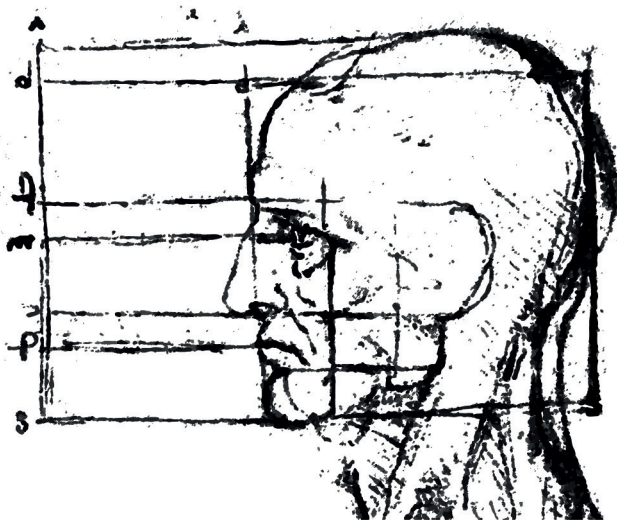


Regulación emocional y espacio imaginario.

El aporte del psicoanálisis para el tratamiento de enfermedades crónicas

Catalina Barrio
Leandro Catoggio



Boceto de Da Vinci

Introducción

Desde el campo fenomenológico, uno de los temas que se han destacado durante los últimos años ha sido la investigación de la formación discursiva del concepto de enfermedad en diferentes niveles: ontológicos, epistemológicos, éticos, y sociales. La recuperación de la fenomenología en el ámbito del discurso médico se debe a dos cuestiones generales de importancia. En primer lugar, a la insuficiencia del modelo epistemológico científico-técnico de la medicina, que se centra en un método instrumentalista caracterizado por un lenguaje en tercera persona, una concepción naturalista de la enfermedad, establecimientos de parámetros estadísticos idealistas y una concepción objetivista de la corporalidad. En segundo lugar, la fenomenología es un método con una dirección clara que apunta a la descripción de la experiencia en primera persona; de esta manera, lo que se focaliza con ella es el relato personal de la experiencia de la enfermedad desde sus emociones y sentimientos corporales más acá de cualquier distinción teórica entre normalidad y anormalidad¹. Pero esto no significa ni una recaída en una subjetividad sustancialista ni algún tipo de esencialismo de la conciencia; el sujeto nunca es algo impersonal, sino que es siempre personal y de carácter experiencial. Lo que se toma en cuenta aquí es la manera en que es experimentada la enfermedad en primera persona; es decir, lo que se destaca es el “cómo” y no el “qué” de lo experimentado. En esta medida, la fenomenología se aleja de toda constatación naturalista de la enfermedad. Por eso, su reducción metodológica trata de mostrar el suceso singular sin referencia alguna a lo que *debería* comprenderse especulativamente. No se buscan causas ni regularidades naturales sino los motivos por los cuales la

1 Gallagher, S. y Zahavi, D. (2021). *The Phenomenological Mind*. Londres: Routledge. - Carel, H. (2016). *Phenomenology of Illness*. Oxford: Oxford University Press.

experiencia del fenómeno se ofrece de tal o cual manera. Esto no quiere decir que se desconozca necesariamente una causalidad explicativa, sino que ella resulta insuficiente a la hora de mostrar la totalidad del fenómeno de la enfermedad desde la perspectiva de la primera persona.

Los motivos, sin embargo, tampoco deben entenderse como meros determinantes socio-culturales. El sujeto es, más bien, multifacético (*multifaceted*) y está estructurado por niveles². No es algo unívoco, pero tampoco es una dilución en el anonimato; parte de la tarea es lograr comprender de qué manera los motivos, desde sus dimensiones no conscientes hasta sus dimensiones conscientes, son apropiados y articulados en el modo de ser de la subjetividad experiencial. Que la subjetividad sea experiencial indica que la mismidad, indivisible del mundo, está sujeta a la regulación vital entre el organismo y el medio a través de procesos afectivos elementales y modelos representacionales asociados³. En este sentido, el relato cobra un interés cognoscitivo, en tanto es expresivo de la experiencia corporal vivida en la enfermedad, en la que aparecen afecciones y representaciones mediante las cuales la regulación se ve desequilibrada respecto a los requerimientos ambientales. Al respecto, dicho interés implica para la fenomenología una pretensión de validez de la narrativa que debe tenerse en cuenta, no sólo para el diagnóstico, sino también para el tratamiento de la patología sufrida. Debido a esto, la persona aparece enmarcada en una acción comunicativa en la que se sostiene por el reconocimiento de la validez de su relato y, al mismo tiempo, por la exigencia

2 Zahavi, D. (2019). "Second-person Engagement, Self-alienation, and Group-identification", en *Topoi*, 38/1, pp. 251-260. - Zahavi, D. (2021). "We in Me or Me in We? Collective Intentionality and Selfhood", en *Journal of Sociology Ontology*, 7/1, pp. 1 - 20. - Zahavi, D. (2022). "Individuality and community: the limits of social constructivism", en *ETHOS*, Vol. 0, pp. 1 - 18.

3 Ratcliffe, M. (2022). *Grief Worlds. A Study the Emotional Experience*. Cambridge/Massachusetts: The MIT Press.

de una verdad en la que entra en juego su mismo modo de ser en el mundo. El distanciamiento respecto a cualquier forma de lenguaje instrumental o discurso en tercera persona implica que el relato no deba sino desencubrirse bajo sus propios patrones de validez en tanto remiten a una historicidad en la que el lenguaje es constitutivo de la forma de vida.

