

Esperanza Hidalgo Urrea\*

# INTERVENCIÓN CLÍNICA Y SALUD PSICOLÓGICA

Fecha de recepción: 18 de marzo de 2004

Fecha de aceptación: 17 de agosto de 2004

## RESUMEN

El abordaje de la salud es un asunto que no sólo debe integrar a varios profesionales de diferentes disciplinas, sino que además debe centrarse en un objeto único: un hombre que sufre, inscrito en una cultura y atravesado por una historia subjetiva que determina la forma como se relaciona con su salud y enfermedad. De esta forma se plantea la necesidad de construir espacios donde se anude el discurso médico y el discurso «psi», para atender aquellos impases que se generan en el acto médico al asistir solo al organismo y se apuesta por hacer responsable al sujeto de su propia demanda por medio de la palabra.

## ABSTRACT

The approach of health matters is something that not only needs to integrate professionals of different fields of expertise, but also it should focus in a unique objective: a human that suffers, inscribed in a cultural context,

and determined by a subjective history, which defines the way he relates health and illness. In that way its planted the need to build different places where the medical speech and the psy speech get together to attend those obstacles that generate the medical practice when only the organism is assisted and hopes to make the subject responsible of his own demand, through words.

## PALABRAS CLAVE

Psicología, clínica, salud

Para abordar este tema me parece necesario pensar la relación entre la psicología – entendida como ciencia general del comportamiento- y la salud, lo que evidentemente me obliga a reflexionar en torno a las diferentes definiciones que sustentan dicha relación. Me acercaré de manera sucinta a estas definiciones solamente para situarlas y así establecer relaciones conceptuales y prácticas.

Diría que la psicología y la medicina han vivido un recorrido paralelo a lo largo de la historia, circunscrito, por supuesto, a cada época del mundo con las características que

\* Docente Facultad de Psicología, Coordinadora Especialización Psicología Clínica, Énfasis: Salud Mental. Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

particularizan a cada una y que determinan, en gran medida, su práctica y el modo de intervenir en los sujetos que se inscriben en esa civilización.

Psicología significa etimológicamente «ciencia del alma». Pero el alma -Psyché- en un principio es considerada como un ser natural, posición que es correlativa de una primera definición de la psicología.

### I. "LA PSICOLOGÍA COMO CIENCIA NATURAL" (Canguilhem, 1998)

Aquí los estudios referidos al alma se encuentran repartidos entre la metafísica, la lógica y la física. Aristóteles trata el alma como un asunto de la física y el objeto de la física es el cuerpo natural y organizado que tiene la vida en potencia, pues la física trata el alma como forma del cuerpo viviente y no como sustancia separada de la materia.

Así, un estudio de los órganos del conocimiento -es decir, de los sentidos exteriores (cinco sentidos usuales) y de los sentidos interiores (sentido común, fantasía, memoria)- no difiere en nada del estudio de los órganos de la respiración o de la digestión. El alma es un objeto natural de estudio, la ciencia del alma es una provincia de la fisiología.

Es a esta concepción antigua a la que se remonta, sin ruptura, dos aspectos de la psicología moderna: la psico-neurología y la psico-patología.

Este periodo atraviesa el siglo II y va hasta el siglo XVII con el ocaso de la física aristotélica que marca el fin de la psicología como para-física, como ciencia de un objeto natural y nace un segundo gran momento.

### II. "LA PSICOLOGÍA COMO CIENCIA DE LA SUBJETIVIDAD" (Canguilhem, 1998)

Es el advenimiento de la psicología moderna como ciencia del sujeto pensante y la importancia de todas las físicas mecanicistas

del siglo XVII. Aparece el sujeto de la experiencia como instrumento de la verdad y medida de la realidad.

La psicología, entonces, será *ciencia del sentido externo*, y a partir de la nueva física, la del cálculo ya no la del alma, buscará determinar constantes cuantitativas de la sensación y de las relaciones entre esas constantes. Así comienza una psicología entendida como física matemática del sentido externo hasta llegar a Fechner, Helmholtz y Herbart con sus aportes metafísicos del alma como representación, (*Vorstellung*), la circulación de la energía entre los sistemas.

