



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**La relación del sujeto con su cuerpo en
una experiencia de trasplante**

TESIS PRESENTADA POR

Gabriela Almonte García

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

Maestra en Psicología

COMITÉ TUTORIAL

Mario Orozco Guzmán (Tutor)

Doctor en Psicología

David Pavón Cuéllar

Doctor en Psicología

Flor de María Gamboa Solís

Doctora en Estudios de Género

REVISORES

Alejandra Cantoral Pozo

Maestra en Psicología Clínica

Alfredo Emilio Huerta Arellano

Maestro en Psicología Clínica



MORELIA, MICH., JULIO DE 2014



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**La relación del sujeto con su cuerpo en
una experiencia de trasplante**

TESIS PRESENTADA POR

Gabriela Almonte García

gabrieladil@hotmail.com

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

Maestra en Psicología

COMITÉ TUTORIAL

Mario Orozco Guzmán (Tutor)

Doctor en Psicología

David Pavón Cuéllar

Doctor en Psicología

Flor de María Gamboa Solís

Doctora en Estudios de Género

REVISORES

Alejandra Cantoral Pozo

Maestra en Psicología Clínica

Alfredo Emilio Huerta Arellano

Maestro en Psicología clínica



MORELIA, MICH., JULIO DE 2014

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN.....	4
CONTEXTUALIZACIÓN.....	6
CAPÍTULO I EL ORDEN MÉDICO.....	18
1.1 Pequeño esbozo histórico de la medicina.....	19
1.2 El orden médico ¿Discurso sin salida?	30
1.3 Características de la medicina actual.....	40
CAPÍTULO II EL CUERPO.....	46
2.3 La noción de cuerpo en la obra de Jacques Lacan	47
2.2 El cuerpo desde los estudios de género	72
CAPÍTULO III TRASPLANTES EN EL ARTE	76
3.1 Literatura	78
3.1.1 El mambo de la reposición	78
3.1.2 Trasplante obligatorio.....	91
3.1.3 Coma. El fantasma del tráfico de órganos	120
3.2 Pintura.....	129
3.2.1 Robert Hardgrave. La pintura después de un trasplante	130
3.2.2 Sir Roy Calne, el médico pintor	138
3.2.3 Caricaturas	141
3.3 Cine.....	154
3.3.1 Trasplante a la mexicana.....	154
3.3.2 Las manos de Orlac.....	163
3.3.3 La Isla	173

3.3.4 Repossession- Harvesting	178
CAPÍTULO 4 EL TRASPLANTE Y SUS EFECTOS. UNA APROXIMACIÓN DESDE LO TESTIMONIAL	188
4.1 El testimonio como herramienta metodológica	188
4.1.1 Puntualizaciones generales sobre el testimonio	189
4.1.2 Testimonio y Psicoanálisis	206
4.2 Fragmentos testimoniales de sujetos que han recibido un trasplante	224
4.2.1 María. “Nada más era yo con mi mamá”	233
4.2.2 Alicia. “La enfermedad a los valientes”	243
4.2.3 Jean-Luc Nancy. “Ya no tengo un intruso en mí: yo lo soy”	258
4.2.4 Gabriel Granados. “Otra vez mis brazos”	274
4.3 Consideraciones ulteriores sobre los testimonios.....	295
CONCLUSIONES	307
REFERENCIAS	310

RESUMEN

La presente investigación tiene el objetivo de aproximarse a la relación que el sujeto tiene con su cuerpo después de recibir un trasplante a partir de donador (a) cadavérico (a). Primeramente, se revisa lo referente al discurso médico y el cuerpo desde el psicoanálisis pues dichos aspectos enmarcan el tema. Posteriormente, se fundamenta la metodología usada en este trabajo que es el testimonio, el cual busca dar lugar a la palabra de sujetos que recibieron diversos tipos de trasplante (renal, cardíaco y de brazos). En esta investigación se plasman y analizan cuatro fragmentos testimoniales. Dos de ellos son de carácter público pues aparecen en un libro y un programa de televisión. Los otros dos fueron entrevistas realizadas en un hospital local. Los hallazgos muestran cómo, según la particularidad de cada sujeto, emergen actitudes, reflexiones y preguntas sobre el cuerpo después de haber recibido un órgano ajeno, de un donante desconocido.

PALABRAS CLAVE:Trasplante, Cuerpo, Subjetividad, Testimonio

ABSTRACT

This research aims to show the relationship between the subject and his/her body after receiving an organ transplant from a cadaveric donor. First, a review of medical discourse and the concept of body in psychoanalysis have been made. Afterward, the methodology of testimony is sustained. The testimony aims to highlight the word of the subjects that have received a kidney, heart or arms transplant. This research analyzes four testimonies. Two testimonies are public, as they appear in a book and in a TV show. Other two testimonies were obtained from public hospital interviews. The findings show how each subject brings out attitudes, thoughts and questions about the body after receiving a foreign organ from an unknown donor.

KEYWORDS:Transplant, Body, Subjectivity, Testimony

INTRODUCCIÓN

Hoy en día el trasplante de órganos se ha convertido en un tratamiento recomendado para muchas enfermedades crónicas. Por medio de técnicas e instrumentos médicos se ha conseguido la supervivencia del sujeto después de un trasplante. Si bien desde lo orgánico parece haber quedado todo resuelto, en el aspecto subjetivo emergen una serie de fantasmas, representaciones y preguntas, que muestran la trascendencia de esta experiencia.

Esta investigación busca conocer algo sobre la relación que el sujeto mantiene con su cuerpo en una experiencia de trasplante, a partir de donador (a) cadavérico (a). Dicho objetivo se intentará despejar a través de una revisión bibliográfica y el análisis de algunos fragmentos testimoniales. A continuación se describirá la estructura de este trabajo en aras de tener una idea general de su contenido.

El primer apartado consiste en una contextualización sobre el trasplante de órganos. Se narran las principales noticias, a nivel nacional y mundial, que hablan de estadísticas, leyes, experimentos y novedades sobre el trasplante. Esto con el fin de vislumbrar la situación actual y futura de dicha técnica.

Ahora bien, el primer capítulo aborda la cuestión del contexto médico donde se realizan los trasplantes. Se hace una revisión de lo que ha sido la medicina en siglos anteriores, las secuelas que esto ha dejado, y las nuevas posibilidades que ofrece.

En el segundo capítulo se aborda el concepto del cuerpo, puesto que es sobre esta superficie que el trasplante tiene lugar. Al comienzo se hace un escrutinio de

ciertos seminarios de Lacan para conocer la postura psicoanalítica. Después, se reflexiona sobre el cuerpo en las investigaciones de género.

La tercera sección plasma las manifestaciones artísticas que tienen como núcleo el tema del trasplante. La literatura, pintura y cine son algunas de las áreas donde aparecen de manera explícita mitos, creencias y leyendas urbanas sobre dicho tema. En cada eje se analizan críticamente tres obras que hablan de alguna arista del trasplante, por ejemplo, el tráfico de órganos, la donación obligatoria y la producción de órganos artificiales.

El cuarto capítulo resulta ser el apartado medular que sustenta esta investigación. Consta de dos momentos principales: el primero, sustenta el testimonio como una herramienta metodológica de investigación revisando su etimología, historia, uso del término, y la relación que guarda con la teoría psicoanalítica. En el segundo momento, se describe y analiza el testimonio de cuatro sujetos que recibieron un trasplante, se lleva a cabo un análisis crítico de algunas enunciaciones que pueden hacer explícita la relación del sujeto con su cuerpo.

Ahora que se tiene un bosquejo general de la presente investigación no queda más que adentrarse al misterioso mundo del trasplante de órganos y vislumbrar el impacto que éste tiene.

No hemos conquistado la inmortalidad, pero el camino está abierto.

Anne Marie Moulin

CONTEXTUALIZACIÓN

El trasplante de órganos se define como “la transferencia de un órgano de un individuo a otro, que se integra al organismo” (Ley General de Salud, 2012). Los trasplantes tienen ciertas clasificaciones, una de ellas es según las partes del cuerpo injertadas:

- 1) Órganos: Corazón, Hígado, Intestino, Páncreas, Pulmón, Riñón
- 2) Tejidos: Córneas, Piel y tejido músculo-esquelético
- 3) Células: células progenitoras obtenidas de la médula ósea, la sangre periférica, el cordón umbilical o el hígado fetal.

Y según el tipo de donante:

- 1) Donante vivo- Cuando la persona que dona sigue vivo después de haber donado uno de sus órganos, o parte de alguno de ellos que tiene la capacidad de regenerarse, todo esto después de pasar por una serie de pruebas de compatibilidad entre el/la donante y quien requiere el órgano.
- 2) Donante cadavérico- Es aquel sujeto que fue diagnosticado con muerte cerebral y del que solo se pueden mantener sus funciones básicas por medio de la ventilación artificial; o bien aquella persona que ha sufrido un paro cardíaco.

Ahora que se tiene conocimiento de los tipos de trasplantes posibles, es necesario hacer un paréntesis para señalar que la presente investigación se enfocará principalmente en los trasplantes de órganos a partir de donador (a) cadavérico (a), esto con el fin de acotar el campo de estudio tan vasto que representa la experiencia del trasplante.

En otro orden de cosas, respecto a los datos estadísticos referidos al trasplante, encontramos que el Global Observatory on Donation and Transplantation (2010) ubica a México en el lugar 18 de 70 en el índice de trasplante a partir de donador cadavérico, y el sexto lugar en el continente Americano con 484 trasplantes superado por Argentina con 846, Brasil con 2,946 y Estados Unidos con 10,622. México ocupa un lugar alto en la lista de trasplante del continente, pero también se puede ver que entre el primer y segundo lugar, y así sucesivamente, la cantidad de trasplantes varía en enorme cantidad. Por otro lado, haciendo una comparación con los países que realizan más trasplantes, el IMSS reporta que en México, “la tasa de donación de órganos es de cuatro por cada millón de habitantes, mientras que en España es de 40 y en Estados Unidos esta tasa es de 36” (Rodríguez, 2012, párr. 7).

A nivel estatal, El Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) menciona que Michoacán, ocupó en 2011 el noveno lugar en el número total de donaciones con 16. Siendo el Distrito Federal y Nuevo León los dos primeros lugares con 54 y 37 donaciones respectivamente. El CENATRA (2014) también muestra que en lo que va del año se han realizado en México 750 trasplantes de órganos, de los cuales 704 son de riñón, 36 de hígado y 10 de corazón. Sin embargo, el número de personas en espera de un trasplante de órganos es de 11, 051, de las cuales 10,581 necesitan un riñón, 399 un hígado, 50 un corazón, 13 riñón-páncreas y 8 un páncreas.

A partir de los datos señalados anteriormente podemos advertir que la cantidad de trasplantes que se realizan es mínima en comparación con la demanda de órganos existente. Al parecer en nuestro país sigue habiendo esa resistencia ante la donación, y si lo pensamos detenidamente no suena tan ilógico debido a las leyendas urbanas que existen sobre el tráfico de órganos, la falta de confianza en los servicios públicos de salud, la evitación del tema de la muerte y la falta de información sobre la dinámica que se sigue en un proceso de donación y trasplante.

A pesar de la falta de donantes, los avances médicos se desarrollan a un paso acelerado, por lo que resulta importante presentar a continuación un breve panorama sobre las innovaciones que se ofertan hoy en día en materia de trasplantes. Así, se conocerá de manera general las posibilidades que brindan, los procesos subjetivos que se juegan y las consecuencias que acarrearán estos nuevos trasplantes.

Para comenzar, se hablará de una modalidad de reciente aparición en el campo de las donaciones entre personas vivas, las *donaciones en cadena*. Esto surge debido a que, muchas veces quien necesita un trasplante no es compatible con el amigo o familiar que está dispuesto a donarle. Sin embargo, si éste último decide donar a alguien más con quien sí es compatible, se formará una cadena donde todos los que necesitan órganos los recibirán. La donación en cadena asegura el mantenimiento e incremento en la tasa de trasplantes, la cual es mayor en España, país considerado "líder mundial en trasplantes" (Prats, 2014, párr. 10). De esta última frase devienen algunas preguntas ¿Qué beneficios trae ser el país que realiza más trasplantes? ¿Una satisfacción por otorgar a los /las pacientes nuevas posibilidades con dicho tratamiento? y/o ¿Dinero por parte del Estado, fama, prestigio?

Ahora bien, el problema que se puede presentar en las donaciones en cadena es que algún integrante desista en su intención de donar, poniendo en peligro los enlaces que se han formado. Es por ello que se han realizado algunas medidas: la primera, efectuar las operaciones lo más rápido posible; y la segunda, hacer una serie de entrevistas y pruebas psicológicas que “aseguren” que los donadores no se arrepentirán. Pero, ¿Qué tipo de prueba podría aseverar esto?, que se les pida a alguien estar “totalmente” seguro (a) de la decisión ¿acaso no clausura la libertad en una toma de decisión? Además, habría que preguntarse, ¿Cuáles serían los efectos, a nivel subjetivo, de no recibir los órganos del familiar sino de alguien más? ¿Qué fantasías se desplegarían? ¿Qué ocurriría cuando la cadena se llegará a romper?

Pasando a otra noticia de trasplante, suele pensarse que para llevar a cabo un trasplante, primero se remueve el órgano que no cumple adecuadamente con su función dentro del organismo. Sin embargo, en el caso de Tison Smith esto no ocurrió así. Debido a la insuficiencia cardíaca que este hombre padecía y a la alta presión de la sangre en sus pulmones, resultaría mortal quitarle su corazón y trasplantarle otro. “Por lo que el doctor Copeland decidió realizar en el paciente una cirugía que consiste en enlazar su débil corazón a uno nuevo para lograr que los dos corazones puedan trabajar juntos”(CNN, 2011, párr.6). En ese cuerpo hay dos órganos haciendo la función de uno, o ¿Dos personas haciéndose uno, tal como en las metáforas del amor?

Hoy en día se pueden trasplantar no solo los órganos sino también partes externas del cuerpo que antes se creía inimaginable intercambiar, por ejemplo, la cara. A la fecha se han realizado 23 intervenciones de este tipo, y fue en Marzo de 2010, en Barcelona, cuando ocurrió el primer trasplante total de cara. El sujeto que se sometió a tal operación había sufrido un accidente que le dejó severos daños faciales y había pasado por nueve cirugías parciales antes de ser considerado candidato para ese trasplante.

También es el caso de Richard Lee Norris de 37 años de edad quién tras haber sufrido una lesión por arma de fuego y a pesar de realizarse varias cirugías reconstructivas, usó por 15 años una máscara para no mostrar su rostro. En este ejemplo se puede notar cómo la cara puede llegar a ser lo que sostiene la identidad del sujeto, semblante desde el cual se instituye una forma de relacionarse con los demás y consigo mismo; tanto que en el folclor popular no son pocas las frases en torno a esta parte del cuerpo. Por ejemplo: “Caras vemos corazones no sabemos”, “Al mal tiempo buena cara”, “Enfrentarse cara a cara”, “Ver la cara”, etc. Estos enunciados evidencian cómo esta parte del cuerpo tiene un soporte simbólico expresado a través de metáforas y metonimias.

Siguiendo con el caso de Richard, este hombre recibió en Marzo de 2012 un trasplante de cara, que conllevó 36 horas de cirugía pues se le reconstruyó nariz, barbilla, dientes, labios y parte de la lengua, siendo los ojos y la garganta los únicos rasgos que se mantuvieron con la misma forma. Uno de los médicos que realizó la operación menciona: “el rostro se verá como una mezcla del donante y de Richard”(Park, 2012, párr.5) pues las diferencias entre las pieles de ambos pueden percibirse en el pecho y el cuero cabelludo. De esta forma, pareciera que en estos trasplantes los rasgos del donante no podrían pasar desapercibidos, abriendo quizás la posibilidad de una identificación con el donante.

Otro trasplante novedoso es el de la mano, el cual fue realizado por primera vez con éxito en 1998 a Clint Hallam. Sin embargo, pese al buen resultado de la cirugía, este hombre se negó a tomar la medicación postrasplante generando así un rechazo de la extremidad. Él decía no soportar la mano; “mentalmente ya me he desconectado de ella, pero a medida que fue aumentando el rechazo, caí en la cuenta de que no era mía, y si esto es todo lo que puedo esperar el resto de mi vida, prefiero no tenerla”(Whittells, 2000, Desconectado de ella, párr.1). Hallam comentaba a las personas que lo entrevistaban que la mano constantemente se le

hinchaba, que tenía que usar un guante pues la diferencia de color en la piel entre la mano y el resto de su cuerpo captaba la atención de todo (a) el (la) que lo mirara y que para él era muy traumático ver esa mano a la que consideraba ajena. Por ello, tres años después solicitó la amputación de la mano, sin embargo, se enfrentó a muchas resistencias de los médicos que lo habían operado, incluso algunos se negaron a hacerlo pues veían en él la evidencia de su conocimiento y las posibilidades técnicas; finalmente todo se resolvió cuando uno de los médicos accedió a remover el injerto.

Un trasplante que ahora resulta posible es el de extremidades, incluso existe la Fundación Pedro Cavadas la cual “consciente de la magnitud de la minusvalía que una amputación bilateral de manos ocasiona”(Clínica Cavadas, 2009, párr.1) está dispuesta a realizar trasplantes de manos a pacientes que cumplan ciertos requisitos como: haber perdido ambas manos, vivir en España, estar cubierto por el Sistema Nacional de Salud, no presentar enfermedades crónicas y estar dispuesto a cumplir con el tratamiento quirúrgico, inmunosupresor y de rehabilitación.

También resulta novedoso el trasplante doble de piernas realizado por primera vez en 2011 por el Dr. Cavadas. Este procedimiento sólo se lleva a cabo cuando existe una amputación por encima de las rodillas de ambas piernas y no puede adaptarse a prótesis. Los médicos comentan que de no ser así la relación riesgo-beneficio no sería favorable para el paciente pues esta operación implica una inmunosupresión de por vida y una rehabilitación muy prolongada. La cirugía del trasplante de manos y brazos se considera igual de difícil que la de piernas pero, según los médicos, es más complicado encontrar un buen donante de piernas pues estas se desgastan con más facilidad. En cuanto a la rehabilitación es muy parecida a la de un trasplante de brazos, sin embargo, en este caso “las extremidades trasplantadas deben sostener todo el cuerpo” (Carrión, 2011, p.48). Pero ¿Cómo sostener un cuerpo?

Un trasplante bastante polémico fue el de pene, realizado por un grupo de médicos chinos, a un hombre que tras sufrir un accidente “quedo con un pene de apenas un centímetro, con el que no podía orinar ni tener relaciones sexuales” (Sample, 2006, párr.2). Le colocaron el pene de un joven de 22 años con muerte cerebral, pero a pesar de que médicamente el trasplante fue un éxito, después de dos semanas se le tuvo que retirar el injerto, debido a “un grave trastorno psicológico sufrido en el receptor y en su esposa” (Sample, 2006, párr.8). Esto podría ser una evidencia de lo que plantea Godefroy(2011) sobre el implante, pues nos dice: “el implante se ve, es un síntoma en relieve que por consiguiente hace significativo” (p. 206). Un síntoma que habrá que dilucidar tanto en el discurso de ese hombre sino también en el de su esposa, pues se comenta que el trastorno ocurrió en ambos.

Es importante destacar el hecho de que se hable de “receptor” para referirse a quien recibe el órgano. Se lo reduce a una condición médica, a un estatuto según el órgano y la experiencia del trasplante, a un cuerpo sin sujeto, sujeto a nada, “desposeído de su nombre propio, siendo desde ahora nombrado [...] por su enfermedad [...] ‘el enfisema de la cama X’ o el ‘Riñón de la cama Y’ (Godefroy, 2011, p. 4).

Después de todos estos antecedentes es necesario plantear ahora otra variable de gran valor en esta esfera, se trata de la donación de órganos, la cual al ser menor en relación con la demanda existente ha desembocado en el tráfico de órganos y otros métodos que plantean cuestiones éticas.

En el caso de China, la necesidad de órganos “ha obligado a que la mayoría de los usados en trasplantes provengan de prisioneros ejecutados, sólo en casos en que se cuenta con autorización previa”(CNN, 2012). Sin embargo, la supervivencia

de las personas que reciben este tipo de trasplantes es bastante reducida en comparación con otros países pues dichos órganos presentan gran cantidad de infecciones por hongos y bacterias. Además, el gobierno ha pedido mayor mesura al emplear la pena capital y que en su lugar se aumente el número de campañas que fomenten la donación. No obstante, se prevé que estas medidas serán implementadas totalmente en un lapso de tres a cinco años.

Otro suceso cada vez más frecuente es el *tráfico de órganos* que según el Protocolo de la ONU para la Prevención de tal delito, éste ocurre “cuando una tercera parte contrata, transporta, transfiere o guarda un órgano usando fuerza, fraude o coerción para aprovecharse de la vulnerabilidad de una persona y extirparle un órgano y negociar con éste”(Carrizo, 2007, párr.17). A pesar de la ilegalidad implicada en esta situación, hoy en día se ha vuelto una realidad. Ejemplo de ello lo presentan Hamelin y Mesmin (2009) en su documental *Riñón a la venta* donde se filma cómo un joven viaja en busca de hospitales y traficantes que le puedan vender un riñón para su madre. A esto se le conoce como *turismo de trasplantes* y se concentra en naciones pobres como la India, Filipinas, Pakistán, Egipto y China.

Tabarrok (2010) en su artículo *El mercado de la Carne* hace un análisis de las políticas que han realizado o realizarán algunos países para poder dar abasto a la solicitud de órganos. Comenta por ejemplo que Irán es el único país donde es legal la remuneración económica por la donación de un órgano, comenzó en 1988 y eliminó la escasez de riñones en 1999. Opera a través de la Asociación de Pacientes de Diálisis y Trasplante (Datpa por sus siglas en inglés) fundación sin fines de lucro administrada por voluntarios a la que acuden los pacientes que no han recibido un órgano de donante fallecido y que no tiene donador vivo compatible. La Datpa busca dentro de un grupo de candidatos, cuál donador resulta más compatible; después de haber donado, el gobierno le paga 1,200 dólares y le proporcionará cobertura limitada de seguro de salud por un año.

También, por medio de la Datpa, las personas que reciben el trasplante abonan a sus donadores una suma de entre 2,300 y 4,500 dólares; y cuando no pueden pagar tal cifra algunas organizaciones de beneficencia lo hacen.

Muchos países han aplaudido el procedimiento implementado en Irán tanto que están evaluando sistemas de incentivos y castigos no monetarios para fomentar la donación de órganos como es el caso de Singapur, donde quien declare su negativa a ser un posible donador tendrá poca prioridad en la lista de espera en caso de necesitar un trasplante modalidad que operaría bajo el lema “no ofreces, no recibes”.

De igual modo, Israel pretende recompensar las donaciones con un lugar preferencial en la lista de espera, esto a través de un sistema de puntajes. Por ejemplo, se otorgará un punto si un pariente en primer grado ha firmado su tarjeta de donador, o 3.5 puntos si un pariente en primer grado ha donado previamente un órgano. En estos intentos de fomentar la donación sería interesante reflexionar hasta qué punto el estado estaría autorizado a castigar a quién no desee donar sus órganos y qué consecuencias traería.

El cuerpo se ha convertido en moneda de cambio, a tal grado que en internet se suele encontrar anuncios de personas que desean vender sus órganos. Esto se ilustra en las siguientes frases: “por problemas económicos estoy dispuesto a donar parte de mi vida para salvarte a ti y a mí, soy un joven de 27 años “O” positivo”(Salud, 2010, párr.1), o “tengo problemas económicos. Estoy en quiebra. Vendo riñón. Soy a positivo, estoy sano, soy deportista. Dispuesto a hacerme las pruebas que solicite. Precio: 350 mil pesos”(León, 2014, párr.7).

En el municipio de Apatzingan, Michoacán en Abril del 2012, un paciente con enfermedad renal hizo pública su necesidad de un nuevo riñón poniendo carteles

en distintas partes de la ciudad donde “proporciona dos números de teléfono celular para que lo contacten, y ofrece pagar los estudios clínicos que comprueben la compatibilidad entre donador y receptor del riñón”(Prado, 2012, párr.1). Este tipo de anuncios no son ilegales en sí, es sólo hasta que se concreta la transacción y el dinero cambia de manos cuando se puede penalizar a los participantes de este trato hasta con 16 años de cárcel.

Arturo Dib Kuri, director del Centro Nacional de Trasplantes menciona que los anuncios mencionados anteriormente han estado apareciendo más frecuentemente desde hace dos años y que dicha institución ha buscado contactar a estas personas para intentar disuadirlas.

Cada tres o cuatro meses nos metemos a la red y tratamos de contactarlos para hacerles saber que lo que están intentando hacer es un delito pero nuestra experiencia ha sido muy pobre. O no contestan, o contestan con una broma o es un número erróneo [...] Otros, empero, sí han accedido a retirar sus anuncios, al enterarse de que la venta de órganos está penada por la Ley General de Salud (Dib citado en León, 2014, Mercado ilegal, párr.4).

Como hemos podido observar, la principal razón por la que algunas personas toman la decisión de vender una parte de su cuerpo es la necesidad de obtener dinero y salir de una difícil situación económica. Sin embargo, en otros contextos, es el medio para poder obtener algo deseado, por ejemplo la libertad. Es el caso de las dos hermanas Scott, quienes “después de 16 años en una prisión de Mississippi, Estados Unidos, fueron liberadas bajo la condición de que una donara un riñón a la otra”(CNN, 2012, párr.1). Pero también, con la venta de una parte del cuerpo se busca una forma de vida exigida por la sociedad de consumo, un estatus. Esto se ilustra con el caso del joven chino que vendió su riñón para comprarse un iPhone y una iPad; o un veracruzano que ofertaba sus órganos

pues mencionaba: “es la única forma en que voy a ver todo ese dinero junto en toda mi vida, no quiero seguir viviendo con 30 mil pesos al año” (León, 2014, Para salir de deudas, párr. 4). De esta forma, algún órgano corporal, puede representar un negocio, éxito, dinero, libertad, entre otros.

Por otro lado, un aspecto del trasplante poco conocido es la cantidad y las condiciones de supervivencia al recibir un trasplante. Evidenciándose así que muchas veces, desde lo institucional, sólo se trata de cumplir con un procedimiento médico sin considerar las nuevas circunstancias en que vivirá el sujeto. Por ejemplo, los cambios en la dieta, la medicación postrasplante y sus efectos secundarios, “alteraciones metabólicas, procesos infecciosos y cambios en la apariencia física” (Burgos, Amador, & Ballesteros, 2005, p.385).

Rafael Matesanz, director de la Organización Nacional de Trasplantes, considera que la supervivencia que tienen las personas que reciben un trasplante depende de muchos factores. Sin embargo, el rubro de los servicios de salud es el que parece tener más peso en ciertos contextos, pues muchas veces el tratamiento posterior a la cirugía del trasplante, que implica medicamentos bastante costosos, no está cubierto por el seguro médico. Esto puede ser una causa de la siguiente estadística: “alrededor del 86% de quienes reciben trasplante renal en España siguen vivas después de 10 años, un porcentaje 20 puntos superior al de los pacientes trasplantados en Estados Unidos (67%)” (Europa Press, 2011, párr.1).

Un último punto a mencionar en esta contextualización son los denominados *criterios ampliados*. Debido a la ya mencionada escasez de órganos, se empieza a considerar como donadores (as) a personas de edad muy avanzada (mayores de 60 años), infantes (menores de 2 años), pacientes sin latido cardíaco, con enfermedades sistémicas (ej. Hipertensión arterial y diabetes) y con anomalías anatómicas (en la forma de los órganos). En estos casos el dilema radica en “determinar hasta qué punto el uso de estos criterios es más útil que

riesgoso”(Orret & Trujillo, 2006, párr. 4). Pero también, se trata de una serie de condiciones donde el desvalimiento y quizás la poca disposición hacia la donación sean un componente principal. Además, esto hace preguntar ¿En quién radica la decisión y autorización de la donación y el trasplante? Puesto que en la ley personas con retraso mental o determinadas patologías psiquiátricas no pueden ser candidatos a recibir un trasplante. ¿Existe la discriminación en el trasplante de órganos? ¿De qué forma opera? ¿A quién se excluye?

Como se pudo observar en este breve apartado, en la donación y el trasplante de órganos se cuenta con una gama de acontecimientos sobre los que conviene reflexionar pues “elsiglo XX se cierra alimentándose con sueños de inmortalidad, sin haberprogresado en realidad en la comprensión” (Moulin, 2006, p.65) de los efectos subjetivos de tales operaciones. Ahora que se ha ofrecido un panorama general de la temática no queda más que continuar con la inmersión en los capítulos específicos de esta investigación.

Lo que desde la creación del mundo había sido motivo de afanes y desvelos por parte de los sabios se hallaba ahora en mis manos.

Víctor Frankenstein- Mary Shelley

CAPÍTULO I EL ORDEN MÉDICO

Este capítulo comienza con una pregunta que plantea Márquez (2012) y es la siguiente ¿por qué estudiar la historia de [...] la medicina, la enfermedad y la salud? (p.11) Debido a que, como se mostró en la contextualización, los trasplantes parecieran pertenecer exclusivamente al ámbito médico, desde los exámenes para determinar quién es más apto para este tipo de procedimiento, la operación quirúrgica para realizarlo, la dieta favorecedora, los medicamentos que constituyen el tratamiento post trasplante, el hospital que se certifica para la *procuración* de órganos y el personal de médicos y enfermeras que dicen estar seguros (as) de lo que es mejor para el/la paciente en estas circunstancias. Así pues, no existe ningún espacio, ámbito, aspecto, o característica que no haya sido abordado por la medicina, que si bien ha producido nuevas posibilidades para la curación de diversas enfermedades, se extiende, muchas veces, sin dejar lugar a la subjetividad.

En este primer capítulo se intentará reflexionar sobre un aspecto específico de la medicina, su discurso. Si bien existen otros factores que la conforman como: lo real del cuerpo, las particularidades históricas, económicas y políticas. Lo que se busca enfatizar es cómo el sujeto queda relegado en este campo y eso tendrá consecuencias, algunas de ellas evidentes en los fragmentos testimoniales posteriores, por ejemplo cómo tal discurso medía la percepción que se tiene sobre el trasplante.

1.1 Pequeño esbozo histórico de la medicina

Hoy en día todos damos por hecho el carácter de lo médico, desde la necesidad de las vacunas en la infancia, las instituciones de salud pública implementadas por el estado, el hospital como lugar salubre donde acuden las personas enfermas para ser tratadas, etc. Pero a tal punto se ha normalizado esta práctica que ya casi nadie se pregunta ¿Desde cuándo existe la medicina? ¿Qué acontecimientos la han marcado? ¿Qué ha permanecido igual y que ha cambiado de ella a lo largo de la historia? Márquez (2012) menciona que todas las promesas que hoy en día nos ofrece la medicina no hacen más que apartarnos “de la posibilidad de comprender cómo, en épocas anteriores o en sociedades diferentes de las occidentales y occidentalizadas, se resuelve la apuesta por la salud, individual y colectivamente” (p.11).

Es por lo anterior que en este subtema lo que se pretende realizar es un análisis histórico de algunos hechos que en su momento transformaron los conceptos, las creencias y las percepciones que se tenían respecto a la medicina, además de evidenciar el contexto social que lo hizo posible. De este modo la historia de una ciencia ya no será simplemente la memoria de sus errores pasados, o de sus medias verdades, sino que será el análisis de sus condiciones de existencia, de sus leyes de funcionamiento y de sus reglas de transformación. (Foucault, 1996, p.13).

Un crítico importante que mostró como se fue construyendo un elemento básico de la medicina, su discurso, es Michael Foucault (1996) quien en su ensayo titulado *La crisis de la medicina y la anti medicina* plantea algunas premisas fundamentales que se revisarán a continuación.

Para entender el papel que tiene la medicina hay que tener en cuenta el contexto, ya que cada cultura establece los ámbitos de lo normal, lo patológico, lo doloroso,

lo desviado, entre otros. Por ejemplo, existen lugares donde al menor síntoma de malestar físico se acude al médico, quien prescribe los medicamentos para calmar algún desorden ocurrido en el organismo debido a una falla fisiológica. Esto difiere de comunidades donde las enfermedades son tratadas por curanderas o brujos quienes las consideran un desequilibrio del sujeto con las fuerzas de la naturaleza o con los vínculos que ha establecido con otras personas. Por lo tanto, no es tan obvio y fácil establecer qué es lo que debe ser tratado por la medicina, “en último término no existe un ámbito que le pertenezca de pleno derecho y de modo universal” (Clavreul, 1983, p.13). Así, menciona Foucault (1996), el error de la medicina es suponer que conoce “lo que en todos lugares y en todos los tiempos debería ser considerado como enfermedad” (p.13) y por ello impone la normalización de las enfermedades y sus tratamientos.

Es a partir del siglo XVIII que la medicina se expande de tal manera que pronto “comienza a no tener campo exterior”(Foucault, 1996, p.50). La creencia de que la medicina es individualista queda refutada, en tanto que se trata de “una práctica social, y solo uno de sus aspectos es individualista y valoriza la relación entre el médico y el paciente” (Foucault, 1996, p.56).

Pero, ¿por qué se afirma entonces que la medicina es una práctica social? Foucault (1996) plantea que existen tres aspectos de suma importancia para la incursión y expansión de la medicina en las sociedades. El primero de ellos fue el surgimiento de la denominada Medicina de Estado principalmente en Alemania a comienzos del siglo XVIII, la cual consideraba que el conjunto de cuerpos de los ciudadanos era lo que constituía su fuerza, pues mientras se contara con gente en condiciones óptimas para realizar el trabajo se lograría una amplia producción de bienes que podrían intercambiarse con otros países, asegurando así, la afluencia monetaria. Es por ello que en 1764 se creó la policía médica, modelo extremadamente estatal y administrativo que: permitió una completa observación de la morbilidad a través de la información exigida a hospitales y médicos,

concentró el saber en la universidad y en un grupo de médicos al dejar en sus manos la acreditación de nuevos profesionistas, estableció una oficina administrativa que reunía la información de cómo se llevaba a cabo la práctica, y por último permitió que el Estado nombrara a funcionarios médicos que se harían responsables de una región. Así, el médico terminaba realizando tareas más relacionadas con la contabilidad, estadística o administración que con la práctica médica en sí.

Si nos detenemos a reflexionar, esto no suena tan alejado de nuestra realidad, pues la práctica médica se ve incluida y a veces absorbida por trámites burocráticos concentrados en instituciones gubernamentales. La administración de información suele estar administrada por un pequeño grupo de médicos, que si bien a través de esos datos pueden obtener y llevar recursos a dónde son necesarios (pues se conoce las enfermedades que aparecen y se propagan), también conduce a preguntar ¿Hasta dónde todo esto es un dispositivo más de vigilancia, control y poder?

El segundo aspecto que relata Foucault (1996) es la Medicina Urbana que se suscita en Francia a finales del siglo XVIII. La ciudad se vuelve el principal lugar de comercio y producción donde aparece una población obrera que genera tensiones políticas al agruparse y sublevarse. Esto hace que surja y se incremente una actitud de temor frente a la ciudad y sus costumbres, principalmente por parte de la burguesía.

Por lo tanto, se propone un régimen de higiene pública donde la medicina jugará un papel importante al cumplir tres funciones. La primera de ellas fue analizar los espacios donde se depositaban los desechos que podían causar enfermedades. Los médicos aconsejan trasladar los cementerios y los mataderos a las afueras de la ciudad. “Surge el cementerio individualizado [...] un verdadero ejército de muertos tan bien alineados a los que se pasa revista, pues era necesario

controlar, analizar y reducir ese peligro perpetuo que constituyen los muertos” (Foucault, 1996, p.63).

Lo anterior había sido ya revisado por Freud (1912-13/1996) en lo que él denominó el *tabú de los muertos* que podía revelarse más nítidamente en algunas tribus de Polinesia y África como los maoríes quienes creían que cualquier persona que tocara un cadáver o participara en su entierro quedaba totalmente impuro de manera que se le restringía la interacción social. “No podía entrar en ninguna casa, acercarse a persona o cosa alguna, sin contagiarlas con su misma propiedad. Más aún: ni siquiera podía tocar alimentos con sus manos, por su impureza” (p.19).

La segunda función de la medicina urbana fue controlar el tránsito de los elementos, principalmente el agua y el aire pues en esa época existía la creencia de que “frialdad, calor, sequedad o humedad se transmitían al organismo y que el aire ejercía por acción mecánica una presión directa sobre el cuerpo” (Foucault, 1996, p.63). Entonces, para lograr la ventilación de lugares como los mercados y las plazas se ordena el desalojo y la destrucción de las casas que se encuentran amontonadas principalmente en los puentes. Es decir, existe un entorno enfermizo que puede provocar afecciones sino se siguen las regulaciones estatales que se imponen pero a tal extremo que el simple hecho de estar en contacto con elementos necesarios para la vida como el agua y el aire podían representar una condena de malestar y enfermedad. Muestra de ello es lo que se relata en la novela de Camus (1995) *La peste*, pues al cremarse los cuerpos infectados por esta enfermedad surgían una serie de vapores que se extendían sobre los barrios aledaños y los “habitantes pensaban que la peste se abatiría sobre ellos desde lo alto del cielo. De tal modo que hubo que dirigir hacia otra parte los humos por medio de un sistema de complicadas canalizaciones” (p.125).

La tercera función de los médicos franceses fue organizar la distribución del agua (fuentes, desagües, bombas, lavaderos, etc.), que debía ser extraída de lugares específicos donde no se hubiera contaminado. Ejemplo de esto es el primer plano hidrográfico de París creado en 1742. De esta manera, se revela como el entorno, la naturaleza, era considerada intimidante para el ser humano y se asemeja al planteamiento freudiano sobre el desvalimiento infantil del ser humano en el cual éste transforma los elementos naturales a los que teme en dioses a quienes puede rendir tributo para evitar su furia. Sin embargo, en el siglo XVIII no ocurrirá una transformación divinizante sino una planeación minuciosa sobre el correcto uso de los recursos.

Así, la medicina ya no solo se remitía al cuerpo enfermo sino a las cosas, a los elementos de la naturaleza, a los espacios geográficos. “No se pasó del análisis del organismo al análisis del medio ambiente. La medicina pasó del análisis del medio al de los efectos del medio sobre el organismo y finalmente al análisis del propio organismo” (Foucault, 1996, p.65). Todo esto hace que el cuerpo se inscriba en un contexto riesgoso que puede incluso provocarle la muerte pero que con la organización, control, vigilancia y empleo adecuado aparentemente estará a salvo.

La medicina urbana también impulsó la relación de la medicina con otras ciencias como la química, la física, la geografía, y por último, consiguió establecer algunos conceptos como la cuarentena, la salubridad y la higiene pública que permitieron controlar a las sociedades en pro de la salud.

La cuarentena, resulta una noción interesante puesto que aparecía en dos modalidades. Una fue la que se acataba con la lepra y se caracterizaba por expulsar al/a enfermo (a) a una zona marginal; y la otra se instituía con la peste, donde ciudades enteras y sus ciudadanos (as) quedaban aislados (as). Se distribuía a los individuos dentro de un contexto grande pero buscando separarlos y tenerlos vigilados con el propósito de “verificar su estado de salud, comprobar si

vivían o habían muerto, y en mantener así a la sociedad en un espacio dividido, inspeccionado, constantemente vigilado y controlado por un registro lo más completo posible de todos los fenómenos ocurridos” (Foucault, 1996, p.62).

La noción de cuarentena puede verse ejemplificada en la ya mencionada novela de Camus (1995) “La peste”, donde se plasman las medidas que se tenían que acatar en pro de una posible y casi milagrosa curación. En cuanto al (a) enfermo (a), éste (a) tenía que acudir al hospital donde se hacían los registros correspondiente, después en el centro de un lago se le solicitaba que se quitara su ropa y se pusiera una bata de hospital, luego pasaba a que se le inyectara algún suero y se le drenaran los bubones característicos de la enfermedad,. Por último, se le asignaba una cama donde por lo general terminaba muriendo. El personal sanitario debía desinfectar el material que había estado en contacto con el (la) enfermo (a), llamar a la ambulancia que trasladaba el cadáver a una fosa, registrar la muerte en las estadísticas, cerrar y desinfectar la casa del enfermo y por último recomendar a los familiares “que se sometieran a una vigilancia sanitaria” (Camus, 1995, p.38), la llamada cuarentena de seguridad.

Además en esta novela se cuenta como toda la ciudad fue cercada, nadie podía entrar ni salir de ella.

Los periódicos publicaron decretos que renovaban la prohibición de salir y amenazaban con penas de prisión a los contraventores. Había patrullas que recorrían la ciudad. De pronto, en las calles desiertas y caldeadas se veían avanzar, anunciados primero por el ruido de las herraduras en el empedrado, guardias montados que pasaban entre dos filas de ventanas cerradas.(Camus, 1995, p.78).

Lo que hizo posible el tercer y último aspecto de las atribuciones médicas fue, según Foucault (1996), la medicina de la fuerza laboral. Ésta se originó en

Inglaterra donde las personas con menos recursos económicos tenían funciones vitales en la sociedad pues realizaban encargos, repartían cartas, retiraban basura, acarreaban agua, etc. Con el rápido desarrollo industrial se aumentó ese estrato social convirtiéndose en una amenaza política para las clases altas, además de que se empezó a contar con medios que hacían innecesarios los servicios que prestaban estos ciudadanos. Todo esto aunado a la epidemia de cólera de 1832, hizo que “se cristalizaran temores políticos y sanitarios con respecto a la población proletaria” (p.67). De esta manera, se instituye la denominada “ley de pobres” donde se buscaba ofrecer servicios médicos a las personas que no podían pagarlos pero esto con la intención de que se sometieran a controles médicos específicos (como la vacunación y el chequeo constante) y proteger así a las clases con más recursos que eran las que subsidiaban los costos de tales medidas.

Así, la medicina se constituye en un instrumento de poder al servicio de la clase dominante bajo la apariencia de una labor de asistencia social y ejemplos de ello abundan en nuestro país donde partidos políticos, empresas o el Estado ofrecen programas de apoyo sanitario y alimenticio en zonas marginales para poder conservar la fachada de solidaridad y equidad que les permita seguir enriqueciéndose.

Lo que se ha relatado sobre la evolución de la medicina dio como consecuencia que en el siglo XIX se originara “una medicina que consiste esencialmente en un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas para que fueran más aptas para el trabajo y menos peligrosas para las clases adineradas” (Foucault, 1996, p.68). También, como resultado de lo anterior aparecen tres tipos de práctica médica que funcionaban al mismo tiempo; el asistencial que atendía a los pobres, el administrativo que se hacía cargo de problemas de salud a gran escala, y la consulta privada a la que acudían las personas con recursos económicos.

