

La comunicación constituye un tema central y difícil, acaso uno de los más álgidos en la práctica de la medicina paliativa. El título de este artículo pretende poner de manifiesto dos problemas relacionados. Por un lado, el de la comunicación en general; por el otro, y más específicamente, el carácter problemático que cobra la comunicación en nuestro campo de prácticas.

I- La comunicación como campo problemático

Según una concepción clásica, el lenguaje se reduciría a una función de mero instrumento, apto entre otros, pero el más apropiado sin dudas para la comunicación humana. Se trataría de un elemento independiente del pensamiento, al cual se añadiría a los fines de su expresión y transmisión intersubjetiva.

En la misma dirección, los estudios de la llamada Teoría de la Comunicación han aportado un modelo clásico, de relativa vigencia en la conceptualización de los procesos comunicacionales. En dicho modelo, la comunicación se presenta como un sistema, compuesto por un Emisor y un Receptor, que se encuentran mediados por un Canal, medio a través del cual tiene lugar la comunicación; el emisor selecciona elementos del Código, los cuales son combinados a los fines de producir el Mensaje. Referirnos al lenguaje en tanto que código supone que se trata de un sistema de conversión entre significante y significado, de carácter unívoco (ya que las reglas que componen dicho sistema son concebidas como "no ambiguas").

Dicha teoría conceptualiza un tipo de emisor ideal, que compone un mensaje decodificable sin equívocos por un receptor igualmente ideal, quien simplemente comparte el mismo código y entiende perfectamente de qué está hablando el otro, concluyendo en un sentido único y unívoco la significación del mensaje. De este modo, en condiciones ideales, el mensaje decodificado por el receptor coincide con el mensaje emitido, y el malentendido es concebido como un producto contingente de aquello que la teoría conceptualiza como "ruido" en la comunicación, es decir, cualquier elemento que entra en el canal y que no forma parte del mensaje (al modo de la interferencia de los aparatos de comunicación). Esta especie de "accidente" (tal es la concepción respecto del malentendido) es reducible a través de la metacomunicación, posibilidad abierta a los participantes de referirse a alguno de los elementos del proceso.

Si bien se reconoce el papel activo del receptor en la decodificación (los llamados procesos interpretativos), es el emisor, reducido a un agente puramente intencional, quien decide el sentido del mensaje. Las palabras valen a modo de señales, en la medida en que se supone su univocidad, su valor idéntico para ambos participantes de la comunicación.

Se trata en principio de un abordaje no privativo de lo humano, según el cual las conductas comunicacionales (tal es el término adjudicado a la comunicación por esta teoría) aparecen como flujos de información, elementos sensoriales destinados a producir una respuesta en el receptor.

Desde una concepción radicalmente diferente, la del psicoanálisis lacaniano, el referirnos a la comunicación humana supone considerar la estructura del lenguaje y sus efectos de determinación sobre el sujeto hablante. Terreno absolutamente exclusivo del hombre, ya que la llamada capacidad de simbolización introduce características distintivas y excluyentes respecto del resto de las especies.

Pensemos en los sistemas de señales propios de la comunicación animal; una característica central de los mismos es la falta de distancia respecto de los referentes de la comunicación (como aquellos comportamientos de algunos insectos que señalan la cercanía y dirección del alimento). Su carácter fundamental es que no admiten interrogación por parte del receptor acerca del sentido del mensaje. Algo por cierto opuesto a lo que ocurre con la palabra, tan consustancial con las dimensiones del engaño y el equívoco, aquello que lleva al oyente a preguntarse acerca del sentido de lo que el otro quiere decir cuando habla.

Entremos entonces en el terreno de la Teoría del Significante lingüístico. Según F de Saussure, la lengua constituye un sistema formal de diferencias, elementos que sólo cobran valor a partir de la oposición con los restantes; no se trata, como en la concepción anterior, de un código de relaciones unívocas entre signos y una cosas, sino del conjunto de los significantes, cada uno de los cuales no significa nada en sí mismo, sino sólo en y por su articulación recíproca. La polisemia del significante (es decir de la palabra oída, en tanto puede remitir a diferentes significaciones) base del carácter equívoco del lenguaje, constituye un punto nodal. Esta posibilidad presente en cada palabra de convocar en el oyente significaciones múl-

tiples es absolutamente idiosincrásica, distintiva de cada sujeto. Es como si cada uno de nosotros contara con un tesoro de evocaciones asociada a cada elemento de la lengua; la consecuencia más importante de esto es aquello que Lacan conceptualiza como poder discrecional del oyente, según el cual "*el sentido de un discurso depende de quien lo escucha*" (1)

En la cotidianeidad, gran mayoría de los intercambios lingüísticos se sostienen en una serie de sobrentendidos, base de la creencia en la comprensión mutua, así como de los más hilarantes malentendidos. Cuando comprendemos, atribuimos a las palabras del otro el sentido que les daríamos en el caso de ser emitidas por nosotros, permanente intercambiabilidad entre los voes constituyente de la ilusión del "buen diálogo".

