoanalysis task in the healthcare team for maintaining the subject's function and for clarifying its practices.

Key Words: Body - Organs - Science - Subject - Anxiety

INTRODUCCIÓN

Cuando Sigmund Freud, en su *Malestar en la cultura* (1930), reconocía como culturales a aquellas actividades y valores que buscan poner a la tierra al servicio del hombre y a protegerlo de la violencia de las fuerzas naturales, insistió en la importancia del uso de instrumentos: “Con la ayuda de todas sus herramientas, el hombre perfecciona sus órganos -los motrices así como los sensoriales- o remueve los límites de su operación. Los motores ponen a su disposición fuerzas enormes que pueden enviar en la dirección que quiera como a sus músculos; el barco y el avión hacen que ni el agua ni el aire constituyan obstáculos para su marcha. Con las gafas corrige los defectos de las lentes de sus ojos; con el largavista atisba lejanos horizontes, con el microscopio vence los límites de lo visible, que le imponía la estructura de su retina. Mediante la cámara fotográfica ha creado un instrumento que retiene las impresiones visuales fugitivas, lo mismo que el disco del gramófono le permite hacer con las impresiones auditivas,

tan pasajeras como aquellas; en el fondo ambos son materializaciones de la facultad de recordar, de su memoria, que le ha sido dada. Con ayuda del teléfono escucha desde distancias que aun los cuentos de hadas respetarían por inalcanzables.” (1) En suma, el programa de la civilización es presentado allí como una suerte de órgano corporal extra, una amplificación que va en el sentido de extender el dominio del cuerpo sobre el mundo. Poco podía imaginar Freud en el momento en que escribía esas líneas, hasta dónde los progresos en materia de investigación en biología y de su aplicación en las prácticas médicas durante el resto del siglo XX y el comienzo del siglo XXI iban a conducir. Menos aún, predecir la forma que tomaría el malestar en la civilización hipermoderna, de modo correlativo a los avances en la ciencia y en la técnica.

En el presente trabajo, nos ocuparemos de interrogar un campo particular en el que se pone en juego el problema del consumo de objetos y de prácticas sumamente sofisticados producidos por



el discurso de la ciencia y que intervienen en el diagnóstico, tratamiento y evolución de la enfermedad conocida como Fibrosis Quística (FQ) o Mucoviscidosis. Ya es consenso en medicina el que la FQ no sea más considerada una enfermedad pediátrica. Es que el número de pacientes diagnosticados tempranamente como tales que transcurre la edad adulta no cesa de aumentar en todo el mundo. Esto constituye un claro ejemplo de cómo, gracias a la utilización de innovaciones científico-tecnológicas, la frontera entre la vida y la muerte ha logrado ser desplazada en este terreno. Con esto, la creación de centros específicos para la atención de esta patología en pacientes adultos se ha vuelto una necesidad perentoria. (2) Ahora bien, de modo paralelo a estos avances indiscutibles, las publicaciones médicas sobre la materia no dejan de señalar dos temas que nos resultan de mayor interés. Por un lado, las particularidades recurrentemente encontradas en la denominada “calidad de vida” de estos pacientes cuya sobrevida está originada y sostenida en los progresos de la ciencia y práctica médica. Por otro lado, las dificultades encontradas en la “adherencia” al tratamiento de una enfermedad considerada ya por algunos como “crónica”. La “depresión” y la “ansiedad” son señaladas allí como obstáculos frecuentes.

Nos proponemos entonces, en la interfase entre la medicina y el psicoanálisis, indagar los efectos a nivel del sujeto del consumo vital de objetos producidos por la tecnociencia para el control y tratamiento de los órganos del cuerpo afectados en la mencionada enfermedad. Sin perder de vista que la vida es una condición necesaria pero no suficiente del goce (Miller, 1999) nos serviremos de la angustia como brújula en nuestra interrogación.