En nuestro país pareciera que seguimos funcionando con este modelo médico pues muchas personas que no cuentan con un trabajo estable recurren a programas donde se les brinda atención médica gratuita. Sin embargo, habría que preguntarse ¿Qué tanto este tipo de programas intentan ocultar las desigualdades sociales existentes? Además ¿Desde cuándo el Estado asumió o se vio obligado a garantizar la salud de sus habitantes? Si bien hemos visto que la salud influye en el trabajo y por lo tanto en la economía, en épocas anteriores la salud no era un asunto del Estado sino una relación del sujeto con su cuerpo, con sus sensaciones y dolores, que se curaban a través de rituales o prácticas comunitarias.

Algo que también es necesario describir en este apartado, y que se desarrolló paralelamente a las diferentes concepciones sobre la medicina, es el origen y la evolución del *hospital*. Según Foucault (1996), este espacio fue primeramente un hospicio para las personas que vagaban en las calles de las grandes ciudades. Se trataba de un lugar para ir a morir y estaba a cargo de personas (la mayoría religiosas) que buscaban realizar obras de misericordia ayudando a las almas desdichadas a encontrar su salvación espiritual. La presencia del médico era poco frecuente y no se hacía nada por tratar de curar a los enfermos.

Una situación importante en este ámbito, fueron los hospitales marítimos en los cuales había un gran desorden pues muchos navegantes que llegaban a tierra decían estar enfermos y en el hospital escondían diversas mercancías evadiendo el control económico de la aduana. Esto trajo como consecuencia la creación de los reglamentos hospitalarios, “a partir de ese momento se podían inspeccionar los cofres y registrar su contenido; si se encontrasen mercancías destinadas al contrabando, sus dueños serían castigados. Así surge en este reglamento una primera indagación económica” (Foucault, 1996, p.74).

Igualmente el cambio en las funciones militares (de un entrenamiento simple y barato para una pelea a uno más técnico y costoso para el uso de armas como el fusil) hizo que los hospitales tuvieran que responder a otras demandas como:

1) vigilar a los hombres en el hospital militar para que no desertaran, ya que habían sido adiestrados con un costo considerable; 2) había que curarlos para que no fallecieran de enfermedad; 3) había que evitar que, una vez restablecidos, fingieran estar todavía enfermos y permaneciesen en cama (Foucault, 1996, p.73).

También sucedió que en Europa muchos médicos, como el inglés Howard y el francés Tenon comenzaron a realizar viajes con el objetivo de llevar a cabo encuestas sobre el funcionamiento de los hospitales y conocer así la cantidad de enfermos que se albergaba en el establecimiento, la proporción entre enfermos y camas, la organización más útil del espacio, el tamaño de las salas, el sistema de ventilación y los índices de mortalidad y de cura.

Tenon estudiaba asimismo los recorridos, desplazamientos y movimientos en el seno del hospital, particularmente el trayecto que seguía la ropa blanca, sábanas, ropa vieja, trapos utilizados para curar a los heridos, etc. Investigaba quién transportaba este material y a dónde se llevaba, cómo se lavaba y se distribuía. Según él, ese trayecto explicaría varios hechos patológicos propios de los hospitales. (Foucault, 1996, p.71).

Lo que se descubrió con estos viajes encuesta fue que el hospital no era tan curativo como se suponía, por lo tanto comenzó una reforma o legislación con el fin de purificar estos establecimientos de manera que la arquitectura hospitalaria fuera terapéutica por sí misma. Tal vez todo esto haya derivado en la reglamentación sobre salubridad que es requisito hoy en día, así como el hecho

de que exista una división concreta del espacio, por ejemplo el área de recepción, de urgencias, consultorios, entre otros.

Es así que el hospital se medicalizó, es decir, se transformó en un espacio que le correspondía exclusivamente al ámbito médico.

Desde el momento en que el hospital se concibe como un instrumento de cura [...] el médico asume la responsabilidad principal de la organización hospitalaria. A él se le consulta cómo se debe construir y organizar el hospital. Además, si el régimen alimentario, la ventilación, el ritmo de las bebidas, etc., hablan de ser factores de cura, el médico, al controlar el régimen del enfermo, se hace cargo, hasta cierto punto, del funcionamiento económico del hospital, que hasta entonces era un privilegio de las órdenes religiosas. (Foucault, 1996, p.78).

La concepción del hospital médico generó dos consecuencias importantes: la primera de ellas fue que la presencia del médico se volvió cada vez más inherente a dicho establecimiento. Las visitas a los enfermos ya no eran una o dos veces a la semana sino tres veces al día e incluso después se estipuló que un médico debía vivir ahí para acudir en los casos de urgencia (tal vez el comienzo de lo que se conoce hoy como residencias médicas).

La segunda consecuencia fue un registro permanente y exhaustivo de todo lo que ocurría en el hospital. Tal sitio se convirtió en una estructura de “registros y adquisición de conocimientos, ya no se trata de lo que fue escrito e impreso sino de lo que todos los días se registra en la tradición viva, activa y actual” (Foucault, 1996, p.79).

La novela de “La peste” nos muestra cómo desde el año 1947 ya se resaltaba en la literatura la importancia de las nuevas funciones médicas. Por ejemplo, se cuenta como se creó una Secretaría de equipos sanitarios cuando la peste se encontraba en la ciudad de Orán.

Parte de los equipos formados por Tarrou se consagraba aun trabajo de asistencia preventiva en los barrios excesivamente poblados. Trataban de introducir allí la higiene necesaria. Llevaban la cuenta de las guardillas y bodegas que la desinfección no había visitado. Otra parte de los equipos secundaba a los médicos en las visitas a domicilio, aseguraba el transporte de los pestíferos y con el tiempo, en ausencia del personal especializado, llegó a conducir los coches de los enfermos y de los muertos. Todo esto exigía un trabajo de registros y estadísticas que Grand se había prestado a hacer.(Camus, 1995, p.93).

Considero que esta cuestión de los datos de registro persiste en nuestra época donde parece que solo las estadísticas pueden mostrar la mejoría o la gravedad de una situación, como si el testimonio de una persona enferma no pudiera decirnos nada de la esperanza, la salud, los servicios hospitalarios, el Estado, entre otras cosas.

A través de este subtema, se ha podido dar cuenta de algunos acontecimientos en la historia de la medicina, los cuales son importantes pues nos muestran cómo su discurso, funcionamiento, campo de acción, beneficiarios, etc. no es algo que se haya establecido desde su origen sino que fue modificado por situaciones y factores sociales. Esto lleva a pensar en las condiciones en las que acaece un trasplante en la actualidad y preguntarnos cómo se modificarán en el futuro. Ahora bien, otra arista de la medicina sobre la que es necesario reflexionar es su

epistemología, el paradigma bajo el que se rige, lo cual se describirá a continuación.

1.2 El orden médico ¿Discurso sin salida?

La medicina se instituyó hace siglos y hoy en día su discurso es algo a lo que aparentemente nada ni nadie puede resistírsele. Entonces, ¿Cómo es que el discurso médico ha podido crear su imperio? ¿Quién lo autoriza? ¿Qué lo hace diferente a otros discursos? ¿Por qué este discurso pareciera no tener huecos ni fallas? ¿Qué efectos provoca? ¿Cuáles serían los actos de resistencia o críticas que se podrían realizar fuera de ese discurso? ¿Es el psicoanálisis una disciplina que podría proponer la ya mencionada crítica? o ¿Termina siendo un derivado de la misma medicina en tanto que surgió de ella? Las interrogantes antes mencionadas trataran de ser desarrolladas y discutidas en este apartado tomando como referencia la obra *El orden médico* de Jean Clavreul (1983).

Para comenzar este subtema es necesario aclarar lo que aquí se entiende por *discurso*, para ello retomaremos algunas palabras de Foucault (2010) quien lo presenta como una producción social organizada “en torno a contingencias históricas [...] que están sostenidas por todo un sistema de instituciones que las imponen y acompañan en su vigencia y que finalmente no se ejercen sin coacción y sin cierta violencia” (p. 15). También, en este apartado se hablará de la noción de *orden*, equiparado al término discurso, refiere a “una continuidad histórica de términos, principios y criterios” (Aliani, 2010, p. 149).

Ahora bien, ¿qué características son propias del discurso médico? Clavreul (1983) hace una reflexión extensa al respecto y a continuación se describirán algunos de los puntos clave que desarrolla. Primeramente, se dirá que el discurso médico se autoriza por sí mismo, es decir, si bien se basa en algunos efectos de curación en lo real del cuerpo, se coloca al extremo y establece como verdad sus enunciados. Los medios de producción y ratificación del discurso suelen ser los médicos,

instituciones, manuales, etc. Así, por ejemplo, “el libro del gran médico, su objetivo es informar y educar al público, sea médico o no, rematar con su autoridad lo que transmite” (Clavreul, 1983, p.25).

El orden médico “no es susceptible de ser defendido ni demostrado [...] se impone por sí mismo” (Clavreul, 1983, p.39). Es por lo anterior que, los médicos de la antigüedad que luchaban contra los demonios provocadores de males, estudiantes de medicina que realizaban clínica a partir de la mirada, anatomistas que diseccionaban cadáveres para conocer los secretos del cuerpo humano, etc., han sido trascendidos por el discurso médico, que no es de ellos, ni de nadie y que más bien podríamos representárnoslo a manera de una vestimenta que está a disposición de quien desee utilizarla. Es decir, “las imágenes estereotipadas que forman parte de la medicina; no son la sustancia del discurso médico” (Clavreul, 1983, p.25).

Además, el orden médico produce su propio lenguaje técnico, es decir, “va definiendo un sistema de enunciabilidad y funcionamiento del conocimiento acumulado, que permite a la lengua médica organizar un corpus. Conteniendo la relación entre las palabras y los cuerpos, generando reglas de formación y transformación de los enunciados verdaderos” (Aliani, 2010, p.149).

Otra característica del orden médico es su aparente eternidad, su esencia de discurso amo ha hecho que perdure a pesar de sus diferentes facetas. Clavreul (1983) menciona que algo de lo que se sirve el orden médico para sobrevivir son las nociones, los términos con los que hace existir a las cosas. “La utilización por aproximación de ciertos conceptos puede servir también como único fin al de la perpetuación del discurso dominante” (p.34). De-ciertos conceptos, tal vez por su aridez, por su asfixiante clima, que inmoviliza y no permite el alejamiento de nadie que haya transitado por ese camino.

En el caso del discurso médico, podemos notar cómo las conceptualizaciones que utiliza son precisas, no admiten ambigüedad, en tanto que aparentemente siempre terminan realizándose en el ámbito de lo real, lo concreto, es decir, en el organismo.

De modo que la biblioteca del médico no necesita ser abundante. Basta con [...] los tratados, los compendios, los resúmenes y los manuales. [...] Un estilo conciso, sin consideraciones vanas, que se inscriba directamente en una práctica: éste es el único estilo que cuadra con los médicos. Nada les convence más que un enunciado preciso sobre una enfermedad, una indicación terapéutica, un remedio nuevo. Pues no tienen tiempo que perder; lo único que siempre les hace sufrir es que les falte un saber aplicable. (Clavreul, 1983, p.40).

“El cuerpo médico no tiene ningún interés en ser dividido por consideraciones vanas, y ningún médico soporta verse subjetivamente dividido en el cumplimiento de su tarea cotidiana” (Clavreul, 1983, p.41).

Otro aspecto importante de la medicina es que a pesar de las modificaciones en materia de instrumentos o medicamentos, su discurso ha perdurado sin cambios sustanciales que lo modifiquen. “Desde los orígenes de la medicina hasta nuestros días cabe reconocer los mismos acentos, la misma ética, la misma ‘mirada’, los mismos desconocimientos”(Clavreul, 1983, p.32). Retomando el final de esta cita y considerando que el discurso médico parece moverse en el campo del saber absoluto, ¿a qué se refiere entonces Clavreul (1983) al mencionar “desconocimientos”? Nos dice que lo que omite la medicina “no son ignorancias, son [...] olvidos a propósito, [...] obstáculos epistemológicos que señalan los límites del saber y del poder médico” (p.31).

La cuestión de los desconocimientos en el discurso médico resulta análogo a lo que Freud mencionaba sobre las manifestaciones del inconsciente (lapsus, actos fallidos, chistes, olvidos, etc.), las cuales, al aparecer en el discurso o en el actuar muestran cómo el sujeto a pesar de su lucha por expresar únicamente los aspectos que considera socialmente pertinentes, no lo logra, y ello le señala los límites de discernimiento con respecto a su deseo inconsciente.

Ahora bien, pareciera que un olvido intencional del discurso médico es el sujeto, su verdad y su particularidad. Menciona Clavreul (1983) que “no podemos pretender salvar a la vez el discurso médico y el discurso del paciente”(p.48); como Uno o como Otro, lo que no aparece es el Sujeto.

Esta ausencia de sujeto puede observarse en los dos participantes principales del discurso médico. El primero de ellos es el enfermo, el paciente, que tiene un lugar claramente establecido y de-limitado caracterizado por la subordinación y que sirve como objeto donde se proyectan los signos de la enfermedad. El otro participante es el médico, el cual a pesar de su comodidad al moverse en el campo del discurso amo y de llevar a cabo a pie juntillas las medidas necesarias para la conservación de dicho orden, también se ve “llamado a acallar sus sentimientos [...] Se borra en cuanto persona ante las exigencias de su saber” (Clavreul, 1983, p.49). Es así que Camus (1995) plasma en su literatura como una persona comenta a un médico:

No tiene usted corazón, le habían dicho un día; sin embargo tenía un corazón. Le servía para soportar las veinte horas diarias que pasaba viendo morir a hombres que estaban hechos para vivir. Le servía para recomenzar todos los días; pero eso sí, sólo tenía lo suficiente para eso. ¿Cómo pretender que le alcanzase para dar la vida? (p.133).

Pero, ¿Acaso los médicos tienen posibilidad de mostrar su subjetividad en la práctica? Quizás sea complicado porque las situaciones de lo Real con las que se enfrentan están constantemente rebasando o poniendo a prueba su registro simbólico. Además, la demanda de los enfermos, de sus colegas y de la sociedad exige una respuesta de discurso médico, no de ellos como personas.

Por otra parte, a pesar de todo lo que establece y dicta este orden médico, si se reflexiona un poco, se puede notar cómo:

La medicina nunca habla de la muerte, a no ser para tratar de intentar postergar su plazo, nunca habla de la vida y del placer, a no ser para reglamentarlos; niega toda razón de vivir que no sea la razón médica que hace vivir, a la fuerza si hace falta. (Clavreul, 1983, pp.47-48).

Y es que interrogarse sobre la vida, la muerte, la castración, la falta y el deseo es imposible en este tipo de discurso pues su “malestar proviene de que es insoportable ser cualquiera y la medicina no tiene nada que decir sobre eso” (Clavreul, 1983, p.27). De esta manera, pareciera que el médico se ve compelido a encontrar la causa orgánica de un dolor, a responder a la queja o la demanda de alguien en base a un manual. Esto puede mostrarse en el testimonio del médico protagonista de la novela “La peste”, quien le comenta a un sacerdote:

La salvación del hombre es una frase demasiado grande para mí. Yo no voy tan lejos. Es su salud lo que me interesa, su salud ante todo [...] lo que yo odio es la muerte y el mal, usted lo sabe bien. Y quiéralo o no estamos juntos para sufrirlo y combatirlo. (Camus, 1995, p.152).

Otra cuestión que es digna de resaltar sobre el discurso médico es su propagación, la cual desde hace algunos años se ha realizado de manera insólita. Como se relató en el subtema anterior, la medicina ya no sólo se ocupa del cuerpo humano o de la crisis de la enfermedad (momento crítico) sino que ahora también domina el ámbito de enfermedades que ni siquiera han aparecido (prevención), o establece hábitos de vida (higiene). Es así que, “lo que la medicina constituye como discurso sobre el hombre sobrepasa ampliamente el tiempo relativamente restringido en que se produce el acto médico. Ese discurso habita continuamente en nuestro lenguaje y en nuestra ideología” (Clavreul, 1983, p.35). Sin embargo, solamente se llega a vislumbrar su poderío y extensión cuando sucede algo fuera de lo común como una nueva reglamentación sanitaria o un procedimiento que pone en entredicho asuntos morales.

Una característica que resulta interesante explicitar es la normatividad del discurso médico, pues define qué es lo normal y qué es lo patológico. Es decir, hace posible e incluso necesaria la nominación de situaciones que desde hace mucho ya existían pero que, o tenían otro nombre, o se les conocía en otros términos o bajo otras perspectivas. Así, “es preciso que exista el discurso médico para que una fatiga deje de ser atribuida a la pereza, una afección aguda a un castigo del cielo, una anomalía genética a un golpe del destino” (Clavreul, 1983, p.44).

La normatividad no solo está presente en los nombres de las enfermedades sino también en lo que Clavreul (1983) denomina *sanciones terapéuticas*, que refieren a los medicamentos o actividades prescritas por los médicos para llevar a cabo un tratamiento que desemboque en la cura de la enfermedad. “Ahora bien, “el ‘consentimiento’ del interesado a los análisis y tratamientos que se le ‘proponen’ no se hace evidente en ninguna parte” (p.43), más bien resulta ser, en varios casos, una presión social, familiar y del mismo discurso médico para someterse y aceptar un modo de vida medicalizado. Puede ser el caso de un trasplante que no

es deseado por el sujeto o que conlleva implicaciones de autonomía y dependencia hacia máquinas y medicamentos.

Además, pareciera haberse olvidado que han existido tratamientos erróneos con efectos fatales, a tal grado que al leer la historia de muchas enfermedades sorprende la terapéutica que se llevaba a cabo para erradicarlas. Por ejemplo, Franz Anton Mesmer, el creador de la teoría del magnetismo animal, ofrecía la cura de enfermedades a través de un método que consistía en introducir a muchos pacientes en una “cubeta de madera llena de agua con una barra metálica central en posición vertical” donde los enfermos unían sus manos sin perder contacto con el metal mientras sonaban algunas campanas y música religiosa interpretada por un coro. Incluso dentro del mismo campo del psicoanálisis Freud (1893-1939)relata en *Estudios sobre la histeria* cómo ordenaba a las pacientes tomar baños de agua caliente y masajes en las zonas donde aparecían dolores.

Pero entonces, ¿por qué perduran este tipo de tratamientos? Sencillamente por la razón de que “nadie podría oponer objeción alguna cuando se sabe que un tratamiento anodino puede terminar con una enfermedad o que una intervención técnicamente compleja puede salvar una vida perdida” (Clavreul, 1983, p.25). Aceptar la inminencia de la muerte no es algo sencillo y menos en la sociedad de occidente donde la muerte es un tópico que se encuentra fuera de cualquier discurso, algo que se intenta negar y que no se considera una etapa más de la vida, como algunos de nuestros ancestros lo creían.

La muerte, fracaso de la imagen de éxito, belleza y salud que promueve el consumismo y los medios de comunicación, deja un vacío que en la actualidad la medicina se ha empeñado en tapan a través de su “infalible” científicidad. Esto se verá a detalle en el siguiente subtema, por ahora solo diremos que es complicado rechazar este discurso médico, resistir a él. “¿Quién podría mantener su

provocación ante el orden médico? Sería una locura. Y la locura también ella es confiada a los médicos y está destinada a ser curada” (Clavreul, 1983, p.27).

Es así como existe una actitud ambivalente hacia la medicina en muchos sujetos pues es poco común que alguien rehúse un tratamiento que pueda salvarle la vida, sin embargo, los costos subjetivos pueden ser altos pues el sometimiento a su discurso suele ser determinante y permanente. Clavreul (1983) menciona que es necesario ser cauteloso en la crítica que se hace al orden médico pues por ejemplo el hecho de solo “denunciar las insuficiencias de la medicina ¿no es acaso desear su progreso?” (p. 26).

Es necesario entonces preguntarse ¿cuáles han sido los intentos o actos de resistencia ante este discurso? El etnólogo Lévy-Bruhl (citado en Clavreul, 1983) realizó un estudio sobre las consecuencias que desencadenaba la inmersión de la medicina europea en comunidades indígenas de África y América. Lévy-Bruhl relató como las personas que fueron curadas regresaban con los médicos reclamando un apoyo económico y moral permanente pues “su vida no por haber sido salvada por intervención del médico está menos amenazada por los demonios que ya intentaron perderlos, y que por el contrario estos demonios podían mostrarse tanto más amenazadores cuanto que su primer intento fracasó” (p.46). Este caso, que podría parecerse extraordinario, nos permite reflexionar sobre cómo se ha aceptado la función de la medicina.

La medicina que se empeña en vender una idea de vida y salud infinita, delimita su actuar a la cirugía o la consulta pero desaparece en cuánto se le exige responder a una demanda relativa a la subjetividad de alguien, se podría decir que está presente y a la vez no. Por ejemplo, en el caso de los trasplantes de órganos el médico suele deslindarse de las preguntas, reflexiones y fantasmas que emergen en quién recibe un órgano o extremidad.

Ahora bien, persiste la pregunta de cómo podría realizarse una crítica a este orden. Considero que el psicoanálisis ha sido una disciplina desde donde puede cuestionarse el papel del discurso médico, pues a pesar de haber derivado de él, puso al descubierto su ineficiencia en determinados casos y también creó otro lugar desde donde puede emerger el sujeto.

Lacan afirma que el lugar que ocupa el psicoanálisis respecto a la medicina es: marginal, pues funciona a manera de un auxiliar que ofrece respuestas ante casos que se salen de los parámetros comunes, como lo hace la psicología u otras corrientes terapéuticas; y extraterritorial por el hecho de que los psicoanalistas no se ciñen a este campo y su autorización se busca en otra parte.

En la mesa redonda *El lugar del psicoanálisis en la medicina* realizada el 16 de Febrero de 1966 en el colegio de medicina de la Salpêtrière, se producen una serie de intervenciones, entre ellas la de la Sra. Raimbault y dos médicos quienes habían trabajado en conjunto como especialistas investigadores en un hospital, en la actualidad podría denominársele *transdisciplinarietà*. La Sra. Raimbault relata cómo se llevó a cabo su integración al equipo y el trabajo que realizaba con los pacientes del hospital, dando énfasis en el hecho de que había aceptado porque tenía la libertad de realizar sus tareas con un enfoque psicoanalítico. “Es decir, con una actitud y referencias muy diferentes del interrogatorio médico o psicológico habitual” (Lacan, 1966, párr. 8).

Sin embargo, la inmersión del psicoanálisis en las instituciones, principalmente de salud, es una cuestión a repensarse pues a pesar de que la teoría psicoanalítica plantea otro modo de trabajo y un posicionamiento diferente respecto a las demandas, se encuentra en un campo institucional que rinde cuentas al Estado.

Esta incitación es problemática, o debiera serlo, para todos los psicoanalistas que se prestan a ello, porque si sólo se trata de poner algunas migajas de saber psicoanalítico al servicio del orden médico, ésta es una opción política [...] pues no haríamos otra cosa que llevarle refuerzos al totalitarismo médico. (Clavreul, 1983, pp. 30-31).

Pero también es necesario preguntarse ¿Qué pasa con los sujetos que, por algún malestar orgánico, se encuentran sumergidos en el discurso médico? ¿En qué espacios se podría expresar el malestar que tal adherencia discursiva puede provocar? Si fuera a través de la clínica psicoanalítica, ¿Cómo poder costear económicamente un análisis cuando los medicamentos con los que sobreviven superan sus ingresos? ¿Cómo pedir la escucha de un analista cuando se está hospitalizado, y en ese lugar solo existe un psicólogo o psicóloga que debe atender a cientos de pacientes? ¿Qué compromiso ético adquirimos como psicoanalistas al saber de estas circunstancias?

Ahora bien, algo que el psicoanálisis ha expuesto en el terreno de la discursividad médica es la cuestión de la demanda. Lacan (1966/2008) menciona que cuando un paciente se presenta ante el médico lo que pide, muchas veces, no es que lo cure de alguna afección sino que “pone al médico en la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que él está totalmente aferrado a la idea de conservarla” (párr. 52).

Por lo tanto, lo que no se llega a vislumbrar en el discurso médico es que a pesar de que se responda de manera simple y automática a la demanda del paciente con tratamientos que se encuentran, como dijera Lacan (1966/2008), al alcance de la mano, como una intervención quirúrgica o una serie de pastillas (e incluso en esos casos queda por saber lo que resulta de ello para el porvenir), “hay fuera del campo de lo que es modificado por el beneficio terapéutico, algo que permanece constante” (párr. 51).

Es así como puede notarse que existe una diferencia sustancial entre lo que se demanda y lo que se desea. Así mismo, existe una diferencia entre placer, menor excitación, lo que hace desaparecer la tensión, lo que más la atempera; y goce “que pertenece al orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña [...] es solamente a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo parece velada” (Lacan, 1966/2008, párr. 65).

Lo anterior deriva en la enunciación de Lacan (1966/2008), “un cuerpo está hecho para gozar de sí mismo” (párr. 65), y es que si algo puede mostrarnos el psicoanálisis es que el cuerpo tiene que ver con el placer, el goce y el inconsciente. Esto se verá más a profundidad en el capítulo dos referente al cuerpo desde la perspectiva psicoanalítica, por ahora solo queda recalcar la pregunta de cómo es que el psicoanálisis podría realizar una crítica fecunda ante el orden médico, además de si le corresponde hacer dicha tarea.

El presente subtema ha servido para conocer algunos elementos constitutivos del orden médico. Ahora que se tiene este marco de referencia es pertinente llevar tal reflexión al contexto de nuestra época, lo cual se realizará en el apartado siguiente.

1.3 Características de la medicina actual

Los avances médicos y tecnológicos que se han suscitado hasta la actualidad han dado como resultado la curación de enfermedades que antes eran prácticamente una condena de muerte, brindando así un abanico de nuevas posibilidades. Sin embargo, como se ha podido observar, la medicina no se escapa de mostrar en cada una de sus prácticas los valores éticos, políticos, económicos, sociales, bajo

los cuales se rige. Es por ello que resulta necesario preguntarse ¿Cuáles son las características de la medicina en la actualidad? A continuación se intentará responder algo de esta pregunta con el fin de analizar el contexto en donde se desarrolla un proceso de trasplante de órganos.

En primer lugar hay que señalar el carácter científico con el que se abandera la medicina hoy en día. Al respecto, Clavreul (1983) menciona: “lo único que sostiene al discurso médico es su objetividad, su carácter científico, que es su imperante metodológico” (p.27).

Las investigaciones “rigurosas” que se realizan en medicina a través del método científico, más específicamente en su forma cuantitativa, proveen un conocimiento tan radical que solo podrá ser cuestionado “científicamente, técnicamente, con el apoyo de cifras” (Clavreul, 1983, p.26). Es decir, la ciencia se ha convertido en la única vía válida para la obtención de saberes. Sin embargo, esto no es exclusivo del área médica sino que también prevalece en muchos otros ámbitos como el universitario y el laboral, donde cada vez es más importante el apoyo en *datos duros*, números y porcentajes, dejando en un segundo plano las referencias subjetivas.

Así, el orden médico busca y utiliza la técnica más respetada socialmente en determinada época para seguir perpetuándose. A tal grado lo ha conseguido que hoy en día:

La creencia en la medicina supera ampliamente la creencia en cualquier religión. Moviliza un movimiento de solidaridad entre los hombres bajo la forma de presupuesto de salud que supera con mucho todas las obras de caridad que apelan a la moral y a la religión. (Clavreul, 1983, p.40).

La omnipresencia es otra de las características de la medicina actual. Aparece a lo largo de toda nuestra vida “desde nuestro nacimiento en una maternidad hasta nuestra muerte en un hospital, desde los exámenes prenatales hasta la verificación, la autopsia” (Clavreul, 1983, p.39).

Así mismo, podemos mencionar su “omnipotencia” pues no sólo cura enfermedades sino que con la ayuda de otras ciencias como la biología, la genética o la química presume modificar el cuerpo a voluntad. Por ejemplo, las nuevas técnicas de inseminación artificial o las cirugías fetales usadas para corregir malformaciones congénitas.

Como menciona Tort (1994) se está instituyendo una medicina del deseo donde la pregunta del médico ha cambiado del “¿Qué le duele?” al “¿Qué desea?” (p.19). Esto ha conducido a muchas personas a pedir las cosas más inimaginables, que según el portal de belleza de Univisión (2012), van desde amputación de las extremidades, cambio de color de ojos, hoyuelos en las mejillas, orejas de elfo, reconstrucción de himen, aumento de estatura, hasta la inserción de prótesis para obtener un abdomen con pectorales, cuernos, entre otros.

Las demandas de los y las pacientes son cada vez más extravagantes e ilimitadas y “la medicina tendría cada vez más dificultad en conjeturar, en contener” (Tort, 1994, p.19) esas demandas. Así, “la ciencia no es incapaz de saber lo que puede, pero ella, no más que el sujeto que engendra, no puede saber lo que quiere” (Lacan, 1966/2008, párr. 50).

Como se mencionó en el apartado anterior la demanda no precisamente tiene que ver con el deseo del sujeto, pues para que haya deseo deberá primero haber una falta que lo movilice y lo que hace la medicina actual “ilimitada” es ocultar las fallas. Esto puede relacionarse con el fetichismo, que si bien en este caso no está

imbricando con la estructura perversa y su lógica es un tanto diferente, la medicina tapa el vacío constitutivo del sujeto, es decir, niega la castración y le vende al ser humano la idea de su inmortalidad.

La ciencia 'evita' [...] el desarrollo de la enfermedad, en vez de reconocer lo que el crecimiento, la enfermedad y la muerte le dejan entender a quien escucha: que la carne donde vive en este mundo no es la del perfecto funcionamiento que imagina (Tort, 1994, p.27).

Pero según la cita anterior ¿quién se dejaría cuestionar por ello? ¿Quién en estos días está dispuesto a renunciar a un tratamiento que le dé al menos una esperanza de sobrevivencia? Si bien la mayoría de las personas no lo haría, hay algunas que sí, ya sea porque tienen otras creencias más fuertes (como la religión o la medicina tradicional) o porque han reflexionado y modificado los paradigmas normativos de lo que se consideran vida, muerte y dignidad en la enfermedad.

Ahora bien, la medicina "omnipotente" trabaja aparentemente con un cuerpo-máquina como el que había planteado De la mettrie desde 1747, quien menciona que la corporeidad del ser humano es como "una máquina que compone por sí misma sus resortes, viva imagen del movimiento perpetuo" (p.14). Es decir, un cuerpo prácticamente robótico constituido por engranajes que tienen un lugar establecido para lograr el perfecto funcionamiento, "un organismo percibido como una colección de órganos y de funciones potencialmente sustituibles" (Le breton, 1994, p.198). En este sentido, "reconstruir el cuerpo humano parece el desafío al cual se unen estos nuevos ingenieros de lo biológico" (Le breton, 1994, p.197).

Los permanentes intentos de la medicina por predecir, controlar y modificar al cuerpo van de la mano con el poderío que impone su discurso, ese saber que hoy en día vale más que el de un sacerdote, curandera, brujo, entre otros. La medicina ha forjado tal imperio que "hoy el médico mira al enfermo mantenido artificialmente

con vida y descubre que él es el único que toma decisiones sobre los métodos e incluso sobre la oportunidad de supervivencia” (Clavreul, 1983, p.26). Se cree entonces que los únicos obstáculos que impiden su progreso son, como dijera Hofstein (2006) y Tort (1994), el fracaso experimental, o bien, cuestiones político-administrativas.

Ni siquiera temas controversiales como la clonación, la eutanasia, o la donación de órganos impiden a la medicina absorberlos con su discurso y usarlos como instrumentos de saber, a pesar de que se ponen en juego cuestiones éticas como la calidad de vida, la pertenencia del cuerpo, la existencia de los semejantes, entre otras. Como menciona Clavreul (1983) “estas cosas no tardan en aparecer como polémicas vanas, como literatura o bizantinismos, que en nada cambian el avance de la medicina” (p.26).

Sin embargo, ya sea por la existencia de algunos médicos con reflexión crítica o por algunos intentos de la medicina para congeniar con otros saberes es que ha surgido una disciplina llamada *bioética*, inaugurada en 1971 por Van Rensselaer Potter a partir de su libro *Bioethics: bridge to the future* y definida como el “estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado sanitario a la luz de los valores y de los principios morales” (Universidad de Granada , 2005, Origen e historia, párr. 1).

La bioética se ha instituido como un intento de reflexionar, debatir y cuestionar las implicaciones de las nuevas posibilidades biológicas. Sin embargo, no se ha logrado totalmente esa crítica, debido a que, en ocasiones, se ve influida por juicios que no permiten salir del sistema en el que se está inmerso y por lo tanto sólo hacen vislumbrar una parte de las implicaciones en los temas tratados. Por ejemplo, cuando surgió esta disciplina los principales bioeticistas eran teólogos y después “los análisis dejaron de lado a la religión, para centrarse en una bioética laica [...] que se sustentaba principalmente en los derechos cívicos y el pluralismo

ideológico” (Universidad de Granada, 2005, Origen e historia, párr.10). Esto no quiere decir que dichas personas no hayan podido tomar una postura crítica al respecto, sin embargo, valdría la pena ser cautos con respecto a algunos de sus argumentos, en tanto que en ellos no se devela la influencia que tiene: la religión, el estado, el derecho a la salud, los valores del sistema capitalista, entre otros.

Ahora bien, regresando al tema de los intentos del orden médico por trabajar con un cuerpo parecido a las máquinas, podemos notar que esto no lo consigue pues la subjetividad sigue teniendo injerencia en el cuerpo. Además, la “confianza en la oferta médica está en crisis, en parte por promesas incumplidas o esperanzas que superaban las posibilidades reales del sistema médico occidental” (Márquez, 2012, p.11).

Otra característica de la medicina, que se ha mencionado en el subtema anterior, es que ella nombra, origina lo que se considera patológico.

Un cáncer de esófago, por ejemplo, constituye, tal vez, una afección desconocida de ese mismo órgano mil años atrás. La ciencia no es sólo experimentación, cálculo, ecuación, escritura; la ciencia es también aparatos, instrumentos, productos, drogas, en una palabra, objetos que estorban y violentan el cuerpo y cada cuerpo tiene una época correlativa a la época de la ciencia. (Nasio, 2006, pp.9-10).

Sin embargo, las enfermedades actuales no son solamente producto de la medicalización sino también, como plantea Foucault (1996), son variaciones que radican en “las normas de vida de la población, en su sistema de valores y en sus grados de sensibilidad, en su relación con la muerte, con las formas de trabajo impuestas, en fin, con la organización económica y social” (p.13). Ejemplo de esto es la gran cantidad de anuncios o campañas que fomentan la donación de órganos pues afecciones como el sobrepeso y la diabetes, que se han vuelto cada

vez más frecuentes hoy en día, originan la insuficiencia renal crónica y eventualmente la necesidad de nuevos riñones.

Finalmente, otro factor que me gustaría resaltar sobre la medicina es que ella no se escapa del carácter mercantilista que hoy en día envuelve a la sociedad. En el caso de los trasplantes, se ha visto cómo en algunos contextos ya no se trata de un don sino de una compra-venta de productos. Es decir, la salud, la enfermedad, la sobrevivencia y la muerte se han convertido en negocios efectivos, todo esto sin que siquiera se haya advertido.

Este subtema ha mostrado que las características del orden médico se han combinado con elementos de la actualidad como la científicidad, los adelantos tecnológicos y el mercantilismo para ratificarse y extenderse.

Ahora que se ha podido realizar una enunciación de la historia, funcionamiento y características del discurso médico es pertinente pasar a otro momento de este trabajo donde se analizará un tema imprescindible en el abordaje del trasplante, la noción de cuerpo, en este caso desde la perspectiva psicoanalítica. Esto se realizará en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO II EL CUERPO

Adoro el cuerpo. Porque la carne es honesta y los órganos no mienten

John Keats (1795-1821) Poeta inglés

Vida <<propia>> que no se sitúa en ningún órgano y que sin ellos no es nada

Jean-Luc Nancy

2.3 La noción de cuerpo en la obra de Jacques Lacan

El cuerpo en la teoría psicoanalítica es un concepto que, por lo regular, no aparece de forma evidente y explícita. Sin embargo, muchos (as) psicoanalistas hablan de él a lo largo de sus trabajos, planteando así, cada uno (a) a su manera, el estatuto del cuerpo. Teniendo en cuenta el vasto campo teórico sobre la corporeidad, este subtema intenta elucidar y analizar críticamente la noción de cuerpo en algunos seminarios (1, 2, 3, 4, 5 y 6) de Jacques Lacan.

Comenzando la búsqueda propuesta se abordará ahora el Seminario 1 titulado *Los escritos técnicos de Freud* que data de los años 1953-1954. En este texto Lacan (1953-54/2004) menciona como en el niño pequeño pareciera no existir un ordenamiento, una delimitación de lo que vivencia, pues aparecen en él una cantidad indiferenciada de “objetos, instintos, deseos, tendencias, etc. Se trata pues de la realidad pura y simple [...] caótica y absoluta imaginaria” (p.36). Sin embargo, cuando el infante se planta frente al espejo lo que aparece reflejado ahí es la imagen unificada de un sujeto, aspecto que contrasta ampliamente con la desorganización percibida desde su interior.

Asimismo, en el infante existe una gran dificultad de control respecto a la motricidad de su cuerpo, pero este hecho no alcanza a vislumbrarse en la imagen especular pues, ésta lo que muestra es un sujeto autónomo. “La sola visión de la forma total del cuerpo humano brinda al sujeto un dominio imaginario de su cuerpo, prematuro respecto al dominio real” (Lacan, 1953-54/2004, p.36). Por lo tanto, a partir de la confrontación con la imagen especular, surge una divergencia de percepciones, una no coincidencia entre lo que se percibe desde el exterior y lo que se advierte en el interior. “El hombre, por vez primera, experimenta que él se ve, se refleja y se concibe como distinto, otro de lo que él es” (Lacan, 1953-54/2004, p.36).

Si bien la imagen del cuerpo representa una contrariedad, Lacan (1953-54/2004) plantea que ésta “ofrece al sujeto la primera forma que le permite ubicar lo que es y lo que no es del yo” (p.36). Sin embargo, queda la pregunta de cómo es que se podría discernir lo que no es del yo, si el mismo yo no ha terminado de constituirse y además presenta contradicciones.

La discordancia antes mencionada “es una dimensión esencial de lo humano, que estructura el conjunto de su vida fantasmática” (p. 36), y retomando el final de esta cita textual y tratando de llevarla más allá o al más allá podríamos preguntarnos si es por ello que los seres humanos experimentamos una vida que muchas veces en lugar de ser fantástica resulta fantasmática, en tanto que estamos llenos y llenas de fantasmas, fantasmas que denotan una falta no asumida y que están entre nosotros (as) para recordarnos esa contradicción existente entre la completud imaginaria y la falta simbólica encarnada en nuestro cuerpo siempre frágil.

Regresando al planteamiento lacaniano de lo especular como modo de estructuración, es necesario inquirir ¿cómo es que ésta última se llevará a cabo? Lacan (1953-54/2004), retomando la idea de Mannoni, dirá que será a través del *primer narcisismo* que se encuentra relacionado con la imagen corporal, esta última “permite organizar el conjunto de la realidad en cierto número de marcos preformados” (p.57).

Es decir, pareciera que el sujeto siempre tomará como referencia su propia imagen ya sea como forma paradigmática de conocer, confiriendo “su forma a su *umwelt* (entorno)” (Lacan, 1953-54/2004, p.57), o como manera de relacionarse, “en el amor se ama al propio yo realizado a nivel imaginario” (p. 65). Por lo tanto, me gustaría dejar en el aire la pregunta de si es que acaso existe la posibilidad de otro tipo de conocimiento o de relación que no tengan que ver con el narcisismo del sujeto.

Otra noción igual de importante es el llamado *narcisismo secundario* que alude a la relación con el otro, ese otro que “para el hombre tiene un valor cautivador” (Lacan, 1953-54/2004, p. 58), que suele confundirse con el yo ideal y que además será en lo que se alienará el sujeto para poder “situar con precisión su relación imaginaria y libidinal con el mundo en general” (p.58).

Pero ¿por qué el otro tendrá tanta importancia para el sujeto? En primer lugar porque permite la constitución del deseo, de ese deseo aún en pedazos del sujeto. “En el origen, antes del lenguaje, el deseo solo existe en el plano único de la relación imaginaria del estadio especular, existe proyectado, alienado en el otro” (p.78).

De igual manera, el otro juega un papel preponderante en la percepción que el sujeto tiene de su cuerpo. Antes de desmenuzar esta idea, es importante puntualizar que el cuerpo, en este Seminario 1, remite a la noción de superficie, que “no se trata de la superficie sensible, sensorial, impresionada sino de esa superficie en tanto está reflejada en una forma” (Lacan, 1953-54/2004, p. 77). Sin embargo, al tomar esta premisa quedan algunos cuestionamientos como ¿por qué el cuerpo terminaría siendo una superficie o una forma? y ¿qué diferencia habría entre estos dos términos? Haciendo una consulta sobre dichos conceptos se puede observar cómo la palabra *forma* remite a la “apariencia externa de una cosa” (Oceano Grupo Editorial, 1996, p.702) y *superficie* es el “límite o término de un cuerpo que lo separa o lo distingue” (p.1538). Con las definiciones anteriores, puede quedar más clara la siguiente enunciación lacaniana: “una forma se define por una superficie: por la diferencia en lo idéntico” (p.77). De esta manera, la forma del cuerpo del niño es la que se presenta en el espejo pero el otro sería ese factor que lo demarca, lo delimita.

Sin embargo, ¿Cómo es que el sujeto puede notar su superficie si está alienado en la imagen de la forma del otro, si ésta última se encuentra en él? “El hombre sabe que es un cuerpo, cuando en realidad no hay ninguna razón para que lo

sepa, puesto que está en su interior” ((Lacan, 1953-54/2004, p.77). El sujeto puede percibirse en forma y superficie, a través de algo que se produce por el constante intercambio del sujeto con el otro en la formulación del deseo, a saber, la diferenciación entre la conciencia y el cuerpo.

“Esta distinción hace de nuestro cuerpo algo facticio, de lo cual nuestra conciencia es incapaz de desligarse, pero del que ella se concibe como distinta” (Lacan, 1953-54/2004, p.68). Considero que resulta interesante preguntarse si este planteamiento dualista de cuerpo y conciencia es una construcción teórica que manifiesta una concepción del cuerpo específica de la época en que fue realizada pues el dualismo no es algo natural sino algo creado discursivamente.

Regresando al tema, la premisa sobre el cuerpo y la conciencia como entes separados nos permite pensar entonces que el cuerpo estaría más relacionado con el inconsciente. Esta idea toma más fuerza debido a que Lacan (1953-54/2004) expresa que los sueños son una vía, que tiene el sujeto para acceder a cierto conocimiento de su cuerpo. “En la medida en que la opacificación libidinal en el sueño está del otro lado del espejo, su cuerpo es, no mejor sentido, sino mejor percibido, mejor conocido por el sujeto” (p.71).