Esto último representa una de las cuestiones más difíciles de discernir, en cuanto suelen entrar en conflicto, en el relato, los patrones interpretativos por cuales los motivos alrededor de una patología pueden considerarse verdaderos o no, en relación a un discurso médico estructurado por evidencias de carácter objetivo. ¿Bajo qué criterios puede considerarse la evidencia subjetiva en el relato en primera persona? Este cuestionamiento toma una dimensión amplia debido a que están involucrados estándares epistemológicos y éticos al mismo tiempo. Dar cuenta de la subjetividad experiencial y hacerla copartícipe del diagnóstico y el tratamiento por su enriquecimiento narrativo, más allá de las pruebas y test tecnológicos con pretensiones de objetividad, envuelve un desplazamiento semántico importante: considerar al paciente ya no como una subjetividad meramente pasiva sino también activa. De lo que se trata es de trabajar, al mismo tiempo, con evidencias duras u objetivas y evidencias blandas o subjetivas, mostrando su solidaridad epistémica más que la importancia de una sobre otra. La evidencia objetiva es tan relevante como la subjetiva, y aquella no puede restar importancia nunca al factor clínico como proceso y como determinante del tratamiento de una enfermedad. Por eso el paciente no es una mera fuente de información, que solamente constata somáticamente las pruebas a las que fue sometido, sino un participante activo de su proceso patológico. Podría decirse que el encuentro clínico es un espacio de construcción comunicativo, que se caracteriza por una solidaridad epistémica, que evita tanto el paternalismo médico como cualquier pretensión de desconocimiento de los roles involucrados.

Esto conduce a las siguientes tematizaciones centrales que serán abordadas en los siguientes apartados:

1. La relevancia de los análisis sobre el concepto de “injusticia epistémica”, mediante los cuales se señalan aquellas prácticas en que se menosprecia la credibilidad del relato en primera persona y se produce un daño ético. El perjuicio llevado a cabo se muestra tanto en el detrimento de la confianza como en el menosprecio de la identidad personal. Esto significa que la injusticia actúa tanto en un nivel pre-reflexivo como reflexivo. Como se verá más adelante, este daño puede estar provocado por dos factores generales que se denominan “injusticia testimonial” e “injusticia hermenéutica”. Ambos conceptos especifican su preeminencia por la forma en que los estereotipos socioculturales -y sus delimitaciones- condicionan los juicios y los conceptos utilizados para construir y evaluar narrativas. Estos estereotipos no son más que el imaginario por el cual las representaciones socio-culturales involucran diversos patrones interpretativos que delimitan los recursos hermenéuticos colectivos mediante los cuales se perciben y se autoperciben los sujetos.
2. En relación a ello, se vuelve manifiesta la problematicidad de nociones claves como las de verdad, realidad, referencia y significatividad. Ellas son puestas en juego en el relato. Es a partir de esto que el psicoanálisis puede realizar su aporte en relación al trabajo, desplegado en el marco del análisis clínico. El modelo de consulta médica estructurado por el relato del paciente, focalizándose en sus deseos y representaciones a través de su historicidad, resulta una técnica que permite atender de una forma específica la evidencia subjetiva. En este sentido, el valor del testimonio no se reduce a una verificación empírica de cierto hecho biográfi-

co, sino que es reconducido a la agencia o significatividad práctica ejercida por el paciente a través de configuraciones conscientes, preconscientes e inconscientes. Esto posibilita comprender los distintos factores que inciden en la regulación afectiva del medio en el momento de proyectar nuevas simbolizaciones como de autoreconocerse íntegramente en su corporalidad vivida.

3. El presente trabajo, para un análisis más concreto, tendrá como referencia el fenómeno del trasplante como acontecimiento singular relativo a la enfermedad crónica diagnosticada respecto a la disfunción de uno o varios órganos (hígado, córnea, corazón, riñón, etc.). A partir de aquí, se va a interpretar de qué manera el psicoanálisis puede realizar su aporte en relación a la posibilidad de una falla en la integración del nuevo órgano en el paciente. El trabajo se focalizará en lo que suele denominar “rechazo psicológico” del injerto, una vez realizado el trasplante. La ventaja del psicoanálisis al respecto implica que su encuentro clínico involucra una interpretación ligada al discurso de la primera persona, y en la confluencia de diferentes dimensiones en las que se incluyen las representaciones conscientes e inconscientes. Esto conlleva que la desestructuración del texto, y el estudio de los factores biográficos y las diversas fantasías arcaicas involucradas en la regulación emocional, sean analizados con el fin de llevar a cabo una integración satisfactoria del injerto y mejorar la calidad de vida del paciente.

Estas tematizaciones son consideradas bajo la perspectiva de una investigación cualitativa que permita abrir una forma de comprensión de las enfermedades crónicas y su aprehensión por la subjetividad experiencial tanto en un registro epistemológico, como sociocultural y ético.

Injusticia epistémica.

A partir del libro de Miranda Fricker, *Epistemic Injustice*⁴, los estudios sobre la dimensión ética de las diversas situaciones epistémicas vividas se han agudizado y se han encontrado diferentes desarrollos en múltiples campos del saber. Algunas investigaciones partieron de los propios análisis de Fricker, profundizando su marco conceptual, y otras han extendido ese marco a nuevos territorios. Puede decirse que el desarrollo temático de la autora está originariamente emparentado con las problemáticas referidas a la discriminación sexista y racial, y luego fue ampliándose a campos como los del colonialismo, las clases sociales y la medicina, entre otros⁵.

Una de las claves para el abordaje de esta empresa que, en principio, puede calificarse como crítica -en tanto puesta en crisis de cierta noción vigente de normalidad-, es la de invertir la mirada sobre el lugar de la justicia en las actividades epistémicas. No se trata de partir del encuentro con circunstancias epistémicas en las cuales podamos reconocer un tratamiento justo en la superficie de su actividad sino, por el contrario, de reconocer aquellos factores que operan en situaciones específicas de forma velada o no advertida provocando un daño ético en algún participante. Se trata de poner el acento en aquellas prácticas epistémicas concretas que llevan a desconocer la veracidad de un testimonio por prejuicios injustificados. Por eso el acento está puesto en la injusticia, en el momento negativo en el que un individuo se siente dañado de alguna manera en su capacidad cognitiva. El perjuicio resulta de un trato injusto en la medida en que se menosprecia, se desatiende o se desvirtúa de un modo u otro la credibilidad (*credibility*) de una persona, de

4 Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice*. Oxford/New York: Oxford University Press.

5 Kidd, I., Medina, J. y Pohlhaus, G. (2017). *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*. London: Routledge.

un hablante (*speaker*) para ser más preciso⁶. Esto es lo Fricker denomina “injusticia testimonial” (*testimonial injustice*) y tiene la ventaja de apuntar tanto en una dirección epistemológica como en una dirección ética, con la finalidad de revelar, en diversos campos epistémicos, los estereotipos deslegitimadores al momento de juzgar un testimonio o narrativa que tiene pretensión de validez.