EL “PROGRAMA DE LA CIVILIZACIÓN” PARA LA FIBROSIS QUÍSTICA

Desde 1989 se sabe que la FQ es una enfermedad genética y hereditaria (autosómica recesiva), producida como consecuencia de la mutación de un gen (con más de 1000 mutaciones posibles ya descritas) que determina la alteración de una proteína CFTR que regula el intercambio de cloro y sodio en las superficies apicales de las células de las glándulas exócrinas. En consecuencia, estas últimas pueden estar afectadas con la producción de moco anormal, viscoso y adherente, que obstruye sus conductos e interfiere entonces con funciones vitales como la respiración y la absorción de nutrientes. Además, pueden estar afectadas las glándulas del sistema hepatobiliar, y las de re-

producción. Si bien la corrección de la anomalía genética de base está en estudio, y muchas expectativas están depositadas en la terapia génica, por el momento su tratamiento es fundamentalmente sintomático. El mismo está centrado en la reducción de la afectación pulmonar crónica, y de la mala absorción de los alimentos.

Sin pretensión de exhaustividad ni de sistematicidad mencionemos algunas de los objetos y prácticas que regularmente intervienen en su diagnóstico y tratamiento habitual: estudio genético molecular, test del sudor, pruebas respiratorias (espirometría, pletismografía, oxímetro saturómetro, gases en sangre), análisis bacteriológico del cultivo de esputo (bacterias, virus, hongos), tratamientos antibióticos inhalados, orales y endovenosos (implantación de catéteres) para el control de infecciones respiratorias recurrentes y/o crónicas, radiografía de tórax, tomografía computada de pulmón, nebulizaciones, podhaller y kinesioterapia diarias (diversas técnicas de rehabilitación respiratoria: ciclo activo, drenaje autogénico, Flutter, máscara PEP), test de caminata, mochila y/o tubo de oxígeno, ventilación no invasiva, estrategias nutricionales especialmente diseñadas con un índice de masa corporal diferencial, ingesta hipercalórica, utilización de enzimas en caso de afectación pancreática, vitaminas, calcio, insulina (diabetes FQ), control del peso, medición de pliegues, soporte nutricional enteral y parenteral, gastrostomía, ecografía y eco doppler hepático, examen de elastasa, control de hipertensión portal y de várices esofágicas, audiometría, densitometría, examen cardiológico, etc. Cuando la afectación de alguno de los órganos así lo requiere, algunos pacientes son sometidos a trasplante (bipulmonar, hepático o de riñón). Al tratamiento previo se le agregan entonces, los controles específicos ligados a los efectos de la inmunosupresión para evitar el rechazo del nuevo órgano. En todo el proceso el equipo tratante adopta medidas de bioseguridad (camisolín, guantes, barbijos, gel bactericida) para evitar las infecciones cruzadas.

Esta breve reseña pretende simplemente ilustrar el modo en que el cuerpo de estos pacientes, para mantenerse vivo, debe estar extensamente atravesado por el consumo de objetos y prácticas surgidos del discurso de la ciencia.

CONSECUENCIAS INQUIETANTES PARA EL SUJETO

Tal como lo señala Brousse (2012), la “bolsa de piel” en tanto barrera discursiva que contiene los



órganos está dejando de ser simplemente porosa, para convertirse en un órgano más. Puede ser atravesada con la ayuda de técnicas específicas en provecho de la mirada médica y en desmedro de la pérdida de la dimensión íntima y cerrada del cuerpo. Este borramiento de la frontera entre el adentro y el afuera, que antes estaba fundamentalmente reservado a los orificios del cuerpo erógeno, produce una extensión del imperio del órgano, en relación al dominio del cuerpo como buena forma. Asistimos entonces a una convivencia incómoda entre un cuerpo sacralizado, cuya *pregnancia imaginaria* se adora, y un cuerpo abierto, fragmentado en órganos que son incluso trasplantables o que comienzan a ser sintetizados artificialmente.