Tal pareciera que el cuerpo permanece enigmático a pesar de ser algo tan cercano para el sujeto, es decir, el cuerpo no puede ser el sujeto mismo sino que esté último tiene que separarlo de sí para poder aludir a esa corporeidad.

Entonces, la producción onírica permite el acceso a la cuestión subjetiva del cuerpo y muestra la alienación del deseo pues en estas producciones el personaje principal no es el durmiente sino el otro. Lacan (1953-54/2004) lo ilustra remitiéndose al sueño de la monografía botánica de Freud en donde:

Es a través de este personaje, encarnado por su colega de laboratorio [...] de sus actos, de sus sentimientos, que Freud

proyecta, hace vivir en el sueño lo que tiene que ver con el deseo latente, es decir las reivindicaciones de su propia agresión, de su propia ambición. (pp. 70-71).

Vemos cómo esta dialéctica entre el otro y el sujeto se pone nuevamente de manifiesto y al parecer siempre estará presente debido a que es uno de los *movimientos de báscula*, que Lacan (1953-54/2004) describe como aquellos momentos del desarrollo psíquico que plantean imposibilidad, “juego en espejo” (p.82), vuelta sobre sí. Como si el sujeto tuviera que pagar un precio por cada experiencia fundamental en la estructura de su desarrollo, situarse en una paradoja en aras de algún progreso psíquico. En el caso del estadio especular, cuando el sujeto parece haber alcanzado cierto dominio sobre su cuerpo “no puede asumirlo sino como forma vacía” (p.77), pues “cada vez que el sujeto se aprehende como forma y como yo, cada vez que se constituye en su estatuto, en su estatura, en su estática, su deseo se proyecta hacia afuera” (p.78) y sólo retornará a él, aunque en forma diferente al estar “cautivado por uno de sus semejantes” (p.78) en la experiencia del amor.

Es curioso como sólo a partir de lo externo el sujeto puede configurarse, probablemente ello sea consecuencia de la evidente prematuridad con que nace el ser humano, de todos los cuidados que necesita para sobrevivir. Pero también resulta interesante observar cómo el sujeto no puede acceder a un saber sobre su estructuración psíquica, como si este aspecto debiera permanecer en el terreno de lo imposible y solamente pudiera ser llevado a cabo a través de la mediación con lo externo. El “proceso interno [...] es reconocido por intermedio del exterior” (Lacan, 1953-54/2004, p.71).

Ahora que tenemos una idea general de cómo se conectan en el estadio especular el sujeto, el cuerpo, el deseo y el otro, me permitiré traer a colación un

cuento de H.P Lovecraft (1926) titulado *El extraño* que cuenta la historia de un ser solitario que vive en un castillo en ruinas, este personaje narra:

No sé dónde nací, salvo que el castillo era infinitamente horrible, lleno de pasadizos oscuros y con altos cielos rasos donde la mirada sólo hallaba telarañas y sombras [...] Debo haber vivido años en ese lugar, pero no puedo medir el tiempo. Seres vivos debieron haber atendido a mis necesidades; sin embargo, no puedo recordar a persona alguna excepto yo mismo [...] Supongo que, quienquiera que me haya cuidado, debió haber sido asombrosamente viejo, puesto que mi primera representación mental de una persona viva fue la de algo semejante a mí, pero retorcido, marchito y deteriorado como el castillo. (párr. 2-3).

Este ser no contó con esa figura del otro que ratifica, que ayuda a construir el deseo a través de la imagen del cuerpo y al respecto comenta:

Mi aspecto era asimismo una cuestión ajena a mi mente, ya que no había espejos en el castillo y me limitaba, por instinto, a verme como un semejante de las figuras juveniles que veía dibujadas o pintadas en los libros. (Lovecraft, 1926, párr. 3).

Sin embargo, este personaje señala que a partir de haber leído los libros que estaban en ese castillo quiso conocer la luz que nunca había visto, el sol, las personas y demás cosas que sólo observaba en páginas de papel. Hasta aquí podríamos hacer una pausa y preguntarnos si esos libros fueron de alguna manera un sustituto de ese otro, un medio posible de estructuración en tanto que a partir de ellos emergió en este ser algo más que las necesidades de supervivencia, la curiosidad, ¿el deseo?. De igual manera, puede que estos libros hayan permitido la disociación entre la conciencia y la imagen del cuerpo, pues el

personaje, a lo largo del cuento reflexiona sobre la posible forma de su cuerpo, aunque dicha imagen no esté consolidada.

Siguiendo con el relato, el protagonista se da a la tarea de escalar una torre muy alta y cuando llega a la cima le sorprende que en vez de encontrarse a una altura considerable, está a ras de suelo; comienza a caminar hasta encontrar un castillo que lo sorprende con las luces, música y voces que emanaban a través de sus ventanas.

Miré al interior y vi un grupo de personas extrañamente vestidas, que departían entre sí con gran jarana. Como jamás había oído la voz humana, apenas sí podía adivinar vagamente lo que decían. Algunas caras tenían expresiones que despertaban en mí remotísimos recuerdos; otras me eran absolutamente ajenas. (Lovecraft, 1926, párr.12).

Este ser entra por una de las ventanas y provoca el pavor de los presentes haciendo que estos huyan. Cuando la habitación se encuentra desolada, nota que una presencia lo acecha y con pánico contempla a un inconcebible monstruo.

No puedo siquiera decir aproximadamente a qué se parecía, pues era un compuesto de todo lo que es impuro, pavoroso, indeseado, anormal y detestable. Era una fantasmagórica sombra de podredumbre, decrepitud y desolación; la pútrida y viscosa imagen de lo dañino; la atroz desnudez de algo que la tierra misericordiosa debería ocultar por siempre jamás. Dios sabe que no era de este mundo -o al menos había dejado de serlo-, y, sin embargo, con enorme horror de mi parte, pude ver en sus rasgos carcomidos, con huesos que se entreveían, una repulsiva y lejana reminiscencia de formas humanas; y en sus enmohecidas y destrozadas ropas, una

indecible cualidad que me estremecía más aún. (Lovecraft, 1926, párr.15).

Intenta huir de ese monstruo pero su equilibrio falla y lo hace moverse hacia la cosa misma, entonces pone su mano para evitar el contacto con la imagen pero al tocarlo, llega a su mente una avalancha de recuerdos.

Supé en ese mismo instante todo lo ocurrido; recordé hasta más allá del terrorífico castillo y sus árboles; reconocí el edificio en el cual me hallaba; reconocí, lo más terrible, la impía abominación que se erguía ante mí, mirándome de soslayo mientras apartaba de los suyos mis dedos manchados. (Lovecraft, 1926, párr.18).

En el desenlace de este cuento el personaje olvida lo que lo había espantado, y emerge en él un caos de imágenes. Decide no regresar a su castillo y vagar en la oscuridad de la noche aceptando que la única luz a la que tendrá acceso es a la de la luna y que sentimientos como el de la alegría no son para él. Es así que enuncia:

Aunque el olvido me ha dado la calma, no por eso ignoro que soy un extranjero; un extraño a este siglo y a todos los que aún son hombres. Esto es lo que supe desde que extendí mis dedos hacia esa cosa abominable surgida en aquel gran marco dorado; desde que extendí mis dedos y toqué la fría e inexorable superficie del pulido espejo (Lovecraft, 1926, párr. 20).

Intentando crear algunos puntos de anclaje entre el cuento antes mencionado y la teoría psicoanalítica descrita, retomo la siguiente enunciación lacaniana: “nos reconocemos como cuerpo en la medida en que esos otros, indispensables para reconocer nuestro deseo, también tienen un cuerpo, o más exactamente, que nosotros al igual que ellos lo tenemos” (1953-54/2004, p.68). Esta cita textual

resalta el hecho de que el cuerpo equivale a una “pertenencia”, pero también, alude a una posición muy particular del sujeto respecto de su imagen y respecto al otro. De igual manera, desencadena una serie de preguntas pues si el sujeto y el otro deben tener cuerpos, ¿es que acaso tendrían que ser iguales estos cuerpos? si así fuera entonces quedarían cuerpos excluidos, abyectos que por no adaptarse a la norma no podrían ser reconocidos ¿Cuál sería la situación de aquellos sujetos en los cuales el cuerpo está estructurado de otra forma, por ejemplo en las psicosis o los amputee wannabes (personas que desean se les ampute alguna parte del cuerpo)?

Ahora bien, lo mencionado hasta el momento hace necesario subrayar la estrecha relación entre cuerpo y deseo. Sobre esto, Lacan (1953-54/2004) declara:

A la proyección de la imagen le sigue constantemente la del deseo. Correlativamente, hay re-introyección de la imagen y reintroyección del deseo. Movimiento de báscula, juego en espejo. Por supuesto, esta articulación no se produce una sola vez. Se repite. Y en el curso de este ciclo, el niño re-integra, re-asume sus deseos. (p.82).

Considero que lo que se plantea en la cita textual anterior es la posibilidad de movilidad tanto del deseo como de la imagen del cuerpo. Sería interesante poder observar cómo la imagen del cuerpo puede verse modificada y posteriormente ser reintroyectada en las diferentes etapas de la vida o a partir de acontecimientos que marcaron la subjetividad de una persona en particular. Es decir, pensar que el estadio del espejo no se circunscribe a cierta etapa de la niñez sino que es una construcción constante anularía la rigidez de esta noción especular y traería como consecuencia nuevas posibilidades y problematizaciones. Ejemplo de ello, podrían ser los casos de trasplantes, donde los sujetos inmersos en esta experiencia se ven confrontados y llevados a construir una imagen corporal con elementos

nuevos y ajenos como: un órgano, una extremidad, un rostro, una cicatriz, entre otros.

Ahora, se dará paso a la revisión del Seminario 2 titulado *El yo en la teoría de Freud* y enunciado en los años 1954-1955. Jacques Lacan (1954-55) comenta que el sujeto por su constitución misma se encuentra en una posición poco favorable. El caos de su vida instintiva tiene como características principales “el desasosiego, la fragmentación, la discordancia fundamental, la no adaptación esencial, la anarquía, que abren todas las posibilidades de desplazamiento, o sea de error” (p.79). Por lo tanto, “el sujeto es nadie. Está descompuesto” (p.26).

El único medio por el cual el sujeto tendrá la ilusión de haber logrado la unidad y la coherencia es la imagen especular de su propio cuerpo. Dicha figura está íntimamente relacionada con el otro debido a que éste ratifica la imagen y además se muestra como la figura completa a la que el sujeto aspira. Así, “el cuerpo fragmentado encuentra su unidad en la imagen del otro, que es su propia imagen anticipada” (Lacan, 1954-55, p.26).

El sujeto “es aspirado por la imagen, a la vez engañosa y realizada del otro, o también su propia imagen especular” (Lacan, 1954-55, p.26). Sin embargo, nunca obtiene la unidad que anhela y el espejismo de ésta sólo puede entreverlo desde fuera y anticipadamente.

Antes de continuar, es necesario hacer la siguiente precisión: Lacan (1954-55) plantea que en un primer momento el sujeto se encuentra en el autoerotismo, “una masa investida de libido en el interior del organismo, de la que [...] se nos escapan tanto sus relaciones internas como su entropía” (p.45). Lo único que se puede saber es la cantidad de energía que entra al organismo y la que sale, pero todo lo que ocurre en el intervalo es desconocido. Tal vez hoy en día esto resulte cada

vez más cuestionable debido a los adelantos tecnológicos y médicos que han hecho posible, por ejemplo, la introducción de cámaras en el cuerpo para develar los secretos de su funcionamiento. Pero me parece que las cuestiones psíquicas y subjetivas son las que permanecen inasibles.

El segundo momento por el cual atraviesa el sujeto es la *relación narcisista*, la cual está situada en el registro imaginario y es la base a partir de la cual se formará el yo. En palabras de Lacan (1954-55), “la estructuración imaginaria del yo se efectúa alrededor de la imagen especular del cuerpo propio, de la imagen del otro” (pp. 44-45).

Esta segunda fase es de gran importancia, pues aquí es donde se pueden localizar los fenómenos psicosomáticos. Esta afirmación la hace Lacan (1954-55) después de puntuar su desacuerdo respecto al Dr. Perrier quien plantea, dentro de este mismo seminario, que en el cuerpo habría dos tipos de órganos: los relacionales, que estarían en referencia y contacto con el exterior, y otros órganos que serían “más próximos a la inmensa reserva de excitaciones [...] de las pulsiones internas” (p.45).

Lacan (1954-55) menciona que la clasificación que hace Perrier es prescindible, debido a que “lo importante es que ciertos órganos están involucrados en la relación narcisista” (p.45) y lo que se tendría que hacer es identificarlos, pero cómo podríamos lograr tal propósito, pues:

Si algo sugieren las reacciones psicosomáticas como tales, es que [...] se trata de una relación con algo que se encuentra siempre en el límite de nuestras elaboraciones conceptuales, algo en lo cual siempre pensamos, de lo que a veces hablamos y que, para ser precisos, no podemos alcanzar y, sin embargo, no lo olviden, está

allí: [...] lo real. Las relaciones psicosomáticas se sitúan a nivel de lo real. (p. 45).

Es así que el fenómeno psicosomático no es una construcción neurótica, no tiene que ver con los objetos, no es metáfora, y por ello Perrier menciona que la distinción “entre la neurosis y el fenómeno psicosomático está marcada, precisamente, por esa línea divisoria que el narcisismo constituye” (p.45).

Finalmente, el tercer momento del recorrido del sujeto es la constitución del mundo de los objetos, tarea que no podría ser realizada sin haber pasado por la fase anterior, pues, como menciona Lacan (1954-55), “para que haya relación con el objeto es preciso que ya exista relación narcisista del yo con el otro” (p.44).

Lo mencionado anteriormente, trae como resultado que el molde, el prototipo básico que da forma a los objetos sea el yo, es decir, la imagen del cuerpo del sujeto. Es así que, todos los objetos poseen “un carácter fundamentalmente antropomórfico, digamos incluso egomórfico” (Lacan, 1954-55, p.78).

Lacan (1954-55) plantea que si el sujeto únicamente percibiera los objetos en el registro imaginario sería de una forma instantánea y evanescente, pues sólo hay lugar para uno de los dos. Es decir, “se produce una especie de tú o yo entre el sujeto y el objeto. Es decir: Si eres tú, yo no soy. Si soy yo eres tú el que no es” (p.79). A pesar de atravesar la relación narcisista, los objetos no dejan de ser percibidos por el sujeto como aquellos instrumentos a través de los cuales pretende alcanzar la completud. “El objeto solo puede ser captado como espejismo, espejismo de una unidad imposible” (p. 79).

Menciona Lacan (1954-55) que ningún objeto se establece como el único o el último para el sujeto salvo en algunas excepciones, las cuales no especifica pero

podríamos preguntarnos si no es acaso la melancolía o los duelos suspendidos. De cualquier modo, el objeto se caracteriza por ser incapaz de colmar de satisfacción al sujeto, además de que le muestra su ineludible separación de él.

Consecuentemente, el objeto ante el sujeto es algo que “por esencia lo destruye, lo angustia, que él no puede alcanzar, y en el que no puede encontrar verdaderamente su reconciliación, su adherencia al mundo, su complementariedad perfecta en el plano del deseo” (Lacan, 1954-55, p.77).

Como se ha podido observar, la relación del sujeto con su cuerpo, el otro y los objetos al ser instituida desde el registro imaginario trae aparejada “una mediación [...] siempre problemática y nunca lograda por completo [...] esta experiencia o bien aliena al hombre a sí mismo, o bien culmina en una destrucción, en una negación del objeto” (Lacan, 1954-55, p.78).

Por último, es importante señalar la proposición hecha del Sr. Valabrega quien afirma que: “el narcisismo conduce [...] a una relación de objeto, es el cuerpo propio [sigue el texto, responde Lacan] No digo otra cosa” (Lacan, 1954-55, p. 46). Esta enunciación resulta un tanto ambigua y se pueden producir varias interrogantes alrededor de ella, por ejemplo, ¿el cuerpo propio puede constituirse como objeto de deseo para el sujeto? Si así fuera, ¿Qué lugar ocuparía en relación con los demás objetos?

Siguiendo con la revisión teórica de la obra lacaniana, se procederá a continuación con el Seminario 3 denominado *Las Psicosis* de los años 1955-1956. En este seminario Lacan (1955-56/2009) ratifica las ideas que había planteado anteriormente respecto a la figura del otro. Comienza diciendo que en el origen el sujeto es un cuerpo fragmentado en tanto refiere a “una colección incoherente de

deseos” (p.61). Es por ello que el otro le presta su unidad y con eso posibilita el acceso del sujeto al orden del deseo.

Antes de continuar, considero importante presentar algunas definiciones y características del otro que en este seminario se formulan. Por ejemplo, dice Lacan (1955-56/2009) que “el otro con minúscula, es el otro imaginario, la alteridad en espejo, que nos hace depender de la forma de nuestro semejante” (p.361). También, lo describe como “ese otro-reflejo [...] imaginario, ese otro que para nosotros es todo semejante en tanto nos da nuestra propia imagen, nos cautiva mediante la apariencia y la proyección de nuestra totalidad” (p.210). Por último, el autor precisa al otro como “una función de espejismo donde el sujeto no se encuentra más que como desconocimiento y negación” (p.346).

Un elemento conceptual que también conviene aclarar en este recorrido es el yo. Al respecto de las teorías que fueron surgiendo dando énfasis a esta instancia psíquica, Lacan (1955-56/2009) se muestra bastante crítico y niega que el yo sea “el lugar, la indicación, el punto de alineamiento, el centro organizador del sujeto” (p.348). Esto en base a que, el yo es el otro, o sea “cierta imagen que tenemos de nosotros mismos” (p.346). Es por lo anterior que el yo siempre tiene ese matiz narcisístico.

El yo está estructurado como un espejismo que fomenta no lo objetivo, sino más bien lo ilusorio. Por lo que, dice Lacan (1955-56/2009), “de ningún modo puedo esperar mi realización y mi unidad de reconocimiento de otro que está capturado conmigo en una relación de espejismo” (p.348). Pero ¿cómo es que el otro también queda capturado con el sujeto? ¿A través de qué mecanismo? Son preguntas que no quedan del todo aclaradas.

En este seminario 2 se plantea que: “el yo se construye por identificaciones sucesivas y superpuestas (p.347). Ello debido a que lo propio del registro imaginario es el mecanismo de la alienación “identificación [...] que se inclina hacia el lado del otro con minúscula” (p.62). Donde ese otro “es lo más radical (p.299)

Un punto que vuelve a ser retomado por Lacan (1955-56/2009) es la relación del sujeto con el otro, la cual está teñida de agresión y exclusión recíproca.

Esta dialéctica entraña siempre la posibilidad de que yo sea intimado a anular al otro. Por una sencilla razón: como el punto de partida de esta dialéctica es mi alienación en el otro, hay un momento en que puedo estar en posición de ser a mi vez anulado porque el otro no está de acuerdo. La dialéctica del inconsciente implica siempre como una de sus posibilidades la lucha, la imposibilidad de coexistencia con el otro. (p.62).

La agresión de la relación yo-otro se desata a causa del objeto de deseo, pues “primitivamente es objeto de rivalidad y competencia” (Lacan, 1955-56/2009, p.62). Para entender esto primeramente se dirá que: “el otro [...] es la forma originaria [...] en que se estructura para el recién nacido humano una multiplicidad de objetos” (Lacan, 1955-56/2009, p.362).

Posteriormente, la estructuralmente necesaria intervención del otro promueve que el sujeto aborde al objeto solamente porque éste se erige como “objeto del deseo del otro” (p.61). Es decir, el otro hace a un objeto interesante, importante, en resumen, deseable; y es debido a que se lucha por un solo elemento que surge la emulación entre el yo y el otro.

Lo que se ha venido mencionando, muestra cómo las dinámicas que se dan en el registro imaginario producen que el universo interior del ser humano sea “algo descompuesto por adelantado” (p.128), y que la relación del sujeto con el mundo sea “una relación en espejo” (p.127).

Algo que se relaciona con lo que se ha descrito de lo imaginario, es el delirio. Esta producción aparece en la obra freudiana como un parche colocado en el lugar de una desgarradura que permite el lazo social del sujeto con sus semejantes. Sin embargo, Lacan (1955-56/2009) le atribuye otra función que es la de “permitirnos captar de manera desarrollada la dialéctica imaginaria [...] el juego de los fantasmas en su carácter [...] de duplicidad” (pp.127-128), lo cual nos puede bien remitir a la dialéctica yo-otro. Ejemplo de esto puede ser el caso Schreber, quien en su delirio evidencia cómo “los dos personajes a los que se reduce el mundo [...] están hechos uno en referencia al otro, uno le ofrece al otro su imagen invertida” (p.128).

Un punto importante a considerar es la enunciación lacaniana que afirma que “la relación imaginaria está ligada a la etología, a la psicología animal” (p.253).

Si algo corresponde en el hombre a la función imaginaria tal como ella opera en el animal, es todo lo que lo relaciona de modo electivo, pero siempre muy difícil de asir, con la forma general de su cuerpo [...] relación siempre en el límite de lo simbólico (p.22).

A partir de esta propuesta Lacan (1955-56/2009) considera a la relación sexual, y posiblemente también al amor, como experiencias donde se da la captura por la imagen del otro.

Otra proposición lacaniana importante es la referente a la anatomía imaginaria. Dicha configuración es considerada un rasgo estructural propio de la histeria, en palabras del autor, “la fragmentación anatómica, en tanto fantasmática, es un fenómeno histérico” (p.255). Consecuentemente, “nada en la anatomía nerviosa recubre cosa alguna de las que se producen en los síntomas histéricos [...] no se hace una parálisis, ni una anestesia, según las vías y la topografía de las ramificaciones nerviosas” (p.255).

Dicho lo anterior, pasaremos ahora a presentar algunos enunciados, pertenecientes a este seminario tres, que muestran la relación de las cuestiones orgánicas del ser humano con la psicosis. Primeramente, Lacan (1955-56/2009) se pregunta sobre qué material se edifica el discurso del alienado, o bien “¿Dónde se toman prestados los elementos de nominación de ese discurso?” (p.22) y responde que “de manera general, el material, es el propio cuerpo” (p.22).

Sobre este mismo eje se indica que en el caso Schreber “gran parte de sus fantasmas, de sus alucinaciones, de su construcción [...] está hecha con elementos en que se reconocen claramente toda suerte de equivalencias corporales” (Lacan, 1955-56/2009, p.104). Es decir, pareciera que todos los fenómenos que se dan en el organismo, por el simple o complicado hecho de ser cuerpo, tuvieran que ser inscritos en lo simbólico para dotarlos de algún sentido. De ahí que sea innumerable la cantidad de nombres, mitos o explicaciones en torno a las partes del cuerpo.

Como menciona Lacan (1955-56/2009), “los intercambios corporales, excremenciales, pregenitales, son harto suficientes para estructurar un mundo de objetos, un mundo de realidad humana completa, vale decir, en el que haya subjetividades” (p.270).

Sin embargo, en la psicosis esa mediación simbólica no resultaría posible pues existe “no sé qué impronta o inscripción directa de una característica, [...] de un conflicto, sobre lo que puede llamarse el cuadro material que presenta el sujeto en tanto que ser corporal” (Lacan, 1955-56/2009, p.446). Así pues, en la psicosis “un síntoma como una erupción, diversamente calificada dermatológicamente, del rostro, se movilizará [...] de manera directa, sin intermediario, sin dialéctica alguna, sin que ninguna interpretación pueda marcar su correspondencia con algo que pertenezca al pasado del sujeto” (Lacan, 1955-56/2009, p.446). Cuerpo sin historia, sin histeria y más bien a cielo abierto.

Un último punto a tratar sobre este texto es lo referente al primer cuerpo significativo que Lacan (1955-56/2009) menciona en la clase 11. La acotación inicial de este término aparece en la siguiente definición que se da de la forclusión. “¿De qué se trata cuando hablo de Verwerfung? [...] Se trata de un proceso primordial de exclusión de un interior primitivo, que no es el interior del cuerpo, sino el interior de un primer cuerpo de significativo” (p.217). En este caso ya no habría referencia a un cuerpo imaginario, al otro, sino más bien a un lugar atravesado y constituido por lo simbólico. De esta manera, Lacan (1955-56/2009) dice: “Freud supone que es en el interior de ese cuerpo primordial donde se constituye el mundo de la realidad, como ya puntuado, ya estructurado en términos de significantes (p.217).

Continuando la revisión teórica, es momento de proseguir a lo estipulado en el Seminario 4 titulado *La relación de objeto* de los años 1956-1957. En este texto Lacan (1956-57) vuelve a hablar del estadio del espejo; lo sitúa después del sexto mes de vida y lo define como “el momento en que el niño reconoce su propia imagen” (p.5). Primero, el niño se topa con una imagen especular “que se presenta como total, y no sólo colma, sino que es fuente de júbilo” (p.64). Ello debido a que el sujeto considera esa totalidad “estrechamente vinculada con él y dependiente

de él” (p.68). Es así que ocurre un segundo tiempo en el que se da una alienación con la imagen del cuerpo.

Sin embargo, inmediatamente después de haber experimentado la situación satisfactoria y jubilosa, el sujeto se topa con “la realidad del amo” (p.68). Pero ¿quién es el amo, esa figura general, el otro primordial? Lacan (1956-57) plantea que es la madre, pues cuando el niño “se encuentra en presencia de esa totalidad bajo la forma del cuerpo materno, se ve obligado a constatar que ella no le obedece” (p.68).

El otro que cuenta con mayores capacidades motrices no hace más que mostrarle al infante “la distancia que hay entre sus tensiones interiores y la identificación con dicha imagen” (Lacan, 1956-57, p.5), en otras palabras, su vivencia de incompletud. Ocurre aquí un “splitting esencial, de distinción respecto de sí mismo, que quedará siempre ahí” (p.68). Es así que en el pequeño, “el momento de su triunfo es también el heraldo de su derrota” (Lacan, 1956-57, p.68).

A partir del desengaño sobre su autonomía, y unificación, es como el infante “capta que a él puede faltarle algo” (Lacan, 1956-57, p.64). Esta fórmula se va transformando pues más tarde Lacan (1956-57) dice que “tanto a la madre como a él les puede faltar imaginariamente algo” (p.64). ¿Qué es eso que le falta a la madre? Según Lacan (1956-57), es el falo, es decir, “aquello está más allá de ella misma y de su potencia de amor” (p.64).

Antes de seguir es necesario hacer una precisión, Lacan (1956-57) señala que la madre es el agente que responde ante el llamado del niño. Ella ofrece un don, es decir, “un signo de amor que apunta a algo distinto, un más allá, el amor de la madre” (p.46). El don queda establecido entonces como algo diferente del objeto,

el cual sólo satisface la necesidad del infante; de ahí que cualquier frustración “relacionada con la madre es frustración de amor” (p.46).

Es a partir de las premisas anteriores que Lacan (1956-57) dirá que “todo objeto introducido mediante una frustración realizada sólo puede ser un objeto que el sujeto tome en esta posición ambigua que es la de la pertenencia a su propio cuerpo” (p.45). Pero entonces, ¿Sólo los objetos de don pueden correlacionarse con la imagen corporal del sujeto? ¿Qué pasaría con los otros objetos? ¿No se constituirían como tales? O ¿Sólo estarían en forma de algo ominoso?

Al comienzo de la clase tres Lacan (1956-57) afirma que “la imagen del cuerpo no es un objeto [...] no puede convertirse en objeto” (p.14) pero entonces dónde queda el mito de Narciso, ¿es acaso otra dinámica la que se juega?

Considero que estas formulaciones deberían de ser revisadas más profundamente, en tanto que las premisas presentadas se enlazan con nuevas nociones y posicionamientos teóricos de Lacan (1956-57). Además de que él termina afirmando que lo más importante respecto de los objetos es como ellos se introducen en el registro simbólico.

Como última formulación respecto del estadio especular y los objetos se dirá que, para la madre no hay objeto que llene su falta, su falta de falo. Esto trae como consecuencia, en algunos casos, que el sujeto se proponga “él mismo como el objeto que la colma” (Lacan, 1956-57, p.65).

Existe otra idea respecto a la noción de cuerpo que se reitera en este y otros seminarios; se refiere a considerar a los fenómenos corporales como el material a partir del cual surgen significantes. Dicho en otras palabras, el significante “toma

en préstamo toda una serie de elementos vinculados con un término profundamente comprometido en el significado, es decir el cuerpo” (Lacan, 1956-57, p.18). Elementos inaprehensibles pero irreductibles como las pertenencias, accidentes y experiencias del cuerpo son la reserva a partir de la cual el significante toma “por así decirlo, sus primeras armas” (Lacan, 1956-57, p.18).

Los sucesos corporales ya no remiten solo a ellos, se transforman al ser simbolizados, al entrar en el juego del significante, “caracterizado por el hecho de articularse de acuerdo con leyes lógicas” (Lacan, 1956-57, p.18). Lacan ilustra la proposición planteada con la figura del cuerpo erigido como con la de los excrementos. Éstos últimos, que en cierto periodo el niño entrega como objetos de don, expresarán una serie de afectos o conflictos psíquicos. Por ejemplo, la retención intentará expresar un rechazo.

En resumen, “es en el material a su disposición en relación con su cuerpo donde el niño puede encontrar lo real adecuado para alimentar lo simbólico (Lacan, 1956-57, p.70). Dicho esto, hay que señalar que Lacan (1956-57) hilvana tal idea con la noción del complejo de Edipo.

Si Freud llega a decir que [...] los objetos pregenitales intervienen en la dialéctica edípica, es porque se prestan más fácilmente a las representaciones verbales. El niño puede decirse con mayor facilidad que lo que el padre le da a la madre es, por ejemplo, su orina, porque él conoce muy bien el uso y la función de la orina, además de su existencia como objeto. Es más fácil simbolizar, es decir añadirle un signo más o menos, un objeto que ya ha alcanzado cierta realización en la imaginación del niño. (p.45).

El último punto a tratar de este Seminario 4 es que en su afán de esclarecer la noción de lo Real, Lacan (1956-57) presenta al cuerpo dentro de esta categoría y menciona:

Por mucho que revuelvas lo real, no es menos cierto que nuestros cuerpos estarán en el mismo lugar tras la explosión de una bomba atómica, en su lugar de pedazos. La ausencia de algo en lo real es puramente simbólica. (p.13).

Esto puede llevar a la reflexión sobre cómo la medicina hoy en día, a través de las máquinas especializadas, pro-vee e instituye los órganos que deben estar en el interior del sujeto; es decir, establece una ley, otorga un valor simbólico. Lo cual trae como consecuencia que de una privación (falta en lo real) no se pueda dar cuenta si es que no pasa por lo simbólico. De ahí que sean necesarias palabras, frases como: “me extrajeron un órgano” o “tal órgano aún no está en su sitio”, etc. Para que el sujeto pueda escribir una historia, su historia.

Ahora bien, a continuación se procederá a realizar un análisis del Seminario 6 titulado *El deseo y su interpretación* que data de los años 1958-59, donde se alude a la noción de cuerpo. Ello en base a cuatro temas fundamentales: narcisismo, eros, cuerpo materno e inconsciente.

Como se mencionó en los seminarios anteriores, el otro, situado en la dialéctica imaginaria, funciona como soporte del sujeto cuando éste aún no es capaz de ser autónomo y desear. Asimismo, “ese otro, ese objeto prevalente en el erotismo humano, es la imagen del cuerpo propio” (Lacan, 1958-59, p.65). La imago corporal entonces es de radical importancia pues a partir de ella se concibe al otro y se formulan los objetos que más adelante convocarán al eros del sujeto.

Ahora bien, si la figura del otro es lo que desemboca el Eros, entonces se puede afirmar que éste último es completamente narcisista. Es decir, un sujeto no podría brindar un gran aprecio o valor a un objeto que no se asemeje a él. “Todo objeto humano está básicamente marcado por una estructura narcisista, por la relación profunda con el Eros narcisista” (Lacan, 1958-59, p.77).

Otro tópico que se describe en este texto y que precede la relación sujeto-otro es el cuerpo materno. Lacan (1958-59) lo esboza como aquel “continente universal [...] donde el niño aprehende los objetos primordiales” (p.83). La relación del niño con el cuerpo de la madre aparece como una relación “amplia y oscura” en tanto que es la identificación primitiva a partir de la cual “van a inscribirse las relaciones del niño con su propio cuerpo, que son aquellas [...] de afecto narcicístico” (Lacan, 1958-59, p.83). En esta pareja es donde “se presenta el primer vagido del niño, el grito, el llamado de su necesidad” (Lacan, 1958-59, p.83).

Poco después llega un momento en el cual el niño se percibe separado de la imagen de su propio cuerpo, es ahí donde aparece el otro, el cual “viene a yuxtaponerse, a interferir” (Lacan, 1958-59, p. 83) a la pareja primitiva pues es otro diferente de la madre. Sin embargo, y pese a todo, el continente materno es lo que va a reglar de una manera completamente primitiva la relación del sujeto [...] con el otro” (Lacan, 1958-59, p.83).

Antes de proseguir, es pertinente hacer el siguiente señalamiento: es común creer que todo lo relacionado con el estadio especular pertenece al plano imaginario; sin embargo, en este texto Lacan (1958-59) señala que el espejo es simbólico, en tanto que:

es cierta reflexión que está hecha con ayuda de palabras en el primer aprendizaje del lenguaje, que el sujeto aprende a reglar, en alguna parte, a buena distancia, los emblemas con los que se identifica, a

saber, algo que da, del otro lado, lo corresponde en estas primeras identificaciones del moi. (p.50).

El último punto a explicar, en base a este Seminario 6, es la relación entre el cuerpo, el inconsciente, el lenguaje, y por tanto, lo simbólico. Leclair (2000) nos ilustra esta correspondencia al decir que “el cuerpo viviente, deseante y hablante [...] llama al lenguaje y lo fija por sus aberturas, dehiscencias naturales o accidentales; y [...] gracias a este ‘encuentro’, se estructura el inconsciente” (p.92).

Lacan (1958-59) comenta que las funciones y acciones corporales que se presentan en el ser humano son el material de lo que más tarde se convertirá en significante. “Es con nuestros propios miembros -el imaginario es esto- que hacemos el alfabeto de ese discurso que es inconsciente” (p.107). El actor, sería un sujeto que pondría de manifiesto la premisa anterior en tanto que él “presta sus miembros, su presencia, no simplemente como una marioneta, sino con su inconsciente [...] a saber, la relación de sus miembros con una cierta historia, que es la suya.” (Lacan, 1958-59, p.107).

Siguiendo con la idea de que el cuerpo, imaginario, desembocará eventualmente en lo simbólico, se expone a continuación los comentarios respecto a un caso particular de la psicoanalista Ella Sharpe. Uno de sus analizantes, un sujeto bastante predecible y con actitud de perfecta corrección, siempre procura ser muy sigiloso al llegar a su sesión; sin embargo, en una ocasión él tose antes de entrar. Explica la analista que “esta tos es anunciadora. Hay algo detrás: el lugar donde viven los sentimientos. ‘Oh, pero yo no voy a hablarle jamás de esto, porque si digo una palabra, él va a tragarse lo que iba a decir’” (Lacan, 1958-59, p.56).

En este mismo sentido, Lacan (1958-59) hace la indicación de:

No hacer jamás al paciente referencias, en cierta etapa de su análisis, sobre su comportamiento físico, su manera de acostarse, de abrocharse o desabrocharse la chaqueta; todo esto implica la actitud motriz reflexiva sobre el propio cuerpo, ya que esto puede tener valor de señal, porque esto toca profundamente a eso que es del registro narcisista. (p.107).

Lo anterior nos lleva a ver cómo en el análisis, “el cuerpo habla” (Leclaire, 2000, p.82). Pero quedan las siguientes interrogantes: ¿Cómo es que el analista sabrá en que momento señalar esas manifestaciones corporales? Además, ¿el análisis es el único medio para acceder a la historia de un cuerpo?

A manera de resumen, este subtema ha mostrado las teorizaciones que Lacan realizó sobre el cuerpo en los primeros años de su enseñanza. Al comienzo, el autor dio énfasis al estatuto imaginario, sobretodo con el estadio especular y la relación con el otro. Después, lo imaginario del cuerpo se imbrica con lo simbólico al retomarse el significante, la palabra del otro, como el medio que ratifica la imagen corporal. Más tarde, el autor señala el aspecto real del cuerpo, que lo vuelve inaprehensible, donde se sitúan las afecciones psicósomáticas y lo que provee el material para los significantes.

Lacan propone en el psicoanálisis la anudación de tres registros: real, simbólico e imaginario y a través de este apartado se observa cómo el cuerpo es un concepto que oscila entre dichos estatutos. En este trabajo se estableció una delimitación del campo de análisis teórico sobre el cuerpo, ello para poder dar paso a otros capítulos y a los fragmentos testimoniales que se detallarán más adelante. Sin embargo, realizar un estudio exhaustivo del cuerpo a través de todos los seminarios y escritos de Lacan y poder vincularlo con los trasplantes de órganos sigue siendo una tarea importante a ser realizada.

2.2 El cuerpo desde los estudios de género

Este apartado surge en base a algunos cuestionamientos aparecidos por la lectura de textos con perspectiva de género, además de algunas noticias o casos referentes al trasplante.

El cuerpo desde la teoría psicoanalítica, a veces puede ser considerado igual para todos los sujetos, al menos al principio, cuando las condiciones de precariedad y erogeneidad son un rasgo común de nuestra especie humana; o también al afirmar que la fórmula de la sexuación sólo ocurre a nivel significante. Sin embargo, los trabajos sobre nuevos géneros que no se ciñen al binomio heterosexual o las investigaciones feministas, muestran que no se puede aludir solamente a “el cuerpo”. Esto debido a la existencia de diversas formas de cuerpos que cuestionan y de-construyen las normas a través de las cuales estos pueden adquirir inteligibilidad y representación en lo social.

Laqueur (1990) en su texto *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud* muestra cómo el cuerpo no sólo tiene una historia particular sino también un trasfondo cultural y discursivo que lo precede. “Ese cuerpo privado, cerrado y estable, que parece subyacer en la base de las nociones modernas de la diferencia sexual es también producto de momentos culturales e históricos concretos (Laqueur, 1990, p. 42).

Laqueur (1990) muestra cómo la diferencia sexual de los cuerpos fue determinada en cada época por las creencias que se tenían más que por la dimensión real del organismo. Por ejemplo, en algún momento se creyó en el cuerpo unisex, y después en que la mujer tenía los genitales del hombre pero en forma invertida (hacia adentro de su cuerpo). Se puede observar entonces que:

La historia de la representación de las diferencias anatómicas entre hombre y mujer resulta [...] extraordinariamente independiente de la estructura real de esos órganos o de lo que se conocía sobre ellos. Era la ideología y no la precisión de las observaciones lo que determinaba cómo se veían y cuáles eran las diferencias que importaban. (Laqueur, 1990, p. 161).

La revisión histórica que hace Laqueur (1990) ha movilizado nuevas teorizaciones que toman como punto de partida la dimensión social de los cuerpos, más específicamente su condición genérica. Es el caso de Butler (2008) quien afirma que “los cuerpos sólo surgen, sólo perduran, sólo viven dentro de las limitaciones productivas de ciertos esquemas reguladores en alto grado generizados” (p. 14). Ahora bien, no por ello se debería ver a los cuerpos como “un instrumento pasivo que espera la capacidad vivificadora de una voluntad rotundamente inmaterial (p. 58) sino que debería hacernos reflexionar sobre “la significación de la construcción misma” (Butler, 2009, pp. 13-14).

Las normas que producen el género son constitutivas e incluso, en ciertas circunstancias, necesarias pues “sin ellas, no habría ningún ‘yo’, ni ningún ‘nosotros’ (Butler, 2009, pp. 13-14). Sin embargo, si esto es llevado al extremo aparecen los cuerpos abyectos, marginales que no alcanzan el reconocimiento, incluso el estatuto de ser humano. En el campo del trasplante, los cuerpos abyectos podrían ser aquellos que según las normas médicas no son candidatos para recibir un órgano, ya sea por su edad (más de 70 años), condición orgánica (deterioro, padecimientos virales o degenerativos), diagnóstico mental (psicosis, síndrome de down), entre otros.

Butler (2008) menciona que el género “siempre es un hacer [...] No hay ningún “ser” detrás del hacer, del actuar, del devenir [...] esa identidad se construye performativamente (p. 85). Ahora, si el género va anclado al cuerpo a partir de sus

vestimentas, actuaciones y auto-denominaciones se infiere que el cuerpo es algo que se va des-haciendo y re-haciendo a través del tiempo. En este sentido, las “desidentificaciones colectivas pueden facilitar una re-conceptualización de cuáles con los cuerpos que importan y cuáles cuerpos habrán de surgir aún como materia crítica de interés. (Butler, 2008, p. 21).

Pero, ¿Por qué se vuelve necesario este apartado para dar cuenta de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo en una experiencia de trasplante? Porque se han documentado casos donde el nuevo órgano desata una serie de fantasías sobre la diferencia sexual, el género y la identidad. Esto ya lo habían notado Junco, Rosas y Ferrari (2001) quienes mencionan:

La recepción de un órgano impacta en lo subjetivo y despierta numerosas fantasías. Una de ellas es la de embarazo – especialmente en tanto el riñón y el hígado se implantan en la región abdominal–: esta representación puede ser intolerable en los varones y deriva a veces en la pérdida del implante o, en pocos casos, en delirios de transmutación sexual. (párr. 6).

En la investigación titulada *La vivencia del trasplante de riñón en receptores del Instituto Nacional de Pediatría* queda de manifiesto la proposición antes planteada a través de estas enunciaciones:

-Yo llamo al riñón ‘mi bebé’, yo creo que es como una clase de nombre protectorio para él”

-Bebé bueno, “le gusta estar en mi cuerpo”, “estamos bien”

-Pienso que es mío, que ya se me entregó a mí y es mi responsabilidad ¿no?, es como cuando alguien, por decirlo así, un bebé chiquito o una

mascota recién nacida, lo debe de cuidar, sacarlo adelante, no dejar que se le muera o así. Como cuando uno tiene una planta, cuidarla que no se le seque, regarla, quitarle las hojas caídas, así cuidarla, pienso que ahora es mío y es mi responsabilidad cuidarlo”.

-Es un alien que transforma el cuerpo femenino en masculino

-Un hombre menciona: “El riñón tiene que ser cuidado como un bebé, usted se siente como una madre para él

-Un joven de 15 años pidió que removieran el riñón que le donó su tío, después de un año y medio de trasplante porque no deseaba tener dentro de él un riñón homosexual. (pp. 137-144).