El factor del descreimiento o desvalorización de un testimonio infringe un daño, en la medida en que se niega el relato de la experiencia subjetiva como aporte para comprender la situación vivida por la persona. Básicamente, el sujeto experiencial resulta incompetente para interpretar su propio contexto significativo. La negación, en este caso, no representa una simple circunstancia, sino la sistematización de un rechazo que se ampara bajo determinados estereotipos arraigados socioculturalmente, que se muestran en la esfera pública a la manera de un imaginario pre-intencional fundante de criterios normativos. Criterios que, en tanto dividen lo aceptable de lo inaceptable, instalan figuras representativas de la normalidad que rigen la significatividad práctica. Debido a esto, los estereotipos no dejan de ser modelos representacionales que involucran en la praxis juicios de valencia negativa sobre un individuo o grupo de individuos provocando, entre otras cosas, el aislamiento social y el deterioro de la confianza en las propias capacidades cognitivas. Los modelos representacionales estereotipados no se forman por evidencias racionales ni la proyectan, sino que apelan a imágenes mentales que asocian pre-reflexivamente atributos o cualidades negativas a particularidades subjetivas. Esta asociación no es intencional y, por eso mismo, funciona cognitivamente en el sentido estricto de la noción de pre-juicio, es decir, un condicionamiento previo que demarca la emisión de todo juicio posible. Para Fricker, de hecho:

6 Fricker, M. (2007). Ob. cit., p. 5.

Las imágenes son capaces de causar un impacto visceral sobre el juicio (*a visceral impact on judgement*), lo que les permite condicionar nuestros juicios prescindiendo de nuestra conciencia (*to condition our judgements without our awareness*), mientras que para lograrlo con sigilo comparable haría falta una creencia inconsciente (*unconscious belief*).⁷

En esta medida, el imaginario se define por un conjunto de asociaciones valorativas cuyo núcleo operativo, la imaginación, trabaja en un nivel previo a la consciencia, desplazando el marco epistémico clásico, de una lógica de la verdad ligada a la adecuación entre enunciado y cosa, hacia una esfera de validez que remite a los presupuestos de la conciencia.

Los estereotipos no son meros enunciados aislados o fórmulas denotativas que puedan o no verificarse mediante una corroboración empírica, ellos son constitutivos de la misma organización discursiva y su valoración excede la dicotomía entre verdad y error. Por eso, la falsedad de determinadas atribuciones identificativas no es rebatible por la impotencia de lo dicho ante la *empíria*, sino por el desocultamiento del acto mismo de la caracterización enunciativa, que remite la narrativa del interlocutor a una categorización instituida, estandarizando una identificación fijada de antemano. Este registro metodológico del desocultamiento implica que la validez de las representaciones mentales es una conjugación de dos registros simultáneos, epistémico y ético, que se enmarca en la diferencia entre lo oculto y lo manifiesto. Siguiendo esta diferencia puede observarse la distinción que hace Fricker entre injusticia testimonial y lo que denomina injusticia hermenéutica (*hermeneutics injustice*). Este último concepto queda definido como: “la injusticia de que alguna área significativa de la experiencia social

⁷ *Ibid.*, p. 37.

propia quede oculta a la comprensión colectiva debido a un prejuicio identitario estructural de los recursos hermenéuticos colectivos”⁸. Lo esencial de la idea radica en la imposibilidad de comprender experiencias subjetivas que se encuentran por fuera de los patrones interpretativos de una cultura dada. Esto funciona a un nivel estructural; es decir, la comprensión se define por una serie de conceptualizaciones y operaciones discursivas delimitativas que, en la misma medida en que abren un espacio significativo, encubren otros posibles, demarcando lo articulable de lo inarticulable de una experiencia posible. Esto no quiere decir que sea una cuestión intencional, como se mencionó anteriormente, ni tampoco una particularidad que revista algún tipo de “desvío” interpretativo o “malinterpretación” que no logre aplicar consecuentemente cierta estimación normativa cultural. Más bien, resulta lo contrario. Es el proceso mismo de la comprensión lo que entra en juego; su estructura en tanto organización discursiva que involucra formas convencionales de significatividad que operan normativamente distinguiendo aquello que tiene sentido y es comprensible, de aquello que no lo tiene o resulta incomprensible para los recursos colectivos normalizados.

Puede decirse que los testimonios encubiertos apuntan, justamente, a una determinación de un criterio semántico que los califica de sinsentido; es decir, resultan menoscabados debido a que no se ajustan a los recursos colectivos que dan sentido a la situación experienciada. El encubrimiento, de esta manera, tiene como consecuencia inmediata una marginalización hermenéutica (*hermeneutical marginalization*) que se caracteriza por la invisibilidad de los patrones interpretativos que no se ajustan a los estándares legitimados. Ahora bien, la margina-

8 “The injustice of having some significant area of one’s social experience obscured from collective understanding owing to a structural identity prejudice in the collective hermeneutical resource” (Fricker, ob. cit., p. 155).

lidad es un efecto de prácticas epistémicas en que sus criterios actúan a espaldas de los intérpretes y los rasgos discriminatorios sólo pueden ser marcados por aquellos lo sufren. Esto se debe a su misma caracterización, en tanto los prejuicios operantes no sólo son encubridores de patrones discursivos ajenos a sus delimitaciones, sino que también resultan opacos a sus propios fundamentos normativos. En la medida en que se quiere dar cuenta de ellos, ya están actuando para prefigurar toda conclusión posible. Como se suele decir en la hermenéutica, los prejuicios actúan siempre a nuestras espaldas. Debido a esto, el centro especulativo de la interpretación o *interpretandum* se encuentra esencialmente en la pretensión de validez de la experiencia subjetiva narrada por aquel que padece la injusticia.

