

## EL ESTADO AFECTIVO OCULTO. EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.



Dr. Luis A. Chiozza

### RESUMEN

En este artículo se examinan conceptos fundamentales del pensamiento médico. La exploración de los afectos relacionados con la enfermedad coronaria, y en particular con el infarto, parte de una concepción psicoanalítica: podemos ver distintas afecciones que describe la patología médica, como otras tantas transformaciones de una excitación, inconsciente e instintiva que, en condiciones “normales” hubiera debido descargarse según una “clave de inervación” típica constituyendo lo que denominamos afecto, emoción o sentimiento. A través de un relato de una historia de vida vinculada con un infarto, se reconstruye el afecto complejo ignominioso que la subyace. Comprender que la enfermedad del cuerpo es la vertiente física de un drama que transcurre en el alma, y conocer los lineamientos generales del drama particular que es propio de la cardiopatía isquémica, no sólo nos ayuda en la prevención del primer infarto o de los que se producen como recidivas de la enfermedad, también nos ayuda a obtener evoluciones mejores de los infartos “en curso”. REV ARGENT CARDIOL 2004;72:305-311.

**PALABRAS CLAVES:** Medicina Psicosomática – Infarto del miocardio - Factores psicológicos - Epistemología – Psicoanálisis.

### SUMMARY

This article exposes fundamental concepts of medical thought. The exploration of coronary disease related emotions, particularly with infarction, seen from a psychoanalytical viewpoint: lets us understand several diseases described by medical literature as mislead unconscious, instinctive emotions which under “normal” conditions should have been released according to a typical “innervation key”, constituting what we call affection, emotion or feeling. An infarction-related life history rebuilds the complex and disgraceful underlying affliction. The understanding that the somatic disease is just the physical dimension of a drama happening in the soul and the knowledge of the general features of the particular drama that concerns ischemic cardiopathy will not only help us at the prevention of the first or relapsing infarction but will also allow us to obtain a better development of our patient’s “current” infarction.

**Key words:** Psychosomatic medicine - Myocardial infarction, Psychological factors - Epistemology – Psychoanalysis.

### EL PROBLEMA DEL CASO SINGULAR

Hemos aprendido, durante los años primeros de nuestra formación médica, que no existen enfermedades sino enfermos. Sin embargo, lo que un enfermo nos enseña puede ayudarnos a comprender a otro precisamente en la medida en que presentan alteraciones parecidas, es decir, en la medida en que somos capaces de identificar enfermedades “típicas”.

El poder tecnológico de nuestra época, surgido de una física “nueva” que ha producido herramientas como, por ejemplo, el rayo láser, ha permitido logros de la medicina que nos enorgullecen legítimamente, precisamente porque identificar enfermedades y comprender los mecanismos de las alteraciones “locales” nos permite intervenir muchas veces con una eficacia que produce satisfacción y asombro. A pesar de todo, nos encontramos con enfermos que evolucionan mal y que escapan a nuestra posibilidad de ayudarlos con las técnicas que dominamos.

Estamos en los comienzos del tercer milenio y sucede ahora que desde el mismo territorio de la tecnología y desde las teorías físicas que lo sustentan se reivindica otra vez, con nuevos fundamentos, el principio de que la práctica médica nos ayuda a distinguir enfermedades pero tenemos, en ella, que lidiar con enfermos.

Tanto las teorías acerca de lo que se ha dado en llamar “complejidad” y acerca de las relaciones entre el caos y el orden, como las representaciones matemáticas que dieron lugar a los fractales y a la teoría de las catástrofes, demuestran de manera inexorable que la comprensión de los mecanismos lineales que vinculan la causa y el efecto sólo nos permite “controlar” un sector restringido de la realidad que nos circunda.

En ese sector sabemos que si hacemos “a” ocurre, en una gran mayoría de las veces, precisamente “b”, porque el factor que denominamos “causa” predomina ampliamente sobre las variables plurales que, debido a su escasa influencia, “perturban” muy poco el efecto.

Hay, sin embargo, sectores “no lineales” (como el de los fenómenos meteorológicos) en los cuales múltiples y mal conocidas variables comparten en magnitudes similares su influencia en un evento determinado. Ocurre entonces que la consecuencia de “a” puede “bifurcarse” en distintas posibilidades igualmente imprevisibles.

