

UNA IGNOMINIA EN DOS ACTOS:

Dr. Gustavo Chiozza.

Primer Acto:

Elías tiene 63 años y, desde que se jubiló, ocupa su tiempo en tareas de la casa; electricidad, plomería, el auto y el jardín. Esposa, dos hijas, dos futuros-yernos, perro y gato.

Carlos, el novio de Anita, la mayor, es médico; lo que se dice "un buen partido"; Elías está contento... Vive solo, y Elías de vez en cuando le hace arreglos en su casa. También le presta el auto cuando Carlos tiene que hacer "domicilios"; él usa la bicicleta.

En fin; es sano y su vida es tranquila... Recién ahora empezó ese dolorcito en los brazos... cuando anda en bicicleta... Carlos le dijo: "*Por qué no se viene al Hospital y le hacemos una Ergometría?, nunca está demás... Para quedarse tranquilo*". Pero Elías no quiere. "*Mañana a las once voy a estar en Cardiología, ¿por qué no se viene?, lo espero.*" Pero Elías no va.

El Sábado hubo un "berrinche"; Elías no quiso discutir más, quería estar tranquilo, y se fue a cortar el pasto... Al ratito llegó Carlos:

- *Cómo le va?*
- *Me estoy infartando, Carlos.*
- *Le duele el pecho?*
- *No, los brazos. Un poco más el izquierdo.*

Segundo Acto:

"Entonces me lo llevé al Hospital -cuenta Carlos- Llegamos a la Guardia y estaban todos; bueno, saludé, y nos fuimos para UCI, que los sábados está Beto. Lo sentamos, y le empezamos a hacer un electro, y enseguida vi que era un infarto. Medio de espaldas, bajito para que no me oyera, le digo a Beto: "¡Mirá!"... Y cuando nos dimos vuelta estaba en paro..."

La participación de las emociones en ciertas enfermedades, como en este caso el infarto agudo de miocardio, goza hoy de amplio consenso. El papel que se le atribuye a este factor es, habitualmente, el de "desencadenante"; es decir, que es capaz de poner en marcha un proceso mecánico, físico, como el de una enfermedad. Así, se piensa que, una vez iniciado el proceso, la evolución de este se independiza, en cierta medida, de lo emocional.

No es ocioso aclarar, que el consenso toma en cuenta exclusivamente las emociones concientes del enfermo; a punto tal que de reconocer la existencia de posibles emociones inconcientes, se juzga atinado esperar, para su concientización, a que pase la urgencia que el trastorno físico impone. Esta línea de pensamiento es la que sostiene el uso de ansiolíticos de rutina¹ en el tratamiento de enfermedades como el infarto agudo de miocardio.

Si bien el caso expuesto es escueto -y no poseo información adicional-, creo que cuenta con los elementos necesarios para ilustrar una observación hecha por Luis Chiozza²:

A primera vista, es posible que estemos de acuerdo con Carlos, y pensemos que de no haber llegado a tiempo, Elías

¹ Como se desprende de las investigaciones de L. Chiozza, son las emociones inconcientes las que "sostienen" al síntoma somático. En ese sentido juzgamos perjudicial la sedación de estos pacientes, ya que esto dificulta la concientización de dichas emociones.

² Me refiero a una comunicación personal hecha en ocasión de un Ateneo Clínico en 1990.

hubiera muerto de un paro cardíaco, secundario a un infarto agudo de miocardio, cortando el césped en el jardín de su casa. Pero tal vez, las cosas hubieran ocurrido de otro modo.

El afecto comprometido en las cardiopatías isquémicas, nos dice Chiozza, es la IGNOMINIA (1983); algo que no tiene nombre "*... en el sentido indignante e insoportable de algo que se halla más allá de cualquier nominación imaginable*" (1986).

Sin restarle importancia a la constitución del individuo, ciertas situaciones vitales a las que puede verse sometido, tienen el poder de engendrar en él determinados afectos específicos. Así como las situaciones que engendran temor, se diferencian de aquellas otras que engendran envidia, existirían situaciones específicamente ignominiosas. Chiozza sugiere que tal vez una internación de urgencia en una Unidad de Cuidados Intensivos, sin desmerecer sus ventajas terapéuticas, podría resultar ignominiosa.

A poco de reflexionar, vemos enseguida las significativas implicancias que tiene dicha observación. ¿Cuántos pacientes agravan su patología con la internación? ¿Podrían aislarse los elementos perjudiciales de la misma? ¿Podrían evitarse, por lo menos, algunos de ellos?

Se ha señalado ya repetidas veces el efecto perjudicial que internaciones de este tipo tienen sobre "*lo emocional*". Sin embargo hasta ahora no se ha podido dar cuenta de cómo este perjuicio influye en la evolución de la enfermedad. De demostrarse esta hipótesis, la internación en salas de unidad coronaria obraría de un modo específico en contra del fin para el que han sido creadas.

El caso que propongo para ilustrar esta hipótesis, tiene algunas particularidades por las cuales podría considerárselo poco representativo. Si bien la internación de Elías está mediada por Carlos, con quien Elías comparte una historia particular y previa, un lazo afectivo semejante con el médico internista - hecho éste poco frecuente- podrá influir, según

los casos, favoreciendo el sentimiento de ignominia o aliviándolo.