El trasplante

Los prejuicios operantes y, con ellos, el silenciamiento y el aislamiento social aparecen, por lo general, con mayor visibilidad en el campo de la enfermedad crónica. Esto se debe a que los sujetos que viven una enfermedad crónica se muestran más vulnerables⁹. En el horizonte de su padecimiento siempre se encuentra la certeza de la imposibilidad de la cura. Es una verdad irreductible a una evidencia objetiva, que no se entiende solamente por el acabamiento del organismo o el mero *factum* del mal funcionamiento y posterior muerte de algún órgano que implica la pérdida de la vida. La certeza de la imposibilidad de la cura conlleva también la sensación afectiva continua del sujeto experiencial que se comprende ajeno a la salud y com-

9 Carel H. y Kidd I. (2014). "Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis", en *Med Health Care Philos*, 17, pp. 529 - 540. - Crichton, P., Carel, H. y Kidd, J., "Epistemic Injustice in Psychiatry", en *BJsych Bulletin*, 41, 2016, pp. 65-70. - Kidd, I. y Carel, H. (2019). "Pathocentric Epistemic Injustice and Conceptions of Health", en Sherman, B. y Goguin, S., *Overcoming Epistemic Injustice: Social and Psychological Perspectives*. London/New York: Rowman and Littlefield, pp. 153 - 167.

prende, al mismo tiempo, que sus posibilidades proyectivas en el mundo se ven restringidas de diversas maneras. Este nivel pre-reflexivo, emocional, es el *topos* primario de la subjetividad experiencial en el que se ancla la agencia y sus diversos procesos mediante los cuales da sentido realizativo a sus modelos representacionales. El paternalismo médico, en tanto deformación del principio de beneficencia, muchas veces incurre en prácticas que provocan una injusticia epistémica, en la medida en que ignora la autonomía del paciente, descalificando prejuiciosamente sus decisiones, deseos y diversas articulaciones de sentido. Esta injusticia testimonial, sin embargo, no opera aisladamente ni aparte de la historicidad propia del establecimiento de los recursos hermenéuticos de la ciencia tal cual es concebida en occidente; es decir, los patrones interpretativos instituidos sobretudo a partir del siglo XIX, en el cual el discurso en tercera persona se apodera unilateralmente de los diferentes procesos intervinientes en la enfermedad. La injusticia epistémica patocéntrica (*pathocentric epistemic injustice*), tal cual es denominada por Ian Kidd y Havi Carel, describe esto junto a las determinaciones sociales que quedan enmarcadas en las diversas prácticas que provocan un aislamiento, descrédito y marginación identitaria¹⁰. En este sentido, la injusticia testimonial y la hermenéutica, incurren tanto en la anulación como en el ocultamiento de narrativas que se alejan o ponen en crisis los patrones interpretativos del imaginario sociocultural. En los estudios sobre las enfermedades crónicas esto ha sido marcado no sólo por la convergencia de prácticas sociales que estigmatizan y desplazan de diferentes ámbitos la subjetividad padeciente, sino también por una tradición científica que sintetiza sus tratamientos sobre la base única de la evidencia objetiva. Las diferentes exigencias del medio respecto, por ejemplo, al mercado laboral o a la participación en círculos sociales

10 Kidd, I. y Carel, H. (2019). Ob. cit.

validados, se tornan complejas de llevar a cabo y muchas veces casi imposible. La exclusión no es un fenómeno ajeno a esto, ya que los denominados trastornos de capacidades no están desprendidos de los factores emocionales vinculados a la intersubjetividad y a la pretensión de un control agencial ideal. Estos últimos elementos son constitutivos de la articulación de sentido en la agencia del sujeto experiencial. Puede decirse que los requerimientos de una relación intersubjetiva satisfactoria y un control agencial, en tanto una disposición corporal acorde a las exigencias del medio, son los elementos básicos de consideración de una noción de normalidad estructurada en el imaginario colectivo. El comportamiento solicitado nunca es abstracto sino concreto respecto a las exigencias de una conducta relativa a una coherencia semántica, fines socialmente aceptados, decisiones racionalmente argumentadas, y distinciones axiológicas reconocidas. De igual modo, el concepto de control agencial implica habilidades prácticas y el dominio corporal suficiente respecto a esfuerzos, movimientos, gestos, y diversas operaciones sensorio-motoras requeridas en los diferentes ambientes. Estas distinciones son validadas de diversos modos por los estereotipos y demarcan criterios que abren o cierran posibilidades agenciales de los sujetos pacientes.

Un ejemplo claro de esto sucede con los pacientes que sufren una enfermedad crónica relativa a uno o varios órganos y necesitan un trasplante como medio de supervivencia. La disfunción renal, hepática o coronaria, por ejemplo, en casos donde el funcionamiento orgánico sea nulo o casi nulo conlleva la urgencia del trasplante como sustitución del órgano afectado y la prosecución de un tratamiento crónico en el que la vida de la persona se ve completamente transformada. El trastorno orgánico puede ser hereditario o adquirido. En ambas situaciones el diagnóstico médico ratifica la experiencia de una subjetividad que se ve impedida de realizar prácticas que el medio le solicita

como agente competente. Cuando la enfermedad es hereditaria, el paciente se ve dificultado desde su niñez a ejercer una vida “normal” respecto a la escolarización, la dieta o el ejercicio corporal. La dificultad para seguir el ritmo requerido y la adaptación social a los círculos y eventos sociales resulta evidentemente mayor que para el resto de sus congéneres, y ocasiona un empobrecimiento orgánico respecto a las exigencias del medio. Esta situación, en términos generales, se repite en el caso de un diagnóstico ofrecido en la adultez; podría decirse que la diferencia radical se encuentra en una modalidad de experiencia en la que el adulto puede reconocer comparativamente la discapacidad funcional orgánica como una “pérdida” o “transformación” de su capacidad corporal. Sintéticamente, en los casos de diagnósticos adultos o no hereditarios comparece una distinción entre un “antes” y un “después”, en el que el tiempo cumple un rol esencial en el *pathos* sufriente de la persona. Sin embargo, esto no quita el carácter estrecho del mundo como estructura de posibilidades prácticas; es decir, cierta minimización del control agencial frente a las imposiciones del ambiente. Quizás donde puede visibilizarse con mayor nitidez este contexto significativo, en el caso de la adultez, sea en el ambiente laboral, donde la persona, en muchas oportunidades, debe abandonar su trabajo o, como mínimo, ver reducidas sus tareas. Pero sin duda la facticidad se visibiliza solamente en esto: las diferentes conexiones de sentido, que operan constituyendo cierta familiaridad con el mundo, se ven resquebrajadas, viéndose el mismo individuo impedido de ejercer sus habilidades corporales adquiridas.