Las investigaciones actuales de las matemáticas aplicadas a los desarrollos de las más diversas disciplinas, desde la física hasta la economía o la política, otorgan un fundamento científico al viejo postulado que proviene de la experiencia médica: la imprescindible abstracción que, a partir de la clínica, construye como ciencias a la patología y a la terapéutica, constituye una simplificación inevitable que a veces “sirve” y otras veces “no alcanza”.

Nadie ignora que un corazón enfermo pertenece a un hombre y que ese hombre integra una familia y una sociedad. Sin embargo, la mayoría de las veces el médico clínico se comporta, por necesidad, como el cirujano que aísla el campo quirúrgico sobre el cual trabaja y “trata” “una enfermedad”, o un mecanismo fisiopatológico “aislado”, logrando mejorar con razonable eficacia la condición del enfermo. Otras veces la complejidad de la vida no puede ser soslayada y se presenta inexorablemente en nuestro campo de trabajo derrotando nuestros mejores esfuerzos terapéuticos. En esas circunstancias, en las cuales el enfermo no “responde” adecuadamente al tratamiento o, peor aun, a veces ni siquiera acepta realizarlo, la metáfora del cirujano nos ayuda a comprender que conviene “ampliar el campo” e ingresar en la consideración de otros factores.

Los enormes progresos en las neurociencias, tanto en la comprensión de la compleja estructura del *hardware* y el *software* de los procesos cognitivos, como en la inteligencia del mundo emocional que configura los significados y los valores de la vida, refuerzan la idea de una pluricausalidad en la determinación de las alteraciones orgánicas. Al mismo tiempo, esos progresos nos enfrentan con un campo que, por su complejidad, se aleja de las posibilidades de la práctica médica cotidiana, centrada en el intento de “revertir” los mecanismos concebidos en los términos de una etiología y una patogenia.

Expresiones como “se me parte el corazón”, que existen y perduran en distintos idiomas, señalan que el lenguaje habitual reconoce la vinculación existente entre determinados afectos y las alteraciones cardíacas, pero, como lo señala Tajer, no podemos conformarnos con esto. Necesitamos convertir el conocimiento popular inconsciente en un saber de la ciencia.

A pesar de que Freud señaló desde el comienzo mismo de su obra la fundamental importancia de los afectos para la comprensión de la vida psíquica, ocurrió, dentro del psicoanálisis, lo que más tarde ocurriría con la psicología cognitiva y con el desarrollo entero de las que hoy llamamos neurociencias: el interés de la teoría se dirigió en primer lugar hacia las representaciones, las ideas, la memoria y los procesos del pensamiento, y sólo paulatinamente se fue constituyendo un esquema teórico que reconoce al mundo

afectivo la importancia preponderante que posee.

Basta, para comprender esa importancia, una sola frase de Freud (que él, a su vez, toma de Stricker): "... cuando soñamos con ladrones y tenemos miedo, los ladrones podrán ser imaginarios, pero el miedo es real". "Real" significa aquí que el miedo conmueve a nuestro cuerpo, mientras que los ladrones, o cualquier otra idea que los sustituya (en el sueño o en nuestros pensamientos diurnos), sólo adquieren importancia en la medida en que son capaces de convocar al afecto. Cae por su propio peso, entonces, otra esencial afirmación freudiana: el motivo por el cual reprimimos, el motivo por el cual preferimos "olvidar", es precisamente evitar el desarrollo de un afecto penoso.

## **LOS AFECTOS EN LA TEORÍA PSICOANALÍTICA**

El psicoanálisis postula que todo afecto puede ser reconocido en su distinta cualidad precisamente porque posee una particular "figura". Cada emoción distinta es un "movimiento" vegetativo que proviene de una excitación nerviosa que se realiza de una manera típica. Esta manera típica está determinada filogenéticamente por una huella mnémica inconsciente, por un "registro" habitual, que Freud denomina "clave de inervación".

La neurosis surge como consecuencia de una defensa frente a un afecto, dirigido hacia una persona o situación determinada, que hubiera sido penoso experimentar conscientemente; de modo que se prefiere desplazarlo o transferirlo sobre la representación de otra persona o de otra escena. Así, Juanito, el niño cuya fobia Freud psicoanaliza, prefiere temer y odiar a los caballos antes que a su amado papá.

En la psicosis el "mecanismo" es otro. Una madre que enloquece ante la muerte de su hija y acuna un pedazo de madera como si fuera su bebé altera su percepción de la realidad para poder continuar experimentando un afecto de ternura en lugar de una insoportable tristeza.