Dobrovsky (2009) en su artículo *El fenómeno huésped. Vínculo y subjetividad en trasplante de órganos* presenta algunos casos más al respecto:

-Es como si fuera un bebé que tengo en la panza, este bebé se va a quedar de por vida, no va a nacer”.

- Le habla y cuando se duerme pone las manos encima del vientre “¡a ver si me la quitan!”... “es muy inquieta, no me deja dormir, voy al baño a cada rato. (“Muestra”, párr. 3-4).

Por otra parte, existe el suceso de un trasplante de pene, noticia mencionada en la contextualización de este trabajo, o en Suecia (Abc.es, 2014), el trasplante de nueve úteros donados de madres a hijas para que estas últimas pudiera procrear. Estas evidencias hacen que nos preguntemos ¿qué órganos pueden instituirse como necesarios para ser considerado (a) hombre, mujer u otro género? Algo de esta pregunta intentará responderse más adelante a través del análisis de la película *Trasplante a la mexicana*, que se encontrará en el capítulo tres.

Puntualizando este subtema se dirá que el cuerpo, o más bien, los cuerpos, no sólo se construyen a partir de lo real, simbólico e imaginario del sujeto, sino también en base a una serie de requisitos sociales, consecuencia de acontecimientos históricos, discursos e ideologías que prevalecen en un contexto. Así, hablar de la relación del sujeto con su cuerpo hace necesario cuestionar lo qué es un cuerpo, sobretodo un cuerpo con género.

Las fantasías sobre la diferencia sexual y genérica que se evidencian en las enunciaciones descritas de sujetos que han recibido un trasplante se espera que hayan despertado la curiosidad del (a) lector (a) y que ello pueda producir, incluso, una gran cantidad de investigaciones psicoanalíticas. Sin embargo, en aras de responder al objetivo planteado en este trabajo se continuará con otros ejes temáticos. Así, el siguiente capítulo abordará la expresión de los trasplantes en el arte.

CAPÍTULO III TRASPLANTES EN EL ARTE

El arte es una mentira que nos acerca a la verdad.

Pablo Picasso

Este apartado surge con la intención de mostrar algunas producciones artísticas que han tomado como núcleo la temática de la donación y el trasplante, esto desde la literatura, la pintura y el cine. Es pertinente aclarar que lo aquí presentado no constituye la totalidad, ni siquiera la mayoría de las obras que refieren directa o indirectamente al tema mencionado. Sin embargo, cada una de ellas muestra cómo las condiciones socio-históricas aunadas a las elaboraciones del registro imaginario y simbólico pueden devenir en una creación que parece ir siempre un paso adelante respecto a la realidad.

La manera en que se trabajarán estas producciones será partiendo de una descripción general al tiempo que se hace un análisis somero de ellas, buscando desplegar sus sentidos, aportar ideas, abrir preguntas, problematizar el contexto, etc. Esto se acerca al comentario de textos pues según Lacan la utilidad de este método “radica en el hecho de ser crítico” (Lacan,1953-54/2004, p.104).

López (2004) menciona al respecto del comentario que se trata de una herramienta en la formación de los y las psicoanalistas pues “comporta una exhaustiva interrogación al texto” (p.2). Dicha interrogación está “refiriéndose siempre al mismo texto [...] En una labor dialéctica, se le habla al texto, se le pregunta con el mismo vocabulario” (p. 2). Sin embargo, López (2004) también reconoce que “cada quien interroga al texto desde su saber, desde su lugar singular, poniendo en juego sus cualidades” (p. 5); por lo cual encuentra puntos de coincidencia entre el comentario y el trabajo del cartel propuesto por Lacan.

Lacan en su seminario 8 sobre la transferencia buscó revisar el texto *El banquete* de Platón y al respecto dice “ponerse a hacer un comentario en toda regla de este texto extraordinario sería quizás obligarse a dar un rodeo muy largo [...] Así tendremos que proceder de una forma que no es[...] la de un comentario, digamos, universitario. (Lacan, 1960-61/2009, pp. 29-30).

El comentario universitario implicaría un análisis minucioso y detallado que no podría lograrse en unas cuantas páginas, por lo tanto lo que se presenta a continuación es solamente una aproximación al comentario de textos (literarios, fílmicos y pictóricos) del tema de trasplante de órganos.

Pero, ¿por qué aparece un apartado de arte en esta investigación? En primer lugar, porque estas producciones nos exponen una lectura diferente, creativa y

original de lo que puede representar un trasplante. En segundo lugar, porque evidencia algunos de los fantasmas más recurrentes que rodean dicha temática. Y en tercer lugar, porque quizás pueda abrir interrogantes, recuerdos y reflexiones en una persona que ha pasado por esta experiencia, puesto que es más probable que se tenga contacto con este tipo de producciones artísticas que con una tesis académica.

Ahora que se ha descrito la justificación y el modo en el que se presentarán las obras artísticas, es momento de dar paso a la primera área, la literatura.

3.1 Literatura

En este subtema se analizarán tres obras literarias: la primera, *Repossession Mambo*, describe la vida de un hombre que trabaja removiendo a sangre fría los órganos artificiales (máquinas médicas) que las personas no pueden pagar; la segunda, es un cuento de ciencia ficción denominado *Trasplante obligatorio* que narra como en una sociedad se legaliza el reclutamiento de jóvenes con el afán de obtener sus órganos; y la tercera, es la novela *Coma* donde una estudiante de medicina descubre una red de tráfico de órganos dirigida por doctores que inducen a pacientes saludables al estado de coma.

3.1.1 El mambo de la reposesión

La primera obra a revisar es del escritor norteamericano Eric García, la cual comenzó siendo una narración corta llamada *The telltale páncreas* [El páncreas delator], después un guion llamado “Repossession Mambo” [Mambo de la reposesión], más tarde, una película cuyo título fue traducido al español como *Los recolectores*, y finalmente fue publicada como un libro. El presente análisis se enfocará en el guion que García escribió con Lerner en 2009, esto debido a la

accesibilidad del texto. Por último, es necesario mencionar que la producción cinematográfica se dilucidará en un apartado posterior; la razón de plasmar ambas versiones (literaria/ cinematográfica) es debido a que cada una da elementos, énfasis y significantes diferentes a pesar de tener el mismo argumento.

Antes de conocer la narración, es pertinente mostrar los orígenes de esta idea literaria; el autor menciona haber pasado por una tienda de empeños, probablemente en fechas cercanas al día de San Valentín, donde vio un cartón en forma de corazón colgado en las vitrinas y a partir de ello se preguntó:

¿Están insinuando que puedes empeñar algo que posees para comprarle a tu pareja un regalo de San Valentín, o en realidad quieren comprar corazones usados? (García, 2009, p. 317).

En esta cita se recalca lo dicho en el capítulo dos acerca de cómo el cuerpo es considerado una posesión, algo de lo que se es dueño. Además, resulta interesante la frase “órganos usados” como si el hecho de estar en, o formar parte de un organismo los hiciera una mercancía desgastada. Sobre todo, ¿Cómo saber que tanto hemos usado algún órgano, especialmente uno interno? ¿Se podría determinar una edad dependiendo del “uso”? Y si esto fuera posible, ¿Qué pasaría si cada órgano tuviera una edad?, cómo se respondería entonces a la pregunta ¿cuántos años tienes? De igual modo, esta cita textual muestra cómo la mercadotecnia banaliza el valor simbólico del corazón en el aspecto de las relaciones amorosas del sujeto. Traduce afectos, historias, semblantes, etc. en objetos con un precio monetario.

Es importante indicar que hoy en día muchas cuestiones relacionadas con lo orgánico se han deslizado de lo metafórico a lo literal. Frases como “Te doy mis ojos” o “Mi corazón está en tus manos” ya no refieren únicamente a un pacto simbólico con el otro, sino que se han convertido en algo del registro real, una

extracción e implantación de pedazos de carne aparentemente sin historia, para un gran sector de la medicina, que pueden ser canjeados, comprados e intercambiados. Por otra parte, si se sigue la lógica anterior pero se modifica el orden de los términos, ¿Podría considerarse este intercambio de órganos una metáfora del sistema económico capitalista que gobierna hoy en día muchos contextos? Conviene señalar cómo, en el ámbito del trasplante, pareciera llevarse a cabo una des-sublimación pues ya no se va de lo real a lo simbólico sino de lo simbólico a lo real, literal.

Por último, queda plasmar las siguientes preguntas: ¿Cómo un pedazo de cartón en forma de corazón puede desembocar en una novela? ¿Acaso esta imagen condensa toda una serie de circunstancias sociales respecto a la donación, la venta y el trasplante de órganos? ¿Se trata de una práctica social que debido a su complejidad no puede circunscribirse al ámbito legal y por eso aparece en el arte? ¿Qué características particulares tendría el autor para ser capaz de plasmar este acontecimiento social y subjetivo? Todo esto queda sin respuesta pero esperando que a lo largo del subtema pueda haber una aproximación a estas cuestiones.

Ahora que se ha brindado una pequeña contextualización es preciso comenzar a describir la historia del “Mambo de la reposición”. García y Lerner (2009) en su guion narran la existencia de una gran empresa llamada *Credit Union* encargada de vender una diversidad de prótesis para la salud física y la presentación estética que buscan las ciudadanas y ciudadanos de ese contexto.

El producto más vendido son los *artiforgs*, artificial-organs, los cuales tienen forma de esfera y están compuestos de metal, cables, mangueras y dispositivos electrónicos. Estos aparatos son insertados en el cuerpo de las/los pacientes para llevar a cabo las funciones que sus órganos naturales ya no realizan. Los principales artiforgs son corazón, hígado, riñón y páncreas, pero también se

incluye en la categoría de artiforgs las prótesis de cadera o rodilla, y sistemas completos como el límbico o reproductivo.

La empresa Credit Union está ubicada en un centro comercial y diariamente es visitada por una gran cantidad de enfermos (as) que necesitan prótesis. Existe un área de ventas donde varios agentes se encargan de explicar los privilegios y el costo de los órganos, el cual puede diferirse en varios pagos. Sin embargo, en lo que no se hace énfasis es en la cláusula donde se estipula que si no se realizan los pagos durante seis meses seguidos, un cobrador de la empresa acudirá a quitarles el órgano, esto de manera violenta y sin negociación alguna, provocando en consecuencia la muerte del deudor.

“Estamos legalmente autorizados para recuperar la propiedad [...] utilizando a nuestros expertos y autorizados técnicos. Pero le aseguro, esto es raro – solamente el uno-punto-cinco por ciento de todos los artiforgs son recuperados” (García y Lerner, 2009, p.5).

Para realizar la tarea antes descrita, la empresa cuenta con un grupo de mercenarios: los recolectores, a los cuales se les asigna una lista de deudoras (es) y los órganos a extraer, si logran su cometido se les paga con dinero en efectivo. Es interesante notar cómo estos cobradores son asesinos a sueldo tal como la figura de los sicarios en el crimen organizado. Estos personajes reciben por parte de la empresa una pistola de descargas eléctricas, un rastreador de artiforgs (un escáner que detecta el número de serie inscrito en cada artiforg) y algunas otras herramientas.

Para ilustrar lo anterior, se describe ahora como Remy, el personaje principal, lleva a cabo una reposición:

Lanza la pistola paralizante [...] -ésta golpea el pecho del chico- 300 voltios chisporrotean sobre su cuerpo convulsionante. Él chico colapsa, fuera de combate. Remy [...] saca una bolsa de lona y comienza a instalarse: Una lámpara expandible. Un escalpelo. Un delantal blanco, amarrado a su cintura y cuello [...] se inclina presionando el vientre del chico [...] elige un sitio [...] corta y abre. Empuja su mano en la herida abierta, y una mancha amorfa de sangre y tejidos es lanzada al lavabo [...] donde el agua comienza a remover los fluidos corporales. (García y Lerner, 2009, pp.2-3).

Pero, ¿Quién es Remy? Es un hombre que sirvió a la milicia americana dirigiendo un tanque. Su amigo Jake y él fueron seleccionados para esta función en base a una prueba “médica”, que consistía en golpear a los soldados con un bat en la cabeza. “Cerebros pequeños, cráneos grandes. Es por eso que Jake y yo salimos de contusiones tan rápido como lo hicimos” (García y Lerner, 2009, p.30). Después de haber estado en combate, ambos hombres se encuentran aburridos. Cierta día afuera de un bar se topan con un cartel (en ambos sentidos de la palabra, un anuncio gráfico y una organización criminal) de la Credit Union que solicita personal y al respecto comentan:

Todo tiene sentido. Participar en la Unión podría devolvernos todo: La adrenalina. La estructura. Los asesinatos [...] Nuestro entrenamiento militar nos hace estar altamente calificados. Ya estamos familiarizados con las herramientas del oficio [...] Y lo más importante hemos sido entrenados para matar y que no nos importe realmente. (García y Lerner, 2009, p.45).

¿Son estos los efectos de la guerra? Si a los soldados se les enseña a matar sin ningún tipo de consideración a ver al ser humano como pedazos de carne y tripas ¿Cómo podrían regresar y mantenerse en un ambiente no bélico? ¿Qué

responsabilidad asume el gobierno u otros organismos ante esta imposibilidad que presentan algunos sujetos?

Retomando el relato, la vida de Remy da un giro inesperado cuando al llevar a cabo una reposición de corazón de uno de sus cantantes favoritos, el desfibrilador que usa le propina una descarga eléctrica que lo deja muerto por veinte minutos. Cuando logra tomar consciencia, muchas horas después del accidente, su amigo Jake y su jefe Frank le anuncian que fue necesario colocarle un corazón artificial, un artiforg. Ante esta noticia, él intenta resistirse: “se tambalea por el pasillo arrancándose tubos y cables [...] mete la mano en su incisión sangrienta del pecho, y contrayéndose del dolor desengancha el cable principal [...] respirando a grandes arcadas [...] colapsa y comienza a gatear” (García y Lerner, 2009, p.5).

Sus intentos de resistencia duran muchas horas, sin embargo, al final se ve en la necesidad de aceptar la implantación del artiforg. Días después regresa a su trabajo y se le asigna un deudor. Pero cuando acude a la reposición: “ya no es como era antes [...] Todo lo que pensaba era que el huésped tenía un nombre. Una esposa. Hijos [...] y cómo no merecía morir” (García y Lerner, 2009, p.37). Pero, ¿cuál huésped? ¿El sujeto que había comprado un órgano? O ¿Él, Remy, que antes sólo era identificado como un “repo man”? Además, ¿Por qué utiliza la palabra huésped, como si el órgano fuera un visitante?

Sus compañeros y su jefe tratan de animarlo, de dejarle “tareas sencillas” para que se recupere de la pérdida de habilidad que ahora presenta. Así, se le encomienda ir tras una mujer adicta que no ha pagado en dos años y que posee quince artiforgs dentro de su cuerpo, pero al llegar al lote abandonado donde se encuentra la mujer deudora, Remy se da cuenta de que se trata de alguien que él conoce muy bien.

Antes de embarcarse en su aventura militar, Remy acude a un burdel donde después de pagar por los servicios sexuales de una mujer llamada Beth decide casarse con ella para saber que alguien lo estaría esperando al regresar. Durante la guerra le escribe cartas que nunca tienen respuesta y cuando vuelve la encuentra en el mismo lugar teniendo relaciones con otros hombres. Es a partir de ese suceso, que no vuelve a saber de ella hasta ese momento en que tiene que matarla para conseguir los artiforgs que reivindicuen sus fallas posteriores al accidente. Beth se encuentra delirante debido al efecto de las drogas que consume y llega a hablar acerca de las cartas que recibía de Remy. Él no puede matarla, así que la lleva a un hotel donde la instala y cuida hasta que se recupera. Sin embargo, sabe que tarde o temprano Credit Union se enterará y enviará a uno de sus compañeros tras ellos. En ese contexto no existe espacio para la subjetividad y cuando llega a emerger trastorna todo el mecanismo mercantil por lo que se vuelve imperante erradicarla.

Beth le describe a Remy todos los artiforgs que lleva en su cuerpo: hígado, páncreas, riñones, pulmones, córneas, oídos, caja de voz, pechos, estómago, caderas, rodillas, incluso una vulva de color rosa, prótesis que atraía a más hombres en el mercado de la prostitución. Lo anterior muestra como la temática del trasplante hace cuestionar la categoría de lo humano ¿Beth puede seguir siendo considerada humana cuando la mayoría de su cuerpo es artificial y sus órganos son máquinas, dispositivos electrónicos? Además, es para reflexionar el uso que se hace de los adelantos médicos ¿Cuál es el objetivo de un trasplante? ¿Evitar la muerte, conseguir la salud, crear una mujer de rasgos “perfectos”, ser más rentable en el mercado? Esta última pregunta sólo podría despejarse en base a la particularidad de cada sujeto, por lo que decir cuáles trasplantes “deberían” realizarse y cuáles no, es caer en un juicio de valor donde lo que se juega es la cuota de poder de quien emite la enunciación.

Regresando al relato, después del matrimonio con Beth Remy conoce a una mujer, Carol, con la cual decide mudarse y tener un hijo. Sin embargo esta unión parece no funcionar pues a Carol le molesta el poco compromiso de Remy hacia la educación y crianza del pequeño. Es por estas dificultades y para evitar poner en riesgo a su familia que Remy decide mudarse con Beth a un hotel.

Remy pide a su jefe trasladarlo al área de ventas de Credit Union pues no desea seguir como recolector. Sin embargo, fracasa en su tarea pues no puede evitar advertir a las/los clientes acerca de las consecuencias de la falta de pago. Esto se ve ilustrado con lo que comenta a un futuro comprador:

Sr, Timmons se lo debe a su familia, se lo debe a usted [...] claro si no puede pagar la cuenta, algún chico Unión como yo aparecerá junto a su cama despertándolo de su sueño y hará correr el escalpelo desde su clavícula hasta su pelvis para reclamar nuestra propiedad, sólo estoy diciendo. (García y Lerner, 2009, p.57).

Remy no puede permanecer en algún otro trabajo debido a su comportamiento agresivo; así, pronto se convierte en un deudor de Credit Union. En su intento por esconderse de los recolectores, Remy y Beth se instalan en un lote abandonado donde colocan trampas que los salvan de uno de esos hombres. Después, tratan de huir a Colombia donde no existe la empresa antes mencionada, sin embargo, cerca de cada detector de metales en el aeropuerto se encuentra algún recolector con su escáner de artiforgs, haciendo imposible este objetivo.

Como consecuencia de la persecución en el aeropuerto, Beth presenta una lesión en su rodilla por lo que se ven en la necesidad de acudir con un amigo de ella que se dedica al tráfico de artiforgs. En la narración, a este tipo de personajes se les llama *outsiders* que puede traducirse al español como forasteros, intrusos o personas independientes y su modus operandi consiste en esperar a que un

recolector tome el artiforg que no ha sido pagado, para que ellos puedan tomar del cuerpo ya derribado todos los demás artiforgs que aún no representan una deuda.

Remy aborrece a los forasteros pues le comenta a Beth lo siguiente: “Esos [...] han tomado comida de mi mesa por años. Mercado negro, deshuesaderos, como quieras llamarle, ellos son buitres” (García y Lerner, 2009, p.79). Resulta interesante el uso que se hace de la palabra deshuesadero, pues se equipara al cuerpo con una máquina automotriz capaz de ser desarticulada en piezas, las cuales se venderán eventualmente como refacciones.

Es pertinente detenerse para analizar esta analogía con los buitres, pues en los hospitales muchos (as) empleados (as) consideran al personal del área de trasplantes como dichos animales, en tanto que están a la espera de que alguien muera para extraer sus órganos. Pero entonces, ¿aquel o aquella que responde a la demanda institucional de ser quien realice una petición de donación de órganos es un (a) buitre? ¿Qué implicaciones tendría aceptar o negar esta denominación? Además, ¿Qué la mayoría de nosotros (as) no somos buitres potenciales debido a que en caso de enfermedad desearíamos tener un órgano que pudiera extender nuestro tiempo de vida? A este respecto, fue Freud quien, desde el año 1900, nota cómo el deseo de la muerte del otro (hermanos/as, padres, amigos/as) resulta inconfesable y por lo tanto deviene en una temática recurrente de los sueños. “La conciencia moral parece acallarse en los sueños, puesto que no se siente compasión alguna y se perpetran los más graves crímenes, latrocinios, asesinatos y muertes, con total indiferencia y sin arrepentimiento posterior” (p.50).

Retomando la narración, el amigo forastero de Beth le da la dirección de una persona que puede reparar su artiforg y resulta ser una niña de muy corta edad que maneja los dispositivos electrónicos de manera bastante hábil. Esto puede relacionarse con las/los genios cibernéticos o hackers, jóvenes de gran inteligencia y habilidad en el área informática que son capaces de crear páginas web, motores de búsqueda o redes sociales, pero también descifrar contraseñas y

realizar fraudes. Todo ello ha conducido a que ciertos grupos de poder, como el Estado de Israel, los/las recluten como *ciberguerreros(as)* para que sirvan en las futuras infiltraciones y batallas cibernéticas.

De lo anterior surgen algunas cuestiones: ¿Acaso hay un código que resguarde la vida y los derechos de las y los jóvenes, así como existe en el caso de la infancia? ¿La adhesión de jóvenes en las filas del narcotráfico, la prostitución y los grupos delictivos no son suficientes para mostrar al Estado la vulnerabilidad en la que se encuentran dichos/as habitantes? ¿Qué tanto estos/as ciberguerreros/as obligan a replantear las estrategias de prevención, apoyo y atención que se les brinda?

Ahora bien continuando con el relato, un día después de la “cirugía” Remy y Beth visitan la casa del forastero para agradecer su ayuda, pero se dan cuenta que ha sido asesinado. En su afán por develar el misterio del crimen entran en la casa y ahí se topan con Jake, quien es ahora el recolector designado para su captura. Jake le comenta a Remy: “Me gustaría que hubieras hecho un mejor trabajo respecto a tu huida” (García y Lerner, 2009, p.87). Segundos después, ambos se encuentran frente a frente con sus pistolas de descargas eléctricas en las manos y las lanzan. Sin embargo, solo uno logra el objetivo...

Remy y Beth logran salir de la casa del forastero, pero al no saber dónde esconderse acuden con la madre de la niña-médico quien los envía a un refugio de personas deudoras, éste se encuentra edificado dentro de una bodega de artiforgs, lugar bastante estratégico pues si los escáneres de los recolectores suenan cuando apuntan en esa dirección ellos nunca imaginarían que es porque hay deudores (as) ahí. En este lugar no sólo habitan quienes tienen un artiforg no pagado, sino también familiares de ellos (as) que han decidido seguirlos (as). Todas estas personas se cuidan entre sí, incluso a veces consiguen antiradares, aparatos que los hacen aparecer como gente sin artiforgs en los escáneres, que les posibilitan huir a países donde no existe Credit Union.

Es precisamente en ese refugio donde Remy se encuentra con el cantante que iba a matar cuando le ocurrió su accidente, éste le ofrece un antirradar para que huya y Beth lo convence de realizar la acción aunque ella se quede ahí. Sin embargo, en el último momento para completar la hazaña, se arrepiente y decide regresar pues se le ha ocurrido una mejor idea.

Es preciso hacer un paréntesis para señalar que desde que se ha convertido en un fugitivo, Remy ha escrito su experiencia en un libro que piensa dejarle a su hijo. Cuando regresa por Beth al refugio, Remy nota que ella lo está leyendo y le pregunta su opinión al respecto. Ella contesta: “es un cuento de hadas. El recolector pierde su corazón y encuentra su alma” (García y Lerner, 2009, p.97). Aquí aparece la pregunta ¿Acaso los acontecimientos que modifican el posicionamiento subjetivo necesitan ser testimoniados a través de la palabra?, esto se revisará de manera más detallada en el siguiente capítulo.

Siguiendo con la narración, Remy ha tomado la decisión de entrar a la base de datos de Credit Union para eliminar todas las deudas existentes. Para ello amordaza y deja inconsciente a su jefe Frank, conduciéndolo a las oficinas centrales donde se verifica su identidad con un lector de retinas. Ya dentro de las instalaciones Remy logra su cometido pero después Frank lo golpea y llama a Jake para que lo elimine. En un giro inesperado de la trama, Jake golpea a su jefe apoyando a Beth y Remy a escapar, sin embargo, él no corre con la misma suerte pues resulta herido por las descargas eléctricas que le propinan otros guardias y recolectores. Horas después de los acontecimientos antes narrados, se hace pública la noticia de la cancelación de las deudas:

Los portavoces [...] han negado los rumores de sabotaje, diciendo que aún no saben que causó la desorganización en su base de datos

[...]Casi cada ciudad con una sucursal de la Unión Crediticia ha reportado saqueos generalizados y vandalismo [...] produciendo así el colapso de la corporación más grande del mundo (García y Lerner, 2009, p.107).

Finalmente, todo concluye cuando Remy y Beth consiguen llegar a Punta del Este, Colombia, donde disfrutan del paisaje y sobre todo de su nueva libertad. Remy ha removido de su cuerpo un tatuaje que lo identificaba como recolector y tiene en sus manos un ejemplar del texto que le dio a su hijo, pues éste consiguió que una editorial lo publicara.

Sin embargo, los párrafos anteriormente descritos no son el verdadero final. Es necesario regresar hasta la escena donde Remy y Beth se dan cuenta del asesinato del forastero y se encuentran con Jake. Cuando ambos hombres (Remy y Jake) luchan, el personaje que sale victorioso es Jake, quien después de haber golpeado con un ladrillo la cabeza de su amigo Remy, llama a unos técnicos de la Unión Crediticia para que acudan a instalarle la “Red M-5 Neural” que es un sistema límbico completo que hace vivir a los pacientes en una realidad artificial “donde ellos siempre estén felices, siempre contentos y siempre cuidados” (García y Lerner, 2009, p.111). Este procedimiento se solventará con las comisiones que Jake reciba por haber devuelto los quince artiforgs del cuerpo de Beth.

Con el verdadero desenlace se cumple la gran premisa que Remy y Jake compartían al ser recolectores: “trabajo es trabajo” (García y Lerner, 2009, p.13). Sólo Jake pudo ser leal a este paradigma, sin embargo ¿Qué pasaría si él hubiera sido quien sufrió el accidente? ¿Qué efectos hubiera tenido el interrogarse sobre la subjetividad de sus víctimas? ¿Es que sólo se puede ser más sensible ante ciertas problemáticas cuando nos suceden en “carne propia”?

Ahora que se cuenta con la descripción de la historia a partir del guion, es oportuno señalar algunas diferencias que existen con el manuscrito original, en este último el protagonista: usa gas para dormir a sus víctimas y hacer la reposición, le incomoda mucho que el (la) deudor (a) se despierte de su estado inconsciente cuando él aún no ha extraído todo el páncreas (órgano que al sacarse del cuerpo no produce la muerte instantánea), ha sido apuñalado baleado y apaleado por algunas de sus víctimas que oponen resistencia, y considera que el incidente donde muere por la descarga del desfibrilador fue planeado por su jefe y alguno de sus compañeros de trabajo debido a que existe un ambiente laboral muy competitivo. Finalmente la historia original termina con una escena: el personaje principal, ahora refugiado en un lugar abandonado, se encuentra armado con una pistola y un escalpelo esperando al recolector que le reclamará su corazón artificial no pagado.

Ante las diferencias del guion con el manuscrito originario surgen las interrogantes: ¿Qué tanto una historia debe ampliarse o modificarse para poder ser un proyecto “rentable”, incluso “posible”? ¿Es sólo a partir de una película taquillera o un libro de acción que se puede transmitir información relativa a los trasplantes, sobre todo a un público no especializado en el tema? Si fuera así, ¿Qué pasaría entonces con las campañas estatales y sanitarias que tratan de hacer esta labor informativa? ¿Se necesita que alguien famoso promocione una campaña para que sea tomada en cuenta por la mayoría de la gente?

Tratando de puntuar el análisis de esta primera obra literaria se dirá que *Repossession mambo* muestra cómo el sistema capitalista va permeando cada vez más áreas. Cualquier demanda de “salud” o “bienestar” se transforma en un negocio lucrativo donde sólo importa la clase social que tenga el dinero suficiente para comprar y perpetuar esta dinámica, dejando en la marginalidad a todas las demás personas.

3.1.2 *Trasplante obligatorio*

En este subtema se llevará a cabo la revisión de una obra fundamental, se trata del cuento titulado *Trasplante obligatorio*, del escritor estadounidense Robert Silverberg (1972). Dicho cuento se encuentra en la compilación *Trasplante obligatorio. La biología en la ciencia ficción*, editada por Asimov, Greenberg y Waugh (1986).

De manera general, el relato de Silverberg (1972) presenta una sociedad donde los jóvenes se han convertido en una reserva de órganos para los personajes que poseen un nivel socio-económico alto. A continuación se detallará cómo se fue concretando esta situación y los efectos que de ella derivan.

En el cuento, todo comienza cuando la demanda de órganos se incrementa, no existen suficientes personas que quieran ser donantes y además el tipo de muertes donde los órganos se conservan y pueden seguir siendo funcionando no son muy numerosas. “Los muertos jóvenes y sanos, víctimas de accidentes de tráfico, intentos de suicidios consumados, errores en saltos de trampolín, electrocuciones y lesiones deportivas no abundan” (Silverberg, 1972, p.4). Por lo tanto, se origina una escasez de órganos para trasplante.

Primero se plantea la posibilidad de avalar la pena de muerte a delincuentes para tener un reservorio de órganos, pero esto no lo aprueban los tribunales. Es curioso como esta medida se niega mientras que, como veremos más adelante, disponer del cuerpo de los jóvenes sí puede ser autorizado. Tal vez lo que se busca es disimular el poder que ejerce el Estado sobre los cuerpos, porque en el segundo caso, supuestamente hay un consentimiento. Aunque también cabe preguntarse si esta negativa se formula en base a la creencia de que el donante transmite al destinatario sus rasgos subjetivos a través de los órganos, en este caso los impulsos criminales.

Debido a la negativa de la propuesta anterior, sólo permanecen los programas de donación voluntaria de órganos los cuales no proporcionan una respuesta “eficaz” a la gran demanda. Entonces, lo que ocurre en este relato es que las personas que se encuentran en prisión se ofrecen como donadores a cambio de una reducción en su condena. La ley ampara esto y así, un pulmón donado equivale a cinco años menos de prisión, un riñón a tres, etc.

Como pudimos observar en la contextualización de este trabajo, ya se han presentado casos donde una donación de órganos significa no sólo menos tiempo en prisión sino incluso la libertad. Pareciera que en la actualidad las partes del cuerpo se han convertido en moneda de cambio pues se erigen como una propiedad personal que se puede vender, intercambiar, apostar, etc.

Sin embargo, en su cuento, Silverberg (1972) menciona que “el éxodo de los presos de los centros de detención a que da lugar esta cláusula no es muy bien recibido por los votantes de los suburbios” (p.4). Es pertinente indicar aquí el uso que se hace del término éxodo para hablar de la salida de los presos, puesto que dicha palabra tiene un antecedente bíblico, el de los esclavos israelís.

En el *Éxodo*, el segundo libro de la Biblia, se narra cómo los israelitas se fueron multiplicando en el territorio egipcio “hasta convertirse en una muchedumbre numerosa y muy fuerte”(Catholic.net, 2013, párr. 7). El faraón comienza a sentirse amenazado puesto que dichas personas podían rebelarse y aliarse con los enemigos de Egipto. Así, los convierte en esclavos sometidos a trabajos forzados. ¿A dónde nos lleva el dato bíblico anterior? A retomar un hecho que hoy en día es cada vez más común, los casos de negligencia, sometimiento y abuso de poder, donde las y los integrantes de un colectivo con ideas opuestas y amenazantes para las clases dominantes están en riesgo de ser recluidas (os) en instituciones penitenciarias. Siguiendo esta lógica, ¿Qué tan lejana es la posibilidad de que las clases dominantes usen a los colectivos de resistencia como reserva de órganos?

En China ya ocurrió, los (las) adeptos (as) a la doctrina espiritual llamada *Falun Gong*, basada en la meditación y algunos valores (verdad, benevolencia y tolerancia) fueron cada vez más, rebasando incluso al partido comunista que por sentirse amenazado procedió a encarcelar, torturar, y sacar los órganos (sin consentimiento) de los (las) integrantes de esta disciplina.

Si a lo anterior aunamos el hecho de que, en el cuento, los votantes de los suburbios desaprueban la salida de los presos, se puede pensar que en el tema de la donación y el trasplante de órganos hay implícito algo más que la salud o la “calidad de vida” de una persona, se están jugando cuotas de poder.

Siguiendo el relato de Silverberg (1972), se menciona que después de los intentos fallidos antes descritos, senadores de los diferentes partidos postulan la iniciativa del reclutamiento obligatorio de donantes. Ante esto, varios legisladores defensores de los jóvenes se oponen y se hacen apelaciones ante los tribunales. Sin embargo:

En la Cámara de Representantes, la moción es aprobada con muchos menos problemas ya que nadie en esta Cámara presta gran atención al texto de las leyes que se votan. Además, se ha hecho circular el rumor de que, con la aprobación de la ley, todo aquel que tenga un cargo político reconocido y más de sesenta y cinco años puede contar con veinticinco o treinta años más de vida, lo que para un miembro de la Cámara Baja significa un período de diez o quince años más en el cargo [...] El promedio de edad de los once jueces del Tribunal Supremo es de setenta y ocho años. Son seres humanos y mortales [...] Si derogaran la ley de donaciones obligatorias, estarían firmando su propia sentencia de muerte. (p.4).

La forma en que se aprueba esta ley en el cuento probablemente nos lleve a pensar en el procedimiento legislativo que hoy en día se lleva a cabo en nuestro

país, donde los salarios de los dirigentes son aprobados por ellos mismos, sin tabuladores o límite alguno; o las reformas laboral, educativa y energética son instituidas a pesar de los amparos presentados por millares de ciudadanas (os).

Retomando el texto de Trasplante obligatorio, se narra cómo existe un sistema computacional que define las jerarquías y asigna los órganos con “una imparcialidad absoluta, casi divina” (p.10). Pero si es imparcial, ¿entonces por qué hay escalafones? ¿Qué no “imparcialidad” alude a cierta igualdad, a una sola y única categoría que es la de personas que viven en esa sociedad?

Ahora bien, la mencionada jerarquía se determina en base a:

Las buenas obras: los buenos resultados en el trabajo y la buena conducta en la vida diaria le dan a uno puntos que le ascienden en la escala hasta que alcanza una de las calificaciones de alta prioridad, 4-G o más arriba. (Silverberg, 1972, p.11).

Pero ¿quién determina lo que son buena/s-obras? ¿Los dirigentes que establecieron ese sistema computacional, y que a su vez son quienes necesitan los órganos? ¿Es que los sujetos se han (¿nos hemos?) convertido en buena/s-obras del estado, las instituciones y los discursos dominantes?

Según el relato, en esa ciudad efectivamente hay sobras pues cada vez es más común que las máquinas replacen a los seres humanos en lo laboral. “Ahora tenemos un exceso de mano de obra, pues aunque el crecimiento de la población ha sido bastante lento desde mediados de siglo, el aumento de elementos mecánicos y procesos eliminadores de puestos de trabajo han sido muy rápidos” (Silverberg, 1972, p.9).

Esta sustitución de hombres y mujeres por máquinas acontece también en el ámbito bélico. Esto lo muestra el narrador del relato cuando que comenta que:

Los robots libran las luchas territoriales por nosotros, abriendo cabezas con un gran crujido metálico, tendiendo minas explosivas y aplicando sus sensores a las minas enemigas, cavando túneles bajo sus pantallas, etc. [...] Es una guerra más sutil de la que solía librarse antes, pues en esta no muere nadie, aunque devora los recursos nacionales. (Silverberg, 1972, p.5).

En base a lo anterior, se puede observar cómo habría dos tipos de sobras: unas son las máquinas robóticas reemplazables, re-generables, que sirven como carne de cañón, encargadas del trabajo sucio, de la destrucción; y otras son los y las jóvenes que son reclutados (as) para realizar una donación obligatoria de órganos. Así, ellos (as) se instituyen como algo que se debe preservar en tanto que tienen dentro de su cuerpo algo valioso, un objeto causa de deseo, ¿un objeto a? En este sentido, un muchacho comenta, “los mayores no pueden permitirse el lujo de desperdiciar nuestros preciosos cuerpos jóvenes en el campo de batalla” (Silverberg, 1972, p.5).

Siguiendo con la trama del relato, el régimen social ha instaurado otra medida para deshacerse del excedente de trabajadores y al mismo tiempo conseguir órganos, se le conoce como *Donación voluntaria de órganos únicos*, y el joven narrador lo describe de la siguiente forma: “desde hace doce años, resulta posible entrar en un hospital cualquiera de los Estados Unidos y firmar una simple hoja que permita a los médicos convertirle a uno en picadillo” (Silverberg, 1972, p.9).

Es interesante detectar que en un cuento futurista y de ficción, como el que se presenta aquí, se siga hablando del nombre de un país existente y de donde es originario el autor. Entonces, queda la pregunta, ¿Por qué Estados Unidos

aparece como el territorio donde se lleva a cabo un procedimiento en el cual las condiciones subjetivas, sociales e incluso morales son subordinadas ante la obtención de objetos con valor de cambio?

Otra característica del procedimiento antes señalado es que se donan los órganos posibles de trasplantar: “ojos, corazón, intestinos, páncreas, hígado, todo” (Silverberg, 1972, p.9). Pero, ¿Qué es todo? ¿Con qué órgano (s) se podría llegar a decir que se ha donado todo? Una posible respuesta se encuentra en páginas anteriores del texto donde el relator comenta: “dentro de cincuenta años estarán injertando corazones y estómagos y hasta cerebros vivos [...] espera a que consigan la tecnología para el trasplante de cerebro” (Silverberg, 1972, p.5). Y es que esta parte del cuerpo se ha erigido como el núcleo del razonamiento, de lo que nos caracteriza como humanas (os) según ciertas teorías. Es por ello que pueden escucharse hoy en día afirmaciones como la siguiente, emitida por los representantes del Centro de Investigaciones de Alzheimer del Instituto Carolinska:

El cerebro es todo lo que somos [...] es la esencia de la humanidad [...] de las personas. Llegará un día en que todo el cuerpo pueda ser artificial o trasplantado, pero nunca se podrá hacer un trasplante de cerebro. Tú eres tu cerebro. Si tienes el corazón de tu vecino sigues siendo tú, pero si hay trasplante de cerebro dejas de ser tú. Ese es el tema crítico. (Tapia, 2013, párr. 6).

Según la formulación anterior, para estos investigadores donar el cerebro sí sería donarlo todo, pero qué hay de los sujetos que creen que el corazón es el órgano más importante, donde se albergan los afectos y los lazos sociales, o los que piensan que los ojos son la ventana del alma, etc. Es decir, lo que se plantea aquí es que no sólo se trata de la función orgánica de una parte del cuerpo sino de significaciones, del registro imaginario.

Ante esto queda preguntar ¿Qué partes del cuerpo están recubiertas de fantasías? ¿Cuáles serían esos fantasmas? ¿Quién los produce? ¿El sujeto? ¿La sociedad en la que habita? ¿Bajo qué forma aparecen en el sujeto? ¿En sus creencias, mitos o rituales? ¿Cómo podrían desmontarse estas cuestiones imaginarias? Es más ¿Deberían desaparecer? ¿Según quién? Y ¿Qué efectos tendría? Algunas de estas interrogantes serán abordadas en el siguiente subtema cuando se muestre como a través del chiste pueden aparecer creencias populares sobre el cuerpo, y otras se espera que se vayan respondiendo durante el desarrollo de esta investigación.

Regresando a la denominada “Donación voluntaria de órganos únicos” que se menciona en el cuento, esta situación aparece como un encuentro con la muerte. Inclusive el narrador expresa, “en otras eras más sencillas, este proceso se conocía como suicidio” (Silverberg, 1972, p.9). Quizás pueda hilvanarse esta circunstancia con el concepto de *pasaje al acto*, el cual alude a una “huida [...] hacia la dimensión de lo real [...] una salida de la red simbólica” (Roldán, 2009, párr. 9). Lacan (1962-63/2009) en su Seminario 10 comenta que deben cumplirse dos condiciones para que ocurra el pasaje al acto: primero, que el sujeto se haya identificado totalmente con el *a*, objeto causa de deseo; y segundo, que el deseo y la ley expulsadas de la escena sean confrontadas.

Ahora bien, si tomamos en cuenta que el *objeto a* concierne a una parte del cuerpo de cualidad cesible. ¿Entonces el sujeto se identifica a tal grado con dicho objeto que termina cediéndose, es decir, se deja caer en este acto de donación que lo mata? Además, si el deseo no tiene ca-vida alguna en la sociedad de estos personajes ¿Qué tanto este acto denuncia las pocas posibilidades que tienen los sujetos, principalmente para confrontar y rebelarse ante las imposiciones legales sobre su cuerpo?

Siguiendo con la línea del pasaje al acto, Lacan (1962-63/2009) explica que de lo que se trata es del “cambio de agujas en un destino” (p.129), e ilustra esto mencionando el intento de suicidio de la llamada joven homosexual y la bofetada que Dora propina al Sr. K.

En este orden de cosas, ¿Podría este acto de donación de órganos únicos ser un cambio de agujas en el destino, ser algo subversivo en tanto que el sujeto, dentro de las pocas posibilidades que tiene, decide cómo quiere morir? El narrador da su punto de vista al enunciar: “naturalmente, hay que estar loco para presentarse voluntario, pero en nuestra sociedad no ha habido nunca escasez de lunáticos (Silverberg, 1972, p.9). ¿Lunáticos, locos, sometidos, héroes? Esto sólo se podría despejar a través del relato particular de cada sujeto.

Retomando esta idea de la donación de órganos únicos, me parece significativo volver a señalar ese fantasma que aparece evidenciado en el cuento cuando se dice que se dona “todo”. En las instituciones de salud de nuestro país, al momento de hacer la petición de donación a los familiares del sujeto que ha fallecido, algunos (as) mencionan la frase “Sí, llévense todo”, algunos (as) más enuncian “Sí, llévense todo lo que se pueda donar” ¿es que acaso esa sutil diferencia en cómo se enuncia la frase implica algo? Esta idea surge al recordar cómo es que Freud (1912/2006) formula la indicación de la regla fundamental en el análisis, ese famoso “diga todo lo que se le ocurra” que denota una imposibilidad puesto que no todas las representaciones-cosa tienen su correlato en una representación-palabra, si esto fuera así se negaría el carácter de las imágenes intraducibles aparecidas en el sueño.