Al mismo tiempo, esto no está exento de inconvenientes sociales e institucionales, a propósito de los cuales el paciente requiere una readaptación normativa de su existencia en relación a nuevas o desconocidas prácticas. La pérdida de la confianza y la duda corporal a la que se ve sometido, debido

a la minimización del control agencial, oficia de un contraste existencial en el cual la acción en el mundo se ve delimitada por cierta marginalización y aislamiento. En esta situación, el trasplante aparece en el horizonte del paciente y sus personas cercanas como una posibilidad concreta de restauración o renovación, en cuanto se lo presupone, en su generalidad, bajo una idea de reparación o ajustamiento de las capacidades corporales requeridas por el medio. El trasplante oficia de restitución práctica como mediación entre los requerimientos de habilidades corporales determinadas por el medio y las habilidades corporales particulares del paciente, que deberían poder adaptarse a dichas exigencias ambientales.

Pero esta mediación técnica, podría decirse, no es neutra axiológicamente hablando. El órgano recibido posee un valor irreductible. No se trata sólo del injerto de un órgano, en el mero sentido de cumplir una función específica que viene a restituirse; semánticamente y valorativamente es complejo, no sólo debido a que el injerto representa una mutación en las prácticas cotidianas del paciente, sino también a un nivel psicológico profundo, en el que su integración a la imagen corporal y comportamental propioceptiva puede desarrollar dificultades de equilibrio orgánico, revalorización corporal, identidad personal, estándares de belleza, de felicidad, que involucran la posibilidad del rechazo psicológico del órgano trasplantado. Esta situación, radicada en la internalización psicológica-existencial del individuo, es tomada en cuenta la mayoría de las veces como descarte de las opciones fisiológicas o como explicación conclusiva de un órgano ya trasplantado que no debería haberse perdido por índices de compatibilidad. La posición del paciente en estos casos acarrea trastornos postraumáticos por el rechazo, como la depresión, la ansiedad, la pasividad extrema, la pérdida de ganas de vivir, la angustia y distintos tipos de fenómenos que inhiben toda actividad propositiva. En este senti-

do, es crucial comprender que el acontecimiento del trasplante no conlleva un retroceso significativo en la vida del paciente llevándolo a cierto estado de normalidad previo; o, como en los casos de enfermedad heredada, que la vida toma el estatuto de una normalidad compartida con los supuestos sujetos sanos¹¹. Podría decirse que las enfermedades crónicas no retroceden nunca, a lo sumo se estancan, pero nunca desaparecen para dar lugar a un concepto mínimo de normalidad. La vida, después del trasplante, jamás vuelve a ser la de antes.

Tomado en este sentido, no se debe dejar de reconocer que el trasplante no deja atrás dos límites intrínsecos a la condición existencial del enfermo crónico: el límite del sentimiento de la presencia constante de la muerte y el límite de alcanzar un estado de salud completo. Entre ambos límites opera el injerto como complejo semántico, que tiene un sentido fisiológico, cognitivo-científico, cognitivo-social, ambiental, y personal. En este complejo, el imaginario o el conjunto de estereotipos sobredeterminan el valor e instalan marcadores testimoniales y hermenéuticos en que los recursos delimitan la internalización del injerto. La figura del rechazo en el campo del trasplante reviste, más allá de su innegable sentido científico-tecnológico, tanto una frustración personal como familiar y de las expectativas generadas por el medio. El trasplante, puede decirse, genera una reestructuración de la vida subjetiva pero no implica nunca llegar a ser sano: el cambio psico-físico del paciente en primera persona toma por referencia el complejo semántico del injerto, pero no necesariamente conlleva la aceptación de su nueva situación. El rechazo psicológico del injerto establece procesos de control agencial, de identificación, de duelo y de resiliencia que sólo se visibilizan por medio del relato de

11 Gunnarson, M. (2016). *Please be Patient: A Cultural Phenomenological Study of Haemodialysis and Kidnes Transplantation*. Lund: Lund Studies in Arts y Cultural Studies.

su experiencia corporal en primera persona y no meramente de su cuerpo objeto o fisiológico, es decir, de los recursos hermenéuticos de la medicina institucionalizada. La tolerancia o integración del trasplante se da en la subjetividad experiencial; esto es una diferencia inmanente a la situación experienciada en la subjetividad multifacética. El sentimiento de la presencia constante de la muerte y la imposibilidad de la salud son constantes psicológicas-existenciales que no pueden ser reducidas a elementos discrecionales ligados a parámetros estadísticos idealizados. La subjetividad experiencial posee esas constantes como sentimientos continuos personales que remiten a su propio modo de ser en el mundo, más concretamente, a su biografía personal e historicidad, que se configura intersubjetivamente y narrativamente desde su primera infancia. La internalización del injerto no es solamente una competencia fisiológica de histocompatibilidad entre órganos sino también su adaptación e integración en la totalidad de su complejidad semántica.

El aporte del psicoanálisis.

Como se mencionó antes, la posibilidad de la aceptación así como del rechazo psicológico del injerto aparece en el momento de su internalización en la subjetividad experiencial. Este momento implica de por sí una construcción biotecnológica en la que el paciente debe reconstruir narrativamente su identidad. El autor de la post-fenomenología, Don Ihde, ha mencionado que el uso de la técnica moderna, como es el caso en los trasplantes, conlleva una diferencia histórica respecto a las viejas versiones tecnológicas aplicadas a la corporalidad. Para Ihde hay una diferencia esencial entre las tecnologías caracterizadas por ser meros dispositivos protésicos (*prosthetic devices*) y aquellas, sobretudo a partir de la segunda mitad del

siglo XX, caracterizadas por ser formas internalizadas (*forms internalized*)¹². Esto no implica una idea lineal de progreso tecnológico en la que las formas internalizadas reemplazarían absolutamente los dispositivos protésicos, o en la cual el objeto técnico-tecnológico podría dividirse en dos entidades. Se trata, más bien, de significados atribuibles distintos. Ambas características tecnológicas son contemporáneas, pero algunas son limitadas en su significado a ser consideradas objetos extra-corporales, como es el caso de los dispositivos protésicos. En los trasplantes resulta claro que la tecnología utilizada no puede ser comprendida bajo los parámetros de ser dispositivos protésicos. Estos últimos, son, por ejemplo, los dientes falsos, las piernas falsas, ganchos en lugar de manos, etc. Son objetos sustitutos-funcionales que pueden, entre sus características ópticas, incorporarse al cuerpo significando el medio en relaciones a los fines previstos, pero, al mismo tiempo, tienen el límite significativo de la internalización subjetiva.