Antes de analizar las incidencias de ambas posiciones en relación al tema que nos convoca, será preciso considerar algunas características del tratamiento contemporáneo de la muerte en nuestra cultura, ya que puede afirmarse que la comunicación en Medicina paliativa se plantea sobre un escenario cuyo trazado está organizado en torno del rechazo de la muerte.

II- La muerte salvaje

A pesar de que se repita desde tiempos inmemoriales "que la muerte nos iguala", los hombres no han muerto del mismo modo a lo largo de los siglos. La obra de Ph. Aries constituye una referencia fundamental en el estudio de las actitudes sociales frente a la muerte a lo largo de la historia.

Según este autor, los últimos siglos han representado una profunda transformación en la perspectiva occidental respecto de la muerte. Hasta bien entrado el siglo XIX, la muerte constituye un hecho social, que modifica el tiempo y espacio de la comunidad a la que concierne. Ceremonias funerarias, cortejos, rituales colectivos, como parte de un andamiaje simbólico imaginario destinada a recibirla y conjurarla. El paciente gravemente enfermo mantiene una relación activa y advertida con su muerte: se muere sabiéndolo. Es decir, todo lo que puede saberse sobre la propia muerte, dentro de la particular relación que con ella mantiene todo ser hablante (aquella que Freud supo especificar como irrepresentable). Dentro de la cosmovisión de la época, es preciso saber para saldar las "cuentas pendientes con la vida" (la confesión religiosa, el testamento, la última voluntad).

La llegada del siglo XX nos muestra una notoria inversión del panorama. En un verdadero impasse sobre su carácter subjetivo y social, la "muerte salvaje" traduce en Aries la forma contemporánea de tratamiento de la muerte, caracterizada por su exclusión pura y simple. Borramiento de su carácter público y social

(desestructuración de rituales colectivos, no más muerte en el grupo), desdibujamiento de su carácter subjetivo (medicalización de la muerte, no más sujetos que mueren). De este modo, "morir sin darse cuenta", la forma de muerte considerada como más espantosa en la Edad media, pasa a constituir en la actualidad un curioso ideal de la civilización.

En palabras de J. Allouch: "*la muerte medicalizada no es la de alguien que se relaciona con el acto formidable y solemne de la muerte; es la de un asistido, al que se trata como a un niño. Porque aquí está la paradoja sobre la que volveremos pronto: aún cuando su muerte se ha vuelto la más espantosa, no hay más que niños, sea cual sea su edad, que mueren. Se miente al enfermo sobre su estado como se miente a los niños enfermos, por deseo de protegerlos.*" (2)

Territorio irrepresentable, la muerte es algo que sólo puede ser bordeado por la imagen, por el símbolo. No se trata en esta relación problemática, en ese punto de impasse para todo ser hablante, de algo creado por la cultura; por el contrario, en última instancia, estas actitudes históricas no representan sino intentos, por parte de los colectivos sociales, de respuestas a ese agujero. Pero, podríamos pensar, las prácticas y discursos que constituyen las formas sociales de tratamiento de la muerte en cada grupo humano producen efectos diferenciales en la subjetividad, más o menos propiciatorios para su elaboración.

III- De nuestra práctica

Volvamos a la cuestión de la comunicación. ¿Cuáles serían entonces las consecuencias de las posiciones mencionadas respecto al tema que nos ocupa?

El primer modelo presupone que las palabras emitidas por el médico, por ejemplo, van a ser comprendidas sin equívocos por el paciente. Que cualquier enunciado tendrá el mismo valor para ambos, siempre que el paciente disponga del código necesario, soslayando por ende la interpretación en juego en todo acto de palabra (dejemos de lado la complejidad introducida por el lenguaje técnico propio del discurso científico).

Desde la otra concepción, a la cual adherimos, concebimos una distancia, un margen incierto, siempre presente por estructura, entre lo que se dice y lo que el otro entiende.