En ambos modos del enfermar (neurótico y psicótico) ocurre que los afectos implicados se descargan desde una clave de inervación que mantiene su coherencia original. Recordemos que las distintas claves de inervación son "ideas" inconscientes que determinan la particular cualidad de cada una de las distintas descargas motoras y secretoras vegetativas que caracterizan a los distintos afectos. De modo que cuando un afecto se descarga a partir de la integridad de su clave es posible reconocerlo como una emoción determinada.

## **LOS AFECTOS EN LA ENFERMEDAD "SOMÁTICA"**

El desplazamiento (defensivo) de la importancia también puede realizarse "dentro" de la misma clave de inervación de los afectos, de modo que algunos elementos de esta clave reciban una carga más intensa, en detrimento de otros. Así sucede, por ejemplo, cuando la investidura que hubiera debido descargarse según la clave de inervación que constituye el miedo (formada en lo más evidente por aceleración del peristaltismo intestinal, palidez, midriasis, sudoración, taquicardia y piloerección) se descarga únicamente como taquicardia.

Cuando el proceso se descarga a partir de una clave "deformada", la conciencia ya no percibe una emoción, percibe una alteración del cuerpo, precisamente porque la cualidad psíquica, el significado afectivo de ese fenómeno, permanece inconsciente. Por este motivo preferimos llamar "patosomático" a este modo de enfermar que se diferencia, dentro de una gnosiología psicoanalítica, de lo que ocurre en las neurosis y en las psicosis.

La investigación psicoanalítica de los trastornos que afectan a la estructura y a las funciones del cuerpo nos ha llevado, entonces, a dos conclusiones importantes. La primera consiste en que podemos ver a distintas afecciones que describe la patología médica (una discinesia biliar, por ejemplo) como otras tantas transformaciones de una excitación, inconsciente e instintiva, que en condiciones "normales" hubiera debido descargarse según una "clave de inervación" típica constituyendo lo que denominamos afecto, emoción o sentimiento.

Hemos dicho ya que la imposibilidad de tolerar, en la conciencia, determinados afectos, es lo que conduce algunas veces a la "deformación" de la clave de inervación que rige su descarga, de modo que la parte consciente de ese proceso deja de ser reconocida como una emoción para constituir el signo, o el síntoma, que corresponde a un trastorno.

La clínica psicoanalítica coincide con la clínica médica en que (más allá de las vicisitudes que hacen de cada paciente un “caso” único y particular) hay estados y evoluciones que son lo suficientemente típicos y universales como para constituir los conocimientos que guían la práctica.

Llegamos así a la segunda conclusión que, como la primera, surge de una comprobación repetida. La investigación psicoanalítica descubre que trastornos corporales distintos ocultan historias, dramas biográficos y fantasías inconscientes, que también son distintos y que son propios, o específicos, de cada uno de los trastornos corporales particulares que la investigación explora. En otras palabras: la historia íntima que constituye el drama “oculto” en el enfermo de una cardiopatía isquémica es una historia típica, siempre presente, y es diferente del drama, igualmente típico, oculto en el paciente que sufre, por ejemplo, una enfermedad autoinmune.

También cabe decir que, así como es posible identificar rasgos del carácter que son hepáticos o diabéticos, es posible reconocer un carácter “cardíaco” que es propio del enfermo coronario. Si tenemos en cuenta que la existencia de tales rasgos de carácter constituye una condición necesaria (aunque no suficiente) para el desarrollo de una cardiopatía isquémica, debemos ver en esa predisposición caracterológica un “riesgo” de importancia fundamental.

## **EL ESTUDIO PSICOANALÍTICO DE LAS CARDIOPATÍAS ISQUÉMICAS**

Hace ya más de treinta años que surgió, en nuestros grupos de investigación, el interés por las enfermedades cardíacas, pero recién en 1982 pudimos reunir en un trabajo, publicado el año siguiente, (1) conclusiones acerca de las cardiopatías isquémicas que nos parecen firmemente establecidas, ya que las observaciones que desde entonces continuamos realizando convalidan los puntos esenciales de lo que allí sosteníamos.

Comencemos por decir que la emoción, como descarga motora vegetativa, es un proceso en el cual el elemento vasomotor tiene una participación tan preponderante que, de acuerdo con las leyes que rigen a los procesos de representación inconsciente, este elemento vasomotor puede y suele arrogarse la representación de la emoción completa. De hecho, el rubor, en general, representa a la excitación, y la palidez, en cambio, representa a la inhibición.