Esta es la psicología que recibe Wundt y que amplía hasta las dimensiones de una psicología experimental con la esperanza de hacer aparecer en la leyes de los hechos de conciencia un determinismo analítico de tipo científico; posición teórica que continúa Watson en el siglo XIX con su tan importante revolución Behaviorista.

En esta época positivista- científicista, aparecen los psicólogos de la forma la *gestalt*, que se oponen a la física analítica. También aparece Freud, muy tímidamente, por allá inmerso y oculto pero muy activo en su laboratorio de histología, estudiando la célula nerviosa, en un ambiente impregnado de positivistas, método que él sigue juiciosamente y que le permite posteriormente estructurar sus respuestas acerca del aparato psíquico en términos del modelo tópico y todo el edificio conceptual que sostiene su teoría y que consigna en su *Metapsicología*.

Este periodo continúa, *pasando a la psicología como ciencia del sentido interno*, como ciencia del yo, el interior cartesiano, el yo pienso, allí donde Descartes ubica ese punto de diferencia fundamental entre la meditación cartesiana, donde el conocimiento del alma no es directo sino solo por reflexión, y no la meditación como introspección solitaria, como observación de sí mismo, propuesto por los espiritualistas.

Este periodo desemboca en *una psicología* como ciencia del *sentido íntimo*, como un retorno a Descartes para estructurar desde el *yo pienso* el sentido íntimo. Este periodo es concomitante con el surgimiento no sólo de los psicólogos de la forma, del yo, experimentales; aquí ya aparecen los primeros psiquiatras y con ellos los enfermos mentales y los hospitales mentales y, posteriormente, los servicios de psiquiatría, pues los enfermos mentales ya no son poseídos por el demonio ni alienados sino enfermos diferentes de los otros, que se deben cuidar de manera separada y así nace la medicina mental con Pinel y otros como Charcot y Freud, quienes se interesan por la causalidad de la enfermedad mental y a partir de este momento, lo psíquico no se reduce ya a la ciencia de la conciencia.

Así llegamos al último periodo en este recorrido.

### III."LA PSICOLOGÍA COMO CIENCIA DE LAS REACCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO" (Canguilhem, 1998)

Proponiendo definir al hombre como organización viviente servida por una inteligencia y allí Maine de Biran marcaba el terreno sobre el cual habría de construirse en el siglo XIX una nueva psicología al lado de la psicología como patología nerviosa y mental, como física del sentido externo, como ciencia del sentido interno y del sentido íntimo se construye una psicología como biología del comportamiento humano.

Por eso el nacimiento de la psicología científica de fines del siglo XIX es meritoria de una fórmula de Ebbinghaus (Cosnier, 1998) cuando anota que la psicología tiene un largo pasado y una corta historia. Largo pasado puesto que hace mucho tiempo que la especie humana se hace preguntas sobre el alma (Psyché) y su relación con el cuerpo y la materia. Y corta historia porque es

solamente desde el siglo XIX que la psicología va a ser admitida como disciplina científica y autónoma en los medios académicos cuando entra como ciencia experimental de las funciones de la conciencia.

Entonces, a la pregunta que la filosofía y la ciencia le hacen a la psicología sobre ¿qué es la psicología? ¿cuál es su objeto de estudio? ¿de qué se ocupa la psicología? se puede responder como lo hizo Daniel Lagache, haciendo aparecer una unidad de dominio, a pesar de la multiplicidad de proyectos metodológicos, que *la psicología es la teoría general de la conducta*, del comportamiento humano, síntesis de la psicología experimental, de la psicología clínica, del psicoanálisis, de la psicología social (Canguilhem, 1998).

A partir de allí, todo el problema se centraría, entonces, ya no en su definición, ya no en su cientificidad, sino de que concepción de hombre se nutre, de qué comportamiento se ocupa, cómo y desde dónde responde. Esto invoca entonces todo el asunto de su praxis en el sentido en que lo plantea G. Gadamer en *El estado oculto de la salud*: «...el verdadero sentido humano de la «praxis» que se caracteriza por la posibilidad de un comportamiento humano teórico...que contribuye a que el poder-hacer y el saber humanos, no se adquieran sólo a través del aprendizaje y la experiencia...de modo que la capacidad de teorizar del hombre forma parte de su práctica. Es evidente que el don de teorizar permitió al hombre tomar distancia de los objetos inmediatos de su deseo, inhibir su avidez, y así asumir un comportamiento objetivo...como una nueva toma de distancia, surge en él la posibilidad de ordenar todo su hacer y de omitir algunos aspectos como algo social, es decir, ordenado de acuerdo con los objetivos de la sociedad...Si bien es cierto que todas las decisiones prácticas del hombre dependen de su conocimiento general, la aplicación concreta depende de su capacidad

de discernimiento para reconocer la conveniencia de la aplicación de una regla general a una situación dada» (George, 1996).

