

RUPTURAS SOCIOPSICOLÓGICAS CAUSADAS POR LA ENFERMEDAD EN LA VIDA DE LAS PERSONAS

Lic. Psi. Fabricio Vomero*

“Partiendo de la idea de que culpar y criticar constituyen procesos sociales esenciales, la antropología reconoce que la medicina siempre está bajo el control de la comunidad y sus justificaciones siempre se examinan severamente. Y esto no se debe únicamente al hecho de que la salud, la vida y la muerte sean importantes en sí mismas. Toda enfermedad y todo desequilibrio corporal constituyen un terreno que exige justificación y, por lo tanto, un excelente material para el proceso de

culpar y justificar. En su forma más extrema, toda enfermedad da lugar a una acusación⁽¹⁾.”

Mary Douglas, 1988

El episodio de referencia, por demás complejo, revela la profunda alteración que causa la enfermedad en la vida de las personas. En primer término en lo que tiene que ver con el enfermo mismo, y en segundo término en relación con los familiares, para quienes la vida queda perturba-

1. Mary Douglas. (1998:52) *Estilos de pensar*. Gedisa. Barcelona.

da, momentánea o definitivamente. Esta radical transformación implica en alguna medida una *ruptura de la cotidianeidad, un quiebre de la sucesiva serie de los acontecimientos sociales de una persona*, donde se rompe la programación de roles, se alteran las actividades económicas⁽²⁾ y también la posibilidad de tomar decisiones por sí mismo, cuando queda alterado el ritmo de los acontecimientos en los lugares donde se toma conciencia del sí mismo, hecho que constituye una verdadera “mutilación del yo” en términos de E. Goffman⁽³⁾. Incluso puede suceder una suerte de retracción social, por ejemplo en la rutina del sueño, de la alimentación, sumado a una condición de *desestabilización emocional*, donde pueden apreciarse estados de angustia, incertidumbre, inseguridad, dolor, estado general que la propia enfermedad propicia, y que se vive además dentro de instituciones.

La enfermedad debe ser comprendida en estos términos, como un acto

2. Pensamos en términos muy amplios que la enfermedad siempre en alguna medida altera la vida económica de un enfermo y su entorno, pues quedan suspendidas, por ejemplo, jornadas laborales parcial o totalmente, sumado también a que todo proceso de enfermedad produce gastos de diverso tipo, como cuestiones administrativas, desplazamientos, la obtención de fármacos, etc., que en ciertos casos resultan inesperados o imprevistos.

3. E. Goffman insiste también en que el propio proceso de *internación* genera tres problemas al enfermo: *la rotura de la intimidad personal*, la *afectación de la autonomía en la economía de los actos personales* y la *pérdida de la administración de uno mismo*. Ver: *Internados*, (1971) Buenos Aires. Amorrortu.

que produce *profundas consecuencias sociopsicológicas* en el universo relacional y subjetivo. El proceso de enfermedad y su resolución terapéutica implica en primer lugar una verdadera *desposesión del cuerpo* por parte del propio enfermo, pero también parcialmente de las personas que lo rodean. Las decisiones más fundamentales de la vida del enfermo pasan a ser *tuteladas* por un conjunto de personas e instituciones con las cuales el enfermo interactúa, pero que estrictamente, o al menos no en todos los casos, no puede elegir, o en caso de que si pudiera siempre esa posibilidad es limitada, nunca total.

El primer momento entonces es claramente de un *desplazamiento de poder* hacia la figura del médico y de la institución, cuestión central que deja a los actores que la vivencian en un estado de *desposesión efectiva sobre su vida y sus decisiones*. Esta desposesión implica que se puedan tomar decisiones sobre el cuerpo de los enfermos, y a la vez prohibir otras por parte de los familiares, quienes vivencian muchas veces tal estado, según notables expresiones populares, como de “estar en manos del médico” o estar literalmente “entregado”.

Tanto paciente como familiares quedan en un lugar muy pasivo, al paciente se le establece toda la rutina general, la comida, los horarios, las visitas, los medicamentos, quedando él y su entorno, en muchos

casos, fuera del ámbito de decisión de todo ese conjunto de fenómenos. El estado de tal proceso implica una gran vulnerabilidad en el paciente y su círculo próximo, pero fundamentalmente es posible que en los familiares puedan emerger, por el propio estado emocional, aspectos afectivos y manifestaciones conductuales que nunca emergerían en un estado, digamos, de “normalidad”.