Debemos subrayar ahora que cuando un órgano, una parte del cuerpo, una sensación “somática”, o un fenómeno corporal representa a un determinado afecto, no sólo lo representa en la literatura, en el lenguaje popular o en la conciencia del que “siente” el afecto, sino que lo representa precisamente en esas circunstancias y expresiones verbales porque corresponde a cambios corporales que ocurren efectivamente cuando se experimenta ese afecto.

El corazón, por su origen, es un vaso modificado que se ha desarrollado hasta el punto de llegar a ser el vaso más complejo. Por este motivo el corazón es el órgano más adecuado para arrogarse la representación de las emociones en general, emociones cuya representación particular pueden adjudicarse otros órganos. La envidia, por ejemplo, suele quedar representada en las alteraciones biliares.

El ritmo cardíaco se presta especialmente para otorgar un “tono” afectivo, un particular acento, una importancia, a cada instante que se vive. En otras palabras: el “tono” del afecto que se está viviendo se asocia con la percepción inconsciente de un particular ritmo o “marcapaso” cardíaco. El corazón, por lo tanto, se arroga la representación general de los afectos, pero, sobre todo, la representación del tiempo primordial, que es el tiempo del instante cualitativamente teñido por un tono afectivo que le otorga importancia.

Si el corazón (debido a su importante participación en la conmoción vegetativa que llamamos emoción) se arroga la representación general de los sentimientos, puede por la misma razón también representar, en general, aquellos estados afectivos inefables que caracterizamos como protoafectos o como desconcierto afectivo.

Debemos exponer ahora, en breves palabras, a qué nos referimos con los términos “protoafecto” y “desconcierto afectivo”. Cabe hacer una primera distinción entre aquellos afectos inefables que la conciencia no puede nominar y los sentimientos, hasta cierto punto tipificados, a los cuales se hace referencia mediante la palabra. Puede establecerse luego una segunda distinción, en los afectos inefables, entre aquellos que, aun sin poder ser nominados, pueden ser fácilmente reconocibles por el hecho de haber sido experimentados

repetidas veces, y los que no cumplen esa condición. Estos últimos constituyen un estado afectivo que no se configura como un afecto conocido por el sujeto, ya sea porque nunca lo había experimentado anteriormente, o porque distintas claves de inervación coparticipan en la descarga. Dicho en otras palabras: aparecen en la conciencia como lo que llamamos un presentimiento, que es en realidad un protoafecto, o conformando un des-concierto afectivo. En ambos casos y en condiciones normales este estado afectivo tiende a configurar un sentimiento que es nuevo para esa persona, aunque se realice a partir de una clave de inervación inconsciente que forma parte de una disposición heredada.

Cuando decimos que el corazón “recuerda” o presiente, es porque le adjudicamos la representación de un protoafecto. Dado que los protoafectos en condiciones normales tienden a desarrollarse como sentimientos que son nuevos para la persona que experimenta ese proceso, podemos decir también que el corazón puede representar esa particular integración por la cual “nacen” los distintos afectos.

La cardiopatía isquémica representa el proceso por el cual el corazón, simbólicamente, se “estrangula a sí mismo” en el intento de evitar el nacimiento de un afecto nuevo que, de llegar a configurarse, conformaría una ignominia (algo que, de acuerdo con una expresión habitual, “no tiene nombre”). Recordemos que así como el rubor, en general, representa a la excitación y a la emoción, la palidez (anemia o isquemia) representa su inhibición.

La fantasía inconsciente que en esta situación opera puede comprenderse teleológicamente como la meta de un algoritmo (un programa) fisiopatológico que funciona de acuerdo con un malentendido a partir del cual se procura, “autotómicamente”, evitar un sentimiento alterando o destruyendo el funcionamiento del órgano que lo representa mejor. Tajer menciona un algoritmo patógeno similar cuando se refiere a que, ante el déficit circulatorio originado en una insuficiencia cardíaca, los mecanismos de adaptación funcionan, como producto de una interpretación “errónea”, como si se tratara de una verdadera hipovolemia.

Cabe suponer que la imposibilidad de descarga mediante una pauta afectiva ya configurada y predispuesta, imposibilidad cuya representación se adjudica la angina de pecho, deja una excitación remanente cuya representación patosomática podría constituir en algunos casos una arritmia cardíaca funcional o anatómica.