“En el caso de la formación del sueño los pensamientos se trasponen en imágenes -predominantemente visuales-, y por tanto las representaciones-palabra son reconducidas a las representaciones-cosa”(Freud, 1915/2006, p.200).Por tanto, cómo sería posible concebir ese “diga todo” o “llévense todo” cuando el

sujeto se encuentra constituido no sólo por lo real, a lo que se alude en el primer caso, o simbólico en el segundo caso, sino también por lo imaginario y la anudación imprescindible de los tres registros.

De igual manera, cabe la pregunta de qué significa ese “todo” para las y los médicos, esto porque hoy en día existe la denominada *Donación multiorgánica* donde se extraen los órganos que se pueden trasplantar. Sin embargo, aquí el contexto influye ya que en algunos hospitales solo se cuenta con las herramientas y conocimientos para realizar trasplantes de órganos sólidos (corazón, hígado, pulmón, páncreas, intestino, riñones); en otros también se llevan a cabo trasplantes de cara, brazos, piernas, pene, o tejidos como córneas, piel, hueso, médula. En muchas ocasiones, si no se cuenta con toda esa gama de protocolos de trasplante esas partes del cuerpo extraídas se envían a otros hospitales. Se reitera entonces la cuestión: ¿Qué significa ese “todo”?

Además ¿se le dice a la familia lo que se toma de su ser querido? Usualmente donde se registra lo que se extrae del cuerpo es en actas elaboradas por las y los médicos después de la cirugía de extracción denominada ablación¹. Dichos documentos se entregan al Ministerio Público y al Servicio Médico Forense para que coincida con lo que muestre la autopsia, y también para prevenir el tráfico ilegal de órganos.

La autopsia y las actas antes mencionadas muestran cómo los órganos del cuerpo no pueden ser sólo del orden de lo real, en tanto que es desde lo simbólico que se les ha asignado un lugar. Este fundamento significativo permite que se puedan contar los órganos, o bien, que se enuncien frases como “faltan unos riñones” o

¹ Del vocablo latín *ablatio*, realizar un corte, llevar a cabo una separación, quitar algo. En medicina puede referir tanto a la extracción como a la destrucción de un órgano o tejido. Curioso el hecho de que se enlacen estos dos últimos términos pues la extracción, en la práctica, implica que un órgano sigue viviendo, circulando, y la destrucción alude a una desaparición, al menos en lo real.

“se ha extraído un corazón”. Existe así una relación con el ejemplo de la biblioteca que expone Lacan (1962-63/2009), en el cual “puede decirse: aquí el volumen número tal falta en su lugar” (p.146) puesto que “el símbolo [...] designa el lugar, designa la ausencia, presentifica lo que no está ahí” (p.146).

Pasando a otro aspecto del cuento “Trasplante obligatorio”, se narra cómo la institución sanitaria que se encarga de realizar todo el proceso de donaciones se llama la “Liga para la santidad del cuerpo”. ¿Por qué la palabra santidad se le ocurrió al autor para hablar de esta corporación? ¿Qué no el cuerpo considerado santo sería intocable debido a las creencias y tabús referentes a su transgresión, como ocurría al principio de las prácticas de disección en Europa? En un intento por aproximarnos a este enigma habrá que describir la etimología de dicho término.

Santidad, *santo*, es derivado del verbo latín *sancire* que significa consagrar, sancionar; esta última palabra se define como el resultado de ciertas leyes o reglas.

El verbo *sancire* lleva una raíz indoeuropea *sak* presente en otras palabras como: sacro [...] sacerdote [...] y sacramento. Esta raíz denota algo o alguien que satisface todas las reglas para que pueda ser venerado o para interceder entre los humanos y los dioses (Etimologías.dechile.net, s.f, párr.1-2).

Si se toma en cuenta la dimensión de la palabra sanción como efecto de las leyes promulgadas, es pertinente recordar como ellas fueron impuestas por los dirigentes que deseaban permanecer más tiempo en el poder. Igualmente, la otra raíz etimológica que habla de la instauración de algo o alguien para ser venerado se relaciona con esos personajes de la clase gobernante que aparecen no como intermediarios para con un dios sino como dioses mismos que necesitan y merecen las ofrendas de sus subordinados (as).

De esta manera, el joven narrado/r-espeta con ironía: “esta es nuestra sociedad feliz [...] donde nuestros eméritos mayores necesitan ver recompensados sus servicios y su prestigio no con una mera tumba fría sino recibiendo eternamente y en vida nuestras alabanzas y nuestro agradecimiento” (Silverberg, 1972, p.11).

En otro orden de cosas, en el cuento se explica que en años pasados el principal problema de la Liga de la Santidad del Cuerpo fue el rechazo de los injertos. “El cuerpo no conseguía distinguir a los microorganismos intrusos y hostiles de aquellos órganos trasplantados que, aunque extraños, le eran beneficiosos” (Silverberg, 1972, p.11). Además de resultar poco analizada esta categoría del “efecto beneficioso” que se acaba de enunciar, es importante señalar que aparece aquí la noción de “intrusión”, dilucidada en el capítulo cinco de este trabajo, la cual da cuenta de cómo el órgano trasplantado viene de fuera, se implanta dentro del organismo y en algunos casos, provoca una sensación de invasión.

También, es interesante poner en relieve cómo es explicado e ilustrado el mecanismo de la respuesta inmunológica para las personas que no tienen una formación médica, principalmente los y las niñas. En textos de difusión científica o documentales didácticos como el de *Il était une fois... la vie*, en español *Érase una vez... el cuerpo humano*, se habla de una guerra, soldados defensores, enemigos, territorios, entre otros elementos bélicos. Esto se muestra en el cuento de Silverberg (1972) con las siguientes palabras:

Tras el injerto, el mecanismo conocido por respuesta inmune se movilizaba para expulsar al órgano invasor. En el instante mismo de la invasión, entraban en juego unos enzimas que provocaban una verdadera guerra de fuego para vencer y disolver las sustancias extrañas. Los glóbulos blancos llenaban el sistema circulatorio, como

vigilantes en estado de alarma, dispuestos a fagocitar cuanto se pusiera a su alcance. Mediante la red de glándulas y conductos linfáticos surgían los anticuerpos, como proyectiles de proteína de gran potencia. (p.12).

¿Por qué existe una analogía entre la respuesta inmune y lo bélico? ¿Es que acaso la violencia y la destrucción que han provocado las guerras ha trastocado las representaciones culturales de los sujetos? ¿Es una muestra que denota la agresividad constitutiva del ser humano con el otro, con lo diferente de sí mismo? O bien, ¿Estas analogías son metáforas y metonimias a través de las cuales se simboliza algo que ocurre en el registro de lo real?

Siguiendo la temática del rechazo del injerto, en el cuento aparece una expresión verbal muy particular al respecto que es: “¡Que desperdicio!” (Silverberg, 1972, p.11). Esta frase parece conducir a la idea de que los órganos solo son valiosos mientras cumplen su función en el interior de un cuerpo. Además, según otros discursos relativos al trasplante, como el médico o gubernamental, se podría considerar como “desperdicio” no sólo el órgano rechazado, sino también los recursos económicos, tiempo y esfuerzo que conlleva un proceso de trasplante “no exitoso”.

Es sustancial mencionar algunos usos populares de la expresión ¡Que desperdicio! Para advertir sus connotaciones. En nuestro país dicha frase se enuncia cuando alguien tiene las cualidades apropiadas para llevar a cabo una función o actividad, sin embargo no gusta de ello, y decide realizar otra cosa. Es decir, el “mal”-aprovecha-miento de un recurso. Asimismo, la palabra desperdicio alude a las sobras, por ejemplo el excedente de comida que las personas de algunas comunidades recolectan y usan para alimentar a sus animales.

Lo que se pone de relieve en las alusiones anteriores es el destino de un recurso, en el primer caso las habilidades (¿La energía libidinal? ¿El deseo?), y en el segundo, los residuos alimenticios (¿Un excedente? ¿El objeto a? ¿Las materias corporales que se ceden en cada estadio libidinal?). Así, desperdicio puede definirse como *desecho*, pero ¿qué se entiende como desecho en nuestro país? La Ley General de Salud (2012) en su artículo 342 establece que es: “cualquier órgano o tejido [...] extraído, desprendido o seccionado por intervención quirúrgica, accidente o hecho ilícito y que sanitariamente constituya un desecho” (p.104). Esta definición puede mostrar que, lo que es y no es desecho puede formularse en base a las reglas sanitarias de un contexto.

En la cuestión del desecho existen dos (¿o más?) elementos a destacar: por un lado, lo qué es, su definición, que como se acaba de ver es también quién lo determina; y por otro, su destino, éste último se menciona en la etimología misma de la palabra pues “desecho” proviene del verbo latino *disiectare* que implica “dispersar, lanzar por aquí y por allá” (Etimologías.dechile.net, s.f).

Respecto del lugar conclusivo del desecho, la Ley General de Salud (2012) consigna lo siguiente:

Su destino final se hará conforme a las disposiciones generales aplicables, salvo que se requiera para fines terapéuticos, de docencia o de investigación, en cuyo caso los establecimientos de salud podrán disponer de ellos o remitirlos a instituciones docentes autorizadas por la secretaria de salud, en los términos de esta ley. (p.104).

Es pertinente subrayar como, en base a la cita textual anterior, la cuestión del desecho resulta ahora imprecisa e incluso contradictoria, ya que lo deyecto puede ser una parte que ya no cumple su función; sin embargo, en otro contexto se

convierten en un objeto valioso. Esto puede ilustrarse en la aseveración de una doctora en bioética que comenta: “los pacientes ‘abandonan’ elementos corporales en las instituciones de salud, para ellos ya no tienen utilidad y valor, para aquellos que las procesan pueden tenerlo” (Casas, 2011, p.17).

¿Quién determina si algo tiene o no tiene una función, si es útil o in-útil? Al parecer desde la medicina es relativamente fácil determinar cuando algo está fallando, esto a través de imágenes y pruebas fisiológicas. Pero ¿cómo podría despejarse esta pregunta respecto del ámbito subjetivo?

Casas (2011) comenta: “si nosotros preguntáramos a las parturientas si desean, a su egreso, llevarse la placenta, el líquido amniótico, membranas vitelinas, heces, orina, etcétera, es de suponer que aceptarían dejarlas en el hospital” (p.17). Esta aseveración puede evidenciar como la suposición y la generalización deja de lado la particularidad del sujeto. ¿Es preciso dar por hecho que alguien no querría conservar algo que deyecta de su cuerpo, por ejemplo, un órgano, un tumor, un embrión? Si se respondiera de manera afirmativa, entonces ¿cómo se explicaría lo que hoy en día se conoce como “bancos de células madre”? ¿Acaso el cordón umbilical no entraría en la categoría legal de desecho?

Intentando dilucidar la cuestión del desecho desde lo simbólico, habrá que recordar lo que Lacan (1962-63/2009) menciona al respecto del excremento.

¿Por qué vía entra el excremento en la subjetividad? Entra a través de la demanda del Otro, representado por la madre. Se le pide al niño que retenga [...] que inicie la introducción del excremento en el dominio de la pertenencia al cuerpo, haciendo de él una parte del cuerpo [...] Luego, tras esto, se le dice que lo suelte, siempre bajo demanda [...] que haya pasado al registro de lo nauseabundo, sería

tan sólo el efecto de la disciplina de la que es parte integrante.
(p.324).

Lacan (1962-63/2009) muestra como los elementos corporales entran en la subjetividad, o bien, si se sigue el argumento del capítulo anterior, lo corporal es la materia prima de lo posteriormente significativo.

Otra ilustración de las ideas descritas hasta ahora es el cuento titulado *El anular* de Yoko Ogawa (2004), el cual problematiza la temática de la partes deyectadas a través del accidente que le acontece a su personaje principal. Una mujer que trabajaba como obrera en una fábrica de refrescos se corta el extremo de su dedo anular y menciona:

Sólo me había arrancado un pedazo de carne [...] pero puede ser que eso haya sido más grave de lo que pensaba. Después de todo había perdido una parte de mi cuerpo [...] Lo único que me dolió fue preguntarme dónde había quedado el pedazo de carne arrancado de mi dedo. La imagen que me quedaba de él era la de un pequeño bivalvo rosa como una flor de cerezo, dúctil como una fruta madura. Caía en cámara lenta dentro de la limonada y se quedaba en el fondo, tembleteando con las burbujas. Resulta que en realidad la punta de mi dedo, aplastada por los engranajes de la máquina, se la llevó el torrente de desinfectante. (p.7).

Todo esto conduce a una pregunta en el tema de trasplante: ¿Cuál es el destino final del órgano que ya no realiza su función y se extrae del cuerpo? ¿Se lleva a la fosa común, se incinera, se conserva en formol para fines investigativos? En varios testimonios de sujetos que han recibido un trasplante no aparece esta pregunta, no representa una inquietud. Pero, en caso contrario, ¿hasta dónde las leyes sanitarias permitirían, por ejemplo, que el sujeto se lleve su órgano y le diera sepultura, se despidiera de él, etc.?

Regresando a la narrativa del cuento “Trasplante obligatorio”, la institución sanitaria “Liga para la Santidad del Cuerpo” ha superado el rechazo del injerto con el desarrollo de los inmunosupresores.

El año 1950 significó el inicio de una nueva era en la inmunobiología y en los trasplantes con el descubrimiento de diversos sistemas para debilitar o suprimir la respuesta del receptor al injerto (como la exposición subletal del organismo entero a una dosis alta de rayos X o el tratamiento mediante ciertas hormonas de corticoesteroides, en especial la cortisona) [...] A finales de esa década, unos poderosos fármacos inmunodepresores, como la 6-mercaptopurina, habían demostrado su capacidad para mantener latente la reactividad de los perros a los injertos renales, y poco después pudo aplicarse este principio al hombre con un éxito generalizado. (Silverberg, 1972, p.6).

Es interesante la denominación de estos medicamentos ya que aluden a una inmuno-depresión o inmuno-supresión, ¿algo se suprime en el sujeto además de su sistema inmunitario? ¿Qué o quién se deprime? ¿Acaso son los sujetos que observan como sus rasgos físicos se modifican por los efectos secundarios de los medicamentos, quien se considera condenada (o) a medicaciones y enfermedades permanentes derivadas de este proceso, o bien, sólo es una analogía (bélica, emocional) que denota los efectos de las sustancias químicas sobre el organismo?

Si bien se ha superado el rechazo orgánico del injerto, en el cuento de Silverberg (1972) se muestra como no ha pasado lo mismo respecto de los y las ciudadanas y la legislación del trasplante obligatorio. “Drogas, tratamiento por radiación, shock metabólico... Por un sistema u otro, el problema del rechazo fue superado hace mucho. Yo, en cambio, no consigo superar mi problema de rechazo a la donación”

(p.12). Es así que no dejan de surgir campañas y manifestaciones en contra de dicha medida, y entre sus principales consignas se escuchan frases como: “¡Riñones al poder!, ¡El cuerpo del hombre es su castillo!, ¡La Donación obligatoria de órganos es un ataque al derecho a la vida!” (p.7). En estas frases parecen haberse anudado aspectos de la problemática social como la subordinación del sujeto a sus órganos en el primer caso, o el control que ejerce el Estado sobre el cuerpo y la vida de sus ciudadanos, esto en el segundo y tercer lema.

En el cuento, el panorama anterior ha hecho que varias personas hayan solicitado y conseguido asilo en otros países que no han aceptado la legislación de donación forzada, es el caso de Bélgica, Suecia, Paraguay y otros veinte países, “la mitad entre los más progresistas del mundo y la otra mitad entre los más reaccionarios” (Silverberg, 1972, p.5). ¿Por qué se mencionan precisamente estos tres países? ¿Cuál de ellos se supone progresista y cuál reaccionario?

Es necesario señalar el fantasma imaginario que rodea a los países latinoamericanos como lugares donde se puede huir, donde no existe un control sobre las disposiciones del cuerpo. Esto se reitera en la novela titulada *Repossession Mambo*, de la que ya se ha hablado, donde la gente compra órganos artificiales y si no terminan de pagarlos un cobrador se los quita. Algunos sujetos a través de influencias y tácticas diversas consiguen huir a Punta del Este, Colombia, donde no existe la corporación que les vendió el órgano y así dejan de ser deudores (as) perseguidos (as). Ambas narraciones, son producidas en Estados Unidos ¿este dato manifiesta algo?

En el cuento de Silverberg (1972), ante el rechazo social de la donación obligatoria el Estado ofrece algunos incentivos. “Si eres convocado como donante, quedas exento del servicio militar y cuentas con una deducción anual en los impuestos de 750 dólares, para siempre. Una gran oferta” (p.9). ¿Qué características tendría ese servicio militar o qué tan alto son las retribuciones hacendarias en esa

sociedad como para que se llegue a pensar que es una “gran oferta”? En el texto se comenta como los impuestos han aumentado en grado alarmante, “suben año tras año, ya van cinco o seis seguidos, y acaban de decretar un recargo [...] especial sobre todos los bienes que contengan metal, a causa de la escasez de cobre” (p.5). Es decir, se enmascara de incentivo o benevolencia un acto que es violento por sí mismo, que degrada y anula las opciones de sus ciudadanas (os).

Ahora que se tiene una idea del contexto en el que se da la legislación de la donación obligatoria, se presentará a continuación el caso particular que se narra en el cuento de Silverberg (1972).

El personaje principal y narrador de la obra es un joven de 19 años activista y anterior presidente de la campaña contra la donación obligatoria en su universidad. Él ha sido reclutado para dicho propósito y relata de qué manera se enteró.

Hoy, al pulsar el control para recibir mi correo matutino, ha aparecido por la ranura el aviso de reclutamiento, un pequeño documento de papel crujiente y de aspecto muy oficial. Llevaba tiempo esperando que apareciera: no he sentido sorpresa ni conmoción alguna; más bien, en realidad, un anticlímax ahora que ha llegado por fin. (Silverberg, 1972, p.3).

El joven describe cómo opera la Liga para la santidad del cuerpo: en primer lugar ésta recolecta y actualiza los archivos médicos de las y los ciudadanos, después se llevan donantes seleccionados (as) a la “Casa del Trasplante” donde se les realiza un último examen médico, pasado este trámite se les puede convocar en cualquier momento para la cirugía, aunque es aproximadamente a los dos meses.

Si se observa detenidamente, puede notarse como las medidas que utiliza “La liga” no podrían haber sido posibles sin muchas variables sociales conjugadas, pero también sin un tipo específico de medicina, es decir, una serie de

transformaciones sucedidas a lo largo de la historia. Como se puntualizó en el capítulo uno, la medicina nunca ha sido igual en las diversas épocas y ejemplo de ellos es que: antes no era un asunto del Estado, sólo se podía reconocer la condición de salud-enfermedad a través de las expresiones que referían los pacientes, los exámenes médicos no implicaban el contacto físico, las cirugías se hacían en cadáveres con un “estricto” afán científico, entre otros.

El personaje primario del cuento describe su examen médico de la siguiente forma:

Finalmente, he ido. Me han mirado por aquí y por allá, me han estudiado por rayos X y poco más. Abra la boca, por favor. Inclínese, por favor. Tosa, por favor. Levante el brazo izquierdo, por favor. Me han colocado frente a una batería de máquinas diagnosticadoras y me he quedado allí plantado, aguardando a que se encendiera la luz roja – ¡tilt, fuera de aquí!– pero, como esperaba, estoy en perfecta forma física y en situación disponible. (Silverberg, 1972, p.9).

La salud y la belleza características que en alguna otra sociedad podría valorarse en demasía, en este cuento parecen ser una catástrofe, una condena establecida legalmente, una deuda imposible de saldar para con los dirigentes de mayor edad.

A los ojos de los ancianos, no soy sino una reserva de órganos sanos, a punto para servir a sus necesidades. Ven, hijo. ¡Eres un joven muy fornido! ¿No podrías darme un riñón? ¿Un pulmón? ¿Un pequeño segmento de intestino de buena calidad? ¿Diez centímetros de tu nervio cubital? Necesito unas cuantas partes de tu cuerpo, joven. No vas a negarle a un anciano dirigente de mi importancia lo que te pide, ¿verdad? ¿Verdad? (Silverberg, 1972, p.3).

A tal grado ha llegado la utilización de órganos por parte de los gobernantes que inclusive agotan la reserva que consigue “La liga para la santidad del cuerpo” y dejan a los (as) demás ancianos (as) sin posibilidad de recibir un trasplante. Es por ello que existen “contramanifestaciones”, es decir, protestas contra los que se oponen a la donación obligatoria. Entre las pancartas que se utilizan en dichas movilizaciones se pueden leer cosas como: “¡Santidad del cuerpo o egoísmo del cuerpo! ¡Debéis a los dirigentes hasta la propia vida! ¡Atended a la voz de la experiencia!” (Silverberg, 1972, p.3).

A partir de lo anterior convendría dejar en el aire las siguientes preguntas: ¿En esta época y en los diversos países cuándo se comenzará a escuchar esta serie de consignas? ¿Cuánto falta para que sea un acto condenable llevarse a la tumba los tesoros que encierra el cuerpo, en este caso los órganos?

En las contramanifestaciones se observan adultos mayores en sillas de ruedas, con aparatos de mantenimiento vital, en fin, una serie de prótesis que remplazan sus funciones naturales. Mirando tal espectáculo el chico comenta: “esos [...] no sólo querrían mis pulmones o mis riñones. Me sacarían los ojos, el hígado, el páncreas, el corazón, todo lo que pudieran necesitar” (Silverberg, 1972, p.4).

Es interesante como en este cuento los personajes que “merecen” un trasplante son los que tienen una mayor edad, cuando en muchas campañas de donación que se hacen en la actualidad se usan imágenes y eslóganes que aluden a la niñez como principal sector destinatario de órganos donados. Incluso en los *criterios ampliados* (condiciones límites posibles para recomendar un trasplante) o las contraindicaciones, las personas mayores de 65 años aproximadamente, no aparecen como candidatas idóneas debido al deterioro físico que la mayoría de ellos (as) suelen presentar y seguirán presentado en la vejez.

En el texto, aparece una disimetría grande no sólo entre las clases sociales sino también entre las generaciones. En este orden de cosas el joven expresa:

Al final, nos cogerán y nos cortarán en pedacitos. Al fin y al cabo, eso es probablemente lo que quieren: librarse de los miembros más jóvenes de la especie, siempre tan problemáticos. Nos canibalizarán para sacar piezas de repuesto y nos reciclarán, pulmón a pulmón, páncreas a páncreas, a través de sus propios organismos en decadencia. (p.4).

Bien, hoy he acudido a la Casa de Trasplantes, a la hora señalada, para pasar el examen físico. Un par de amigos míos consideraban que al presentarme estaba cayendo en un error táctico; si pensaba resistir, decían, era mejor que lo hiciera desde el primer momento. Debía obligarles a llevarme al examen físico por la fuerza. En términos puramente idealistas (e ideológicos), supongo que tenían razón, pero todavía no había ninguna necesidad de empezar a armar un alboroto. Esperaré a que me digan realmente: «Necesitamos un riñón suyo, joven». Entonces me resistiré, si me decido finalmente por esta posición. (¿A qué vienen esos titubeos? ¿Acaso tengo miedo de las repercusiones en la carrera que pueda acarreararme el resistirme? ¿Estoy totalmente convencido de la injusticia del sistema de reclutamiento obligatorio de donantes? No lo sé. Ni siquiera estoy seguro de estar titubeando). (Silverberg, 1972, pp.8-9).

El joven ante su confusión acude con su padre, un hombre de 45 años que se encuentra en un alto escalafón para recibir un trasplante en caso de necesitarlo, “un estatus así ha de tener alguna influencia en su objetividad respecto al tema de los órganos” (Silverberg, 1972, p.5), sospecha el joven. Esto se corrobora en cuanto el progenitor, ante las ideas de su hijo de presentar una apelación y

resistirse, le aconseja: “Se razonable [...] y no dejes que tus emociones te dominen. ¿Crees que merece la pena arriesgar tu futuro por algo así? Después de todo, los recortados no pierden órganos vitales” (Silverberg, 1972, p.4).

En base a la frase anterior, es pertinente señalar que el rechazo a la donación obligatoria se ve como un asunto de desequilibrio en las emociones, una falta de raciocinio. Ante ello la pregunta ¿Existirán en esa sociedad psicólogas (os) o psiquiatras que busquen la adaptabilidad a dichas circunstancias, como muchas veces sucede hoy en día?

La forma en que se opone el joven al consejo de su padre, y probablemente a los sujetos adaptadores ya mencionados, se expresa en su siguiente autorreflexión.

¿Se basa mi resistencia al reclutamiento en un desagrado innato y abstracto por cualquier forma de tiranía, o es más bien un deseo de mantener intacto mi cuerpo? ¿Podrían ser ambas cosas a la vez? ¿Necesito acaso algún tipo de racionalización idealista? ¿No tengo acaso el derecho inalienable a vivir mi vida con mis riñones natales intactos?(Silverberg, 1972, p.6).

Continuando con la enunciación de los consejos que le brindan sus mayores, un tutor de la universidad le dice al joven:

Comprendo tu hostilidad al decreto [...] Desde luego, es normal sentirse inquieto ante la donación de órganos importantes de tu cuerpo, pero debes tener en cuenta también las ventajas que lleva consigo. Una vez hayas donado un órgano, recibes la clasificación 6-A [...]si alguna vez necesitas un trasplante, optarás automáticamente a él, incluso si tus demás calificaciones personales y profesionales

no se sitúan en el nivel óptimo [...] tu estatus de Receptor Preferente te salvaría. Contarías con un nuevo seguro de vida, hijo mío. (Silverberg, 1972, pp.4-5).

¿Es que la salud propia se debe conseguir a cualquier costo? Al parecer sí, la salud individual se ha convertido en la máxima universal de esa sociedad, al grado de que el padre del joven lo alienta a ceder ante esa demanda de donación. Pero, ¿la inconformidad ante la donación obligatoria sólo tendría que partir de las y los jóvenes? En el cuento se entiende que ellos (as) luchan porque son las personas más afectadas con esta legislación. Sin embargo, ¿qué pasa con aquellos (as) que en sus actos de omisión y sumisión terminan autorizando un acto así?

Un argumento que le da el padre a su hijo para no “hacer alboroto” es que no a todos los reclutados los llaman para donar, y ante esto el joven reacciona.

Yo le he pedido que me mostrara las estadísticas, pero no lo ha hecho. Según sus cálculos, sólo una cuarta o quinta parte de los reclutados eran llamados para hacer una donación. Eso te demuestra lo poco en contacto que están con la realidad de la situación las generaciones de más edad. Y eso que mi padre es un hombre educado y bien informado. Nadie de más de treinta y cinco años con quien haya hablado ha sabido mostrarme alguna estadística. Así que soy yo quien se las enseño. Son folletos de la Liga, es cierto, pero se basan en datos comprobados del Instituto Nacional de la Salud. No escapa nadie. Una vez eres alistado, siempre te seleccionan. (Silverberg, 1972, p.4).

Otra razón que se da para apaciguar a los jóvenes es que a los “recortados” no se les quitan los órganos vitales, es decir, no morirían a causa de la donación. Sin

embargo, el panorama presente y futuro no deja de ser catastrófico para esa generación.

Por ahora, los principales objetivos son los riñones y pulmones, los órganos que poseemos por pares y de los que en parte podemos prescindir. Sin embargo, si estudias la historia de los reclutamientos obligatorios a lo largo de los años, verás que siempre puede dibujarse una curva que va desde una necesidad racional al más absoluto disparate. Dales el dedo y se tomarán el brazo. Dales un centímetro de intestino y te sacarán las entrañas. (Silverberg, 1972, p.5).

Lo que vislumbra el joven narrador es lo ilusorio de pensar que la donación obligatoria es una medida eficaz ante la inagotable demanda de órganos por parte de los dirigentes, y al respecto expresa:

Yo sólo puedo darte uno de mis riñones si quiero sobrevivir, pero tú, conforme se prolonga tu vida, puedes necesitar más de un trasplante de riñón. Algunos receptores pueden precisar hasta cinco o seis juegos de riñones, o de pulmones, antes de que su situación se convierta en irreversible, pasados los setenta años, o más [...] Dentro de poco habrán acabado con el cupo de donantes disponibles, y entonces, ¿qué? [...] probablemente rebajarán la edad de reclutamiento a los diecisiete o dieciséis, o incluso a los catorce años. Sin embargo, incluso esto son soluciones a corto término. (Silverberg, 1972, pp.9-10).

Así mismo, si cada vez que un joven dona un órgano se coloca en la jerarquía más alta de prioridad para recibir un injerto, llegará un momento en que “el término de receptor preferente carecerá de sentido” (Silverberg, 1972, p.5).

Ante tal horizonte, el joven equipara la situación de donación y trasplante con el canibalismo y expresa: “hoy día, los viejos, nuestros mayores, nos comen, nos devoran órgano a órgano. ¿Hemos progresado realmente en algo? Al menos, el hombre de Pekín asaba la carne que comía...” (Silverberg, 1972, p.10). Esta última referencia está basada en el descubrimiento paleontológico de que el hombre de esa tribu extraía los cerebros de sus compañeros (as) y los comía en las celebraciones para después guardar los cráneos de las víctimas en su cueva. Como el joven menciona, existe una gran similitud en ambos hechos y no sólo porque se consuman los órganos sino también por la acción de quitar el cerebro a las compañeras y compañeros (aunque en este caso no de manera literal). Si el cerebro ha tenido toda esta carga imaginaria de ser el órgano que posibilita las funciones del pensamiento y la crítica, qué pasa con las y los ciudadanos (as) de esa sociedad que no ha considerado los efectos de la donación obligatoria, que no escuchan los argumentos de la juventud ahora afectada.

Al hacer alusión al canibalismo, el narrador también plasma una creencia popular, un fantasma que aún persiste en algunos lugares y que autores como Dufour (1999) o Freud (1913) han abordado, dicho fantasma es: la obtención de los rasgos y potencialidades de alguien a través del consumo de sus elementos constitutivos.

Comer la carne del enemigo, absorber su fuerza, su capacidad, su conocimiento, sus progresos y virtudes. A la humanidad [...] nunca se le ha olvidado del todo esa antigua costumbre, ¿no es cierto? Hoy todavía pueden conseguirse unas fuerzas renovadas devorando a los que son más jóvenes, más fuertes y más ágiles que uno. Sólo hemos mejorado las técnicas, nada más. (Silverberg, 1972, p.10).

El joven comenta que más que una donación lo que existe en su sociedad son los sacrificios y al igual que en el tema del canibalismo la divergencia estriba en el

procedimiento, los medios, porque el objetivo sigue siendo el mismo. “La única diferencia entre nosotros y los aztecas es de método: nosotros tenemos anestesia, antisépticos y asepsia, y utilizamos bisturíes en lugar de planchas de obsidiana para quitarles el corazón a nuestras víctimas” (Silverberg, 1972, pp.5-6).

Es peculiar como el personaje principal de este cuento narra y enlaza la noción del sacrificio azteca con lo que le ocurrirá a él y a su novia Kate, una jovencita de su edad.

La piel de Kate es tostada y reluciente. Su hermosura me hace llorar. [...] ¿Dónde practicarán la incisión? ¿Aquí, en su espalda fina y redondeada? ¿Ahí, en su vientre liso y duro? Me parece ver al sumo sacerdote frente al altar. Con el primer destello del Sol matinal su sombra la cubre. El cuchillo de obsidiana que tiene asido de su mano, alzada al cielo, tiene un brillo fiero y terrible. El coro eleva al aire un himno discordante al dios de la sangre. El cuchillo desciende... (Silverberg, 1972, p.12).

“Himnos discordantes”, “Dios de la sangre” ¿Es esto una descontextualización de lo que significaban los sacrificios para la cultura azteca, algo parecido a las crónicas de Fray Bernardino de Sahagún donde al tiempo que describía las costumbres de los habitantes de este territorio, los juzgaba y condenaba?

A pesar de las diferencias y matices, cada equiparación anterior lo que pone en entredicho es la noción misma de “donación”. ¿Bajo qué circunstancias puede establecerse lo que es, o no es, una donación? ¿A quién se le autoriza erigir estas condiciones? ¿Cómo podrían evitarse actos que se hacen pasar por donaciones?

A lo largo del cuento puede observarse cómo va reaccionando el personaje principal ante su reclutamiento para la donación forzada. En un primer momento

se queda perplejo, después se informa y evalúa las pocas posibilidades que tiene de “evitar “el procedimiento. “¿Me quedaré? ¿Huiré? ¿Acudiré a los tribunales? El tiempo se acaba. Seguro que me llaman dentro de pocas semanas” (Silverberg, 1972, p.10).

Posteriormente, pide consejo a su padre, y finalmente acude sin ningún tipo de resistencia a los requisitos que impone “La liga para la santidad del cuerpo”. Al mismo tiempo que ocurre esta serie de acciones, el personaje cuestiona su vida, creencias, relaciones, entorno social, entre otros. Pasado, presente y futuro condensados en un instante de d-ecisión pues su reclutamiento es un corte, no sólo en el sentido literal, en su cuerpo, sino también un momento decisivo que tendrá efectos para él como sujeto.

El clímax de este relato se plasma cuando el joven se encuentra inminentemente acorralado para realizar la donación. Su perplejidad, confusión, idealismo e integridad para con él mismo clausuraron algunas de las posibilidades que tenía de escapar en momentos previos.

He estado levantado toda la noche, sopesando las opciones. No hay ninguna esperanza de apelación. La idea de huir me deja un regusto amargo en la boca. Mi padre, mis amigos, Kate, todos me dicen quédate, quédate, afronta la situación. Es la hora de la decisión. ¿Tengo realmente dónde escoger? No, no tengo elección. Cuando llegue el momento, me entregaré pacíficamente. (Silverberg, 1972, p. 10).

La decisión final de ceder a la demanda de donación obligatoria lleva a este joven a cambiar su postura, y así enuncia: “Me meteré en política, escalaré puestos y conseguiré una posición de constante ascenso por puro egoísmo, ¿de acuerdo? De acuerdo. Me haré tan importante que la sociedad me deberá mil trasplantes”

(Silverberg, 1972, p.12). ¿Es en esta circunstancia que se aplica la frase popular “Si no puedes con tu enemigo, únete”? Pero ¿cuán factible será realizar ese avance en la jerarquía social? ¿Qué pasará si no lo logra?

También, es preciso señalar cómo el narrador se pregunta y a la vez se contesta si está de acuerdo en su nuevo plan ¿Quién es él ahora? ¿Qué ha permanecido de lo que él era antes de la donación? Estas preguntas no sólo se ubican en la temática de la donación sino también del trasplante. En ambas situaciones existen dos sujetos y ello es lo que, en algunas ocasiones, remueve la urdimbre subjetiva y hace constantes los enigmas de la otredad y la identidad misma.

La idea de que la sociedad le deba mil trasplantes no aparece con el objetivo de seguir vivo, de no padecer una enfermedad o mantener un estatus de poder sino para recobrar aquello que le han arrebatado pues pronuncia: “y un año de estos recuperaré el riñón que me falta” (Silverberg, 1972, p.13).

¿El riñón se ha establecido como el ágalma, aquel objeto que le falta al sujeto, causa de deseo que supuestamente encuentra en el otro a través del velo amoroso? En el cuento ese ágalma falta de manera literal, además no es cedido sino arrancado. Asimismo, la idea de que para recuperarlo tenga que recurrir a mil trasplantes y que aun así persista la incertidumbre de encontrarlo ¿Qué tanto remite a la búsqueda insistente y fallida de la satisfacción original planteada por Freud?

Ahora bien, ¿Qué pasaría si el joven a través de una serie de circunstancias favorables en su búsqueda encontrará a quien se le trasplantó su riñón? En el caso de quitar el órgano al nuevo “dueño” y volver a implantárselo ¿seguiría siendo de él ese órgano? ¿Qué efectos habría tenido esa mediación?

Posteriormente, en el relato, el joven comenta: “supongo que tendré que darme de baja en la Liga. Adiós, idealismo. Adiós, superioridad moral. Adiós, riñón. Adiós, adiós, adiós. (Silverberg, 1972, pp.12-13). Con estas palabras el muchacho parece estarse despidiendo de lo que él tenía antes de esta experiencia: idealismo, superioridad moral, riñón. Se estaría hablando entonces de una función de duelo, de la subjetivación de una pérdida. Esto lleva a pensar en los posibles duelos de los sujetos por sus órganos que ya no funcionan, que son removidos para dar lugar a los nuevos órganos.

De igual manera esa frase de “riñón. A-dios” puede representar lo que ya se comentaba del acto sacrificial, en tanto que se dirige a un “dios”, en este caso un dirigente de mayor clase social, para mostrarle fidelidad, servicio y subordinación. Otra frase que enuncia el joven en el relato es: “Ya está. He pagado mi deuda a la sociedad. He entregado mi humilde libra de carne a los poderes establecidos” (Silverberg, 1972, p.13), lo cual se relaciona de manera muy interesante con lo que Lacan (1962-63/2009) formula sobre la *libra de carne*, aquel producto sobrante de la inserción del sujeto al gran Otro, es decir, el precio que se paga por acceder al lenguaje, a una cultura, ¿a un poder establecido?

“En el cuerpo hay siempre, debido a este compromiso en la dialéctica significante, algo separado, algo sacrificado, algo inerte, que es la libra de carne” (Lacan, 1962-63/2009, p. 237). Ahora bien, si cada sujeto ha perdido algo por entrar al campo del lenguaje, ¿la donación obligatoria planteada en el cuento haría resurgir las reminiscencias de esa pérdida originaria? ¿La donación actual daría una representación de esa pérdida constitutiva que permanece como desconocida?

Finalmente, el narrador comenta: “dentro de un par de días, cuando abandone el hospital, llevaré una carta atestiguando mi nuevo estatus 6-A. Prioridad absoluta durante el resto de mi vida. Vaya, puede que viva más de mil años” (Silverberg,

1972, p.13). Esta última frase enunciada por el joven puede mostrar el fantasma de inmortalidad que se oculta detrás de los avances médicos. La idea de reemplazar aquellos órganos que dejan de funcionar adecuadamente en el organismo parece evitar la confrontación con la muerte. Ahora bien, si se “eliminará” la mortalidad, ¿se podría seguir hablando de la misma especie, de seres humanos?

El cuento de Silverberg (1972) expone cómo las condiciones sociales pueden hacer que la donación de órganos, contrario a lo publicitado en muchas campañas, se aleje de elementos como el don, regalo o amor y se transforme en un asunto de obligatoriedad y poder. Es interesante que desde los años 70’s Silverberg (1972) vislumbrara este panorama que hoy en día se ha vuelto una realidad en algunos contextos, como el de este trabajo.

3.1.3 Coma. El fantasma del tráfico de órganos

Ahora, es momento de dar paso al análisis de la tercera obra literaria de este subtema, la cual se titula *Coma*, es una novela del año 1977 realizada por el médico y escritor estadounidense Robin Cook.

El personaje principal de “Coma” es la estudiante del tercer año de medicina Susan Wheeler quien es asignada al Hospital Memorial de Boston para realizar ahí su formación clínica. El 23 de Febrero de 1976 Susan junto con otros cuatro de sus compañeros acudieron a su primer día de prácticas. El doctor que se haría cargo de su enseñanza era el residente de cirugía Mark H. Bellows, un hombre que llevaba dos años y medio en ese hospital quien se esforzaba para poder convertirse en el futuro jefe de residentes. Bellows les explicó a sus adscritos (a) que sus actividades serían asistir a clases especializadas, hacer rondas a los/las pacientes y realizar ciertas actividades médicas habituales.

El Dr. Bellows condujo a Susan y sus compañeros a la sala que tenía a su cargo, la unidad de cuidados intensivos, donde les explicó cómo se debía mantener a los/las pacientes. Mark Bellows comenzó a describir el caso particular de Nancy Greeny, una mujer de 23 años que había caído en coma de manera inexplicable después de una operación rutinaria de dilatación y curetaje que acabaría con la hemorragia de la parte interior de su útero.

Después de haber visto a Nancy se le pide a Susan que saqué sangre y coloque suero a un paciente, Sean Berman, un hombre joven y apuesto que sería operado. Ella se encontraba muy nerviosa así que cuando Berman le pregunta si era doctora, ella prefiere ser honesta y decirle que aún es estudiante de medicina. Sean le cuenta a Susan un poco sobre sí mismo y finalmente la invita a salir, ella, a pesar de su dilema ético en la relación médico-paciente, le responde que sí. Horas después Susan se entera de que Sean Berman ha entrado en coma por una inexplicable complicación con la anestesia quirúrgica. Ella les reclama a los doctores que lo operaron y ellos se enojan porque les resulta totalmente inapropiado que una estudiante de medicina les grite a quienes tienen una jerarquía superior.

Susan no se amedrenta por las actitudes de los médicos anestesistas y decide tomar los casos de Nancy y Sean como el tópico de una monografía que debe realizar en su tercer año de medicina. Susan comienza a revisar libros y artículos sobre el coma descubriendo que en los últimos años han ocurrido seis casos más en el hospital memorial de Boston. Susan comenta a Mark sus descubrimientos, él, a pesar de su escepticismo, comienza a dar cierto crédito a las sospechas de su adscrita y le concede permiso para seguir su investigación faltando a sus actividades. Sin embargo, al avanzar la investigación se da cuenta que si la apoya se pondrá en riesgo su ascenso para jefe de residentes, por lo que trata de mantenerse al margen.

Con una creciente ola de evidencias que indicaban un mismo patrón en los casos de coma, Susan decidió informar de esto a diversos médicos, sin embargo minimizan sus hallazgos y consiguen despedirla del hospital. Entonces, Susan acude con el doctor Stark, jefe de cirugía que goza de un gran poder por haber recolectado los fondos necesarios para la construcción de casi todo el hospital; él la escucha y decide ayudarla en lo que pueda.

De manera clandestina Susan consigue los historiales clínicos de los/las pacientes con coma y se da cuenta que en todos los casos se trataba de las mismas variables: personas jóvenes, buena salud, muestra de tejidos en los estudios preoperatorios (lo cual no es una prueba necesaria o usual) y operaciones realizadas en el quirófano número ocho. Al examinar concienzudamente esta última sala, Susan descubre que su tubería de oxígeno es diferente a la de los otros quirófanos ya que tiene una válvula de presión que permitiría el paso de algún otro gas. Al comentar esto a Mark, Susan resuelve el gran enigma.

¡El monóxido de carbono! Monóxido de carbono cuidadosamente instilado en la sangre, a través de esa válvula, calculado para producir el grado adecuado de hipoxia. El color de la sangre no cambiaría [...] El cerebro queda privado del oxígeno necesario y... coma. En el quirófano todo parecía absolutamente normal. Luego el cerebro del paciente muere; no hay rastros de la causa. (Cook, 1977, p.152).

Posteriormente, Susan se ha enterado de que Sean Berman ha sido trasladado al instituto Jefferson, que es:

Una institución de terapia intensiva construida como parte del proyecto de la Organización de la Salud. [...] se creó para reducir los costos [...] Es una institución privada pero el gobierno financió su construcción. El concepto y los planes vinieron de los cursos de práctica de salud pública. (Cook, 1977, p.95).