Será, entonces, la concepción de hombre que tenga el psicólogo, lo que le permitirá responder de qué psicología se ocupa. «El psicólogo debe sacar su proyecto de psicología de una idea del hombre» (Canguilhem, 1998). El hombre de la época del mundo moderno no es ya el mismo de otras épocas, el hombre moderno se inscribe en una cultura, en un discurso de la civilización con características específicas, que lo diferencian de épocas anteriores. En el mundo moderno el hombre se encuentra enfrentado a nuevos ritmos en la cultura, nuevas demandas y ofertas que cuestionan de manera permanente el deseo del sujeto y, por supuesto, su posición frente a estas demandas de la modernidad, generando entonces nuevas formas de malestar y de sufrimiento, que van desde la quejosa insatisfacción -a pesar de la multiplicidad de ofertas a través de los mass-media- hasta la pereza y la inhibición del deseo (Soler, 1998).

Por su parte a la salud le ha ido mejor en la medida en que se inscribe en el discurso médico. Históricamente el concepto de salud se ha ido transformando a través de los siglos. Se ha creído que la salud parte de conceptos mágicos que ligaban la ausencia de salud a la introducción de malos espíritus en el organismo y que sólo se podían expulsar con exorcismos. Este concepto mágico dio paso a conceptualizaciones religiosas que relacionaban la enfermedad con el castigo de los dioses.

Pero a medida que el hombre observa y analiza relaciones de causalidad en la aparición de enfermedades se va introduciendo un concepto de salud integral y relacional. Esto hace que los conceptos de salud, con el advenimiento del discurso científico, salgan de una cierta creencia

mítica y, pasando por las explicaciones anatomopatológicas, bacteriológicas y ecologista se puede llegar a definirla académicamente como el estado del organismo donde éste ejerce normalmente todas sus funciones, o la bien intencionada definición que impone la Organización Mundial de la Salud en 1946 cuando reza que la salud es «el estado de completo bienestar mental, social y además físico y no solamente la ausencia de enfermedad» la clásica definición de Leriche: «la salud es la vida en el silencio de los órganos» (George, 1981).

¿Pero de cuáles órganos, cuando hoy sabemos que la salud? «no es una identidad, ni una realidad como lo es un objeto, sino una abstracción que hace referencia a una circunstancia humana... que depende de la cultura en que se produce, en que se inscribe, pues ella es la que determina o suministra el patrón que define la forma de estar o de ser sano» (Blanco, J. & Maya J.)

Es por eso que pensamos que el abordaje de la salud debe ser interdisciplinario, multidisciplinario, y transdisciplinario, pero centrado en un único objeto: un hombre que sufre, hombre inscrito en una cultura y atravesado por una historia subjetiva que, por supuesto, determina la relación con su salud o con su enfermedad.

Podríamos extendernos sobre el concepto de salud, pero hoy solo me interesa ubicarlo, para decir con todas la definiciones de salud que todas ellas, incluso las que no son aquí nombradas, incluyen la referencia al psiquismo, al entorno social y al organismo como lo biológico que soporta dichas vivencias; teniendo en cuenta que desde la psicología cada uno de los elementos del cuerpo humano y él en si mismo, tienen una representación psíquica individual, y el sentirse sano o enfermo inscribe a la persona y a su entorno en una dimensión psíquica.

Es allí donde la psicología como disciplina es llamada a intervenir una salud inscrita en la cultura y en la subjetividad de cada uno, intervención que compromete un contexto social actual, una sociedad modelada por el interés de la ciencia moderna y su discurso. Y es aquí, en este punto, donde yo concedo suma importancia al pensamiento freudiano, pues avanzo el valor incontestable de Freud cuando inaugura una clínica diferencial entre la causalidad orgánica y la causalidad psíquica, clínica que se ordenará a partir de la pregunta por las manifestaciones somatomorfias de las histéricas de su época, evitando a cualquier precio unificar lo orgánico y lo psíquico, lo viviente con el cuerpo.