La sustitución de las funciones perdidas puede realizarse, pero la transparencia nunca es total por parte del sustituto respecto a lo sustituido; tal es el caso de la pierna falsa que, en la misma medida en que cumple su función para caminar, resulta incapaz de sentir el calor, el frío, la acera quemada o el dolor directo de la irregularidad del camino con los pies descalzos. La teleología de la prótesis está escindida de la aprehensión subjetiva a un nivel emocional. Los dispositivos protésicos son, por eso, cuasi-transparentes (*quasi-transparency*). Vivian Sobchack¹³, profundizando este aspecto, menciona que el movimiento activo se da por parte de la subjetividad receptora de la prótesis; es decir, la prótesis debe ser incorporada en el sentimiento subjetivo (*subjectively feeling*) de la persona para dejar de ser una cosa

12 Ihde, D. (2019). *Medical Technics*. Minneapolis-London: University of Minnesota Press, pp. 26-27.

13 Sobchack, V. (2004). *Carnal Thoughts: Embodiment and Moving Image Culture*. Oakland: University of California Press.

exteriorizada (*exteriorized thing*) cuyo registro no deja de ser una pieza objetiva de la tecnología. La transparencia deseada aquí implica mi incorporación de la prótesis y no la incorporación de mí por parte de la prótesis.¹⁴ El deseo de transparencia nombrado por Sobchack es lo que Ihde entiende por forma internalizada, proceso por el cual el objeto técnico-tecnológico se encarna en la totalidad semántica desde el sentimiento de la subjetividad experiencial. La idea de prótesis debe devenir una forma internalizada, en el sentido de dejar de ser una objetividad cuasi-transparente, objeto externo, reflexivo, mero sustituto funcional, para adquirir el sentido de la transparencia, parte integral del control agencial según el cual el deseo se sitúa en que la idea de sustitución sea reemplazada por la de internalización. Pero ese deseo no es necesariamente cristalino ni es una tematización de una operatividad reflexiva del sujeto que pueda disponer libremente. De hecho, Ihde reconoce en el trasplante de corazón la cuestión central de la posible generación de un trauma, que puede conducir a la experiencia de un cambio de personalidad (*a major transplant trauma often leads to an experienced personality change*)¹⁵.

La subjetividad experiencial del cambio estructural devenido con el acontecimiento del trasplante exige la confrontación con el deseo de transparencia. Pero, nuevamente, ese enfrentamiento no significa que el deseo mismo aparezca como un objeto de consciencia. Tanto para la fenomenología como para el psicoanálisis, la conciencia involucra niveles pre-conscientes e inconscientes en los cuales la experiencia se ve imposibilitada de llevarse a sí a un campo objetivo de manipulación analítica. La subjetividad experiencial, en la medida en que es ella misma, nunca sucede como objeto de una subjetividad caracteri-

14 "However, the desired transparency here involves my incorporation of the prosthetic and not the prosthetic's incorporation of me". Sobchack, V. *Ibid.*, p. 172.

15 Ihde, D. (2019). Ob. cit., p. 31.

zada por ser una conciencia transparente respecto a su propia experiencia; lo experiencial alude a que el acontecimiento sufrido es antepredicativo, pre-reflexivo y pre-intencional. Es del orden de la pasividad. Su autoreferencialidad es el propio complejo semántico histórico en el que se desenvuelve el proceso de internalización del injerto. Pero este proceso, en el que se enmarca el deseo de transparencia, está revestido de los recursos hermenéuticos estereotipados de la cultura de pertenencia y de la historicidad del individuo. El modelo representativo del trasplante no se encuentra por fuera del imaginario socio-cultural; por el contrario, está sumido en registros interpretativos que involucran marginalizaciones, aislamientos adaptativos y silenciamientos de los testimonios. Los recursos hermenéuticos colectivos actúan también en la propia subjetividad experiencial en la medida en que ésta elabora el episodio del trasplante en el campo de lo imaginario. Debido a esto, operan en él imágenes conscientes e inconscientes que pueden beneficiar o hacer dificultoso el tránsito de un dispositivo protésico a una forma internalizada del injerto. El deseo de transparencia no es transparente sino que, en su producción significativa, está “más acá” de la consciencia. Así, su articulación discursiva constituye el problema esencial para contrarrestar, no sólo el silenciamiento testimonial, sino también la aprehensión de la evidencia subjetiva con la finalidad de poder iluminar los casos de integración, como también de rechazo, del injerto.

Como ha considerado Fredrik Svenaeus, el trasplante de riñón, por ejemplo, conduce a un cambio en la personalidad sobre diferentes niveles de la corporalidad en el ser en el mundo, y esto influye sobre los patrones existenciales de los sentimientos y de los pensamientos acerca del origen e impacto de la extraneidad del órgano recibido. Ante los cuestionamientos comunes sobre la identificación de la persona donante, muchas veces surge un fenómeno de trasposición; es decir, la superposición

entre donante y receptor en que el último se siente identificado o mantiene una relación de cercanía con el primero. De esta manera, se abre la posibilidad de que pueda variar el sentimiento de agradecimiento por el sentimiento de culpa (*it might also lead to a thankfulness that becomes transformed into guilt*)¹⁶. Esta modificación suele ser recurrente y, desde los primeros estudios psicodinámicos, ha sido nombrado con el concepto de “internalización procesal” (*procedural internalization*)¹⁷. Este concepto no remite solamente a la transformación particular del agradecimiento en culpa, sino que es amplio y trata, en síntesis, sobre lo que considera el pasaje incompleto de una integración pobre del órgano (*poor organ integration*) a las consecuencias psicológicas significativas del sujeto. Lo que previamente se designó como rechazo psicológico del injerto. Los diferentes tipos de análisis llevados a cabo durante los años setenta han tenido su influencia en diferentes corrientes psicológicas y permitieron considerar investigaciones en relación a la tópica freudiana (consciente, pre-consciente e inconsciente) y su análisis clínico propuesto.