La configuración del afecto que denominamos ignominia (del cual la cardiopatía isquémica es su equivalente “somático”) se establece, cuando ese afecto llega como tal a la conciencia, con cinco parámetros: 1. Es inefable, pero no en el sentido de una poética puesta de sol, por ejemplo, que no puede describirse en palabras pero es agradable, sino en el sentido de algo insoportable e incalificable que se halla más allá de cualquier nominación imaginable. 2. Exige perentoria-mente 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 o como una obra de amor imposible. 4. Existe el sentimiento de una culpa que no puede ser claramente atribuida a uno mismo ni tampoco claramente adjudicada a otra persona. 5. Implica siempre una situación pública desmoralizante (en el sentido de desánimo e inmoralidad), degradante; es lo contrario de la colocación de grados, que también es una ceremonia pública, o de la condecoración (que se coloca sobre el pecho, en la región precordial).

Cuando la insoportable ignominia no puede ni debe vivirse, permanece como una disposición afectiva que deriva su descarga sobre una clave de inervación “deformada”, configurando la isquemia miocárdica. Se trata del presentimiento de un protoafecto que no llega a descargarse como ignominia, dado que lo hace a través de un derivado que tiene “la particular figura” patosomática de la cardiopatía isquémica.

## **EL DOLOR, LA ANGUSTIA Y LA ISQUÉMIA MIOCÁRDICA**

Freud incluye el dolor y la angustia en la teoría de los afectos y sostiene que la angustia es un afecto que “contiene” la historia del trauma de nacimiento, caracterizado, en lo esencial, por la opresión en la “angostura” del canal del parto y la anoxia. Fleming (2) afirma que los procesos que engendran la angina de pecho y los que engendran la angustia son los mismos. Ambos términos coinciden en su alusión a la opresión y a la anoxia, dado que “angustia” deriva por su etimología de “angosto”, y “angina”, en su origen latino, deriva de *angere*, que significa estrechar y ahogar.

Es posible pensar entonces que una angina “leve”, que de acuerdo con nuestras investigaciones debe necesariamente formar una parte esencial de la clave de inervación del afecto que llamamos “ignominia”, también forma una parte esencial de la clave de inervación de la angustia que, de este modo, puede interpretarse como un precursor de la ignominia.

En la cardiopatía isquémica cabe distinguir tres aspectos que deben corresponder a distintos matices del significado inconsciente:

En primer lugar el dolor, que aparece vinculado de una manera más clara y directa con la llamada angina de esfuerzo. Funciona como una señal cuyo significado primario consiste en la necesidad de protegerse frente al esfuerzo que impone una tarea que, en lugar de simbolizar una respuesta “valiente” a una ofensa subyacente, simboliza el “coraje” temerario que excede las posibilidades de reaccionar sin perjudicarse. Encontramos aquí una analogía con lo que Selye denomina “una reacción catatóxica excesiva y perjudicial” en su teoría acerca del síndrome general de adaptación en respuesta al estrés. La claudicación de este esfuerzo puede quedar representada por la insuficiencia cardíaca.

En segundo lugar la angustia, que en los accesos anginosos no suele funcionar como una angustia “señal” sino bajo la forma de una descarga similar a la de la angustia que se suele llamar “catastrófica” y es rememoración inconsciente del trauma de nacimiento. Esta angustia, que queda relacionada con el componente de vasoconstricción coronaria, aporta al cuadro de cardiopatía isquémica su propio significado de estrangulamiento y agonía.

En tercer lugar la isquemia miocárdica. Es el fenómeno fundamental y específico que “subyace” a los síntomas que experimenta el paciente y que constituyen a los dos primeros aspectos. Aporta el significado esencial, constituido por la coartación de un protoafecto pre-sentido que no puede “nacer” hacia la configuración completa de una ignominia consciente.

### **LA INTIMIDAD DE UN ENFERMO (3)**

El hombre de mediana edad, de aspecto desaliñado y fatigado, que detiene su automóvil en doble fila frente a un hotel “de mala muerte”, contrasta notablemente con el clima bullicioso y superficialmente divertido que ofrece Villa Carlos Paz durante el mes de enero. No encuentra alojamiento desde hace, ya, dos horas. Un número inusitado de turistas ocupa todos los lugares. Acepta, para dormir, la cuarta cama de una habitación compartida con otros tres viajeros. Debe subirse él mismo las valijas hasta el tercer piso y, para colmo, ni siquiera existe un ascensor. Allí sufre el ataque; “una tremenda puntada en el pecho”, y piensa: “hay que ocuparse de estacionar el automóvil”. Es un infarto agudo de miocardio.