El riesgo de estas transformaciones, es el de producir una modificación progresiva en la relación atributiva del sujeto con su cuerpo, es decir, que el sujeto esté cada vez menos convencido de que a su cuerpo “lo tiene”, y más seguro de que ese órgano “lo es”. Por este camino estaríamos transitando por una inquietante senda que conduce finalmente desde el órgano afectado, hasta la mutación genética de base que se expresa en él. El genoma constituiría así en nuestra época, la figura más elaborada del “destino”, - más sofisticada que los oráculos, los astros, o incluso que los significantes amos aislados en un psicoanálisis. El patrimonio genético, aquello que “ya está escrito” amenaza con proponérsenos, por intermedio de los órganos atravesado por la *tecnociencia*, como la verdad última y garantía de un sujeto que podría entonces finalmente decir “yo soy fibroquístico”.

Por el contrario, sabemos que el psicoanálisis insiste en la necesidad ética de mantener el *distingo* y la separación entre el sujeto y su cuerpo. Es el cuerpo el que está enfermo. El sujeto, como tal no es susceptible de ser calificado así y sólo se define, por su función *intervalar* en la cadena *significante*. Es esto lo que le otorga un carácter *inextinguible* a su deseo en oposición a los poderes del Uno *identificante* sostenido en el *real biológico* de cualquier órgano afectado.

LA BRÚJULA DE LA ANGSTIA

Es aquí que la función de la angustia puede venir en nuestro auxilio. Y no es casual si la *etimología* de este término tiene raíces comunes con el *angor pectoris*. Ella suele aparecer, y no sólo en los pacientes, justamente en los puntos en los que la evolución de la enfermedad vuelve refractarios los intentos de mantener callada a esta última: *comunicación imprevista del diagnóstico* en pa-

cientes adultos, *exacerbaciones e internaciones* cada vez más recurrentes por la *cronicidad* de las infecciones respiratorias, *pérdida tórpida de peso* que quiebra la imagen del espejo, fracasos en los intentos de procreación, *disminución irreversible del volumen y capacidad respiratoria* en las pruebas de control, *limitación de la movilidad*, *oxigenoterapia*, *indicación de la evaluación pre-trasplante*, la proximidad de la muerte...

La angustia emerge en el instante preciso en el que a pesar de todos los recursos del *determinismo científico*, algo se pierde de modo radical en el dominio *tecnológico* del cuerpo. Pero en tanto “señal de lo real” le otorga al sujeto una certeza única, la de existir y la de que el mundo existe (Laurent, 2007). Situar nuestra intervención a partir de ella, puede brindar la *oportunidad única* a un sujeto, de medir sus relaciones con un *real insensato*. La “depresión”, es una salida por cierto posible, pero no la única. El sujeto, convocado en su singularidad más íntima, puede también -si quien lo escucha soporta preservar su lugar-, apoyarse en la angustia para instituir en acto su *diferencia radical*.

La angustia, puede también permitirle al equipo tratante encontrar otra lógica, para concebir los “fenómenos de no adherencia” al tratamiento. No siempre será necesario invocar la *vertiente mortífera* de un goce que a contrapelo de los ideales médicos, no busca su propio bien. También podría considerarse que en aquellos se atrincherara el deseo de un sujeto, que resiste a que “su *inefable y estúpida existencia*” equivalga a lo que ya está escrito en las células de su cuerpo. Por estas razones, recibimos con agrado cuando un artículo publicado recientemente en una revista médica de renombre internacional (Marchand & cols, 2014) - incluye a la angustia de los médicos y del resto del equipo tratante como un factor esencial a considerar ante la propuesta de un acto sin garantías como lo es el trasplante de un órgano. Cuando la barra cae sobre el Otro, el sujeto puede recuperar sus chances.