Bajo este marco, proyectos de investigación recientes han ahondado en el proceso inconsciente de la internalización del injerto mediante métodos cualitativos¹⁸. Fundamentalmente los estudios fueron y son llevados a cabo en la University Hospital of Zurich y fueron aprobados por el Ethics Committee of the Canton of Zurich. La dirección del programa, al estar centrada

16 Svenaeus, F. (2017). *Phenomenological Bioethics*. London/New York: Routledge, p. 131.

17 Muslin, H. L. (1972). “The emotional response to the kidney transplant: The process of internalization”, en *Canadian Psychiatric Association*, 17, pp. 3-8.

18 Goetzmann et al. (2018). “Transplantation experience as a predictor for a quality of life during the first 6 month after a lung transplantation”, en *Clinical Transplantation*; 32, pp. 1–8. - Goetzmann et al. (2019). “The experience of transplantation as reflected in dream life: A case study illustrating the mental processing of a lung transplant”, en *International Journal Psychoanalytic*, 100, pp. 517-539.

Eichenlaub et al. (2021). “The actualization of the Transplantation Complex on the Axis Psychosomatic Totality. Results of a Qualitative Study”, en *Healthcare*, 9, p. 455.

en el proceso inconsciente de la subjetividad experiencial, se focaliza sobre la experiencia de la primera persona y los diferentes relatos mediante los cuales se expresa la internalización del injerto. Sin que sea sencillo de llevar a cabo, la pretensión de centrarse en la narrativa del paciente aduce a un seguimiento cercano del mismo y la posibilidad de ser una parte constitutiva del equipo médico que realiza el trasplante. De allí que la importancia radique en los relatos relacionados con las narraciones ofrecidas al despertar de los sueños y, en la medida de lo posible, en la narrativa de sueños postoperatorios. Estos últimos, quizás, sean los más complejos de llevar a cabo debido al contexto institucional en el que se trabaja; sin embargo, esto no quita el seguimiento que pueda realizarse sobre el paciente y el modo en que, a través del tiempo, la internalización procesal es llevada a cabo. Una de las tesis esenciales de estos tipos de investigación sostiene que los complejos inconscientes se almacenan en la memoria a largo plazo y pueden activarse, por ejemplo, mediante trasplante (*Unconscious complexes are stored in long-term memory and can be activated, for example, by transplantation*)¹⁹. La idea de “complejos inconscientes” demarca el conjunto de estereotipos o el imaginario a partir del cual el paciente puede tener consecuencias psicológicas por una integración pobre del órgano. A la tesis anterior debe agregarse una premisa general: esas fantasías inconscientes organizan toda la vida mental inconsciente y consciente (*these unconscious fantasies organize all unconscious and conscious mental life*)²⁰. De esta manera, la observación se dirige no sólo a referencias directas respecto a la internalización, sino también a referencias indirectas que hacen necesaria una elaboración interpretativa ligada a conceptos centrales como los de “desplazamiento”, “condensación” o “negación”.

19 Goetzmann et al. (2019). Ob. cit. - Eichenlaub et al. Ob. cit.

20 Eichenlaub et al. Ob. cit.

Las fantasías inconscientes están relacionadas con las operaciones básicas de la intersubjetividad, específicamente con la muerte del donador. Según esto, imágenes primitivas como las del canibalismo y la introyección de la vida del otro -la incorporación de un cuerpo devorado, se devora el mundo interno del donador- pueden surgir simbólicamente en los sueños; también pueden presentarse imágenes relativas a embarazos y el conflicto de la separación del bebé, o bien, supuestas conexiones deliberadas entre el donador y el receptor, en las que se mantienen diálogos o sensaciones por las cuales el receptor cree comunicarse con el donador. En todas estas situaciones, el sentimiento de temor al rechazo del injerto es predominante y generalmente las imágenes están asociadas a ella. Basándose en los relatos, entonces, se ha llegado a determinar lo que se denomina “complejo de trasplante” (*transplantation complex*), compuesto de fantasías inconscientes y preconscious que se forman alrededor de la experiencia de la internalización procesual. Las imágenes centrales que se nombran son las siguientes:

1. El donador es asesinado.
2. El cuerpo está roto y abierto.
3. Los objetos que penetran del cuerpo son devorados (incorporación).
4. El donador es el receptor (identificación).
5. El donador es parte del mundo interno del recipiente.
6. El nuevo objeto es un miembro de la familia de órganos.

El nuevo órgano puede ser expulsado.

Estos patrones imaginarios no pretenden ser exhaustivos absolutamente, sino un marco de referencia de análisis sobre fantasías arcaicas generalmente asociadas al fenómeno de trasplante. En estas investigaciones se obtuvieron, a partir de entrevistas semi-estructuradas basadas teóricamente en lo que se denomina “hermenéutica profunda” (*Tiefenhermeneutische, depth hermeneutics*), cuyo método se encarga de clasificar unidades de significado en amplios horizontes de sentido constituidos dialécticamente entre la subjetividad, el imaginario social consciente y registros inconscientes de la cultura²¹. La distinción freudiana entre lo manifiesto y lo latente aparece en Alfred Lorenzer en la misma consideración del texto narrativo; es decir, el texto es concebido hermenéuticamente de modo autónomo, de tal manera que nunca es dependiente de alguna instancia interpretativa particular. Que el sentido del texto sea autónomo es indicativo de una configuración compleja, mediante la cual se debe distinguir en el relato el nivel manifiesto, remitido a la consciencia del hablante, del nivel latente, referido a los materiales inconscientes que dominan la escena²². Esto quiere decir que el texto no es un nunca un simple enunciado sino una expresión ligada al lenguaje como una totalidad significativa irreductible a las expresiones particulares. El texto, en la medida que dice algo, miente más de lo que la conciencia puede reconocer en él. Los conjuntos de referencias latentes son, en suma, implícitos al mismo texto y

21 Lorenzer, A. (1986). “Tiefenhermeneutische Kulturanalyse”, en *Psychoanalytische Studien zur Kultur*. Frankfurt am Main. Fischer, pp. 11-98. - Bereswill, M. et al. (2010). “Alfred Lorenzer and the depth-hermeneutic method”, en *Psychoanalysis, Culture & Society*. Vol. 15, 3, 221-250. - Krügger, S. (2017). “Dropping Depth Hermeneutics into Psychosocial Studies – a Lorenzerian perspective”, en *Journal of Psychosocial Studies*. Volume 10. Issue 1. May.