Creo, sin embargo, que el disponer de esa historia previa nos ayuda a comprender más claramente ciertas vicisitudes de la relación médico-paciente siempre presentes en internaciones de este tipo.

Al ingresar a un servicio de Guardia percibimos que las personas que allí trabajan comparten una cierta familiaridad. Médicos y enfermeros comparten, durante mucho tiempo, 24 horas semanales de estrecha convivencia en condiciones muy particulares. Apodosos y bromas son frecuentes.

El enfermo no es parte de esa familiaridad; se encuentra en circunstancias muy diferentes, *está enfermo*. Bruscamente debe separarse de su entorno, su familia... es despojado de su ropa, de su anillo, su reloj, sus anteojos y sus "dientes"; pierde su identidad, teniendo que asumir otra que no ha elegido; otra, en la cual no se siente diferenciado de los demás pacientes. Desnudo, es *tocado* por personas que no conocen su nombre... que no conocen su mundo... que no saben si él es alguien importante o *un Don Nadie*. Si bien se sabe ayudado, se siente humillado.

Repasemos ahora los cinco parámetros necesarios para que se configure una ignominia (Chiozza, 1986) a los fines de identificarlos en la situación descripta anteriormente:

1) Es algo inefable en el sentido indignante e insoportable de algo que se halla más allá de cualquier nominación imaginable.

2) Exige perentoriamente una solución, no es posible soportar su permanencia y evitar "tomarlo a pecho".

3) No se le encuentra solución, se presenta como un dilema insoluble.

4) Existe el sentimiento de una culpa que no puede ser claramente atribuida a uno mismo ni tampoco adjudicada a algún otro.

5) Implica siempre una situación pública desmoralizante (en el sentido de des-ánimo e in-moralidad), degradante.

Es poco probable que una internación de este tipo baste por sí sola para configurar una ignominia lo suficientemente insoportable como para generar, por ejemplo, un infarto; pero ¿qué ocurre si exponemos a estas vivencias a un hombre que ya ha emprendido el camino de la desestructuración patosomática (Chiozza, 1976) de una ignominia anterior, es decir, con una coronariopatía en evolución?³

Volvamos a Elías, y entremos en su piel; imaginemos cómo *siente* la internación un hombre que intenta desesperadamente escapar de un sentimiento que para él no merece ser vivido.

No podemos saber, a ciencia cierta, qué situación en la vida de Elías configuró la ignominia inicial; es muy probable que Carlos no sea el objeto más importante en la vida de Elías, pero, anudados a él, podemos suponer algunos matices en la ignominia que Elías no puede sentir.

Por un lado, siente un particular afecto hacia Carlos (¿el hijo varón que no tuvo?), desea ayudarlo y protegerlo. Le arregla la casa, le presta el auto que él trata de no usar para que esté siempre "como el día en que lo compró".

Sin embargo, Elías ya no se siente el de "antes", el que tenía chofer en la empresa; siente además que su ayuda es poco valiosa, y que Carlos, médico y novio de Anita (su preferida), puede ayudarlo a él, más y mejor. Sí, y hasta algunas veces se sintió mal, incómodo, algo humillado, cuando Anita lo reta porque usa el teléfono cuando Carlos espera los "domicilios".

"Pero esas son cosas que siento yo - se dice Elías tratando de no engranar- Carlos, en el fondo, es un buen muchacho, y se ve que la quiere bien".

³ Este efecto que podríamos denominar de sumación entre escenas traumáticas ha sido descrito repetidas veces. Véase, por ejemplo, "Estudios sobre la histeria" (Breuer y Freud, 1895, O.C. Tomo II Amorrortu Ed.).

Sin embargo en el Hospital la cosa cambia... Carlos está en su salsa, saluda a todos... Elías es "nadie"; o un enfermo, que es peor... Sí, lo presentó a todos como el Padre de la Novia, pero ni tiempo de vestirse le dieron, ... sin afeitar...

Y ese Beto no le gustó. Para ponerle los cables le sacó la camisa casi sin preguntarle. Pero claro, no era momento... ¡lo llevaron en silla de ruedas!, y Carlos saludando y presentando...

Elías mira alrededor mientras el papel sale del aparato. Lo que ve le resulta sencillamente insoportable, la luz, ese olor, y los otros enfermos... "¡Están desnudos!... Acá me van a dejar?, ... ¡desnudo!... Anita no me va a poder venir a ver... ¿qué dicen?... cuchichean para que yo no escuche... ¡qué se piensan! ... No seas tonto Elías, lo hacen por tu bien... están preocupados... ¿Será grave?... ¿Y si me tengo que quedar?... ¡Justo lo que me faltaba!,... No, en casa voy a estar mejor... pero Carlos no va a querer... ¿¡Qué hice yo para merecer esto!?... y encima... me voy a tener que internar!... .. .".

BIBLIOGRAFIA

CHIOZZA, Luis (1976)

"La Enfermedad de los Afectos", en *Cuerpo, Afecto y Lenguaje*, Ed. Paidós, 1976.

CHIOZZA, Luis (1983)

"Las Cardiopatías Isquémicas. Patobiografía de un Enfermo de Ignominia", en *Psicoanálisis: presente y futuro*, Ediciones CIMP, Buenos Aires, 1983.

CHIOZZA, Luis (1986)

Por qué enfermamos?, Editorial Alianza, Buenos Aires, 1986.