Es interesante ver cómo existe una combinación de financiamientos que propician la creación de este lugar; el estado, las empresas privadas y la organización de la salud buscan reducir los costos que les acarrea mantener a un paciente en coma, Si es así, entonces ¿Estas personas se erigen como una carga? ¿Para el Estado, la familia, las instituciones?

Regresando al relato, Susan consigue una autorización para realizar una visita al instituto Jefferson, el cual es un edificio situado en un barrio solitario, en su puerta se exhibe un letrero que dice “Instituto Jefferson [...] construido con la ayuda del Departamento de Salud, Educación y Bienestar, Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, 1974” (Cook, 1977, p. 159). Aquí es preciso señalar una convergencia que existe con el cuento anterior al respecto del nombre de las instituciones sanitarias. “Santidad”, “salud” y bienestar” se han convertido en sustantivos que pueden validar todo tipo de prácticas instauradas por grupos de poder, éstos últimos instauran una única significación que no da cuenta de la subjetividad y particularidad que encierra para cada individuo alguno de estos significantes. También hay que hacer notar la similitud que tiene la palabra *santé*, en francés, salud, con la palabra en español “santo” aquel personaje que es completamente devoto hacia Dios y la religión. Por lo tanto, la enfermedad, *maladie* en francés, tendría una conexión con el mal, los demonios, el pecado.

En la novela de Cook (1977), la visita de Susan al Instituto Jefferson comienza cuando una enfermera le muestra un video donde se explican los beneficios que acarrea este centro: desocupar camas de terapia intensiva, reducir el personal que

se hace cargo de pacientes en coma, en resumen, se ahorra una enorme cantidad de dinero. Pero ¿Cómo se lograba el cuidado de los pacientes en el instituto Jefferson? En primer lugar existía una sala con cierta temperatura, humedad y afluencia de rayos ultravioleta que evitaba la pérdida de calor, la formación de bacterias y la aparición de infecciones. En segundo lugar, los cuerpos de las personas no estaban recostados en camas sino suspendidos en el aire por cables que habían sido instalados a través de sus huesos, la enfermera explicó que esto se debía a que “la investigación en el tratamiento de las quemaduras demostró los beneficios de que la piel no esté apoyada en ningún tipo de superficie” (Cook, 1977, p.162). Por último, cualquier paciente estaba conectada (o) a una computadora central que monitoreaba sus signos vitales y ante cualquier anomalía hacía los ajustes necesarios.

La sala donde se mantenía a las personas en coma dejó anonadada a Susan quien la describió como algo siniestro pues el panorama estaba compuesto por más de cien cuerpos suspendidos en el aire a más de un metro del suelo. “Todos estaban desnudos [...] Las cabezas de los pacientes estaban sostenidas por otros cables que venían del cielo raso, fijados con roscas a las cabezas de los pacientes. Susan tuvo la impresión de un montón de grotescas marionetas dormidas. (Cook, 1977, p.162). Marionetas (tal como llamaban los nazis a los judíos) al servicio del estado, la medicina y los adelantos tecnológicos. La misma enfermera del Instituto Jefferson ratifica esta idea cuando menciona que los/las pacientes “fueron personas; ahora son preparados sin cerebro” (Cook, 1977, p.163), gente sin la única parte del cuerpo que ha resultado imposible trasplantar. Hay que apuntar que en este contexto la función cerebro es ocupada por la institución que piensa por la enfermera y los demás involucrados en ese proyecto.

Aprovechando la ausencia de una enfermera y burlando cámaras de seguridad, Susan logra colarse al área restringida del instituto, a escondidas pudo ver cómo le estaban realizando una supuesta autopsia a Sean Berman, quien había fallecido

hace algunas horas. Cuando Susan consigue reaccionar continúa su recorrido y entra a un quirófano solitario para observar el contiguo donde se está llevando a cabo una operación. Lo que percibe la deja horrorizada:

Vio dos cirujanos, ataviados con el uniforme corriente, inclinados sobre un paciente. Pero no vio ningún anesthesiólogo. No había mesa de operaciones. El paciente seguía colgado de una estructura. Pero estaba colocado del costado derecho, donde se veía una incisión. Los cirujanos la estaban cerrando, y Susan oía bastante bien su conversación.—¿A dónde irá el corazón del caso anterior?—A San Francisco —respondió el segundo cirujano, mientras hacía una firme sutura—. Creo que sólo dejará setenta y cinco mil dólares. No era muy adecuado sólo dos de cuatro, pero fue un pedido de último momento [...] —El verdadero problema es encontrar un tejido adecuado para el de Dallas. Ofrecen un millón de dólares por una coincidencia de los cuatro tejidos. El padre del chico está en el petróleo. El segundo cirujano dio un silbido.—¿Y han tenido suerte hasta ahora?—Encontramos una coincidencia en tres tejidos que irá para un trasplante en el Memorial el viernes próximo ()....

Susan había encontrado el motivo de los casos de coma antes inexplicables, había personas que se estaban enriqueciendo con el tráfico de órganos, era toda una red meticulosamente articulada que ofrecía las partes de los cadáveres al mejor postor. Susan decide acudir con el doctor Stark para comunicarle los hallazgos, éste la recibe en su oficina y la escucha, pero simultáneamente la droga y hace que la lleven al quirófano ocho para realizarle una remoción de apéndice.

El doctor Stark realiza la apendicetomía calculando que muy pronto el monóxido de carbono haría sus efectos y no tendría que preocuparse más por aquella estudiante que había descubierto el origen de su fortuna. Sin embargo, ya estaba

cerrando la herida de la cirugía y ella aún no entraba en coma, ¿Por qué? Porque Mark a pesar de la incredulidad había escuchado a Susan, había descubierto la anomalía de las tuberías en el quirófano ocho y había cerrado la válvula del monóxido de carbono.

Se abrió la puerta y Stark vio por lo menos a cuatro personas que entraban en la sala. Entre ellos estaba Mark Bellows. Los inesperados visitantes llevaban guardapolvos quirúrgicos, y el pulso de Stark comenzó a acelerarse cuando advirtió que la mayoría de los hombres se lo habían puesto sobre un uniforme azul. Se hizo un silencio mortal en la sala. Pero cuando Stark se enderezó, supo que ahora algo andaba mal. Muy mal. (Cook, 1977, p.185).

Ya que se ha dado a conocer la escena final, y para concluir el análisis de esta obra literaria, es importante mencionar las circunstancias que dieron origen a ella. Al respecto Cook (1978) comenta:

Esta novela fue pensada como un entretenimiento, pero no es ciencia ficción. Sus implicancias dan miedo porque son posibles, quizás hasta probables. Vean un aviso clasificado que apareció en [...] 1968 ¿NECESITA USTED UN TRASPLANTE? Hombre vende cualquier parte del cuerpo por remuneración económica [...]Por más siniestros que parezcan estos avisos, no deben causar gran sorpresa. Hay muchos precedentes en la economía del mercado en medicina. (p. 186).

El autor explica por qué su obra no pertenece al género literario de la ficción, es decir, plasma evidencias que muestran cómo la venta de órganos es algo que está ocurriendo en su contexto, que es una realidad. Considero que ello obliga a

repensar la división literaria realidad/fantasia pues se observa cómo la ficción hace aparecer una verdad insostenible.

Por último, Cook (1978) al parecer también realiza esta novela para que un público más vasto advierta la importancia de la donación de órganos, algo con lo que él está de acuerdo. Sin embargo, resulta muy curiosa la forma en que lo expresa:

En lugar de destinarse a este noble uso, los órganos suelen entregarse a los gusanos o al fuego del crematorio debido a la mojigatería legal heredada de épocas oscurantistas del derecho inglés. Porque en aquellos tiempos los cadáveres eran de jurisdicción del orden eclesiástico más bien que de las leyes civiles. Parece inconcebible que esas leyes limiten nuestras vidas en la actualidad. Pero así es. (p.186).

Este tipo discurso pareciera acercarse más a un sermón o un regaño dirigido a quién esté en contra de la donación, si bien el autor como médico ha visto las dificultades a las que se enfrentan los pacientes en espera de un trasplante ¿es esa una razón para generalizar la obligatoriedad de la donación? Además, queda la pregunta de ¿Qué matices adquiere su declaración al estar enmarcada por el discurso médico del amo?

Para finalizar este capítulo se realizarán a continuación algunas puntualizaciones sobre las tres novelas anteriormente narradas, esto con el fin de identificar ciertas convergencias que puedan ampliar el análisis que se lleva a cabo en la presente investigación. El primer elemento que llama la atención es cómo las circunstancias sociales políticas y económicas del contexto del autor se ven reflejadas en su obra, ejemplo de ello es la idea de los órganos usados a empeñar o la venta ilegal de éstos. Quizás ello ilustre el argumento de Trilling (1973), quien comenta: “aunque el artista nunca queda finalmente determinado en su obra por los

sistemas [...] que lo rodean, él no puede evitar su influencia” (p.382). Si esto fuera así, ¿Qué narraría un cuento relativo a la donación y el trasplante creado en el año 2014? De igual manera, no deja de sorprender el hecho de que los dos últimos relatos hayan sido redactados a principios de los años setenta, cuando los trasplantes apenas comenzaban a ser factibles.

Finalmente, hay que mencionar que este subtema se circunscribió a tres historias de la donación y el trasplante de órganos que se relacionaban entre sí por su cariz futurístico y, de alguna manera, ficticio. La elección de este conjunto de textos se produjo debido a la necesidad de delimitar el campo de análisis, sin embargo, existe una gran cantidad de obras literarias que abordan la temática, a continuación se enlistan algunas.

Frankenstein -Mary Shelley

El hombre bicentenario- Isaac Asimov

Disparo de Argón- Juan Villoro

Trasplante de cerebro - André Carneiro

Doctor Zibelius- Jesús Ferrero

Escucharás mi corazón-Alessio Puleo

Los cachorros- Mario Vargas Llosa

Les mains d'Orlac- Maurice Renard

Trasplante fatídico- Mario Brahamon Dussan

El trasplante- Francisco González Sanz

Médicos y traficantes- Gerald Green

La cabeza del profesor Dowell- Aleksandr Beliáiev

Charada- Sandra Brown

Los hombres de venus- George White

La gran cantidad de libros del doctor y escritor Robin Cook: *Cuerpo extraño, Fiebre, Intervención, La cura, La esfinge, Invasión, Estado crítico, Intención criminal, Curación fatal, Epidemia, Crisis, Convulsión, Cromosoma 6, Contagio, Cerebro, Como si fuera Dios, Abducción, ADN y Ceguera Asesina.*

Otro médico y literato es Frank Slaughter autor de las siguientes novelas: *Trasplante, Nadie debería morir, Cirujano del aire, Autopsia de una traición, Convención médica, Hospital General del Este, La espada y el bisturí, Epidemia, Médicos en peligro, Esposas de médico, Hospital de sangre, Hombres de blanco.*

Con esta lista de referencias que problematizan el panorama del trasplante concluye este apartado, para dar paso a otra sección de este trabajo que si bien comparte la conexión arte-trasplantes, se enfocará en las pinturas.

3.2 Pintura

Este apartado se divide en tres segmentos que refieren a pinturas e imágenes relacionadas con el trasplante de órganos. En primer lugar, se analizará la obra del artista gráfico Robert Hardgrave, quien realiza figuras tipo collage tomando como fuente de inspiración situaciones importantes de su vida, entre ellas su trasplante de riñón. En segundo lugar, se hablará de las pinturas de Sir Roy Calne un médico que plasma a través de formas y colores las operaciones de trasplantes de las cuales él ha sido pionero. Finalmente, en el tercer segmento, se analizarán algunos chistes gráficos encontrados en la red que abordan diversas aristas del trasplante.

3.2.1 Robert Hardgrave. La pintura después de un trasplante

Robert Hardgrave es un pintor que radica en Seattle, Estados Unidos. Él creció en Arizona, en una familia cristiana muy conservadora, así que, como él mismo menciona, “el arte no era parte de mi familia”. Pese a ello, su creatividad al dibujar lo llevó a ser un ilustrador por muchos años. Robert creaba diseños para que algunas marcas los pusieran en productos como: patinetas, tablas de snowboard, playeras, zapatos, entre otros. Sin embargo, no ganaba mucho dinero, y su trabajo no le ofrecía una gran satisfacción pues menciona: “la gente siempre quiere cosas que tú no puedes ver” (Hardgrave, 2009). Tiempo después Robert empezó a ser considerado un gran artista y al respecto comenta: “ahora que hago ilustraciones la gente me pide que haga lo que sé hacer y es más fácil porque no tengo que hacer algo que no soy yo [sic]” (Hardgrave, 2009).

Los materiales que utiliza para crear sus pinturas son acrílicos, tinta y acuarelas, y ríe diciendo que también usa “sudor, sangre y lágrimas”, lo cual resulta una metáfora de lo que plasma en su trabajo. Respecto al procedimiento que sigue en la creación de una obra menciona que: “retoma artesanías o trabajos manuales de algunos contextos y trata de in-corporarlos y convertirlos en algo diferente” (Hardgrave, 2009). Su trabajo es considerado un arte de improvisación pues lo realiza en la inercia del momento. No obstante, en raras ocasiones da por terminada una obra cuando la pinta pues, al tener algunos diseños, los corta y después los re-ensambla “para ver a dónde pueden llegar” (Beard, 2012, párr. 3). En relación con esto expresa:

Tengo varias obras y procesos en el estudio y voy saltando del uno al otro a lo largo del día; mientras más, mejor; esto me permite permanecer entretenido. Diferentes procesos se alimentan entre sí en maneras únicas. (Beard, 2012, párr. 3).

El constante movimiento entre las pinturas de Robert hace pensar en el concepto psicoanalítico del inconsciente el cual se caracteriza por su atemporalidad, como menciona Freud (1900/2006) en *La interpretación de los sueños*, “una afrenta ocurrida treinta años antes produce sus efectos ahora como si fuera reciente [...] a nada puede ponerse fin, no es pasado, ni está olvidado” (p.140). Quizás por esto el artista comenta que sus trabajos más actuales a veces le dicen “cosas sobre piezas más viejas, revelando una especie de ‘serie’” (Beard, 2012, párr. 5), tal como la asociación libre donde aparecen conexiones antes consideradas inexistentes.

Ahora bien, respecto a las razones que lo llevan a desarrollar su trabajo, Robert relata: “crear cosas es simplemente la manera en la que lidio con la vida. Es algo que puedo hacer para procesar todo lo que venga en mi camino, sean relaciones, frustraciones o alegría”(Beard, 2012, párr. 3).Al parecer, con sus pinturas, Robert plasma, simboliza, hace una inscripción sobre ciertos acontecimientos y entonces queda la pregunta, ¿Podrían sus pinturas considerarse un testimonio? Robert prosigue expresando: “el tema tiene que ser sobre algo que me afecte. He creado piezas sobre la relación que tengo con mi hija, el recibir un trasplante de riñón, la muerte de mi padre, etc.”(Bear, 2012, párr. 5) Robert enuncia en esta frase algunos sucesos que han resultado decisivos en su historia, los cuáles tratan de: vínculos relaciones con el otro, la muerte y quizás lo real de una intervención quirúrgica.

Ahora bien, respecto al trasplante que recibe, Robert comenta que en el año 2000 fue diagnosticado con insuficiencia renal, estuvo en la lista de espera por algunos meses y:

¡Cuando ocurrió se sintió increíble! No podía recordar lo que era sentirse saludable. Inicialmente me reveló la importancia de trabajar hacia algo en la vida que quisiera hacer o lograr; eso era pintar y dibujar. (Beard, 2012, párr. 7).

El trasplante le devolvió algunas cosas que había perdido con la enfermedad y lo encauzó a ir tras un deseo. Hay que recalcar cómo Robert habla del efecto “inicial”, más inmediato del trasplante, por lo que queda preguntar ¿Cuáles fueron los efectos “posteriores”, a mediano y largo plazo? Siguiendo con la reacción de Robert, él menciona en otra entrevista: “después del riñón me sentí muy bien” (Hardgrave, 2009), es interesante cómo él no habla de una experiencia, tratamiento o cirugía, sino “del riñón” como si en ese órgano se concentrara el bienestar, la salud ¿El pasado, presente y futuro?

Luego del trasplante, Robert empezó a estar enfermo, los médicos le detectaron linfoma, afección que no se especifica si fue un efecto secundario del trasplante. Él estuvo en tratamiento de quimioterapia, lo cual resultó ser una experiencia difícil pues comenta: “dibujé en mi cuaderno estos dibujos automáticos [sic]... estas figuras fueron el factor decisivo y me ayudaron a pasar toda la cuestión de la quimioterapia” (Hardgrave, 2009).A continuación se presentan los diseños de los que habla Robert.

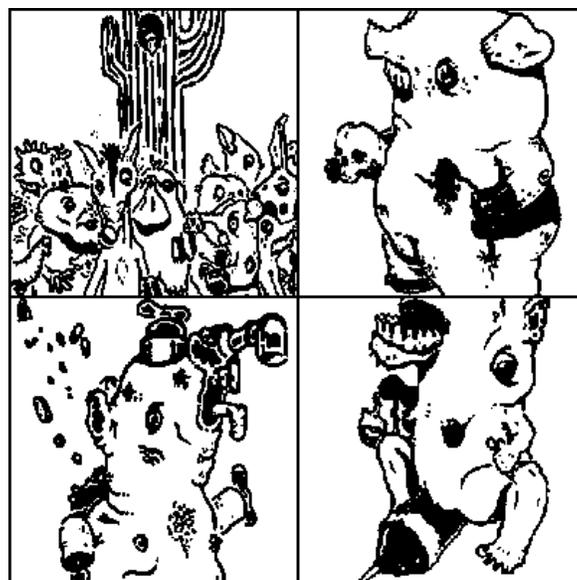


Figura 1

Estos seres se caracterizan por tener las partes del cuerpo distorsionadas, colocadas en lugares no usuales (lo cual podría remitir a todos los experimentos pioneros en el área de trasplante). Se trata de figuras que se asemejan a algunos animales (quizás porque se remite a la carne y no al cuerpo humano) mutilados, siniestros, cercanos a la muerte y afectados por una variedad de medios técnicos. La temática del malestar orgánico no sólo devendrá en los dibujos mostrados sino también en la siguiente pintura.



Figura 2

Sobre la pintura presentada Hardgrave comenta: “representa la enfermedad y toda la vida que sale de ella. Es una explosión de vida pero es bajo de la enfermedad del chico. Tú sabes, la enfermedad crea sorpresa en la vida” (Hardgrave, 2009). Si se observa con atención se notará cómo el centro de la pintura es un hueco, ¿Una falta? ¿Un vacío? Que, según Robert, simboliza la enfermedad; de ahí emerge una serie de figuras que personifican la vida, esa vida que se escurre y se aleja, dejando en el centro una ausencia, probablemente de posibilidades y deseos.

Tiempo después, Robert logra su recuperación, y al recordar la época del trasplante enuncia: “cuando ocurrió el trasplante de riñón yo básicamente decidí

que me repondría para hacer mi trabajo y no me preocuparía acerca de lo que la gente pensara y ahí es cuando empiezas a gustarle a todo el mundo” (Hardgrave, 2009). Pero, ¿Qué podría pensar la gente, acerca de qué? ¿Del trasplante? De igual modo, en otra entrevista comenta: “es aceptar las cosas como son y trabajar con lo que tienes. Tomar el poder de vuelta para ser quién eres” (Hardgrave, 2009). Lo cual lleva a plantear algunas preguntas, por ejemplo, cuando menciona “trabajar con lo que tienes” ¿Él que tiene? ¿Una serie de acontecimientos para narrar? ¿Un nuevo órgano? También enuncia, “tomar el poder de vuelta”, pero entonces, ¿A dónde se había ido ese poder? ¿Se había escurrido y alejado como en la pintura de la enfermedad?

Robert explica que a pesar de que en el arte, cada quien ve lo que quiere, él apuesta por plasmar una historia, por ejemplo, en cuanto a su trasplante, comenta: “desarrollé toda una mitología completada con símbolos para representar ciertos aspectos del haberme sido otorgada una segunda oportunidad para vivir” (Hardgrave, 2009). Esta mitología puede observarse en las pinturas que Robert efectuaba cada año para: “conmemorar el aniversario de mi riñón” (Hardgrave, 2009).

A continuación se presenta la obra que Robert realizó el segundo año (puesto que en sus entrevistas no muestra cuál es la primera).



Figura 3

Esta pintura tiene una serie de partes que valdría la pena analizar a detalle, sin embargo, como ese no es el objetivo de la presente investigación, bastará con mencionar que tal como en los dibujos que realizó en la quimioterapia, está presente un animal aunque en esta ocasión no se encuentra mutilado y sus partes están donde deberían. También se observa cómo este proyecto es a color, por lo cual queda preguntar: ¿Acaso Robert simboliza la vida con los colores, y la enfermedad con la ausencia de ellos?

Sobre el cuadro del segundo aniversario, Robert comenta: “dibujé este largo dibujo en papel con una pequeña brocha. Me tomó dos o tres meses sólo dibujar todo el dibujo [sic]” (Hardgrave, 2009). Se subraya el esfuerzo que implicó la realización de este proyecto, una brocha pequeña, tres meses, dibujar. Esto se podría relacionar con lo que en México se denomina “manda”, la cual consiste en un acto que implica sacrificio o gran esfuerzo con el objetivo de agradecer a algún dios o santo por una oportunidad, favor o milagro concedido. Aunque, en el caso de la obra de Robert ¿Hacia qué Dios se dirigiría? ¿A la vida? O, no se trata de una manda y es solamente una forma de expresión sin destinatario.

El tercer año después del trasplante “fue una pintura más grande” (Hardgrave, 2009), menciona Robert. La obra lleva por título *The dreamcatcher*, en español, *El cazador de sueños*, y se exhibe a continuación.



Figura 4

Se pueden observar partes del cuerpo humano: pies, manos, ojos, dientes y algunos órganos internos. Entonces, ¿Es esta obra un intento por simbolizar las vísceras, las libras de carne? ¿Es lo real que acapara los sueños de Robert como la garganta de Irma en el sueño de Freud?

Cómo se ha podido observar, la mayoría de las pinturas de Robert se caracterizan por ser una mezcla de figuras, una especie de collages, lo cual se relaciona con la teoría de Melanie Klein sobre la percepción que tiene el niño sobre el cuerpo de su madre. “El niño espera que en el interior del cuerpo de su madre encontrará: el pene del padre; excrementos y niños” (Klein, 1930, párr.2).

Ahora bien, la última pintura que se mostrará en este subtema es la que Robert realizó en el tercer aniversario de su trasplante. Al respecto, comenta: “este año

fue realmente una gran pintura. Fue de más o menos, diez por siete pies, y fue como un reto celebrar esta nueva vida que llevo” (Hardgrave, 2009).



Figura 5

Se nota cómo Robert hace pinturas cada vez más grandes conforme avanzan los años luego de recibir un órgano, sin embargo, esto ocurre sólo por un tiempo pues menciona: “los primeros 5 años después del trasplante fue cuando mi trabajo se basó más en esa experiencia. El trasplante fue hace casi 10 años así que he pasado a tratar nuevas ideas desde entonces (Beard, 2012, párr. 7). Emergen de esta enunciación las siguientes preguntas ¿Esos cinco años podrían significar el periodo de un proceso de subjetivación? ¿Esas pinturas fueron lo que le permitió pasar a otras ideas?

En conclusión, resultaría interesante hacer una investigación más profunda sobre el trabajo de Robert Hardgrave en relación, por ejemplo, con la sublimación, el arte, la enfermedad. Sin embargo, en este subtema se buscó mostrar cómo, en el caso particular de este pintor, el acontecimiento de trasplante deviene en una serie

de producciones artísticas que demuestran los efectos subjetivos que puede tener un trasplante asociados a cierta temporalidad.

3.2.2 *Sir Roy Calne, el médico pintor*

Roy Yorke Calne es un cirujano británico nacido en 1930 que ha sido pionero de los trasplantes de órganos. Al comienzo, Calne, se enfocó en la mejora de los medicamentos inmunosupresores, y después en la cirugía. Este médico realizó el primer trasplante de hígado en Europa en 1968 y el de intestino en el Reino Unido en 1992. En 1986 “su trabajo fue recompensado por la reina Isabel II al ser nombrado caballero” (Pintores y trasplantes, 2010, p. 49). En 1998 se retira y se muda a Singapur donde realiza sólo algunos trasplantes, especialmente a gente que no podría costear la cirugía. En la actualidad se dedica a investigar un nuevo tratamiento contra la diabetes que consiste en extraer insulina de células embrionarias.

Calne resulta de gran interés para la presente investigación puesto que realiza cuadros sobre las cirugías de trasplante. Desde su juventud se había interesado por la pintura, sin embargo, al ejercer como médico “se dio cuenta que en los pacientes de trasplantes tenía una fuente de inspiración artística sin precedentes” (“Artist with scalpel”, 2003, párr. 13). Además, a Roy le motivó el que ningún médico hubiera realizado esto antes, comenta: “me gusta hacer cosas novedosas. Siempre me ha estimulado el que me digan que no puedo, que es difícil y no debería hacerlo” (“Artist with scalpel”, 2003, párr. 13). Pero, ¿Cómo podía Roy Calne aproximarse a una cirugía desde la pintura y lo médico? Él menciona que resulta posible pues hay similitudes entre esas dos perspectivas, por ejemplo: “necesitas una coordinación mano-ojo aceptable. Seleccionar las correctas herramientas, materiales, en la secuencia adecuada. Necesitas un concepto de qué es lo que harás, de otra manera todo podría ser un desastre” (“Artist with scalpel”, 2003, párr.16).

Uno de sus estudiantes menciona: “él puede manejar pintura y lienzos, papel y carbón, pero su principal medio es el cuerpo humano, abdomen y vísceras, sangre y órganos” (“Artist with scalpel”, 2003, párr.22). Tal cómo en el caso de Hardgrave se menciona que los elementos usados para la creación de una pintura son secreciones del cuerpo.

Así, Roy Calne empezó a preguntar a sus pacientes si podía pintarlos (as), ellos (as) estaban perplejos (as) por la petición, pero, según Calne, “todo acerca del trasplante es sorprendente, entonces se trataba sólo de un poco de rareza en el cuadro completo”(“Artist with scalpel”, 2003, párr.14). Pero, ¿Qué pasaría si esa “pequeña rareza” desencadenara efectos en la subjetividad? ¿Qué implica tener una pintura que muestra el momento donde una (o) está adormecida (o) por la anestesia?

En aras de ilustrar de dónde emergen las preguntas antes planteadas, se presenta a continuación una obra de Roy Calne titulada *Trasplante de Hígado*



Figura 6

Esta pintura muestra a siete cirujanos alrededor de lo que parece ser el cuerpo de un (a) paciente, pues sólo se ve una abertura, como una boca, y adentro algunas formas que representan los órganos internos. En la mesa del instrumental quirúrgico se encuentra un hígado, el cual no se sabe si es el que se ha extraído o el que se va a implantar. El puesto que ocupa Calne es central por su posición entre los cirujanos pero también porque en su rostro aparecen los lentes que caracterizan su apariencia. Ahora bien, ¿Son estas pinturas quirúrgicas de Calne la versión moderna de las lecciones de anatomía y las disecciones públicas de hace algunos siglos?

Calne es consciente de la intervención de su subjetividad en sus producciones artísticas pues menciona: “lo que sea que pintes, no lo harías sino hubiera un contenido emocional que disfrutaras o te interesara, o sobre el que estuvieras asustado” (“Artist with scalpel”, 2003, párr.19). Entonces, ¿qué es lo que conduce a Calne a pintar? Por una parte, él dice querer plasmar el “sacrificio único” que refiere a cómo “el donador tiene que correr el riesgo de muerte y generalmente morir para que el/la destinatario (a) pueda vivir” (“Artist with scalpel”, 2003, párr.17). Por otro lado, menciona “yo sigo siendo perseguido por los rostros de familiares y pacientes por los cuales no he hecho lo suficiente” (“Artist with scalpel”, 2003, párr.20). ¿La impotencia y/o la culpa son algunos de los afectos que promueven la pintura de Calne?

Calne menciona que “comenzó a entender más acerca de sus pacientes pintándolos” por lo que quizás esta sea una forma de dar lugar al sujeto en el campo de las intervenciones médicas. Por último, Calne expresa: “al final, uno siempre se queda corto con respecto a la historia completa” (“Artist with scalpel”, 2003, párr.20). Entonces, ¿Cuál sería una historia completa? ¿El testimonio del sujeto? ¿La particularidad del caso?

Para finalizar, habrá que mencionar que en el campo de la pintura y el trasplante, Robert Hardgrave y Roy Calne no son los únicos exponentes. Bastaría pensar en el gran número de artistas que han dibujado cuadros sobre el milagro de los santos Cosme y Damián, quienes, en la mitología, realizaron el primer trasplante a partir de donador cadavérico. También, se sugiere revisar el trabajo de la pintora mexicana Sandra Pani que, aunque no refiere directamente al trasplante, habla incesantemente sobre el cuerpo, o los cuerpos plastificados realizados por Gunther Von Hagens.

3.2.3 Caricaturas

Hasta el momento se ha analizado la relación del trasplante con el trabajo de algunos pintores. Sin embargo, este apartado tiene un matiz diferente pues se enfocará en las caricaturas gráficas sobre trasplante encontradas en la página web titulada *Cartoonstock*. ¿Por qué considerar como objeto de análisis una caricatura? Para responder esta pregunta se aludirá a la siguiente cita de K. Fischer que Freud (1905/2000) retoma en su texto *El chiste y su relación con lo inconsciente*.

Donde está escondido, es preciso descubrirlo a la luz del abordaje cómico; donde es poco o apenas notable, hay que destacarlo y volverlo patente para que se evidencie de una manera clara y franca (...) Así nace la caricatura' (p.12).

Así, las caricaturas que se mostrarán a continuación hacen explícitas algunas creencias, mitos, "leyendas urbanas" que rodean la temática del trasplante. Teniendo como característica principal el uso de los mecanismos de condensación y desplazamiento.

La primera ilustración que se presenta muestra cómo Dorothy, el personaje principal de la historia *El mago de Oz*, recibe por correo su tarjeta de donación voluntaria de órganos, cosa que ella no ha pedido. Escondidos en el fondo de la escena se encuentran el espantapájaros, el leñador de hojalata y el león cobarde, listos para atacar a Dorothy con sus armas, como depredadores acechando a su presa.



Figura 7

[¿Tarjeta de donadora de órganos? Yo no he aplicado para esto]

Según el cuento *El maravilloso mago de Oz*, el leñador de hojalata deseaba tener un órgano, el corazón, para poder sentir afectos por otros (as); el espantapájaros, un cerebro para tener sentido común, y el león cobarde anhelaba valentía. Ahora bien, existe otro gráfico dónde se ha consumado la idea de la caricatura anterior. Dorothy está tirada en el piso desangrada y con heridas en el pecho y la cabeza, a su alrededor se encuentran: el leñador con su hacha manchada de sangre y sosteniendo en su mano el corazón de Dorothy, el espantapájaros con el cerebro, y el león que exclama ¿Y ahora cómo puedo obtener su valentía?

En este mismo tamiz, hay un dibujo que muestra al personaje Blanca Nieves dormida en un pedestal tras haber comido una manzana envenenada. El príncipe, al encontrarla, se inclina para besarla y romper el hechizo. En ese momento uno de los enanos, con los que vivió Blanca Nieves cuando se encontró exiliada en el bosque, exclama a otro: ¡Si esto funcionará, no olvides agradecerle por el riñón!.



Figura 8

Un último ejemplo a retomar sobre la coerción en la donación aparece en el gráfico donde un doctor le dice a un paciente que no se preocupe que seguramente logran convencer al donador, y al fondo se observa a otro doctor con cuchillo en mano persiguiendo al futuro donador.



Figura 9

En las tres figuras descritas con anterioridad se observa cómo existen personajes que requieren un órgano y se encuentran al acecho de cualquiera que presente las características de inocencia, desconocimiento o desvalimiento, para así tomar por la fuerza lo que desean. La coerción, el con-vencimiento y la obligatoriedad de la donación es un tema recurrente en las expresiones artísticas del trasplante. Tal vez funciona a manera de recordatorio sobre los casos donde sí ha ocurrido tal situación.

A continuación, se hablará de otro tópico bastante recurrente en las caricaturas de trasplante, las negligencias médicas. El personaje del médico se suele relacionar con las características de sabiduría y destreza, sin embargo, también puede ser distraído y cometer errores que acarreen grandes consecuencias en los cuerpos de los sujetos. Por ejemplo, en la siguiente imagen se nota cómo al estar realizando una cirugía de trasplante, el médico sostiene en una mano el corazón que debe extraer y en la otra el que debe implantar, pero se confunde y ya no sabe cuál es cada uno.



"OK, the old one's in my right hand,
the donor's in my left. Right?"

Figura 10

[OK, el viejo está en mi mano derecha y el del donante en mi izquierda, ¿verdad?]

Hay muchos ejemplos que hablan de los errores médicos, a continuación se mencionan algunos. Un ser parecido al que creó Victor Frankenstein expresa cosas inteligibles y el doctor trata de recordar si sí le colocó el cerebro.



"Bow wow? Did I transplant
your brain, too?" I transplant

Figura 11

Otro caso es cuando, después de que la cirugía ha terminado y el cuerpo del paciente ha sido suturado, el médico ve que hay partes del cuerpo que sobran,

que al parecer no colocó. Algunos gráficos más muestran cómo el médico coloca partes del cuerpo en un lugar equivocado: un pie en la cabeza, tres pies, una pierna doblada en sentido contrario al que debería ser, etc.



Figura 12

En ciertos dibujos quien recibe el trasplante se queja de que el médico no toma en cuenta las características de la parte del cuerpo que se trasplanta. Por ejemplo, la mano de Hitler, los ojos de Klaus Kinski (un actor de ojos muy grandes) o el alma de un asesino.



"You know, it would have been REALLY NICE if you hadn't given me Hitler's arm!"

Figura 13

También, aparece la idea de que el médico hace uso de su poder con el paciente anestesiado y le realiza algún otro procedimiento no solicitado. En concreto, un gráfico muestra que el médico en la cirugía enuncia: “un trasplante de corazón no vale mucho la pena si él no luce bien. Hagámosle también un trasplante de cabello”.



"A heart transplant isn't worth much if he doesn't look good-let's give him a hair transplant, too."

Figura 14

Los xenotrasplantes, que se realizan entre diferentes especies de seres vivos, también es un tópico recurrente, esto quizás porque hace algunos años los órganos provenían de animales como cerdos y monos. Ejemplo de ello se percibe en una imagen donde el doctor le comenta al paciente que no le pudieron conseguir un corazón de humano pero que le implantaron 13 corazones de ardillas los cuales emiten sonidos dentro del pecho de ese hombre.



Figura 15

O el caso donde dos hombres se encuentran en la calle y uno pregunta ¿Cómo ha resultado tu trasplante de estómago de cerdo? Y el otro contesta ¡Oink!



Figura 16

La figura de Frankenstein (aunque en sí es el ser que ese doctor crea a partir de piezas de cadáveres) se equipara con los doctores especialistas en trasplantes. Por ejemplo, la presentadora de un programa de televisión entrevista a dicha criatura y le dice “Entonces, fue la influencia de tu padre la que te llevo a elegir la especialidad de cirugía de trasplante...”



Figura 17

Otro tema recurrente en las caricaturas es lo económico, que se evidencia cuando el doctor le comenta al paciente que, la buena noticia, es que su cuerpo no ha

rechazado el órgano pero, la mala noticia, es que el banco rechazó su cheque; o bien, la compañía de seguro médico no ha cubre los gastos.



"The transplant went okay, but
your insurance company is
rejecting the bill."

Figura 18

Una arista más del sentido mercantil del trasplante aparece cuando en la bolsa de valores en lugar de presentarse el nombre de las acciones de empresas, aparecen los órganos con su respectivo precio.



Figura 19

O también un supermercado donde hay contenedores de partes del cuerpo en oferta.



Figura 20

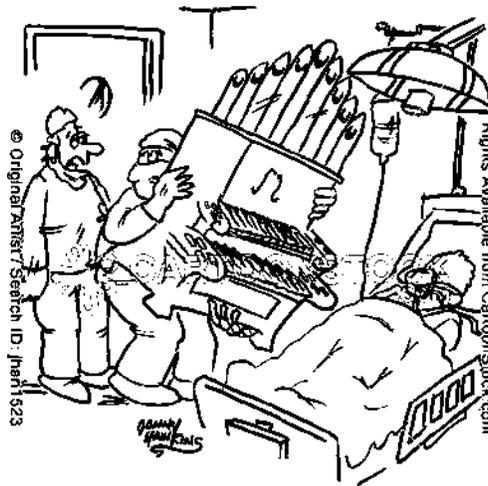
Una característica de muchos chistes gráficos sobre el trasplante es el desplazamiento de lo metafórico a lo literal. Por ejemplo, un hombre le comenta a otro “cuando ella dijo que buscaba un hombre con corazón, descubrí que ella lo que buscaba era un donador para su primo”.



"When she said she was looking for a man with a heart, I found out she meant she was looking for an organ donor for her cousin."

Figura 21

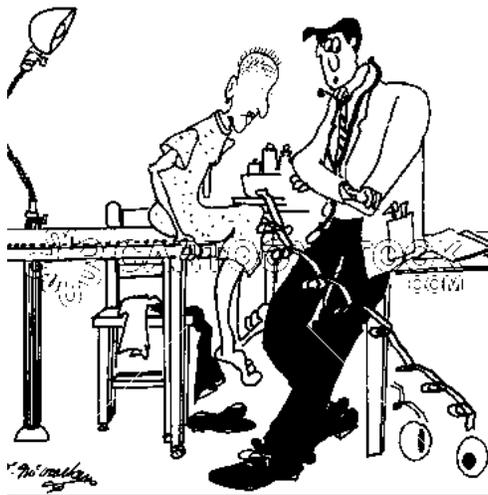
También varios médicos aluden al órgano no como una parte del cuerpo sino como el instrumento musical parecido al piano.



"First organ transplant?"

Figura 22

En las caricaturas, cuando se habla del rechazo del órgano trasplantado se muestra a los pacientes acostados con el pecho abierto y el órgano saliendo hacia arriba y quedándose suspendido en el aire. Algo parecido se evidencia en la siguiente imagen.



**"Oh dear. Your immune system
doesn't recognize your eyes."**

Figura 9

["Oh querida. Tu sistema inmune no reconoce tus ojos"]

Por último, se presentará un gráfico que muestra a un sujeto llegando a las puertas del cielo donde un santo le dice:



"Very admirable, but how am I expected to keep track of your donated lungs, heart, kidneys, liver, cornea's etc?"

Figura 10

[“Muy admirable, pero ¿Cómo se supone que le siga la pista a tus pulmones, corazón, riñones, hígado, córneas, etc. Que donaste?”]

Es como si cada órgano fuera una entidad del sujeto que debe seguir siendo evaluada por las buenas o malas acciones que cometa. Esta creencia muestra que los órganos siguen siendo propiedad, parte, del donador. Tal como en la caricatura donde el brazo trasplantado de Hitler se sigue levantando para saludar, o el alma de un asesino transforma a quién recibe un trasplante.

Si bien cada uno de los chistes gráficos presentados merece ser objeto de un análisis exhaustivo, este subtema sólo buscó puntualizar situaciones y ejemplos recurrentes en el ámbito del trasplante. El campo de estudio que emergió en estas breves páginas queda abierto para quien resulte interesado (a) en la conexión imagen-chiste-trasplante. Sin embargo, es momento de pasar a otro tipo de arte, el cine.

3.3 Cine

En el presente subtema se analizarán cuatro filmes seleccionados de la enorme cantidad de producciones que hablan sobre el trasplante. El primero, se titula *Trasplante a la mexicana*, que narra un trasplante de pene; el segundo, *Las manos de Orlac*, habla sobre un trasplante de manos; el tercero, *La isla*, muestra a clones creados como reserva de órganos; y en cuarto lugar, la versión filmica del libro *Repossession Mambo* que versa sobre la compra y venta de órganos artificiales.

3.3.1 *Trasplante a la mexicana*

La película que se describirá en este apartado es *Trasplante a la mexicana* del año 1990. Se trata de un filme que pertenece al género de la *sexicomedia*, el cual *refiere a*: “una mezcla entre [...] chistes y comentarios en doble sentido y sexo” (Bringas, 2011, párr. 6).

Ahora bien, es oportuno brindar un panorama del contexto donde se gestó el filme antes mencionado. Por una parte, y como indica Klein (2013), México a principios de los años 90 se encontraba en una crisis económica e intentaba sobreponerse al catastrófico terremoto de 1985. Por otro lado, en el área cinematográfica estaban ocurriendo sucesos importantes, los cuales se narrarán a continuación.

En el periodo de los 80, existió un declive del cine esto debido a las decisiones poco estratégicas de Margarita López Portillo, hermana del entonces presidente, quien únicamente por su parentesco y sin la preparación adecuada se volvió la directora del organismo denominado Radio, Televisión y Cinematografía (RTC). En ese periodo de decadencia, es cuando surge el denominado cine de ficheras:

Una extensión del teatro de revista: mujeres desnudas y semidesnudas, piezas musicales y coreográficas, situaciones melodramáticas y sketches cómicos realizado por directores[...] que ante el surgimiento del cine independiente y el hartazgo del público, se refugiaron en la diversión de los centros nocturnos capitalinos. (Klein, 2013, p.94).

Sin embargo, años después el público parecía haberse cansado del melodrama de cabaret. “Es así como productores [...] regresaron a las bases del entretenimiento de masas: el humor. Humor y sexo en las imágenes y en las palabras serían la fórmula perfecta para el nuevo cine” (Klein, 2013, p.96). Quizá dichos creadores se hayan basado en otras producciones internacionales como la comedia pícaro italiana (que cuenta con una película similar a la revisada en este subtema titulada *Trasplante a la italiana* del año 1970) y el cine argentino de Jorge Porcel, que hacían énfasis en lo erótico y lo cómico.

Una característica peculiar de las sexicomedias fueron sus protagonistas, usualmente se trataba de aquellos personajes cómicos que habían aparecido en el anterior cine de ficheras. “Ahora son [...] las mujeres voluptuosas las que rodean a los humoristas. El escenario deja de ser el cabaret y se traslada a la vecindad y a los lugares de trabajo” (Klein, 2013, p.100). Del mismo modo, Bringas (2011) afirma que existen otros elementos recurrentes en estas producciones como: reparto constante y reconocible, mujeres únicas, pobres diablos, ficheras, un hombre afeminado, el gigoló, desnudos frontales, secuencias de sexo, comedia de enredos, albures, dobles sentidos y un título ad hoc.