22 Lorenzer, A. (1986). Op. cit.

su producción significativa nunca está ausente, sino que conforma el tejido que sostiene el enunciado. El aspecto dialéctico se puede ver en la relación entre los diferentes niveles textuales en que se configura la producción significativa. Esto es lo que hace la diferencia entre el trabajo clínico y el investigativo propiamente dicho en la hermenéutica profunda para reestablecer problemáticas relativas a la simbolización. Mientras que en el aspecto clínico se atiende a la particularidad del relato y su dificultad particular de simbolización, en la investigación la pretensión radica en observar aquellos factores de la vida social que inciden en la falla de la simbolización de un evento dado²³. Según esto, entonces, en la situación del trasplante se pueden reconocer ambos niveles (manifiesto y latente) en los tipos de referencia analizados mediante las entrevistas. La narración en primera persona en tanto texto de análisis mediante su distinción interna apela a lo que se denominó referencia directa y referencia indirecta. Las primeras, las referencias directas, son aquellas en las que el paciente se encuentra consciente y sus fantasías están sujetas al principio de realidad; en cambio, las referencias indirectas son indicativas de la latencia de las imágenes sociales y culturales que se presentan como fantasías primarias²⁴. Pero esto no reviste ninguna forma meramente acumulativa o de superposición, sino de distinciones y modos operativos de posibles simbolizaciones sobre los factores desestabilizadores en la subjetividad experiencial que giran alrededor de las fantasías primarias. La imagen del donador muerto puede llevar al rechazo de injerto por el sentimiento de culpa que se fenomeniza, por ejemplo, en relatos de sueños donde el donador se presenta demandando el órgano trasplantado y cas-

23 "If the function of clinical work is to identify what an individual patient finds difficult or troubling to symbolise, and to make a therapeutic response to this difficulty, the function of social research is to identify the specifically social factors present in failures of symbolisation and to reflect on the consequences of these failures for social life" (Bereswill. Ob. cit.).

24 Eichenlaub et al. Ob. cit.

tigando al receptor de alguna manera. El sentido ético del su-
peryó se evidencia aquí como parámetro de análisis e incide en
la integración del órgano a la vida del trasplantado, pudiendo
ser rechazado por patrones morales de los recursos hermenéu-
ticos preestablecidos en el texto.

La expulsión del nuevo órgano muchas veces admite diversas
variables, e incluso conjugadas, que no se reducen a solamente
factores psicológicos. El sentimiento de culpa como la expul-
sión del órgano nuevo y su aceptación en la familia de órganos
pertenecientes al paciente, conducen a circunstancias fisioló-
gicas en las que el sujeto incurre en vómitos, diarrea o consti-
pación. Lo mismo cabe decir de la sensación del cuerpo abierto,
en la que el individuo no deja de sufrir dolores en las costillas
o un dolor continuo en la parte del tejido cosido en la cirugía.
Estos dolores pueden llegar a ser agudos y el rechazo del nue-
vo órgano termina por envolver una valoración negativa que
se transmite en la textualidad de la narrativa más allá de toda
evidencia objetiva. Algo similar ocurre con la representación de
objetos insertados en el cuerpo propio, se produce una imagen
según la cual el injerto es un objeto extraño, extranjero, que
permanece ajeno a todo intento de apropiación. Lo importante
aquí es que el órgano, pese a la experiencia cotidiana postras-
plante, es sentido como un objeto extraño, un sentimiento re-
lacionado con la disfuncionalidad, y de incompatibilidad con el
cuerpo vivo del paciente, independiente de toda sensación rela-
tiva al sí mismo de la subjetividad experiencial. En tales casos,
el deseo de transparencia queda encubierto por la imagen de
una prótesis, de algo externo y sin sentido de pertenencia, que
no llega a internalizarse en una forma singularizada del cuerpo
mismo del sujeto.

Los estudios psicológicos llevados a cabo desde el psicoanálisis
y retomados por la hermenéutica profunda, aplicados a enfer-
medades crónicas como lo involucrado en el acontecimiento

del trasplante, apuntan a esclarecer y determinar las fantasías primarias, y de qué manera obstaculizan la simbolización en la internalización procesual del injerto. De este modo, el complejo de trasplante se señala en la zona imaginaria (*imaginary zone*) donde los pacientes, en sus experiencias físicas, incluyen aspectos psicológicos a nivel de la imagen corporal. Por eso el campo imaginario es entendido en un amplio alcance, que incluye la imagen corporal del sujeto enraizada en las fantasías primarias y su vínculo con el cuerpo fisiológico, según la distinción estructural entre los sistemas consciente, pre-consciente e inconsciente. Esta diferenciación sistemática ejercida clínicamente es la que permite, en suma, dos cosas de importancia que confluyen en la emergencia de la evidencia subjetiva y en contra de la injusticia epistémica y hermenéutica. La primera, relativa a la circunstancia epistémica y ética del discurso en primera persona del paciente, es que el texto es tomado en toda su amplitud a través de un trabajo interpretativo relativo a reconocer su multidimensionalidad y la forma en que se relacionan sus diferentes instancias significativas. Esto posibilita, por un lado, desencubrir el relato en primera persona en toda su profundidad y, por otro lado, operar sobre el imaginario e investigar las diversas fantasías que pueden obstaculizar la integración del nuevo órgano. La segunda, permite reconducir la subjetividad experiencial hacia un control agencial que posibilite reconocer tanto la internalización del proceso de trasplante como el carácter proyectivo de una nueva simbolización; o, para ser más preciso, cierta exploración simbólica que permita abrir un horizonte de sentido concerniente a un equilibrio metaestable entre la regulación emocional subjetiva y las exigencias del ambiente.