La enfermedad propiamente *rompe el marco normal de la vida* de las personas y perturba subjetivamente. En el caso al que hemos dedicado nuestro análisis, la enfermedad de la señora esposa del que luego fuera el homicida, constituyó un proceso complejo, con innumerables atravesamientos subjetivos e institucionales, que resultaron al final en su muerte.

En el caso analizado tenemos a un hombre que mata a un médico, estando el primero en un claro momento de *duelo*, que se agrega además a un proceso de *desestabilización* producido por la enfermedad, a la internación, y a la notoria frustración resultante del fracaso de las diversas tentativas de “curar” a su esposa. La crónica de los sucesos posteriores a la muerte de la enferma, tal como pudimos reconstruirlos, sólo contribuyeron a agravar el cuadro desestabilizado del viudo.

De alguna forma, la cura quedó *abierta* desde el punto de vista sim-

bólico en tanto faltaron operaciones que *sellaran simbólicamente* el episodio médico.

En todos los diversos pasos que se fueron sucediendo faltaron sistemáticamente las explicaciones razonables que se solicitaban y el único médico en el que el viudo confiaba no firmó el certificado de defunción, dejando la muerte (para el viudo) dentro de una gran incógnita.

Los primeros mensajes telefónicos dirigidos al médico luego muerto no son hostiles, son sólo pedidos de respuesta, solicitudes del viudo de *razones*, explicaciones que le hagan comprender lo que pasó. Pero el médico no respondió, y la demanda de una respuesta se convirtió en manifiesta agresividad verbal, en forma de amenazas generales, aunque nunca en una manifiesta declaración de que lo mataría. Una cosa es una declaración de intenciones y otra distinta es pasar a la acción.

Según los testimonios que recogimos de algunos médicos, notoriamente el matador era considerado por ellos como un individuo *perturbado, patológico*⁽⁴⁾, y calificado como alguien *psiquiátrico*, denominación que podemos interpretar como *descalificadora*⁽⁵⁾, o de pérdida de razona-

4. Según establecieron algunos de los médicos que tuvieron que ver en el caso y se entrevistaron con nosotros en el local de la mutualista salteña.

5. La descalificación total del diagnóstico psiquiátrico sobre las personas es algo extensamente estudiado. Ver, por ejemplo, Thomas Szasz, para quien el calificativo psiquiátrico le proporciona al paciente una verdadera

bilidad, porque una vez que alguien es catalogado de esa forma el crimen entra en la *lógica psiquiátrica*, causalizándose individualmente como la consecuencia de la conducta de un individuo trastornado, quedando relegadas otras lecturas, otras causas razonables o al menos esa *psiquiatrización del móvil y del criminal* subordina los acontecimientos a esa explicación⁽⁶⁾.

La pericia psiquiátrica realizada el 12 de enero de 2009⁽⁷⁾, a pesar de no representar un estudio profundo ni complejo del psiquismo del homicida, siendo solamente apenas unas pequeñas referencias acerca del estado mental actual del imputado, y construido a efectos de declarar su estado de responsabilidad en el crimen cometido, no confirmaría las suposiciones de los médicos entrevistados.

Allí se establece que Santiago Semino es jubilado, procede de Salto, es viudo y no tiene hijos. Su escolaridad es incompleta, cursando solamente hasta quinto año de escuela.

identidad deficiente, ilegítimando para el que lo sufre sus aspiraciones sociales y en definitiva se constituye en un proceso que *degrada al paciente*. (1970) (2000) *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires. Amorrortu.

6. Ver para profundizar el problema de la naturaleza de las pericias psiquiátricas y la cuestión de la función de la psiquiatría en general, Michel Foucault (2000). *Los anormales*. FCE. Buenos Aires.

7. La pericia se le realiza en el departamento de Paysandú, por técnicos de esa ciudad, debido especialmente a que los profesionales que podrían realizársela en Salto son psiquiatras que están involucrados con la atención de su fallecida esposa y los que el preso reclama. Foja 36 del expediente.

El examen psiquiátrico dice que al momento de realizado el mismo, el preso se encuentra lúcido, orientado en el tiempo y en el espacio, su memoria inmediata es normal así como también su memoria reciente. Su inteligencia es normal y los elementos clínicos que se destacan son su edad, 67 años, y se dice que mucho tiempo trabajó como guardia de seguridad, no presenta *antecedentes psiquiátricos*, pero sí presenta ideas *sobrevaloradas* con respecto a las circunstancias de la muerte de su esposa. También el perito lo encuentra algo *revindicativo* y cursando además un *duelo* del que no se especifican muchos detalles ni características.