Si el discurso médico se inaugura con la enfermedad, el psicoanálisis se inaugura con la pregunta que las histéricas le hacen a la clínica médica, pues es a partir de allí que Freud descubre y revela la etiología sexual de las neurosis como enfermedad mental, y el valor metafórico del síntoma que ya no es sólo signo de una patología sino un mensaje para descifrar, formación de compromiso que pone en juego un deseo inconsciente. Además descubre que las histéricas se comportan como si la anatomía no existiera, no hay una correlación anatómica entre el órgano enfermo y su causa, pues la causa es inconsciente, está en las «profundidades del alma». Y allí descubre lo único universal y repetible de sujeto a sujeto: el inconsciente pulsional como memoria que insiste en el viviente para hacerlo gozar también a través de las enfermedades somatomorfias.

Así aparece entonces uno de los problemas cruciales que el discurso médico plantea al profesional «psi»: explicar lo que el sujeto hace con su organismo.

Por eso la definición de Leriche no es, ciertamente una definición aplicable a los hechos psíquicos puesto que allí encontramos un sujeto artesano de su propia desgracia

que aloja su pregunta en sus síntomas. Por eso es frecuente que un síntoma psíquico no implique una demanda de cura como sí sucede con el síntoma orgánico.

Y aquí tocamos un punto fundamental cuando pensamos en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud; es necesario pensar que no hay satisfacción universal de la necesidad, siempre hay una brecha insondable entre necesidad y demanda, que es lo que Lacan, siguiendo a Freud, nombró como «el deseo», pues la necesidad en el hombre se encuentra transformada por el hecho de ser un ser hablante, por el lenguaje, y esto lo obliga a formular demandas mediatizadas por su deseo y no por demandas que sean recubiertas por el capricho del Otro. Me refiero a las campañas contra el tabaquismo, el alcoholismo y, en general, contra todas las adicciones, que más que nada, están sostenidas sobre una estructura política que es ciega ante la estructura del deseo, que no permite que el sujeto abandone la posición gozosa que lo soporta. Por eso, cuando un paciente demanda algo, cuando manifiesta «querer» curarse, no es del todo idéntico a lo que desea; a veces es diametralmente opuesto, pues algunos piden no querer lo que desean como en el caso de la anorexia.

Entonces, cuando aparece el llamado de la medicina al saber «psi» no es sólo porque hay una falla en el saber médico, instaurada por el sujeto, o se instaura una confrontación entre la causalidad orgánica y la causalidad psíquica, sino que se pasa, sobre todo, de los efectos infructuosos del acto médico a un enigma subjetivo, y se presenta como enigma subjetivo porque ya no viven su cuerpo como fiable, no pueden admitirse curados, no se sienten curados aunque hayan recobrado el estado de salud precedente. Aparecen, entonces, los hospitalismos, los síntomas migratorios y las recaídas inexplicables médicamente.

En este sentido se llama al psicólogo para restaurar una completud, y es allí donde la posición de quien responde apuesta por hacer responsable al sujeto de su demanda o no.

La práctica clínica y como tal, es a la vez, una praxis y una vía de investigación, es práctica de un saber y saber de una práctica. La empresa clínica es un método que da todo su lugar a lo único, es una experiencia de la singularidad, de la irreductible particularidad del sujeto, rescata de lo universal del discurso de la ciencia la particularidad del deseo, pues toda enfermedad somática implica la historia del sujeto, lo que él era antes de estar enfermo, pues más allá del organismo la enfermedad es una experiencia que lo concierne.

Es así como la clínica «Psi» debe retomar la relación entre la causalidad psíquica y la causalidad orgánica y desde allí dar cuenta de lo que causa al sujeto, de la elección que puede operar el sujeto, más allá de los impasses del organismo. Por eso es necesario construir zonas de «*interfaz*» (Ansermet, 1997, pp.7-16) donde se anuden discurso médico y discurso del sujeto, zona que permita un despliegue de una clínica diferencial de las manifestaciones «somato-morfás», donde aparezca una clínica diferencial (del sujeto) como excepción de lo universal, aportando así a unas situaciones provenientes de la medicina pero que están en las fronteras de lo real: sida, eutanasia, procreación asistida, embarazos múltiples, histeria, pacientes terminales, dolor crónico, entre otros.