Había dejado a Beatriz por su mujer, había roto con ella suponiendo que era lo correcto. Quería (¿o debía?) consagrarse a su familia, pero de pronto se encontró nuevamente solo, agotado, desgastado, sintiendo que todos sus esfuerzos habían perdido progresivamente su sentido. Ya no tenía para qué ni para quién seguir luchando.

Cuando, a los 22 años, se enamoró de Lina, vio en ella a la mujer buena y cariñosa que podría mitigar esa soledad de niño pupilo que llevaba dentro del alma. Pero los desencuentros en la convivencia y en la sexualidad, sobre todo en la sexualidad, comenzaron con el casamiento mismo.

Lina se ocupaba permanentemente de los hijos, mientras que él, Guillermo, se esforzaba por afianzar la economía. Había forjado su vida bajo el lema del “deber ser”, y dedicó su esfuerzo a construirla siguiendo “un camino recto de honestidad y nobleza”. De este modo le era posible “pasar por encima” de los celos, las desilusiones, las ofensas y el resentimiento que, lentamente, lo iban invadiendo.

Beatriz no fue un encuentro ocasional. El vínculo de camaradería que mantenían posibilitó el comienzo de una relación afectiva que fue creciendo en importancia. Cuando el padre de ella murió, y Guillermo se acercó para confortarla, se convirtieron en amantes. “Beatriz es la clase de mujer que los hombres sueñan con tener”. Se comprenden, se aman. Guillermo descubre que la sexualidad con ella colma su vida con una nueva fuerza.

Pero es inútil; no puede, por más que lo desee, enfrentar los conflictos que el progreso de su amor le suscita. Han pasado tres años y todavía no se anima a desarmar a su familia. Beatriz nada le exige, pero Guillermo piensa que no es noble quitarle la oportunidad de organizar su propio hogar. Un día se decide y se

despide de ella. Nunca más la verá. En ese entonces todavía no sabía... que nunca, jamás, logrará olvidarla.

Con el tiempo... ocurrieron otras cosas. Se fue sintiendo, cada vez más, un extraño en su familia. Sus hijos abrazaron ideales distintos de los suyos, sus socios respondieron mal a su confianza. Y luego... el viaje con Lina... un intento de “luna de miel” del cual ambos regresaron peor aún.

Algo muy doloroso, casi intolerable, adquirió la fuerza de un presentimiento... tal vez se ha equivocado. Tal vez ha elegido un sacrificio que le valió de nada. Pero, “¿quién tenía la culpa?”... ¿el carácter de Lina?... ¿la docilidad de Beatriz?... ¿o su propia indeterminación?.

Se siente desmoralizado. Debe encontrar, ineludiblemente, una solución para un conflicto acerca del cual siente que no existe solución alguna. Le parece imposible enfrentar ese fracaso. Recomponer su vida se le antoja un esfuerzo para el cual no se siente capaz.

Pocos días después del viaje con Lina parte, a la madrugada, desde una ciudad del interior. Viaja muchas horas... ya es de noche, y le faltan, todavía, doscientos kilómetros. Come un sándwich en el auto y decide seguir...

Su próximo destino es Carlos Paz. Ignora (¿o ya sabe?) que lo espera un degradante hotel “de mala muerte”, la humillación de una escalera dura, y una ignominia que su conciencia no logrará admitir.

## **LA HISTORIA QUE EL INFARTO DE GUILLERMO OCULTA**

Podemos comprender el significado del infarto de Guillermo contemplándolo como el desenlace de una historia cuyos elementos, dispersos en distintas épocas de su vida, confluyen en una trama inconsciente hacia un punto nodal.

Mientras Guillermo forjaba su vida bajo el signo del deber y asumía la nobleza como un valor rector y respetable, sentía que se convertía en acreedor de una deuda que algún día podría exigir. El “crédito” acumulado sostenía el sentimiento de que merecía ser tratado con la “debida” consideración.