Diagnostica, en definitiva, que no estaríamos ante un enfermo mental, que el periciado actuó con voluntad y con conciencia en el momento que efectuó disparos mortales y que, por lo tanto, es *responsable* de las consecuencias de sus actos. No necesita igualmente estar cuidado por terceros, pero *debe tener seguimiento psiquiátrico* por angustia y duelo, luego firma el breve documento el psiquiatra responsable⁽⁸⁾.

8. En la pericia igualmente no se caracteriza el duelo en su tiempo y su forma, más bien se lo considera en su generalidad. Sí existen elementos que complejizan el propio duelo, como la edad del Sr. Semino, el largo período de la enfermedad de su esposa, el estado de soledad. La extrema agresividad, amargura o enojo y la desconfianza, son característicos de la figura psiquiátrica de *duelo complicado*. Del 15 al 16 de marzo de 2009, el preso estuvo internado en el Servicio de Psiquiatría de hombres como consecuencia de un intento de autoeliminación.

El individuo entonces se encuentra en el momento de matar al médico, en un duelo importante y según insiste él mismo en sus declaraciones retomadas en el expediente, *completamente solo en el mundo*. El momento de duelo, en términos muy generales es un tiempo subjetivamente muy complejo, es un momento de quiebre de las defensas psicológicas y sociales, en el que Freud, establecía que: “...*el mundo se ha hecho pobre y vacío*”⁹). El sujeto está solo y no encuentra en los otros la respuesta a la comunicación que pide, y tampoco que le respondan de acuerdo a la normativa “esperable” para *suturar simbólicamente* el episodio de la enfermedad y de la muerte de su esposa. Necesita saber y que le respondan, y no encuentra ni una cosa, ni la otra. Y para agravar la situación la irrupción del médico en su casa y en la madrugada, termina de dar vuelta todo el *marco normativo* (cuestión que indicó S. Romero Gorski), invirtiendo todo el orden de los acontecimientos y al final habilita o posibilita el acto violento.

El estado mental en el que transcurrió los días el Sr. Semino durante la enfermedad de la esposa era relativamente conocido por la institución, para quien el homicida no era un extraño, y del que dicen sabían de su

9. Freud, S. (1917) (1996). *Duelo y Melancolía*. Tomo XIV. Obras Completas. Amorrortu. Buenos Aires.

probable agresividad¹⁰), a pesar de lo cual se le responde extrañamente.

Con él, la institución y los médicos tratantes actuaron en forma totalmente contraria a las recomendaciones de los psicólogos especializados en temas médicos, que insisten en que ante situaciones extremas y difíciles siempre hagan intervenir en las decisiones a los familiares muy directos (en este caso único) de los enfermos, y se los acompañe durante el proceso de enfermedad permitiéndole a este o estos poder procesar simbólicamente la situación de la mejor manera.

Pero un duelo que no puede ser procesado de esta manera, puede hacer quedar petrificado al que lo padece dentro de una experiencia imaginaria, irresoluble, que le habilita a producir comportamientos inconcebibles o al menos inaceptables en otro estado. Sabemos que la auto o hetero culpabilidad es un momento particular de todo proceso de duelo. Existe el momento en que el familiar se puede culpar a sí mismo, pero también

10. Debe señalarse que en el expediente se pueden encontrar testimonios que indican que el personal que atendía a la señora fallecida afirmaba que el Sr. Semino visitaba armado a su esposa en la mutualista durante la internación, dejando un supuesto revólver envuelto en una bolsa en la entrada. Revólver que es justo decirlo, nadie vio nunca. Este dato también fue confirmado en la entrevista grupal que realizamos con los médicos en la ciudad de Salto. También la *agresividad* del Sr. Semino era conocida por sus vecinos, uno de los cuales fue entrevistado por nuestro equipo en su propia casa, próxima a la del homicida, quien afirmó que apenas unos días antes del asesinato, había protagonizado el propio Semino un incidente grave, cuando atacó armado a un empleado de un comercio cercano.