Klein (2013) asevera que las sexicomedias fueron muy exitosas en ese tiempo pues los cines estaban obligados a que al menos el cincuenta por ciento de sus proyecciones fueran películas nacionales. Bringas (2011) también intenta encontrar una explicación al auge de este género y menciona: “las salas de cine se abarrotaban, quizá por la comedia, o debido a que por primera vez había

producciones explícitas en los teatros nacionales” (párr. 3). Estas películas parecieran mostrar el fracaso de la represión hacia la sexualidad debido a que las manifestaciones del inconsciente como los chistes, lapsus o actos fallidos ocupan un lugar central en la trama de la sexicomedia. Sin embargo, vale la pena cuestionar este argumento pues se habla de lo sexual siempre en un contexto de burla, de falacia.

Más que juzgar a las sexicomedias como buenas o malas considero pertinente reflexionar sobre lo que ellas muestran; cómo sus argumentos, imágenes y diálogos “explotan la dinámica de los prejuicios sociales y los imaginarios más arraigados” (Ayala como se cita en Klein, 2013, p. 101).

Si bien muestran un lado fantástico, caricaturizado y exagerado de los personajes y situaciones, también muestran otro lado real y transparente con el que por primera vez en mucho tiempo, el público de las clases populares se sintió identificado y tomado en cuenta. (Klein, 2013, p. 109).

Después de haberse formado una idea sobre el marco en el que está inscrita la primera película de este subtema, a continuación se procederá a su descripción. “Trasplante a la mexicana” narra la historia de dos hombres. Uno de ellos, apodado “el gato”, es un amante en turno de mujeres que desean tener actividad sexual, pues no tienen una pareja o bien sus esposos son personas mayores que no pueden satisfacerlas. El gato es muy claro con cada una de ellas, les comenta que él no permanece con una sola mujer y ellas aceptan esta condición.

Por otra parte, existe un muchacho de jerarquía social alta llamado Eugenio quien tiene una preferencia sexual por los hombres. Sus actividades, manera de hablar, vestimenta, etc. se asemejan más a las características vistas culturalmente como femeninas. Eugenio tiene un compañero, Huicho, que también denota los gustos

antes mencionados y con el cual pasa la mayor parte de su tiempo. Sin embargo, el padre de Eugenio, Julio, se encuentra demasiado molesto porque su hijo no se comporta como un hombre y le recrimina a su esposa (y ella a él) la homosexualidad del muchacho; pero sobre todo, lo que le preocupa al padre es ¿Cómo va a perpetuar su riqueza y poder si su hijo no tiene descendencia? Ante esto último queda cuestionar ¿Qué es lo que hace que la concentración y transmisión del poder se vuelva una obligación? Además, pareciera que el vínculo matrimonial entre seres heterosexuales es el único medio que hace posible una donación, una transmisión; sino ¿entonces por qué Julio no le deja sus riquezas a Eugenio y Huicho?

Una vez “el gato” tiene relaciones sexuales con una mujer que dice tener 18 años, pero que en realidad es menor de edad. El padre de la chica, quien es el jefe de la policía, escucha que hay alguien extraño en su casa, descubre al gato y logra llevarlo a prisión. Simultáneamente, Julio y uno de sus amigos, padre de una chica de clase acomodada (Roberta), han decidido que el matrimonio de sus hijos sería muy conveniente para finalmente unir las dos más grandes empresas de plásticos del país. La muchacha nota como Eugenio no tiene interés por ella pero él le comenta que puede seguir visitando a su ex novio para poder tener hijos.

La trama da un giro capital cuando una doctora norteamericana (Hoffman) trae a México el novedoso método de trasplante de testículos. En una conferencia la doctora explica que esta cirugía hace que ancianos mayores recuperen la potencia sexual que han perdido por la edad y puedan procrear hijos con sus esposas jóvenes. Aunque pareciera ficticia esta idea, no lo es, pues ya en 1930 el científico ruso Serge Voronoff se había dedicado a cortar testículos de monos para después injertarlos en hombres viejos con el objetivo de que recobrarán la vitalidad. Resulta interesante ver cómo Voronoff sustentaba y validaba su experimento a través de fotografías del aspecto de sus pacientes, el antes y después de la cirugía; ello también ocurre en una escena de la película “Trasplante a la mexicana” cuando la

doctora supuestamente pasa este tipo de ilustraciones a la audiencia que la escucha.

La doctora Hoffman menciona que hay una condición necesaria para el trasplante: “los testículos del donante deben tener fuerza creativa, poder, y para eso se necesita un hombre superdotado [doctores y enfermeras comienzan a aplaudir]”. Pero, ¿Qué es la fuerza creativa? ¿Cómo medir el poder de un órgano? ¿Qué es ser un hombre superdotado? ¿Este término refiere al tamaño de un pene, a la cantidad de veces que puede tener relaciones sexuales, a la habilidad de conquistar muchas mujeres? ¿Qué tanto estas características circunscriben y limitan las posibilidades de pensar la masculinidad? Además, pareciera que los atributos de estos órganos se circunscriben en el campo de lo imaginario.

Un asistente de la conferencia interroga a la doctora sobre el costo del procedimiento y ella responde que es muy caro porque no fácilmente se consigue un donador. Sin embargo, este elemento no ha representado un problema porque todos los pacientes que ella ha atendido (459 casos) son millonarios. Aquí aparece de nuevo, como en las narraciones del subtema 3.1, la figura de personajes con un poder económico elevado que compran lo que les hace falta: órganos, salud, belleza, donadores, entre otros. Esto se ilustra en una petición de trasplante que escucha la doctora: “esta es la oportunidad [...] yo tengo suficiente dinero como para comprar un hombre superdotado” ¿Comprar a un hombre? ¿Acaso se ha hecho realidad la frase “todo tiene un precio”, todo resulta una mercancía de compra-venta? El beneficio resulta ser sólo para una minoría social.

Julio hace una cita con la doctora para ver si se le puede realizar el trasplante de testículos a su hijo Eugenio, esto con el objetivo de “eliminar” su preferencia sexual hacia los hombres. La doctora se muestra renuente pues comenta que el trasplante de testículos se ha realizado sólo en adultos mayores con el objetivo de

devolverles la potencia sexual que anteriormente tuvieron, no para “curar” un caso de homosexualidad. Ante esto Julio responde:

Pero se imagina usted lo que pasaría si resultará, podría cambiar a hombres por jotos y a jotos por hombres [...] y después le cambiaría los ovarios a las lesbianas y a las lesbianas les pondría ovarios.

Al parecer, persiste la creencia de que el ser hombre o mujer se determina por medio de algunas partes del cuerpo: testículos, pechos, ovarios, pene, entre otros. Como si en dichos fragmentos se concentrarán todas las actitudes, patrones de conducta, deseos sexuales, en resumen, todo el ser del sujeto. Se olvida que la identidad sexual es construida a partir de las restricciones y posibilidades culturales, la historia del sujeto, la asunción de un significante, que deviene en un posicionamiento subjetivo. Por otro lado, la cita anterior también muestra cómo para ciertos profesionistas el dinero puede no ser el único o principal motivante en la realización de una tarea, sino el prestigio, la popularidad y el reconocimiento que se pueden obtener.

Así, la doctora accede a realizar el trasplante de testículos a Eugenio, sin embargo, falta conseguir un donador; éste será el gato, pero para ello habrá de fraguarse una conspiración por parte de dos hombres adinerados que descubren que sus esposas les son infieles con ese personaje. Los hombres en lugar de contratar a alguien para matar al gato deciden convertirlo en un donador de testículos (sin su consentimiento), esto en base a un anuncio que observan en el periódico donde incluso se ofrece una recompensa monetaria al donador.

Posteriormente, una amante del gato lo visita en la cárcel y le lleva ropa de mujer para que haciéndose pasar por ella pueda escapar. Todo va saliendo de acuerdo a lo planeado, pero al salir de la prisión una limosina le ofrece transporte al “gato” y lo lleva hasta una clínica, ahí una enfermera lo dirige arbitrariamente al cuarto

designado del futuro donador. De igual manera, Julio lleva a su hijo Eugenio al hospital sin informarle de lo que ocurrirá más tarde.

En lo anterior, se manifiesta un elemento que genera dudas y fantasías: la voluntariedad en la decisión de donar y/o recibir un trasplante. El papel de la enfermera que ni siquiera le pregunta si es él el donador o si quiere hacerlo hace de la arbitrariedad el núcleo de un proceso no deseado; además subraya un hecho cotidiano en nuestro país, el uso de los sobornos para lograr un objetivo.

De vuelta al relato, Eugenio y “el gato” son instalados en el quirófano para realizar el trasplante, uno al lado del otro. La doctora comienza la operación y minutos más tarde extrae los testículos de ambos para luego intercambiarlos. Es interesante ver cómo en esa escena se muestran los supuestos testículos de ambos personajes y los de uno de ellos resultan ser mucho más grande que los otros. De esta manera, pareciera que el tamaño de esa parte del cuerpo es un factor determinante de la virilidad, la heterosexualidad, la potencia y otros atributos, como ya se ha mencionado.

Después de la operación, Eugenio despierta realizando un gruñido muy particular que hacía “el gato”, se encuentra muy excitado y tras perseguir a cada enfermera que entra en su cuarto logra tener relaciones sexuales con todas ellas. Huicho al visitar a Eugenio se da cuenta que éste último ya no es el mismo, que ya no podrán seguir siendo pareja, por lo que le reclama a la doctora, sale del hospital y se pone a llorar en la calle. Minutos después “el gato” trata de consolar a Huicho charlando un poco con él, le comenta que su apodo ya no representa lo que ahora es o siente y decide cambiarlo por el sobrenombre de “la minina”. Huicho y la minina se hacen grandes amigas.

Lo anterior lleva a pensar cómo una nomenclatura, una serie de letras puede hacer la vida de alguien más satisfactoria, incluso habitable; es el caso de personas gays, transexuales, queer que deciden auto-denominarse de cierta forma o cambiarse legalmente el nombre. Sin embargo, a este respecto aún falta mucho por hacer puesto que una credencial de elector o un pasaporte siguen ciñéndose al binomio masculino-femenino. Además, estos documentos son expedidos en base a un acta emitida al momento del nacimiento, donde todo depende de la verificación de cierta anatomía.

Regresando a la película, tiempo después en una escena se observa cómo “la minina” ha instalado un puesto de comida afuera de su casa. Un día un hombre atractivo estaciona su carro enfrente de su negocio y comienza a coquetearle, ella encarga sus actividades a Huicho y se va caminando despacio por las calles. El hombre la sigue, primero diciéndole piropos pero después la amenaza con una pistola y la lleva a un cuarto donde tiene encerrados a más personajes, a los cuáles obliga a trabajar para que lo mantengan.

En otro contexto, la amante menor de edad del gato, quien es una chica muy consentida, le explica a su padre que ella fue quien sedujo a ese personaje y le exige que lo encuentre. Posteriormente, se enteran del trasplante y hablan con la doctora quien se ofrece a “reparar cualquier daño” con la condición de que exista a otro donante, ante lo cual la chica propone a su padre. Pareciera que con este último ofrecimiento la chica defiende su autonomía referente a la sexualidad y castiga a su padre quien muchas veces ha estado a punto de decirle que es una cualquiera o una prostituta por hablar como una mujer deseante de aquel hombre; así mismo, muestra la subordinación de un padre en apariencia muy macho hacia su hija.

Respecto a la historia de Eugenio, éste ha conseguido que Roberta acepte su propuesta de matrimonio a pesar de la gran cantidad de infidelidades que ha

llevado a cabo después del trasplante. Finalmente se casa con ella, pero al estar esperándola en la noche de bodas comienza a tener convulsiones, después de las cuales vuelve su antigua personalidad y preferencias. Se presenta una falla en los objetivos del trasplante y retorna lo exilado. La historia termina con la sugerencia de Eugenio a Roberta de llamar a su exnovio para así poder procrear aun bebé al que ambas cuidarán.

Al mismo tiempo, el comandante de policía y su hija logran localizar al antiguo gato y acuden a su show, aunque trabaja bajo la coerción del hombre que la secuestró, la minina se ha convertido en la reina de un espectáculo de baile. Sin embargo, ese día al encontrarse en los camerinos empieza a mover la cara involuntariamente, después de lo cual, al igual que Eugenio, vuelve a ser quien era antes. Su amante menor de edad va en su búsqueda y al ver que ha recuperado “al gato” le reitera su amor, diciéndole que su padre lo ha perdonado y ha aceptado dejar que se casen, él la besa y le dice al comandante que no se arrepentirá.

En los sucesos antes relatados vemos dibujarse la fantasía del cambio de personalidad entre los (as) involucrados (as) en la donación y el trasplante de órganos. Sin embargo, también se muestra cómo estos procesos, muchas veces considerados un corte no sólo en el cuerpo sino también en la historia del sujeto, no son suficientes para erradicar la subjetividad previa; las preferencias, los vínculos, deseos y demás particularidades.

¿Por qué dar el título de Trasplante a la mexicana a esta producción filmica? Intentando brindar una aproximación a este enigma se retoma una frase que enuncia el comandante cuando le habla a la doctora Hoffman sobre la falta de consentimiento del donador. Menciona: le quitó los testículos y bueno “usted sabe que es de lo que más presumimos los mexicanos”. Ahora pensemos en todos los dichos populares que incluyen a estos genitales, ellos aluden a hacer algo con

mucho esfuerzo, ser valiente, poner todo el empeño ¿Por qué sería esta una característica de los mexicanos? ¿Es debido a la falta de oportunidades o la calidad deficiente de los servicios para lograr un objetivo que se tiene que luchar con tanto ahínco? Además, cómo se verá en el siguiente capítulo la figura de la mujer queda excluida en tanto ella no cuenta con esta parte del cuerpo. Entonces, ¿Son los testículos el símbolo de una cultura machista que margina las funciones y posibilidades de las mujeres? En aras de fundamentar estas hipótesis sería pertinente realizar un análisis más detallado sobre ¿Cómo se aplica este tipo de proverbios relacionados con los testículos, para qué géneros y en qué situaciones?

A manera de conclusión se dirá que la película “Trasplante a la mexicana” lleva a problematizar las circunstancias en las que aparece la demanda de un trasplante, pues en este caso aparece la coacción, el chantaje y la corrupción. Además, se observa cómo en lo referente a los objetivos del trasplante, existe una serie de cuestiones imaginarias que buscan realizarse a través del procedimiento quirúrgico. Ahora bien, algunos de estos elementos se reiteran en el filme “Las Manos de Orlac”, la cual se narrará a continuación.

3.3.2 *Las manos de Orlac*

La película que se analizará en este subtema se titula *Las manos de Orlac* del año 1924, es una adaptación vienesa de la novela de Maurice Renard que lleva el mismo nombre. El filme fue producido por Robert Wiene uno de los principales exponentes del expresionismo alemán.

El filme “Las manos de Orlac” comienza con una mujer llamada Yvonne que se encuentra en espera de su marido, ella ha recibido una carta de él donde le dice lo siguiente: “Querida: Sólo una noche y un día más y estaré contigo de nuevo. Te

abrazaré... Mis manos se deslizarán sobre tu pelo... Y sentiré tu cuerpo bajo mis manos”. Es desde este fragmento que se puede señalar la reiteración constante y la primacía que obtiene una parte del cuerpo, las manos. Esto se explica en una escena siguiente donde se muestra cómo el protagonista, Paul Orlac, es un famoso y ovacionado pianista, él trabaja con sus manos.

El ansiado día del regreso de Paul llega, sin embargo, ocurre un accidente donde el tren en el que viaja y otro, chocan. Yvonne al llegar al lugar de la catástrofe se apresura a buscar a su esposo entre los escombros y logra encontrarlo con vida, de inmediato lo llevan con el médico Serral quien comenta que Paul tiene grandes posibilidades de curarse pues la fractura de cráneo que presenta se puede operar. Sin embargo, existe otro problema, las manos de Paul han sido severamente dañadas. Ante la noticia Yvonne le suplica al doctor que le ayude, exclamando: “¡Salve sus manos, sus manos son su vida!” y después “¡Salve sus manos, sus manos son más que su vida!”. ¿Qué significa ese “más” que se ha agregado en la segunda enunciación? ¿Es que acaso algún órgano puede valer la propia vida, o más que eso? ¿En qué casos la existencia se vuelve algo insostenible sin una parte del cuerpo? ¿Qué características tendrían estos fragmentos para ser puestos en la categoría de “imposibles de perder”? ¿Es debido a que esas partes son símbolos de los significantes que representan a un sujeto, ya sea debido a su profesión, género, hobbies, entre otros?

El hecho de que las manos de Paul sean consideradas su vida entera, hace recordar cuerpo aquellos casos de histeria que narra Freud (1893-95/2006) donde una parte del cuerpo se vuelve el núcleo central de las enunciaciones y acciones del sujeto. Ilustración de esto puede ser el caso de Elisabeth Von R. sobre el que Freud comenta: “los dolores partían siempre de aquel determinado lugar del muslo derecho [...] lugar originariamente doloroso” (p.42).

En el momento en que Yvonne se encuentra devastada rogando al doctor Serral para que cure las manos de su marido, llega una carreta que transporta el cadáver

de Vasseur, un asesino que fue recién ejecutado como castigo por sus crímenes. El doctor se asoma a la ventana y se queda reflexionando, después le dice a Yvonne que intentará cumplir lo que le pide.

Días después Paul despierta y se siente mejor, sin embargo le resulta extraño que sus manos se encuentren vendadas. Cuando por fin se le permite a su esposa visitarlo, ella le refrenda su amor y le dice que no puede esperar el momento en el que por fin lo tenga a su lado. Ahora bien, cuando ella le da un abrazo Paul puede observar cómo en la parte superior de la puerta se aparece la cara de un hombre que ríe maliciosamente; le pregunta a Yvonne si esa persona le está observando sus manos, pero cuando ella voltea no ve a nadie.

Paul se encuentra muy intrigado sobre por qué las únicas vendas que conserva son las de sus manos y entonces le dice al doctor: “Dígame, ¿Qué hay debajo de estos vendajes? ¿Qué clase de secreto están escondiendo?” Pero no son sólo estos pedazos de tela los que señalan un secreto, también es la actitud renuente de los médicos para responder a sus preguntas como paciente. Se trata de palabras no dichas, medias verdades, mentiras incubadas, que muestran un fantasma en lo real.

El elemento antes descrito vuelve a traer a colación, como en la película “Trasplante a la mexicana”, la voluntariedad en la donación y el trasplante. En este caso, el donador nunca expresó la disposición a otorgar una parte de su cuerpo, ni a Paul se le preguntó si quería recibir un injerto. La demanda de salvar las manos de Paul vino de su esposa, y la decisión de realizar un trasplante fue tomada por el médico. ¿Bajo qué lógica se le pediría a Orlac la apropiación o integración de una parte del cuerpo que él no pidió? No está su deseo para sostener el acontecimiento del trasplante, sólo la demanda de la esposa.

De igual manera, queda la pregunta ¿por qué la prisa, del médico y la esposa, por suplir la falta de Paul? ¿Qué fantasma se incrusta en él- ella para realizar-solicitar

este tipo de trasplante? Estas personas dan por hecho que Paul no podrá vivir sin sus manos, pero, ¿qué pasaría si a partir de esa experiencia él prefiriera quedarse sin manos, aprender otro oficio, o construirse unas prótesis que hagan la función de esa parte de su cuerpo?

Cuando le quitan las vendas, Orlac interroga al doctor diciendo ¿Cree que estas manos sean capaces de tocar nuevamente? Es interesante percibir cómo el sujeto de la pregunta formulada no es “yo, Paul”, sino “las manos”; esa parte del cuerpo deviene ahora el sujeto de la oración (¿o de la enunciación? ¿o de la alienación?). Se instaura una diferencia yo/ manos, lo propio/ lo ajeno, algo que recuerda a las dilucidaciones freudianas sobre cómo lo que no es del yo es lo ajeno, o también, cómo en la histeria lo reprimido se encuentra a la manera de un cuerpo extraño en referencia al yo.

El doctor Serral responde a la pregunta anterior de Paul, diciendo: “el espíritu gobierna las manos... naturaleza y fuerza de voluntad pueden vencer cualquier cosa”. Entonces, ¿la voluntad es sinónimo de libertad? ¿Cuántas veces el psicoanálisis no se ha topado con el goce, donde no aplica el dicho “querer es poder”? o ¿Qué pasa si las condiciones sociales, económicas o históricas fueran demasiado limitadas para que sólo con la voluntad alguien pudiera lograr sus metas?

Una noche antes de ser dado de alta, Orlac tiene pesadillas, en ellas aparecen la cara que había visto en la puerta y una mano gigante en forma de puño que se aproxima a su cama con la intención de aplastarlo; pero justo cuando esto iba a ocurrir despierta e intenta tranquilizarse. Sin embargo, encuentra en su regazo una nota que dice: “Tus manos no pudieron ser salvadas... El doctor Serral te dio unas manos diferentes... Las manos del ladrón y asesino ejecutado Vasseur!” En ese momento Paul comienza a tener una crisis, siente cómo sus manos lo gobiernan y se desmaya. Tal como en la película “Trasplante a la mexicana”, se presentan ataques, movimientos involuntarios y temblores corporales en los sujetos, que

denotan la existencia de un suceso que los sobrepasa; algo delirante, alucinatorio pero a la vez del orden de lo real. Ahora bien, recordemos lo que mencionaban Freud y Lacan sobre la angustia, en tanto que en ella se presentaban síntomas como aumento en el ritmo de la respiración y latido cardíaco, sudoración. Entonces, ¿Son estos movimientos un episodio de angustia? ¿O podrían ser una serie de nuevos y diferentes síntomas que denoten un efecto subjetivo particular del trasplante?

Paul manifiesta en sus sueños el enigma por la identidad de su donante ¿Cómo representar la figura de ese sujeto, cuando se le desconoce? Tal vez sea por este hueco en el conocimiento que cuando duerme ve una mano, una mano sin dueño, sin sujeto; también ve la cara que notó en la puerta y se burlaba de él. Ahora bien, ¿ese rostro se puede entender como un semblante donde se proyecta el deseo de sa-ver? Si fuera así, ¿cualquier persona que mirara fijamente sus manos, una voz, una sombra, una mujer desconocida pueden funcionar como semblantes? Lo mencionado en este párrafo se analizará más a detalle en capítulos posteriores.

En la mañana, después de tener pesadillas, Paul entra trastornado al consultorio del doctor Serral y le pregunta si es cierto que las manos que le ha implantado son de un asesino, el médico le confiesa que es verdad y Paul sale desolado. Posteriormente, cuando se viste intenta ponerse su anillo de matrimonio pero no le queda en su nuevo dedo. Es sobresaliente como la película hace repensar el valor simbólico que tienen las partes del cuerpo, en este caso concreto, las manos. Los accesorios que se les colocan (relojes, pulseras, anillos), las señales o actividades que pueden indicar (pedir raid, decir adiós, indicar una pausa, escribir), la identidad que corroboran (a través de las huellas dactilares), entre otras. Estas cotidianidades puede convertirse en un tópico digno de reflexión y análisis.

Cuando Paul por fin llega a su casa intenta tocar su piano, y su esposa busca su contacto, pero él se rehúsa a hacer estas actividades pues ha estipulado que a esas manos no se les permitirá tocar a nadie. Más tarde, sale a la calle y busca en

un puesto de periódicos los ejemplares de los días pasados, ahí encuentra una noticia donde se describe cómo el cuchillo que utilizó Vassieur para asesinar a un prestamista tenía una X grabada en el mango y estaba cubierto con sus huellas dactilares, por lo que a pesar de declararse inocente se le condenó a la ejecución. Al regresar a su casa, encuentra el mencionado cuchillo clavado en su puerta, él se imagina los crímenes y se siente aterrorizado por el arma así que la guarda dentro de su piano.

“Las manos malditas”, como las ha nombrado Paul, rigen su cuerpo lo llevan a tomar el cuchillo que ha escondido y hacer movimientos como si estuviera apuñalando a una persona. Posteriormente acude con el doctor Serral y le ruega que le quite esas manos porque ellas demandan sangre, crímenes, asesinatos, pero él le contesta que la cabeza y el corazón son las que dirigen al cuerpo y en consecuencia, a las manos. El médico intenta reconfortarlo y finalmente le extiende la mano para despedirlo de su oficina, pero Paul rehúsa despedirse con dicho contacto. Esto lleva a recordar el caso de Halam mencionado en la contextualización de este trabajo quien recibió una negativa de parte de los doctores para que le quitaran la mano trasplantada.

Por otra parte, Yvonne se encuentra temerosa y ya no sabe qué hacer para lidiar con la situación del trasplante, conforme ha pasado el tiempo se han acabado los recursos económicos pues Paul no ha podido trabajar como pianista. En un intento desesperado, ella anima a Paul para que pida dinero prestado a su padre, esto a pesar de que ya una vez este personaje se ha negado a ayudarlos porque dice odiar a su hijo. Al llegar a la residencia, Paul se encuentra a su progenitor tirado en el piso con el cuchillo de Vassieur clavado en el pecho, las autoridades están intrigadas por el misterio que rodea este suceso pues saben que Vassieur fue ejecutado hace tiempo.

Después de salir de la escena del crimen Paul se encuentra con el rostro macabro que vio en la puerta del hospital, se trata de un hombre que le ordena pagarle un

millón de francos al siguiente día pues sabe que Paul está por recibir una gran herencia. El desconocido cuenta a Orlac que el doctor Serral le trasplantó la cabeza de Vasseur y amenaza al protagonista con delatarlo o si no inculparlo con la policía por el asesinato de su padre.

Paul le cuenta a Yvonne lo sucedido y prefieren acudir con la policía, ellos le ordenan presentarse a la cita con el desconocido; ya ahí se desentrañan todo los enigmas. El personaje que ha chantajeado a Orlac se llama Nera, es uno de los más hábiles ladrones del mundo, había sido amigo de Vasseur y en secreto sacó una réplica en cera de sus huellas dactilares con las que cometió crímenes e inculpó a otros. Todo esto lo confiesa la mujer que trabajaba como ama de llaves la casa de los Orlac, ella también había sido chantajeada por el ladrón para que convenciera a Yvonne, y ella a su vez a Paul, de que acudiera a la casa del anciano el día del crimen.

Al saber que las manos trasplantadas no son las de un criminal sino las de un inocente engañado por Nera, Paul por fin encuentra la tranquilidad que deseaba, observa sus manos, las reconoce y ahora puede acariciar a su esposa; ya no son más unas manos malditas. Pero, ¿por qué Paul se encuentra en paz al saber que sus manos son producto de una injusticia? Al parecer, para él, los asesinatos eran más condenables que las trampas de Nera o la falla en los sistemas de justicia que condenaron a un hombre honesto.

Algo curioso respecto de esta película, es que cuando comenzó a exhibirse un gobernante pidió que se removiera de la cartelera (lo cual no ocurrió), pues comentaba que daba nuevas ideas a los asesinos para innovar la manera en que llevaban a cabo sus delitos y los advertía sobre cómo los policías llevarían a cabo una investigación de esa índole; vale la pena recordar que en esa época las huellas digitales no eran un elemento tan usado como lo es ahora. Ahora bien, ¿podría considerarse la aplicabilidad de dicho argumento a la creciente ola de

series televisivas que a través de detectives, científicos, instrumentos, etc. develan formas más complejas para eludir la responsabilidad de un crimen?

Por último, la historia de “Las Manos de Orlac” ha sido plasmada en diferentes versiones fílmicas, en unas de ellas se han conservado los personajes originales y otras sólo retoman ideas generales de la trama. Dichas producciones son: Mad Love (1935), The hands of Orlac(1960), Hands of a stranger (1962), The beast with five fingers (1946), The hand (1981), Roxana’s hands (2012) y Callous (2000).

A manera de contrastación se buscará describir en los párrafos siguientes cómo los dos filmes revisados, “Trasplante a la mexicana” y “Las manos de Orlac”, tienen puntos de encuentro y también discrepancias. Para comenzar, respecto a los objetivos de ambos trasplantes; en el primer caso, se intenta eliminar una preferencia sexual a través de la extracción de los “órganos defectuosos”, y en el segundo caso, se busca reponer las extremidades perdidas a causa del accidente ferroviario.

Ahora, respecto a la demanda por el trasplante, ninguno de los personajes solicita el procedimiento, son más bien sus familiares quiénes para cumplir sus deseos de fortuna o para evitar que el sujeto no experimente dolor hacen esa petición. Pero, ¿cuáles son las consecuencias de precipitar la decisión de un trasplante? Ello sólo puede conocerse a través del relato particular de cada sujeto, sin embargo, lo que podría plantearse aquí es que se pone en juego un posicionamiento subjetivo, que oscila entre ser un sujeto deseante, o bien convertirse en un objeto que termina siendo aplastado por las decisiones de otros/as.

Otro elemento a dilucidar es la identidad del donante, a este respecto en la primera película el sujeto que recibe el trasplante no sabe quién fue su donador, aunque de alguna manera tiene idea de ello pues su pareja y el chofer de la familia le han comentado el plan de su padre. Es así que a través de ciertos indicios, frases indirectas y renuencias sobre la información, Eugenio logra intuir

algo sobre las características que debe tener su donante, y probablemente sean esos fragmentos de saber y fantasías las que pone en acto después del trasplante. Ahora, en referencia a la segunda película, el protagonista se entera de quién fue su donador a través de una nota anónima, escrita y dejada en su cuarto por un ayudante del doctor que lo trata; al final la información resulta ser parcialmente falsa.

En ambos personajes emerge una pulsión epistemofílica que busca dar con el origen del órgano, lo cual puede vincularse con la curiosidad que expresan las y los infantes por saber cómo nacen o de dónde vienen los bebés, por qué existen anatomías diferentes, qué es la sexualidad, etc. Sobre estas cuestiones ellos (as) realizan teorías que les permiten despejar sus enigmas momentáneamente, pero también, seguir buscando y conociendo.

La cláusula de anonimato legalizada en nuestro país resulta ser un obstáculo en la obtención de cierto saber sobre el/la donador (a). Ahora bien, sino existieran tales restricciones ¿Quién y cómo se manejarían esos datos? ¿De qué manera se tendría noticia de los efectos subjetivos que acarrea esta información? Además, es preciso señalar que cuando se transmite en los medios de comunicación un trasplante pionero, se permite la transgresión de esa regla.

Una de las cosas que aquí se manifiesta es cómo los/las integrantes de las instituciones de salud parecieran contar con ciertos privilegios en las cuotas del conocimiento, y recordemos que saber es poder, por lo tanto, estos/as trabajadores/as podrían aprovechar esta condición para chantajear, amenazar o tomar ventaja de esta situación si así lo quisieran.

Se comentará ahora el desenlace de ambas películas. En “Trasplante a la mexicana”, Eugenio en su noche de bodas tiene convulsiones y retorna a su antigua forma de ser y preferencias. Pero, ¿por qué precisamente en la noche de bodas es cuando vuelve a ser el de antes? ¿Acaso ello podría ser un acto de

rebelión ante lo que más deseaba su padre (descendencia consanguínea a partir de una relación heterosexual)? ¿Es que la consumación del matrimonio resulta algo intolerable a pesar de haber logrado cierta identificación con el donante? Por otra parte, al “gato” sufre convulsiones parecidas después de su show travesti y regresa su personalidad, sin embargo, resulta extraño que cuando una de sus amantes lo encuentra no ponga objeción en casarse con ella ¿Acaso el haber tenido preferencias homosexuales lo hizo decidir establecerse en una relación monógama y heterosexual? En ambas situaciones se muestra cómo no es el órgano lo que determina el rumbo del presente y del futuro, sino la historia de cada sujeto, sus experiencias y deseos, lo cual no puede sepultarse con una cirugía.

Respecto al filme “Las manos de Orlac”, los fantasmas que acechaban a Paul desaparecen cuando sabe que su donante no fue un asesino; aunque habría que preguntar lo siguiente: ¿es posible que cesen cierto tipo de fantasmas pero que surjan otros, esto debido a las circunstancias de injusticia que provocaron la muerte del donador? ¿Podría alguien en estas circunstancias devenir en la figura de un (a) justiciero (a)? ¿Un acto de justicia podría convertirse en el “gratuito sacrificio de duelo” que plantea Allouch para llevar a cabo la subjetivación de la muerte del donador? Si fuera así, ¿El donante se habría convertido en alguien que soporta el objeto a, objeto causa de deseo?

Es pertinente hacer aquí un paréntesis para mencionar la existencia de otra obra cinematográfica que condensa algo de los dos filmes revisados en este subtema, se titula *The amazing transplant* del año 1970. En ella se narra cómo al morir el mejor amigo de un hombre, éste último solicita a un doctor hacerle un trasplante de pene. Después de la operación el hombre se ve compelido a violar a mujeres que usan aretes de oro, lo cual realizaba su amigo de manera secreta.

Ahora bien, a manera de conclusión en este subtema se dirá que las similitudes y diferencias en cada situación de trasplante hacen emerger una infinidad de efectos y posibilidades para los sujetos. Esto podría llevar a clínicos y clínicas a considerar

otros métodos de trabajo diferentes de la sesión individual, como el trabajo grupal, o bien, establecer técnicas o ejes desde las cuales se aborde la temática.

De igual manera, es importante reflexionar sobre el posicionamiento y la responsabilidad ética que como psicoanalistas podemos tener en este tipo de circunstancias, sobre todo en un contexto donde la palabra de estas personas suele ser subestimada. ¿Cómo dar lugar a las fantasías o la pulsión de saber, cuando uno no se encuentra en las instituciones de salud que frecuentan estos sujetos? Probablemente la escritura de filmes y demás creaciones artísticas referentes al trasplante sea una vía para responder al compromiso ético mencionado, o tal vez, dicha escritura pueda funcionar como una aproximación que incite al estudio y la intervención en esta práctica.

Ahora bien, a continuación se narrará una película que no se relaciona directamente con los filmes mencionados hasta el momento. Sin embargo, detalla otra futurística opción sobre el tema de trasplantes, el uso de clones como reserva de órganos, esto en el siguiente apartado.

3.3.3 *La Isla*

La Isla es una película de ciencia ficción del año 2005 dirigida por Michael Bay donde se narra cómo un grupo de hombres y mujeres viven en un bunker militar bajo tierra debido a una supuesta catástrofe ecológica que ha acabado con todas las especies. Estos personajes tienen trabajos monótonos que no implican reflexión o juicio, por ejemplo, insertar sustancias vitamínicas en tuberías de vidrio con destino desconocido; ven sólo una parte del trabajo nunca el todo.

Entre ellos y ellas tienen prohibido cualquier tipo de contacto físico-erótico o alguna relación sentimental, en este caso las mujeres tienen hijos (as) sólo a

través de la fertilización in vitro. Es así que se busca erradicar la sexualidad y los vínculos relacionales que puedan propiciar la unión contra el sistema gobernante. Por otra parte, cada cierto periodo de tiempo ocurre un suceso ansiado por todos (as), la lotería, donde “al azar” se eligen sujetos que serán transportados a “la Isla”, un lugar que la contaminación no arruinó. Así, todos (as) anhelan presenciar animales, plantas y paisajes naturales puesto que sólo los conocen de manera indirecta a través de pantallas gigantes.

Todo ocurre con normalidad en el bunker pues se vigila y monitorea permanentemente a los habitantes. Sin embargo, un hombre llamado Lincoln Eco-Seis comienza a preguntarse ¿Para quién trabaja? ¿Por qué todos deben vestirse de la misma manera? ¿Quién lava su ropa? ¿Por qué no puede tocar a alguna de sus compañeras? “Él quiere sa-ver, necesita respuestas” por lo que decide merodear el refugio e incluso irrumpir en áreas de acceso restringido. En uno de sus paseos él ve a una mariposa, hecho que contradice la historia que les han contado sobre la extinción de las especies, además logra hablar con James un operador de máquinas que le cuenta cosas sobre las que nunca había escuchado, por ejemplo, el alcohol, el pókar, los bares, etc.

En otra de sus inspecciones, Lincoln logra acceder a un área hospitalaria donde ve cómo a una de sus compañeras que había estado embarazada, con lo cual garantizaba su acceso a la Isla, le quitan a su bebé y la matan después. Por ello, cuando una compañera de la cual se encuentra atraído Lincoln, Jordan Delta-dos, es seleccionada en la lotería la convence para escapar de ese lugar. Las autoridades los buscan y persiguen, incluso contratan a una empresa privada para capturarlos, pero los protagonistas logran arribar al domicilio de James quién les explica la verdad sobre su existencia.

El grupo de personas recluidas en el bunker son clones de personajes ricos. Cuando estos últimos necesitan sangre, tejidos, órganos, hijos (as), los clones resultan ser la reserva de donde se pueden obtener; es por ello que los nombres

del/la protagonista son los apellidos del cliente “original”. James les comenta que los/ las millonarios (as) no saben que los clones pueden pensar o sentir, por lo tanto, la idea de Lincoln es presentarse con su “original” para contarle la verdadera historia y pedirle que los ayude a liberarse de la empresa.

Sin embargo, cuando llegan con el “original”, Tom Lincoln, los protagonistas se dan cuenta de que a él no le interesa salvarlos, en cambio los delata con la compañía y se desata una feroz persecución. Al final, Lincoln Eco-seis logra convencer a sus carcelarios de que él es el verdadero cliente, a través de una actitud arrogante y un brazalete que le coloca en la muñeca a Tom, el cual es asesinado. La empresa solicita la presencia de “Tom” en aras de disculparse sobre los incidentes ocurridos con su clon y tomar su ADN para hacerle otra copia. Pero, estando dentro del bunker, Lincoln Eco-seis decide desconectar las pantallas que controlan el sistema para liberar a sus compañeros (as).

La película termina cuando las pantallas dejan de proyectar imágenes de ecosistemas revelando el desierto donde se encuentra el bunker, las compuertas son abiertas y los clones son liberados (as). El dirigente de la corporación muere y el personaje que fue contratado para perseguir a Lincoln lo deja ir sin ninguna amenaza pues le comenta que donde él había vivido también habían llegado a considerar a los/las habitantes como esclavos (as).

Esta historia basada en la clonación, tópico bastante polémico en nuestros días debido a los grandes avances logrados, puede conducirnos a la idea de un (a) doble, clon o hermano (a) gemelo (a) como donador (a). Ahora bien, la vinculación gemelos (as)- trasplante tuvo su auge en la década de los 50's, pues en ese entonces se verificó que el riesgo de rechazo del injerto disminuía cuando se trataba de seres muy parecidos orgánicamente. Una ilustración de este contexto es el caso de los hermanos Herrick operados por el doctor Joseph Murray en 1954 quienes pudieron vivir muchos años después del trasplante.

Continuando con la idea de los/las donadores (as) relacionados (as), muchas de estas personas deciden ceder alguna parte de su cuerpo, sin embargo, en algunos casos no es así, pensemos en la película *La decisión más difícil* donde una niña es procreada para conseguir las células madre de su cordón umbilical, extraerle médula, sangre y demás sustancias esto con el objetivo de que su hermana, quien padece leucemia, se recupere y no muera.

Por lo tanto, ¿Qué posibilidades de existencia se tienen cuando alguien es creado o procreado con el único fin de ser una reserva de órganos para otra persona? ¿Cómo vivir sabiendo que se es sólo una copia, un clon de alguien? ¿Y qué pasa si él o ella no quieren copiar lo que hace ese original? ¿Cómo poder ser sujeto en esas circunstancias?

En otro orden de cosas, en el tráiler de la película “La isla” se juega con una palabra “life” [vida] donde se tacha la letra f y da como resultado la palabra “lie” [mentira], esto para indicar cómo a los clones se les vende e instauro un deseo, una promesa que resulta ser una falsedad. Tomando en cuenta este contexto queda preguntarnos ¿Acaso vivimos en una mentira, en un mundo confeccionado a partir de medias verdades, con un semblante que ha establecido un discurso del amor?

Hasta aquí se ha comentado el argumento de “La isla” y se han abierto algunas reflexiones posibles; ahora es momento de señalar algunas coincidencias que se han encontrado con las narraciones revisadas en el apartado sobre la literatura y con otras películas.

En primer lugar, hay un elemento que se reitera en “Coma”, “Trasplante obligatorio” y “La Isla”, se trata de las características de juventud y salud con las que deben contar las personas obligadas a donar. Así, el grupo vulnerable, apetecible como donador, terminan siendo los/las adolescentes y adultos jóvenes. Esta cuestión también puede notarse en la película *Anisometropia* del año 2007

donde se muestra cómo gran parte de la población de una isla tiene defectos congénitos debido a una explosión nuclear y ante esto el gobierno instituye la política de la donación obligatoria de tejidos (principalmente córneas). La película gira en torno a la vivencia de un joven sano, quien ha sido recluido en un hospital donde se le hacen pruebas para determinar cuál será la córnea que tendrá que donar. Así mismo, es interesante cómo las y los jóvenes que son forzados (as) a donar se encuentran a-isla-dos (as), de los otros, cuando son reclusos para realizarles las pruebas médicas; e incluso de sí mismos (as), de sus preguntas, reflexiones y deseos

Ahora bien, algo en lo que se diferencia la isla de los demás relatos es que se trata de personajes que han sido creados y copiados genéticamente, parece que desde el inicio sus condiciones son de artificialidad, de cosificación, como un traje hecho a la medida del comprador, no se visualiza un futuro para ellos (as), el único deseo que aparece es el de la inmortalidad en el/la “original”.

También, existe una similitud de “La Isla” con el relato de “Coma” pues los clones están incubados en una especie de cápsulas a través de las cuales se les transmiten los nutrientes suficientes para mantener con vida ciertas partes de su cuerpo. Así, se reitera la escena impactante de una sala con miles de cuerpos conectados a tubos y máquinas. En este mismo tamiz, las visitas al lugar donde se guardan los cuerpos, en el caso de “La Isla” no es una enfermera quien habla de los beneficios acarreados por el plan de la empresa sino un agente de ventas que busca convencer a personajes ricos para que inviertan en un (a) clon. Con esto se evidencia cómo en muchos casos, los trasplantes han pasado de ser un asunto de salud pública a una cuestión de mercadotecnia.

Otra imagen a señalar es cuando Lincoln Eco-seis logra entrever el área de quirófanos donde se realizan las extracciones de órganos, tal como Susan en “Coma”, pero aquí, la diferencia es que el donador está vivo e intenta escapar de ese lugar, lucha, se resiste pero muchos guardias logran capturarlo. El donador

puede percibirse como un héroe en tanto que pelea hasta el final, cosa que no realiza por ejemplo, el muchacho del cuento “Trasplante obligatorio”.

Por último, tanto en “La isla” como en el supuesto final de “Repossession Mambo”, los protagonistas no sólo buscan su liberación sino también la de sus compañeras (os) y personas que están siendo oprimidas por el sistema imperante. Además en ambos filmes existe un sistema central de computo que regula la información de los clones y deudores, así, cuando se destruye esta maquinaria se vuelve posible conocer las circunstancias reales de la problemática y se posibilitan nuevas formas de vivir.