La entrega de Guillermo a la devoción del deber fue creciendo en la medida en que la postergación de las satisfacciones colmaba su ánimo de anhelos incumplidos. Aquello que en un principio correspondía a la fantasía inconsciente de aumentar su capital de méritos para una dicha futura, se convirtió, paulatinamente, en una técnica mágica, cada vez más desesperada, para forzar al destino a cumplir con su deuda.

Luego de su renuncia al amor con Beatriz, cuando le ocurre que sus socios traicionan su confianza, sus hijos abrazan ideales distintos de los suyos y el intento de “luna de miel” con Lina fracasa, comienza a presentir que su futuro no cumplirá “como es debido”. Es algo más que una injusticia, es casi una estafa del destino experimentada como traición y engaño. A veces llega hasta el extremo de sentirlo como una burla cruel.

¿Pero por qué una burla? Nos burlamos de quienes creen ser más de lo que son, o merecer más de lo que obtienen. Guillermo sospecha que no es inocente en la pretendida injusticia del destino. Piensa que tal vez se ha equivocado, porque intuye que la verdadera nobleza no consiste en un crédito exigible. Pre-siente (“se palpita”) que no dispone de un “capital ahorrado”. Si el acto noble encuentra el premio en sí mismo, sin una deuda que perdure, la satisfacción que se posterga es una definitiva privación, ya que el futuro no depara jamás satisfacciones “dobles”. Es imposible dormir dos veces, hoy, por el insomnio de ayer. Sólo puede satisfacerse el apetito actual.

Sin embargo, pre-sentir no es lo mismo que sentir. Si lo que se presiente es doloroso, sentirlo puede a veces llegar a ser insoportable. Si Guillermo hubiera podido creer completamente en la injusticia habría luchado o se habría resignado sin “tomárselo a pecho”. Si, en cambio, se hubiera sentido completamente responsable habría procurado reparar el daño cambiando su rumbo. Vivía, por el contrario, atrapado en ese dilema insoluble, y además en la doble desmoralización de haber perdido el ánimo y la “ética” que hasta entonces gobernaba su vida. Debía, por lo tanto, evitar sentir lo que “no tiene nombre”. Esta “ignominia” se completa cuando la humillación, indecorosa y “pública”, de un hotel “de mala muerte”, añade la gota de agua que colma la copa y desencadena, como factor eficaz y específico, el infarto. La estenosis coronaria, al mismo tiempo que simboliza el estrangulamiento de un afecto pre-sentido como ignominia que no debe

“nacer” en la conciencia, dramatiza la ofensa “tomándose a pecho” la injuria, que “se le clava” como si fuera un puñal o una espina, porque no puede distinguir entre la responsabilidad y los sentimientos de culpa.

Guillermo se lastima en un esfuerzo “corajudo y temerario”, en el colmo de la lástima que siente hacia sí mismo, y “se le parte el corazón” que al palpar pre-siente.

## ¿QUÉ PODEMOS EXTRAER DE ESTA HISTORIA?

La historia de Guillermo nos recuerda una vez más el antiguo precepto de que es necesario escuchar al enfermo, pero es también necesario reconocer que las historias que ocultan las enfermedades graves configuran dramas reprimidos cuya significación afectiva el enfermo ignora o minimiza, de manera que, por más que lo escuchemos, habrá cosas importantes que no podrá, o no sabrá, decirnos. El escuchar no siempre es suficiente para aliviar a un enfermo que ha reprimido una parte importante de su drama. Muchas veces es necesario “intervenir” a los fines de conducir a la superficie el “nudo” constituido por los afectos ocultos. Agreguemos, además, que los dramas que se esconden en las enfermedades graves no suelen ser de solución sencilla. Sin duda sucede con la psicoterapia lo mismo que con la cirugía, ya que hay intervenciones quirúrgicas menores que el médico puede realizar en su consultorio, pero hay otras que requieren el *setting* de un quirófano y al especialista.

La intimidad del infarto de Guillermo, más allá de las vicisitudes singulares que la constituyen como un caso “único”, revela el drama típico oculto que es común a todos los enfermos de cardiopatía isquémica. Pero la historia constituida por los “episodios biográficos” que describimos en unas pocas frases, no fue el producto “simple” de un relato espontáneo. Fue, por el contrario, el resultado de una pesquisa idónea sustanciada mediante muchas horas de un diálogo orientado hacia la búsqueda de los acontecimientos que hubieran configurado una ignominia consciente si Guillermo no los hubiera sometido a la “sustracción de importancia” que llamamos “represión”, “forzando” la descarga sustituta que es la “respuesta” patosomática específica frente a la imposibilidad de tolerar conscientemente la ignominia.