en el que culpa a otros, situaciones muchas veces experimentadas y vivenciadas como episodios de violencia, agravadas en el caso en cuestión debido a la imposibilidad de sostener una relación social aceptable con el único médico que era de confianza para el viudo. El único médico al que el familiar dejaba intervenir sobre su esposa, con quien él pensaba que podía tener una relación más o menos estable, es el que no da respuesta, es el que responde con *nada*, es el que desaparece. Al romperse la relación social fundamental que con él creía tener, irrumpe el odio como el afecto preponderante. El odio brota en él, en pleno período de duelo y se une a mecanismos seguramente más habituales de respuesta del sujeto. El odio es por cierto, un afecto bien particular y primario. Freud afirmaba que el yo odia, aborrece y persigue objetos, a los que busca destruir cuando le causan displacer y lo amenazan: “*Los modelos de la relación de odio no provienen de la vida sexual, sino de la lucha del yo por conservarse y afirmarse*”. Freud, S. (1915)(1996):132⁽¹¹⁾.

El odio ubica al otro como un enemigo, al que en un momento extremo puede llegar a *dársele muerte*; dos elementos fundamentales que deben entonces ser señalados; primero, que no se odia a cualquiera y, segundo, que el sujeto odiado funciona como

alguien fundamental en la economía subjetiva del individuo que odia⁽¹²⁾.

El médico muerto es quien no firma el acta de defunción, es el que se vuelve inhallable, no considerando que la relación médico-paciente no concluye si hay un familiar en espera de explicaciones. La actitud del médico (muerto) se produce desconociendo el hecho profundamente estudiado en el ámbito de la psicología médica de que el mantenimiento de una buena relación médico-paciente desactiva las respuestas querellantes o cuestionadoras de los enfermos y familiares.

En la cita de M. Douglas del comienzo del texto, subrayábamos su planteamiento de que en el extremo *la enfermedad da a lugar una acusación*, debido a que justamente el proceso de desequilibrio que produce exige justificaciones.

Este caso revela dramáticamente este punto, porque incluso la propia acusación por parte del luego homicida resulta difícil de ser procesada por los médicos, así como también todo el proceso que devino tras la muerte de este médico, cuestión que queda patentizada por el enorme movimiento de los médicos por intentar comprender lo sucedido, en el que

11. *Pulsiones y destinos de pulsión*. Tomo XIV. Obras Completas. Amorrortu. Buenos Aires.

12. Tanto J. Lacan (1999. *Seminario número 5, Las formaciones del inconsciente*. Paidós. Buenos Aires) como J. Derrida (2000. *Dar la muerte*. Paidós. Barcelona, insistirán en la compleja relación de *identificación* que se produce con ese otro al que se odia y habría que destruir, que queda patentizada en la unión perpetua entre matador y muerto.

incluso se enmarca nuestro trabajo. “Generalmente, los médicos no estiman que la enfermedad pueda ser objeto de acusación y, para algunos, esta perspectiva puede ser desagradable. Pero como nuestro enfoque no es médico, sino antropológico, esta es la esfera más promisorio para comparar las construcciones rivales del terapeuta”. (M. Douglas (1998:52)

En este caso el acto homicida surge como una respuesta, no como un acto deliberado y racionalmente buscado por el matador. Podemos incluso hipotetizar sobre el hecho de que nunca intentó agredir al doctor G., sino que siempre elaboraba amenazas molestas y perturbadoras, que si bien eran a distancia, estaban sí cargadas de violencia verbal, y tuvieron como efecto perturbar la vida del médico.

Pero el acto homicida fue una acción que en psicoanálisis se conoce como *acting out* (que como bien plantea Sonia Romero Gorski en la primera parte del informe), se produce tras una irrupción insólita en la madrugada, digamos totalmente “fuera de lugar”. Un *acting out* es una acción generalmente agresiva y también aislable dentro de las actividades más o menos normales en la vida de una persona.

Evidentemente la comprensión de este suceso solo puede ser parcial debido al hecho que tampoco nos proponemos evaluarlo en la economía subjetiva del matador, cuestión por

demás compleja y que requeriría un trabajo de otro carácter.

En resumen quisimos mostrar, en un caso extremo, cómo la enfermedad puede perturbar radicalmente la vida de las personas, tanto de enfermos como de familiares, temporal o duraderamente, pero insistiendo en que también es alterador de la vida de los agentes que se encargan de resolverla, en niveles todavía por analizarse.

Los procesos de enfermedad y curación, con sus múltiples determinaciones, sociales y psicológicas, son vividos en la actualidad en contextos institucionales muy complejos, lo que provoca que se produzcan relaciones sociales conflictivas.

**Licenciado en Psicología, Maestrando en Antropología, FHCE.
Becario en el Proyecto del Fondo
Clemente Estable**