Es que la perspectiva actual en Salud Mental, versión refinada del discurso del Amo, está más interesada en un abordaje *interdisciplinario “integral”* del paciente concebido como “unidad” *bio-psico-social*, que en contemplar el punto de apoyo esencial que puede brindarnos la angustia en la clínica. Nuestra tarea en el seno del equipo de salud no es entonces, la de cuestionar el hecho de que cada disciplina *interviniente* explote al máximo el potencial que la ciencia pone a su alcance. En la era en que el ADN puede servir incluso para “nom-



brar” a un padre, el psicoanálisis debe estar listo para recibir sin demasiadas resistencias, ese resto y producto de la operación de la ciencia. Se tratará entonces de intentar preservar la hiancia de la indeterminación en el los bordes mismos de estas prácticas de altísima complejidad tal como las hemos mencionado. Por esta vía podremos resguardar el lugar del sujeto, orientándonos más por una lógica de las respuestas, que de los determinantes predictivos. Así nos lo sugería ya Freud en 1924 “También el individuo entero está destinado, desde su nacimiento mismo, a morir, y también lleva ya indicada, quizá en la disposición de sus órganos, la causa de su muerte. Pero siempre será interesante perseguir cómo se desarrolla el programa predeterminado y en qué forma es aprovechada la disposición por acciones nocivas casuales.” (3)

E

Notas

- (1) Freud, S.: “El malestar en la cultura”, Obras Completas, Amorrortu Editores, Buenos Aires, pp. 89-90 (el destacado es nuestro) (1930)
- (2) El Centro Provincial de atención de Pacientes Adultos con Fibrosis Quística con sede en el HIGA Prof. Dr. R. Rossi de La Plata está actualmente conformado por un equipo multidisciplinario que consta de: 3 Neumólogos, 1 Gastroenteróloga, 1 Nutricionista, 1 Kinesióloga y Terapeuta Ocupacional, 1 Trabajadora Social, 1 Enfermera y 1 Psicólogo.
- (3) Freud, S.: “El sepultamiento del complejo de Edipo”, Obras Completas, Amorrortu Editores, Buenos Aires, pp. 182. (1924)

Bibliografía Consultada

- Ansermet, F.: Le vertige du savoir. Psychanalyse et médecine prédictive ; Mental – Revue Internationale de Psychanalyse N° 22 : Les médecines prédictives et le choix du désir. Pp. 144-151. (2009)
- Brousse, M-H.: Corps sacralisé, corps ouverts: de l'existence, mise en question, de la peau. Quarto N° 101-102 : L'art est une chose rare, École de la Cause freudienne – ACF en Belgique, Bruselas pp. 132-138. (2012)
- Chiriaco, S.: L'ultime menace. Le désir foudroyé, sortir du traumatisme par la psychanalyse. Navarin / Le Champ freudien. pp. 155-169. (2012)
- Doucet, C. (2011) Le psychologue en service de médecine, les mots du corps. Paris, Elsevier Masson SAS.
- Forbes, J.: “Maktoub L'influence de la psychanalyse sur l'expression des gènes”, La Cause freudienne N° 69 : A quoi sert un corps ? Paris, Navarin Éditeur, pp. 26-30. (2008)
- La Sagna, P. : Formes de vie. Note à propos de la biologie du corps et de la psychanalyse. La Cause du désir N° 84 : La science est votre vérité. Paris, Navarin Éditeur, pp. 39-44. (2013)
- Lacan, J.: “Psicoanálisis y Medicina”. Intervenciones y Textos 1, Manantial, Buenos Aires, pp. 86-99. (1966)
- Laurent, E. : Les organes du corps dans la perspective psychanalytique, Quarto N° 91, École de la Cause freudienne – ACF en Belgique, Bruselas, pp. 32-40. (2007)
- Marchand, C.: Motivations et freins à la greffe chez patients, aidants et médecins dans la mucoviscidose. Revue des Maladies Respiratoires, 31, pp. 237-247(2014)
- Miller, J-A.: Biología Lacaniana y Acontecimiento del cuerpo, Buenos Aires, Colección Diva. (1999)
- Silvestre, D.: Maladie organique et dépression, La Cause Freudienne, N° 24 “L'Autre sexe”, CD-ROM pp.81-86. (1993)
- Silvestre, D.: Entre médecine et psychanalyse, le désir en question. Quarto N° 59: La médecine mis à nu par la psychanalyse, même, École de la Cause freudienne-ACF en Belgique, Bruselas, 1996, pp. 20 -22. (1996)