Precisamente el hecho de que cada enfermo de cardiopatía isquémica “construya” con acontecimientos distintos el significado oculto que es típico y específico de esa enfermedad, el hecho de que cada “patobiografía” de una angina de pecho o de un infarto es un caso de ignominia “único” particular y diferente, es lo que transforma a la pesquisa en una labor que requiere más idoneidad, esfuerzo y tiempo del que ha primera vista se sospecha. Se trata, sin embargo, de una tarea que merece ser emprendida, porque promete devolver con creces el esfuerzo que su ejecución requiere.

Comprender que la enfermedad del cuerpo es la vertiente física de un drama que transcurre en el alma, y conocer los lineamientos generales del drama particular que es propio de la cardiopatía isquémica, no sólo nos ayuda en la prevención del primer infarto o de los que se producen como recidivas de la enfermedad, también nos ayuda a obtener evoluciones mejores de los infartos “en curso”. Comprender es una de las formas de experimentar simpatía, y no cabe duda de que el médico que comprende y simpatiza (aunque no pronuncie una sola palabra acerca de lo que comprende) está en mejores condiciones para proteger a su paciente en las situaciones que, tal como sucede algunas veces, por ejemplo, durante la internación en terapia intensiva, suelen intensificar la ignominia inconsciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chiozza L, Aizenberg S, Califano C, Fonzi A, Grus R, Obstfeld E, Sainz J, Scapusio J. (1983b [1982]) Las cardiopatías isquémicas. Patobiografía de un enfermo de ignominia. En: Chiozza L. Enfermedades y afectos. Buenos Aires: Ed. Alianza; 2001. p. 19-48.
2. Citado en Schwarz Oswald (1932). Psicogénesis y psicoterapia de los síntomas corporales. Barcelona: Ed. Labor; 1932.
3. El texto de este apartado pertenece al trabajo “Un infarto en lugar de una ignominia”, publicado en Chiozza L. (1986a). ¿Por qué enfermamos? Buenos Aires: Ed. Alianza; 1993.



## EN EL TEMPLO DE DIOS, EL SUEÑO ES LA MEJOR TERAPIA

Hacia el 400 a. C., en la isla griega de Cos surge uno de los centros más famosos del culto a Asclepio que, a partir del siglo VI-V a. C., se extiende desde Epidauro a toda Grecia y posteriormente, por el Imperio Romano. Los enfermos visitan el santuario de Asclepio, que tarda varias generaciones en construirse, suelen venir de muy lejos. Los peregrinos tienen la esperanza de que el dios médico los cure mientras duermen, dándoles consejos. Una enorme escalinata lleva al visitante a la terraza más baja; en ella se abren numerosos pozos en los que se practican abluciones rituales. Otra escalinata conduce a la terraza central, en la que los peregrinos ofrecen servicios al dios. En ella también se halla el tesoro o tesoro del templo. Cada persona que obtiene la ayuda del dios debe hacer una donación, es decir, pagar los honorarios. La tercera escalinata conduce a la terraza más alta, rodeada por tres de sus lados con salones. En este abaton se lleva a cabo el llamado sueño terapéutico, la “incubación”. Los sacerdotes acompañan a los enfermos a las salas donde se hallan dispuestas las camas y en las que se producen las curaciones mientras duermen. El único documento en donde se conservan las actividades nocturnas es un fragmento de una comedia del poeta Aristófanes. En ella un esclavo inculto relata los hechos. Al anochecer, los enfermos se acuestan en las camas de reposo (gr: *cline*, de donde procede el término clínico), situadas en los cuartos destinados al sueño terapéutico. Los siervos del templo (gr: *therapeutes*) apagan la luz y piden silencio. Después aparece el dios escoltado por sus dos hijas y un esclavo; va de cama en cama para examinar a los enfermos y mezcla ungüentos y jarabes.

[http:// www.sac.org.ar/web\\_files/download/revista\\_articulos/files/72-4-23-pdf](http://www.sac.org.ar/web_files/download/revista_articulos/files/72-4-23-pdf)

Publicado en: REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA / VOL 72 N° 4 / JULIO-AGOSTO 2004

*Volver a Artículos Clínicos*  
*Volver a Newsletter ALSF 19-ex-45*