Hemos visto que el llamado al discurso «psi» proviene de los límites originados en la impotencia o la insuficiencia del acto médico en su práctica.

La medicina interviene lo real desde lo real; además, agrega a lo real objetos inéditos, por esto, a veces, el médico se encuentra frente a los efectos de sus actos, tropieza con la

imposibilidad de pensar lo que produce y esto se vuelve un impasse, en este impasse el psicoanalista es convocado para pensar, como en urgencia, pues al intervenir lo real, el médico parece no poder anticipar los efectos simbólicos que se desprenden de sus actos. Por eso, el psicoanálisis, al definirse como un tratamiento de lo real por lo simbólico, está convocado a ayudar a pensar, no a completar. Y la medicina agrega objetos inéditos a lo real cuando interviene a partir de nuevos adelantos en práctica, por eso estos desarrollos producen nuevas formas de malestar en la cultura (y pueden también apelar a la ética, los comités de ética).

Así, podríamos enumerar una larga lista a la que sumaría el problema de la nominación o la sepultura del feto y la detención de la vida en un embarazo gemelar. Son los puntos de tropiezo que encuentra la medicina y que dibujarían los contornos de las fronteras de lo real. En este punto de horror se convoca al psicoanálisis, al encuentro de un sujeto tomado en tanto universal y donde se debe rescatar al sujeto como excepción al universal donde precisamente se funda su clínica, en lo irreductible de la experiencia de singularidad.

Por eso consideramos necesario interrogar el síntoma, cuál es su causa, dónde se inscribe, no nos parece suficiente abordar el fenómeno para tratar el síntoma de manera directa, interrogando al síntoma podemos construir respuestas orientadas a la movilización del deseo y no a su obturación. Proponemos orientar nuestro trabajo hacia una clínica de la ética del sujeto, es decir, que pueda responder por lo que le pasa, por lo que hace y por lo que dice. Una clínica de la responsabilidad que evite la reducción del sujeto que sufre a la mera «organicidad» propuesta por el discurso científico excluyéndolo de su responsabilidad. Es una propuesta de *humanización* de la clínica en el sentido que propone Danielle Silvestre:

«Humanizar es curar con palabras, es hacer circular la palabra allí donde la técnica, las cifras, los diagramas han invadido el consultorio médico, donde la relación médico-paciente es menos un diálogo de persona a persona que una cámara de registro de datos. Humanizar debería también ser re-inscribir la muerte como formando parte de la vida.» (1994. pp. 39 – 44).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GADAMER, H. G. *El estado oculto de la salud*. Editorial Gedisa

CANGUILHEM, G. ¿Que es la psicología? Investigaciones de epistemología biológica y médica en traducciones de historia y biología. 7, 365 – 381.

CANGUILHEM, G. (1981). *Lo normal y lo patológico* (3ª ed.). Editorial Siglo XXI.

BLANCO, J. H. & Maya, J. M. *Fundamentos de la Salud pública* (1ª ed.). Tomo I. CIB.

ANSERMENT, F. (1997). Medicina y psicoanálisis en interfaz. *El caldero de la escuela*, 49, 7 – 16, publicación mensual de la E.O. L. Buenos Aires – Argentina.

SILVESTRE, D. (1994). *La posición del psicoanálisis frente al paciente contagiado por el VIH*. Actos de la primera jornada del seminario hispanohablante de París, Instituto del campo freudiano. París.

CONSINER, J. (1998). *Ideologie et Psychologie, Ideologie, pratiques psychiatriques, sante publique*, Vol XXIX. Psychiatrie Francoise. Paris.

TENDLARZ, S. E. & Motta, C. G. (1996). *Psicoanálisis y SIDA, Subjetividad del SIDA y el dolor de existir*, 71 – 74 & *La ética del psicoanálisis*, 75 – 77. Buenos Aires- Argentina: edición el Otro

LACAN, J. (1985). *Psicoanálisis y medicina. Intervenciones y textos*, 86 – 99. Buenos Aires- Argentina: Editorial Manantial.