¿Qué desprender de eso para nuestra práctica? En principio, la premisa de no sobrentender, no dar por sentado el destino de las palabras; contar con esa brecha como dato clave, no para eliminarla, ciertamente (esto iría en contra del planteo de este trabajo), sino para considerarla en cualquier intento de abordaje comunicativo.

Sin embargo, el destino más o menos incierto de cualquier enunciado no nos quita responsabilidad res-

pecto de nuestras palabras; desde ya, la dimensión siempre presente del malentendido no puede ni debe justificar el ocultamiento y la mentira con pretextos "más o menos bienintencionados".

La citada tendencia a la objetualización de los pacientes con diagnóstico de enfermedad terminal constituye un rasgo de enorme incidencia en la cotidianidad de nuestro trabajo, subyacente al manejo restrictivo de la información sobre diagnóstico, pronóstico, y chances terapéuticas, tanto por parte de familiares como de los profesionales intervinientes. Para quienes trabajamos en relación a esta problemática, seguramente resonarán los dichos tantas veces escuchados respecto a la conveniencia de que el paciente no sepa, que no se entere *se va a deprimir, se va a venir abajo*, etc.

Creemos necesario analizar por separado las situaciones correspondientes a los profesionales y a la familia, dado el carácter asimétrico de la relación en juego. En este último caso, son conocidas las resistencias de algunos familiares a la transmisión de información, aún en las situaciones en las que el propio paciente lo solicita. Tema que en la bibliografía sobre cuidados paliativos suele aparecer reseñado como "conspiración" o "muro de silencio".

En el caso de una demanda de saber sobre su enfermedad por parte del paciente, y considerando que se trata de un proceso, se trabajará con la familia, tratando de situar la dificultad en juego, y dando lugar a los tiempos necesarios para su elaboración (lo cual nos remite a las problemáticas del duelo y de la angustia). Como todos sabemos, en no pocas situaciones el paciente refiere, en el diálogo con el equipo, que conoce la gravedad de su estado, más allá de los dichos de la familia.

En relación a los profesionales, sabemos del malestar que genera la transmisión de información relacionada con situaciones de pronóstico acuciante para el paciente. Entendemos que el problema de la información no puede ni debe ser tratado más que caso por caso. Todo intento protocolizado corre el riesgo de aplastar las particularidades, quedando el equipo interviniente en la posición de predicar explícita o implícitamente acerca de lo que sería bueno o deseable para el otro.

Como en otros ámbitos de la práctica de la medicina paliativa, la decisión acerca de qué y cuándo hablar debe quedar, creemos, del lado del paciente. Será también preciso amoldarse a que las palabras que circulen reflejen su propia forma de nombrar la enfermedad. Por otra parte, todo intento compulsivo de forzamiento de la palabra constituye una estrategia errónea e ilegítima desde el punto de vista ético

Tanto el ocultamiento y la mentira como la evaluación "salvaje" de información (sin considerar la particularidad de lo que el paciente sabe y pide saber, así como la dimensión de temporalidad en la que se despliega el proceso) tienen resultados altamente desfavorables desde el punto de vista subjetivo, tanto para el paciente como para su familia. En la práctica, ocultamiento sistemático e información salvaje constituyen caras de una misma moneda, articuladas por igual al rechazo de la muerte.

Quizás la Medicina Paliativa pueda constituir una práctica que vaya en un sentido diferente al de ese rechazo, en la recuperación del valor subjetivo y social del proceso de morir.

Notas

1- Lacan J. *Escritos I*. Variantes de la cura tipo pag 311. Siglo XXI Editores

2- Allouch J. *Erótica del duelo en el tiempo de la muerte seca*. (1995) Edelp. Pag 155

Bibliografía

-Allouch J. *Erótica del duelo en el tiempo de la muerte seca*. (1995) Edelp

-Aries Ph. *Morir en occidente*. (2000) Adriana Hidalgo Editora

-Freud, Sigmund. *Consideraciones de actualidad sobre guerra y de muerte*. Ap II: "Nuestra actitud ante la muerte" (1915) Biblioteca Nueva

-Massotta O. *Lecciones de introducción al psicoanálisis*. (1977) Cap III. Gedisa

-Sluski, Carlos. *Teoría de la comunicación*.

(*) Lic. Juan Giussi. Ex residente de Psicología del HIGA "Prof. Dr. R. Rossi" La Plata Integrante del equipo de Medicina Paliativa del H.I.G.A Prof. "Dr. Rodolfo Rossi" La Plata.