Como se ha podido observar, la donación obligatoria es un tópico que genera angustia al ser humano y que lo ha llevado a realizar diversas creaciones artísticas. El hecho de que la coacción se haya convertido en una realidad hace vislumbrar un futuro devastador donde la opresión y la desigualdad se vuelven los valores dominantes. Ahora bien, antes de pasar a las conclusiones generales del capítulo es necesario detenerse en la versión cinematográfica de *Repossession mambo*, esto se llevará a cabo en el siguiente apartado.

3.3.4 Reposession- Harvesting

En esta sección se revisará la versión cinematográfica de *Repossession Mambo*, y posteriormente se hablará brevemente de otras producciones que tienen una trama similar.

En vista de que ya se ha revisado la obra *Repossession Mambo* en su modalidad cuento y guion, en este subtema sólo se relatarán algunas escenas y cómo al paso de su transformación en película unos elementos se van perdiendo y otros son enfatizados. Como primer señalamiento, el autor comenta que una variable que tuvo que ocultar en la película fue el gran número de esposas que tenía el

protagonista en la novela, según la crítica de algunos cineastas en esos momentos se perdía el hilo de la trama, pero ¿por qué quitar esas experiencias que muestran las dificultades de Remi para relacionarse con alguien más que no fuera un recolector? ¿Es que en la película se busca dar más peso a los episodios violentos de su trabajo que a su subjetividad? Esto último también se vislumbra por el hecho de que el personaje de Beth, quien lo acompaña en esta aventura, en lugar de ser su ex esposa como en la novela, es una mujer a la que sólo había visto una vez en un bar.

Por otra parte, esta película ha recibido bastantes críticas desfavorables por parte de espectadoras (es), quienes en sitios web como *Rotten tomatoes* comentan que se trata de una película demasiado gore²; otros mencionan que existe humor negro en exceso ante cosas macabras, esto puede observarse por ejemplo cuando los protagonistas llegan a emitir comentarios sarcásticos mientras destazan a sus víctimas, ¿es esto un tipo de humor? ¿Cómo clasificar el humor? ¿Estas formas de enunciación resulta algo común para quien realiza actividades como asesinatos, autopsias, entierros? ¿Se trata de una manera de distanciarse de las víctimas?

Las escenas de miembros del cuerpo cercenados, artificios cubiertos de sangre, incisiones, entre otros elementos hacen que la película refleje el campo donde se lleva a cabo el trabajo de un recolector, lo real puro sin mediación, lo orgánico sin historia; es por eso que cuando Remi comienza a cuestionar esos aspectos ya no puede ser el que era antes. Aquí, un trasplante cambia al sujeto, hace que esté en otro lugar

El próximo y último punto referente a la película *Repossession Mambo* se trata de una escena particular. Después de que Remi ha matado a todos los guardias de la bodega de Credit Union, se encierra con Beth en una bóveda donde se encuentra

² También conocido como cine splatter se enfoca en mostrar la fragilidad del cuerpo humano, se filma lo visceral, la mutilación, esto con ayuda de sangre artificial principalmente.

la computadora central, esto con el objetivo de cancelar las cuentas de cualquier deudor (a). Remi se hace una incisión en la parte superior de su estómago, le pide a Beth que tome el lector de códigos y busque su corazón artificial para que el sistema registre que se ha devuelto el órgano, después de este episodio él sella su incisión con una sustancia pastosa y logra recuperarse. Ahora es el turno de los artiforgs de Beth, Remi besa la oreja de ella, luego pasa encima el lector de código de barras, lo mismo hace con sus ojos y boca. Ambos comienzan a besarse y desvestirse, se ponen un tipo de droga en las encías, se abrazan, Remi corta la rodilla de Beth para cancelar la cuenta de esa prótesis, después toma un bisturí, abre su estómago y checa los demás artiforgs que se encuentran en su organismo. Beth llora, le sonrío, se retuerce de dolor y después de una gran cantidad de sangre derramada, queda inconsciente.

Respecto a la escena anterior, se observa cómo uno (a) da y el (la) otro (a) recibe, se pone en juego el amor, dar lo que no se tiene (en esta caso órganos faltantes o con deficiencias que devienen en la instalación de una prótesis). El amor pretende atrapar afuera, en lo orgánico, lo que se sabe dentro, el objeto causa de deseo. Entonces, al “tener” en sus manos lo imposible aparece la excitación narcisista, el goce.

Existe un vínculo entre lo real, orgánico, y lo erótico que no sólo se muestra en la película sino también en un párrafo del libro *Repossession Mambo* donde Remi menciona lo siguiente:

La primera vez que sostuve un páncreas en mis manos, tuve una erección. Creo que fue la adrenalina más que la masa de tejidos y metal entre mis dedos [...] Antes de ese día, mi principal fuente de excitación había sido sexual, tal como cualquier hombre joven, y en algún lugar, los cables se deben de haber cruzado. La excitación es igual a la erección, así que ahí estaba yo, páncreas en una mano, rígido dentro del pantalón [...] yo no quería sentirme atraído por este trabajo, no quería ningún tipo de ímpetu asociado con lo que

habíamos sido entrenados para hacer. Pero al mismo tiempo, en el fondo sabía que no quería hacer otra cosa más que eso. (García, 2009, p.1).

Pareciera que el páncreas que Remi sostenía en su mano no era sólo un órgano, era un símbolo del poder, la tecnología, los avances médicos, una empresa. Habrá que preguntarse si la erección de su pene también aludía a un empoderamiento puesto que ambas circunstancias ocurrieron al mismo tiempo.

Si bien la película *Repossession Mambo* podría analizarse a profundidad y descubrir en ellas diferentes detalles, es el momento de plasmar algunos filmes que presentan similitudes con lo enunciado en párrafos anteriores.

Existe una película titulada *The harvest Project* del año 2008, en ella se describen las operaciones de una red de tráfico de órganos; es curioso cómo en el título aparece la palabra “harvest” que en español significa “cosechar, recolectar, recoger”, vemos así que se reitera, como en “*Repossession Mambo*”, la palabra recolectar y la idea de la propiedad privada que al no pagarse por un comprador se busca arrancar a la fuerza. Esto puede ilustrarse con la siguiente enunciación que hace un doctor a una de sus víctimas, una chica a la que tiene atada en una mesa de operaciones:

“Dr.: -Esto se trata de negocios. Quiero mi riñón de vuelta. Mujer:-Iba a pagarle el resto, créame. Dr.: -Mi ángel, te creo. Sólo pienso que me divertiré más tomándolo de vuelta [comienza a ponerse los guantes para la cirugía]”

En primer lugar, la frase “esto se trata de negocios” resulta similar a las palabras “trabajo es trabajo” que enunciaban Jake y Remi como recolectores. En segundo

lugar, la cita anterior muestra cómo el dirigente de una red de tráfico de órganos, o quien vende artificios, puede sentirse el dueño de esas partes del cuerpo, pero también de los sujetos que las usan. De esta manera, reclamar una “propiedad privada” se vuelve la causa (¿o el pretexto?) para llevar a cabo la tortura y la destrucción de otros.

Ahora bien, otro filme que plasma un tamiz violento en relación con la donación y el trasplante es *Sympathy for Mr. Vengeance*; esta producción surcoreana del 2002 es la primera parte de la trilogía conocida en español como *Señora Venganza*. El protagonista de la historia es Ryu un hombre sordomudo que dejó sus estudios para mantener a su hermana que enfermo de insuficiencia renal crónica. Debido a que Ryu no es un donador compatible con su hermana, recurre al mercado negro para conseguirle un riñón. El trato que hace con los traficantes consiste en que a él se le extraiga un riñón y pague una fuerte suma de dinero para que después le consigan un riñón a su hermana, pero lo engañan y despierta en una construcción abandonada, desnudo sin dinero y sin esperanza posible para su hermana. Días después lo llaman del hospital diciendo que ya hay un donador compatible pero que necesita dinero para pagar algunos gastos.

Él se encuentra furioso con los traficantes, los busca y consigue matarlos a todos; sin embargo, al mismo tiempo se encuentra desolado pues ya no tiene sus ahorros. La novia de Ryu, Cha Yeong-mi una activista del comunismo, le propone la idea de secuestrar a la hija de Park, el jefe de Ryu que hace algunos días lo había despedido. Ryu y Cha llevan a cabo el plan, cuidan y juegan con la niña, a la hermana no le dicen la verdad, sin embargo, ella lo descubre y se suicida dejando una nota donde explica que en esas condiciones ella no quiere vivir. Posteriormente, en el momento en que Ryu está enterrando a su hermana cerca de un río, la niña cae de un puente por accidente y se ahoga, esto antes de que finalmente la regresara con su familia. Cuando el cadáver de la pequeña es encontrado y se le comunica al padre la noticia, éste emprende una incansable

investigación que lo conduce con los secuestradores. Park electrocuta a Cha Yeong-mi, quien le jura que no quedará impune su muerte, y asesina a Ryu en el río donde murió su hija. La película termina cuando amigos y compañeros comunistas de Cha apuñalan a Park.

El filme narrado nos muestra cómo existen acontecimientos considerados por los/las protagonistas como afrentas que sólo pueden pagarse con la muerte de los/las culpables. La noción de justicia se ve atravesada por los valores y creencias del sujeto y tal vez sea este efecto subjetivo lo que sustenta el título del filme, “Simpatía por el señor justicia”.

Además, se pone en un primer plano cómo la vulnerabilidad y la cercanía de la muerte de un ser querido lleva al sujeto a extremos antes impensables. Este elemento puede verse reflejado en filmes como: John Q, donde el protagonista interpretado por Denzel Washington secuestra un hospital en aras de conseguir un trasplante de corazón para su hijo; o en el documental “Riñón a la venta” donde un muchacho va a la India para comprar en el mercado negro un riñón para su madre. Como menciona Paquet (2005) “es irónico que tanta violencia en este filme encuentre su causa en el amor” (sympathy, párr. 5).

Por último, y regresando a la película “Simpatía por el Sr. Venganza”, es necesario decir que en ella se encuentra una gran cantidad de escenas violentas explícitas, y tal como *Repossession Mambo*, podría ser considerada dentro de la categoría de cine gore. A partir de esto queda cuestionarse ¿Por qué estas producciones del siglo XXI contienen un grado de violencia tan alto? ¿Acaso el cine sangriento es consecuencia de nuevas tecnologías que ofertan filmar la muerte, el dolor, la destrucción? Además, como se ha visto en la contextualización de este trabajo, la tónica del trasplante está llena de episodios de violencia física, subjetiva, ideológica, que llevan a la coacción. Por lo tanto, no resulta tan ilógico que esto se plasmará en las producciones artísticas revisadas.

Hasta aquí se han enfatizado las obras relacionadas con Repossession Mambo, sin embargo, existe una serie de producciones que hablan de otras cuestiones del trasplante, por lo que a continuación se mencionará una lista de ellas con el objetivo de ofrecer nuevos horizontes de análisis.

Al respecto de los trasplantes de cara, existe un film del año 1960 llamado *Los ojos sin rostro* de Georges Franju, que al igual que *La piel que habito* de Pedro Almodóvar en el año 2011, plasma los intentos de un cirujano por reparar el daño en el rostro de su amada. De igual modo, la película *Vanilla Sky* (2001), segunda versión de *Abre los ojos*(1997), narra cómo un hombre con el rostro deformado a causa de un accidente no puede ya diferenciar entre su realidad y una fantasía donde su cara logra ser reconstruida. Por último, *Contracara* relata cómo un policía en su afán de capturar a un malhechor y saber dónde, el hermano de éste, ha colocado una bomba, acepta someterse a un trasplante en el que le colocan el rostro del criminal, sin embargo, todo se complica cuando el criminal consigue implantarse el rostro del policía. Se trata de un trasplante que buscan evadir y confundir a los otros y a la justicia.

Otro tema reconocido en el cine es cómo las córneas ocupadas para un trasplante siguen perteneciendo al (a) donador (a), quien ahora se encuentra muerto (a). Estos tejidos llevan lo real de su dueño pegado, lo cual provoca que los sujetos que reciben el injerto vean a personas muertas y fantasmas. Algunas películas que hablan de ello son: *Deadly Visions* (2004) y *El ojo* (2002).

El trasplante de corazón también es un tópico recurrente en el cine, sobre todo cuando se considera este órgano como el depósito de los afectos. El hecho de que después de la muerte de alguien amado su corazón siga latiendo en otro cuerpo hace despertar la fantasía de que hay una conexión con quien recibe el

órgano. Películas que evidencian este fantasma son *21 gramos* de Guillermo Arriaga en el año 2003 y *Dos vidas contigo* dirigida por Bonnie Hunt en el 2000.

En cuanto a la fantasía del trasplante de cerebro, el órgano intransplantable por excelencia, existen varias producciones cinematográficas, una de ellas es *Odio mi cuerpo* del año 1974 que narra cómo se injerta el cerebro de un ingeniero a un cuerpo de mujer, a partir de lo cual él vivencia los prejuicios, obstáculos y agresiones de una profesión monopolizada por hombres, tal como el caso de Susan en la novela "Coma". Asimismo, *The man with two brains* comedia del año 1983 muestra cómo un cirujano excéntrico pretende realizar su sueño de crear a la mujer perfecta colocando un cerebro superdotado en un cuerpo hermoso, ¿Cuáles el concepto de perfección o inteligencia que está en juego en estas películas? Sin duda sería importante abordar estas producciones desde los estudios de género. Por otra parte, la idea de injertar una cabeza extra a un ser humano, tal como hacía Demikhov con cachorros de perros, aparece en la película *The incredible two headed-transplant* del año 1971 y *The thing with two heads* de 1972 donde se trasplanta la cabeza de un criminal recién ejecutado (como en el caso de las manos de Orlac) a un muchacho inmaduro, cercano al cirujano que realiza el trasplante. Estas películas reflejan que entre donador y receptor aparecen las ideas de un cirujano estilo Víctor Frankenstein, figura que también se reitera en las caricaturas sobre trasplantes.

Las fantasías relativas a la donación y el trasplante que se ven escenificadas en las películas son muchas, y tal vez ello es muestra de la complejidad de este tópico que a veces se considera cerrado o que resulta taponado por los innumerables protocolos, cifras y trámites burocráticos.

Sin embargo, ¿Cuáles son algunos de los efectos respecto a las producciones filmicas de donación y trasplante? Intentando responder algo de esta pregunta se retomará una frase publicada en el artículo *Adiós al altruismo, adquiera su órgano*

escrito por el fotógrafo y promotor de cine Ricardo Romero (2011). La enunciación es emitida por un padre de familia quien ante la solicitud de donar los órganos de su hijo fallecido, dice: “es carne de mi carne y no quiero donar, porque creo que hay tráfico de órganos como lo dice en la película Recolectores” (p.20). Esto conduce a más enigmas, por ejemplo, ese padre al donar ¿Estaría dando una parte de él, cediendo su carne? ¿Por qué comenta “y no quiero donar” en lugar de “por eso no quiero donar”? ¿Resulta la misma idea aunque sean diferentes las palabras usadas o esa frase puede conducir a alguna encrucijada subjetiva? ¿Por qué se asocia el tráfico de órganos con la película “Los recolectores” si en esa película, en el sentido estricto, no existe tráfico por parte de estos personajes pues ellos se basan en un contrato? En vista de que no se tiene el contexto ni se conocen otras palabras de ese sujeto, lo anterior resultan sólo especulaciones.

Ahora bien, qué implicaciones tiene colocarse en una posición donde se busca que “los ciudadanos mexicanos deben identificar a la donación y los trasplantes no con actividades ilegales o peligrosas sino con la vida” (Romero, 2011, p.21). Prohibir este tipo de películas ¿no sería negar lo que ha ocurrido en otras épocas, en otros contextos? ¿Es contar sólo una parte de lo que ocurre en todo el mundo respecto a la donación? Aunque, por otro lado, brindar la idea o corroborar ciertos mitos, ¿qué tanto disminuye las posibilidades de alguien que requiere un órgano para poder hacer su vida habitable? O ¿Por qué no pensar estos filmes como un elemento que posibilite la mejora de las instituciones de salud y demás sectores involucrados?

Para concluir este subtema relativo al cine habrá que mencionar cómo este arte puede reforzar creencias, leyendas, rumores, y reflejar una serie de factores que intervienen y modifican el proceso de la donación y el trasplante. Por otra parte, hace que cada uno (a) de nosotros (as) pueda conocer algo de lo que ocurre en situaciones de trasplante que no se han vivido personalmente. Aunque queda la pregunta: ¿Qué diferencia de efectos o percepciones resultarían de la

observación de estos filmes entre un (a) espectador (a) que no ha recibido un trasplante y otro (a) que sí?

De manera general, el arte ha sido un medio que ha permitido plasmar las angustias, miedos y mitos que la humanidad ha tenido a lo largo de los años con relación a la donación y el trasplante. Pero, también señala la importancia del aspecto subjetivo que rodea estos temas, cuestionando así aquellos contextos donde tal ámbito es desdeñado.

A lo largo de los capítulos precedentes se ha intentado ofrecer un contexto vasto sobre la temática del trasplante, sin embargo, ahora resulta necesario pasar a un momento de este trabajo que muestra, con ayuda de la herramienta metodológica del testimonio, el efecto de un trasplante en la particularidad del sujeto. Esto se describirá a detalle en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 4 EL TRASPLANTE Y SUS EFECTOS. UNA APROXIMACIÓN DESDE LO TESTIMONIAL

¡Sentía una necesidad irrefrenable de contar a todo el mundo lo que me había sucedido!... Cualquiera ocasión era buena para contárselo a todos, tanto al director de la fábrica como al obrero, aunque tuviesen otras cosas que hacer.

Primo Levi

El presente capítulo surge con la intención de plasmar los efectos que tiene un trasplante en la subjetividad particular, tratando de acercarnos al objetivo de esta investigación, saber la relación que el sujeto tiene con su cuerpo en dicha experiencia. Habrá dos subtemas principales en este capítulo, el primero refiere a la fundamentación teórica de la metodología testimonial. Y el segundo, describe detalladamente cuatro fragmentos testimoniales de personas que han recibido un trasplante.

4.1 El testimonio como herramienta metodológica

El objetivo de este subtema es mostrar los hallazgos derivados de una revisión bibliográfica en torno a la metodología del testimonio. El primer subtema describe generalidades de la palabra testimonio, entre ellas, algunas referencias etimológicas y definiciones; y el segundo apartado, busca formalizar, de manera más concreta, al testimonio como herramienta metodológica de la investigación en psicoanálisis, enlazándolo con los conceptos de dicha teoría.

4.1.1 Puntualizaciones generales sobre el testimonio

La palabra testimonio, en latín *testimonium*, deriva de *testis* y se refiere al testigo, “afirmar como testigo [...] atestiguar; del latín *testificari*” (Gómez de Silva, 1988, p.675). Es desde esta primera referencia etimológica que se puede vislumbrar cómo la presencia de un sujeto es elemento fundamental cuando se habla de testimonio. Dicho argumento lo ilustra Derrida (citado en Morel, 2001) con el caso de Rodney King, un taxista estadounidense quien es violentado físicamente por las autoridades.

En el momento en que los policías lo apalearon se encontraba allí un testigo con una cámara de video y filmó la escena. Se disponía pues de una imagen directa del acontecimiento, algo que a priori no debía levantar objeción alguna. Sin embargo la ley consideró que ese film era una pieza de convicción que debía ser interpretada, que sólo valía acompañada por el testimonio del joven cameraman. (p.217).

Hasta aquí habrá que señalar dos cosas relativas al testimonio: por una parte, éste se erige como un elemento heterógeno a la prueba pues está ligado a la palabra de alguien no sólo al medio tecnológico que lo plasma, y por otra, refiere a un acontecimiento. Sobre este último punto es necesario detenerse brevemente para explicar esta noción. Según Derrida (1966), el acontecimiento se trata “de una ruptura y de un redoblamiento” (p.2); ruptura tal vez por su factor disruptivo en la cotidianeidad, y redoblamiento debido a que hace necesario volver a la situación a través de la palabra para otorgarle una significación, una representación. Esto se verá más a detalle en el siguiente subtema.

Se dice comúnmente que existen pruebas que “hablan por sí mismas” sin testimonio alguno como: los documentos, las imágenes o el ADN. “No obstante, notémoslo, tanto los historiadores como la justicia buscan siempre testimonios que

las corroboren y permitan interpretarlas” (Morel, 2001, p. 217).Entonces, puede observarse que el testimonio está íntimamente relacionado con el testigo en tanto que es su enunciación; en el ejemplo derridiano anterior es el chico que filmaba el suceso quien “tuvo que declarar ante el jurado, de viva voz, que había sido él quien había visto la escena y [...] la había filmado” (Morel, 2001, p. 217).

Ahora bien, es necesario señalar que lo jurídico aparece aquí como uno de los contextos principales donde emerge el testimonio, pues éste también se define como: los “datos en que puede basarse una decisión judicial” (Gómez de Silva, 1988, p. 675). Ello conduce a la segunda referencia etimológica respecto del testimonio. “‘Testigo’ se deriva de *terstis* del indoeuropeo *tri-s-ti* [...] (sentido implícito: que está como tercero), de tri- ‘tres’” (Gómez de Silva, 1988, p. 675).

Pero, ¿quién podría erigirse como un tercero en el contexto testimonial? Probablemente el testigo, pues en el caso ya mencionado de Rodney King el sujeto que realiza la grabación no es ni el sujeto que recibe las agresiones ni los personajes que las otorgan, es decir, aparece como alguien más allá de la dualidad de posiciones en esa situación. Aunque también se inscribe como tercero el juez/la jueza, la figura simbólica que porta la ley y que, en base a los testimonios, determina la resolución de un conflicto o aplica una sanción ante actos de transgresión. Su palabra es ley, es la conclusión de un juicio, pero para emitirla necesita estar al tanto de cómo ocurrieron los hechos. Por lo tanto, como indica Levi (2002), “el testigo cumple su función que es la de preparar el terreno para el juez” (p.106).

Antes de continuar, es necesario hacer un paréntesis para mencionar quién fue Primo Levi, pues este personaje tendrá un peso fundamental en la construcción del presente subtema. Levi es un hombre italiano prisionero y testigo de los exterminios en un campo de concentración nazi. Después de vivir dicha experiencia se dedicará a dar testimonio, a través de varios libros, de cómo los

alemanes aprisionaban a los judíos, quitándoles la dignidad, la esperanza y la vida.

Levi (2002) afirma en sus textos: “los jueces sois vosotros” (p.106) y con ello realiza simultaneamente tanto el redoblamiento de un suceso a través de su testimonio, como un llamado para que emitamos un veredicto. Pero ¿Qué efectos tendría ceder, o no, ante la demanda de erigirse como juez (a)? ¿Es que se puede ser juez (a) de algo que no se ha vivido personalmente? ¿Con que se relacionaría el dictamen, con nuestras creencias, las experiencias que hemos tenido, la identificación con el autor? ¿Cómo nos cambia y posiciona subjetivamente la lectura de este libro?

Pasando a otra arista del tema, es curioso que al hacer una búsqueda bibliográfica de la noción de testimonio aparezcan dos grandes ejemplos de ello: el primero, ya mencionado anteriormente, es el exterminio de los judíos por parte de los nazis; y el segundo, refiere a la experiencia de convertirse en un analista y la forma en que ésta (e) lleva a cabo la clínica con las (los) analizantes.

Braunstein escribe en 2008 su artículo Las memorias de los analizantes ¿qué representa el psicoanalista?, el cual:

Aborda la cuestión de los testimonios de tratamientos psicoanalíticos, tanto por parte del paciente o bien del psicoanalista ¿Qué nos dicen estos relatos [...] ¿Cuál es su valor? ¿Qué se puede –si es que se puede- situar en ellos de la “representación” del analista?(p.12).

Pero, ¿Por qué realizar un artículo basado en testimonios sobre esta temática? Probablemente sea por lo enigmático que un proceso de análisis puede resultar, es decir, pareciera que se trata de una situación tan personal que se hace

imposible su descripción. Además cada analista enmarca las sesiones con su propio estilo de trabajo, por lo tanto hay una gran variedad de percepciones acerca de cómo actúa un (a) psicoanalista, a pesar de que tengan los mismos fundamentos teóricos. Por último, si a esto se le suman todos los prejuicios y producciones imaginarias que rodean dicha función, no es de sorprender que se hagan intentos por develar algo de este saber imposible (análisis, analista, analizante).

Es así que los testimonios acerca de los campos de concentración y de las experiencias de análisis son recabados y plasmados no sólo en libros, si no también en dos proyectos cinematográficos que se describirán someramente a continuación.

El primer filme se titula *Shoah*³, es un documental del año 1985 realizado por el francés Claude Lanzmann. Tiene una duración aproximada de 10 horas en las cuales se van presentando los testimonios de personas involucradas en el exterminio nazi: víctimas, victimarios, y expertos (as) e interesados (as) en el tema.

Derrida (2001) afirma que Shoah es un film-testimonio, puesto que:

esta ausencia de imágenes directas o reconstituidas de lo que «eso» ha sido, aquello de lo que se habla, nos remite a los acontecimientos de la Shoah, es decir, a lo irrepresentable mismo. Mientras que todos los films [...] que han representado el exterminio, no pueden remitirnos más que a algo reproducible, reconstituible, es decir, a lo que no es la Shoah. (a propósito del film, párr. 1).

³ En hebreo significa catástrofe, devastación

La producción cinematográfica mencionada no se relaciona con un guión memorizado, capacidades histriónicas de actores y actrices, efectos especiales, ni con toda la elaboración que implica una película comercial, probablemente hollywoodense. Lo que adquiere relieve en Shoah es, como menciona Duby (citado en Morel, 2001), “la imagen que un hombre [...] ha propuesto del pasado, sus olvidos, sus silencios, la manera según la cual trata el recuerdo para ajustarlo a lo que piensa, a lo que cree es verdadero, justo” (p.217). Es decir, el testimonio es una subjetividad apalabrada, una palabra de sujeto.

El segundo trabajo cinematográfico basado en lo testimonial, en esta ocasión centrado en la clínica, se denomina *Nuestras inquietudes. Dar testimonio del psicoanálisis* de Judith Du Pasquier. Los hombres y mujeres que aparecen en este film hablan acerca de cómo fue que tomaron la decisión de iniciar un análisis, qué sucesos marcaron su recorrido y qué efectos tuvo en ellas (os). Así, lo que se muestra son las particularidades, cómo la “misma” forma en que se formula una demanda, lapsus, interpretación, etc. Puede conducir a un rumbo distinto, en tanto que se ve atravesado por las cuestiones históricas que conforman a un sujeto.

Ahora bien, otro ejemplo del uso del testimonial ha quedado en pausa y es necesario retomarlo, se trata del pase a través del cual un sujeto se convierte en analista. Relativo a esto, Morel (2001) manifiesta:

Comencé a interesarme por el testimonio porque era la manera en que Lacan [...] pretendía que se reclutaran a los psicoanalistas: en base a sus propios testimonios [...] de las consecuencias [...] que implicaba para ellos el reconocimiento [...] de la existencia del inconsciente (p.217).

Marcelo Mazzuca también resulta intrigado por esta cuestión y elabora un libro titulado *Ecos del pase* en el cual cada testimonio de un sujeto que deviene analista

problematiza la cuestión de quién lo autoriza, pues el testimonio “supone a otros psicoanalistas que escuchan y juzgan, supone pues a un jurado” (Morel, p.217).

Además de lo ya esbozado, el pase de sujeto a analista conduce a otro sentido del testimonio que propone Agamben (2000). Se trata de la palabra latina *superstes*, la cual “hace referencia al que ha vivido una determinada realidad, ha pasado hasta el final por un acontecimiento” (p.10). En este sentido el testimonio de un pase puede ser emitido por alguien que, como dijera Lacan, llevó su propio análisis hasta sus últimas consecuencias.

Otra ilustración del testimonio en su significación de *superstes* lo brinda Agamben (2000), quien basándose en Levi, señala cómo en los campos de concentración el final sería sinónimo de la muerte, y por ello comenta:

Lo repito no somos nosotros, los supervivientes, los verdaderos testigos [...] son ellos los ‘musulmanes’, los hundidos, los testigos integrales, aquellos cuya declaración habría podido tener un significado general [...] quien ha visto a la Gorgona⁴ no ha vuelto para contarlo [...] El pasado pertenece a los muertos. (p.18).

Pareciera que relatar el desenlace, o incluso, la situación misma, estaría jugando en el orden de la imposibilidad. Es por ello que más adelante se relacionará el testimonio con el registro lacaniano de lo real. Por ahora, basta decir que esta premisa aparece de manera reiterada en las enunciacines de los sobrevivientes de los campos de concentración, por ejemplo, Simon Srebnik menciona: “no se puede contar, nadie puede imaginar lo que paso aquí. Imposible. Y nadie puede entenderlo. Ni yo mismo, hoy” (Lanzmann, 1985).

⁴ Deidades de la mitología griega que tenía el poder de petrificar a quien osara mirarlas. Se considera que existían tres gorgonas: Esteno, Euriale y, la más popular, Medusa. Gorgona también refiere a una isla colombiana donde existió una cárcel basada en el modelo de los campos de concentración nazi.

Al relacionar la dificultad del testigo y su testimonio con la temática del trasplante de órganos, queda la siguiente reflexión: si se quisiera saber sobre el rechazo crónico y total de un injerto el verdadero testigo sería aquel que falleció por esta causa. Hasta qué punto las cuestiones subjetivas influyeron o desencadenaron un rechazo crónico del órgano trasplantado, es algo que no podría conocerse puesto que ya no estaría el testigo. Pero ¿qué podría decir quién escuchó las últimas palabras de esa persona? ¿Él o ella podrían erigirse como testigos del testigo que transmiten su enunciación?

En otro orden de cosas, Agamben postula una tercera referencia para el testimonio retomando la palabra *auctor*, la cual “presupone siempre algo –hecho, cosa o palabra- que le preexiste y cuya fuerza y realidad deben ser confirmadas” (Peusner, s.f, párr. 2).

El argumento anterior puede hacer que se perciba al testigo como un medio a través del cual se expresa algo que lo trasciende. Por ejemplo, muchos (as) judíos explican su sobrevivencia, su existencia, a partir de su función de testigo.

Quizás también me haya ayudado [...] la voluntad no sólo de sobrevivir (común a todos) sino de sobrevivir con el fin preciso de relatar las cosas a las que habíamos asistido y que habíamos soportado (Levi, 2002, p.12).

Ante esto queda la reflexión de qué tanto peso le puede dar un sujeto a la función testimonial, pues así como hay quien persiste en base a la esperanza de volver a algún lugar, conseguir una meta o reencontrarse con un amor, muchos personajes de los campos de concentración aludían a este papel de testigos para mantenerse en pie frente a las atrocidades experimentadas.

De igual manera Langbein (citado en Agamben, 2000) menciona:

Por mi parte, había tomado la firme decisión de no quitarme la vida pasara lo que pasase. Quería ver todo, vivirlo todo, experimentar todo, guardar todo dentro de mí. ¿Para qué, puesto que nunca tendría la posibilidad de gritar al mundo lo que sabía? Sencillamente porque no quería desaparecer, no quería suprimir al testigo en que podía convertirme (p.8).

Entonces, ¿De qué dan cuenta los testigos? ¿De las condiciones socioeconómicas que dieron paso a la Alemania nazi, del fanatismo de las masas, de la crueldad inherente al ser humano? O ¿Es la cuestión testimonial una justificación que pretende erradicar la culpa de no haber cumplido el destino que arbitrariamente se les había impuesto, la muerte?

Se puede notar como en algunos casos la posición del testigo deja al margen al sujeto, su función rebasa en cierto sentido su identidad. Levi (2002) ilustra este punto, cuando comenta que antes del exterminio judío él era químico y después de esa situación dedicó la mayor parte de su tiempo a escribir su testimonio de lo ocurrido.

Si no hubiera vivido la temporada de Auschwitz, es probable que nunca hubiera escrito nada. No habría tenido, motivo, incentivo para hacerlo: fui estudiante mediocre [...] y además había elegido un oficio, el de químico, que nada tenía en común con el mundo de la palabra escrita. Fue la experiencia del Lager lo que me obligó a escribir. (p.120).

De esta manera, ¿podría decirse que un significante, el de testigo, subordina a los otros significantes con los que antes se identificaba el sujeto? Además, es

pertinente preguntarse por qué Levi menciona que el oficio de químico no tenía nada que ver con la palabra escrita, ¿acaso el haber vivido en una experiencia desbordante de real le hizo olvidar o desestimar toda la serie de metáforas que en el lenguaje tiene esta ciencia? O, más bien, se modificó su percepción de la escritura a la par que cambio su posicionamiento subjetivo. Ahora bien, retomando la cuestión del análisis, el sujeto que deviene analista ¿De qué estructura preexistente daría cuenta, del gran Otro, de la lengua, del inconsciente, o de los términos de la teoría psicoanalítica que un grupo de antecesores (as) han erigido como fundamentos?

Una cuarta referencia etimológica que ayuda a comprender la noción de testimonio es la palabra griega *martyros*, mártir “que significa testigo [...] un mártir seguía dando testimonio de su fe aun cuando su cuerpo era torturado” (“Mártir”, s.f). En este sentido, la religión cristiana afirma que los primeros testigos fueron los apóstoles, quienes podían ratificar los milagros y enseñanzas de Jesucristo. Sin embargo:

Los discípulos de Cristo no eran testigos corrientes como los que prestaban declaración en un tribunal de justicia. Estos últimos no corrían ningún riesgo al atestiguar los hechos que habían observado, mientras que los testigos de Cristo se enfrentaban diariamente, desde el comienzo de su apostolado, con la posibilidad de sufrir graves castigos y aún la muerte misma. (Hassett, s.f, párr. 2).

Lo que se entendía por testigo fue cambiando poco a poco, se quitó el énfasis en haber visto u oído a Jesús y más bien se refería a la persona que “está [...] tan firmemente convencida de las verdades de la religión cristiana, que sufre de buen grado la muerte antes que renegar de ella” (Hassett, s.f, párr. 2). Así, testimoniar era dar fe de una creencia que se sostenía a muerte.

Rocha (2011) propone que “cualquier testimonio que se dice fehaciente incluye en su gesto y en su palabra la fe [...] es fe-haciente” (p.202). Aquí vale la pena retomar algunas proposiciones que hace Manonni en su texto *Ya lo sé pero aún así*. El autor menciona que la creencia al igual que la fe aparecen cuando algo es imposible de verificar, pues si lo fuera no tendríamos que creer o tener fe en ello, lo sabríamos. Ahora bien, la creencia está más del lado del imaginario mientras que la fe alude a lo simbólico, a un empeño consciente de creer que “se explica por el deseo o el fantasma” (Mannoni, 1990, p.12).

Retomando la historicidad del vocablo mártir, existió un periodo en el que dicho término solo podía ser atribuido a quien había muerto. Así Eusebio (citado en Hasset, s.f) argumentaba lo siguiente: “Son ya mártires los que Cristo ha juzgado dignos de ser elevados por su confesión, habiendo sellado su testimonio con su partida; nosotros solamente somos pobres y humildes confesores” (párr. 3); como si con la muerte las enunciaciones de los sujetos adquirieran un grado mayor de veracidad, de validez. Otra condición más que se erigió para ser considerada (o) mártir era la afiliación a la iglesia. “A los herejes y cismáticos [...] se les negó el título de mártires [...] San Cipriano formula con claridad el principio general de que ‘no puede alcanzar el reino quien reniega de lo que reinará allá’”(Hassett, s.f, párr. 4).

Así, desde la religión se instituyeron una serie de requisitos para la validar un testimonio, como si las enunciaciones de un sujeto no contarán por sí mismas. Tal vez ello se debió al miedo de develar ciertas contradicciones que fundamentaban la creencia religiosa, lo cual también tendría como consecuencia una pérdida de poderío para sus dirigentes.

Como se puede observar existieron muchos encarcelamientos, torturas, vejaciones, muertes, en pro de anular las diferencias religiosas y de acallar los testimonios que se proferían al respecto. En palabras de Agamben (2000):

La doctrina del martirio nace, pues, para justificar el escándalo de una muerte insensata, de una carnicería que no podía parecer otra cosa que absurda[...] permitía in-terpretar el martirio como un mandamiento divino y encontrar así una razón para lo irra-zonable. (p.15).

Levi (citado en Agamben, 2000) cuestiona el martirio, esto en relación con la matanza judía, pues señala que resultan ilógicos e insensibles “los intentos de algunos extremistas religiosos de interpretar el exterminio a la manera de [...] un castigo por nuestros pecados. ¡No! Esto no lo acepto: el hecho de carecer de todo sentido hace que sea más espantoso” (p.15). Vemos aquí hacerse explícita una variante, la de la interpretación, que, como en la clínica psicoanalítica, puede ser desechada por el analizante, o en este caso el testigo, en caso de que no concuerde con su percepción de un suceso. No obstante, como menciona Levi, pareciera que la ausencia de sentido de un suceso es lo verdaderamente ominoso.

Ahora bien, a pesar de que ya se han descrito las referencias etimológicas, es pertinente retomar un vocablo, se trata de *testis*. De *testis*, *testigo*, también deriva la palabra *testículo* con el sufijo *culus* que alude a lo diminuto. Es así que, los testículos pueden ser considerados los “pequeños testigos” (¿testigos de qué?). Lacan (1955-56/2009) menciona que “no por nada testimonio en latín se denomina *testis*, siempre se testimonia sobre los propios cojones” (p.60).

Esta relación de los testículos con el testimonio se ve plasmada en una historia que se supone falsa pero que a pesar de ello no cesa de aparecer. Cuando un testigo llegaba a la corte para brindar su testimonio el acto simbólico que aseguraba la veracidad de su enunciación era levantar la mano izquierda y agarrarse los testículos con la mano derecha.

¿Podría pensarse entonces que los testículos eran característica necesaria para ser testigo? Y si era así ¿Dónde queda la figura de la mujer y su función de testigo? ¿Por qué se le niega esta oportunidad? ¿Acaso hay algo en su palabra que desestabilizaría los sistemas dominantes y por eso se busca limitarla? Por otra parte, si se piensa que los ovarios tienen características análogas a los testículos ¿Tendría la mujer que agarrarse los ovarios para testificar? ¿Cómo sería eso posible?

Probablemente, como plantea Seligmann (2007), el testimonio conlleva un sentido falocéntrico, y si se considera así, la historia de Orestes podría ser su primer antecedente.

Agamenón esposo de Clitemnestra es asesinado por ella y su amante Egisto Orestes su hijo también se ve sometido al mismo peligro por lo que su hermana Elektra lo manda a otro lugar, donde vive por muchos años y del cual decide regresar para vengar la muerte de su padre. Después de asesinar a su madre, en algunas versiones por órdenes del dios Apolo y en otras por el deseo de venganza de su hermana Elektra, resulta acechado por las furias⁵ quienes se dedicaban a perseguir a los culpables de ciertos crímenes. Ante el insistente acoso, acude con Atenea para buscar su absolución.

“Atenea después de recibir a Orestes y a las furias e informarse del conflicto, llama a doce jurados para formar el primer tribunal que habrá de conocer un homicidio” (Seligmann, 2007, sección Euménides o la complicidad entre la ley, párr. 2). Lo que es necesario recalcar aquí, es el argumento con el que Apolo, testigo y abogado de Orestes, justifica el asesinato de Clitemnestra.

⁵ También conocidas como Erinias nacieron de la noche, tenían cabeza de perro, alas de vampiro y serpientes en su cabeza. Se dedicaban a castigar crímenes que habían permanecido impunes en el mundo de los mortales. Las tres furias principales son Tisifone, Alecto y Megera.

Orestes reconoce ser el asesino, pero niega la injusticia del acto. A fin de cuentas, él no había matado a un progenitor al matar a su madre [...] Del hijo no es la madre engendradora, es nodriza tan sólo de la siembra que en ella se sembró. Quien la fecunda, ése es el engendrador. Ella tan sólo [...] conserva el brote. (Seligmann, 2007, sección Euménides o la complicidad entre la ley, párr. 6).

Tanto Clitemnestra como Orestes han cometido un asesinato, sin embargo, pareciera que la controversia aquí recae en los vínculos de parentesco entre asesina (o)-asesinado (a), cómo si esa relación fuera lo que determinara la sentencia.

El personaje que se tornará decisivo en la resolución del juicio es la diosa Atenea, quien nació en circunstancias muy peculiares. Cuando su madre (Metis) estaba embarazada Zeus se la tragó porque según Urano y Gea si él llegaba a dar a luz una hija posteriormente también tendría un hijo, el cual le quitaría el trono. Al llegar el momento del parto Zeus pidió a Efesto que le partiera la cabeza con un hacha y así, de su frente salió Atenea mujer ataviada con armas, diosa de la guerra, la sabiduría y la estrategia.

Ahora bien, el argumento que Atenea da para absolver a Orestes de su crimen es:

Yo voy a votar en pro de Orestes. No me parió una madre, y siempre en todo, salvo en tomar esposo, me he encontrado del lado del varón. Soy sin reserva del lado de mi padre. De este modo, no prefiero el destino de una hembra que muerte dio a su esposo. (Tébar, 2005, p.63).

Pareciera que Atenea se erige “como principal representante y defensora del orden patriarcal” (Tébar, 2005, p.63) esto en base a su argumento de que una

mujer no puede formar parte de la parentalidad. Pero, ¿Qué tanto esta afirmación es causada por la identificación que Atenea tiene con los varones, y más específicamente con su padre? ¿Es que ella sigue siendo parte de la cabeza de Zeus? Quizás sí, en tanto que dice estar “del lado del varón”. Asimismo, su constante apoyo hacia personajes masculinos como Perseo, Heracles, Teseo, entre otros, pareciera ser un efecto de su posicionamiento. Sin embargo, habría que reflexionar cómo la devoración de Metis por parte de Zeus hace que Atenea no pueda identificarse con una figura femenina y se le enseñe que el castigo para tal osadía pudiera ser tener el mismo destino que su madre.

En resumen, Atenea no sería un tercero neutral por su ya mencionada identificación, no podría ser un testigo y no por ser “mujer” sino por su filiación hacia una de las partes implicadas. Es decir, no cumpliría el sentido *terstis, tri* (-s-ti), del testimonio.

De cualquier manera, Seligmann (2007) formula que existe en este mito una cuestión patriarcal y falocéntrica del testimonio que se consigue haciendo uso de una herramienta sensorial, la vista. Así, enuncia:

Atenea la de ‘los ojos glaucos’, según la expresión de Hesiodo, es aquella que ve con claridad, y por ello puede testimoniar como jueza el crimen de Orestes; la vista y no el oído, tiene absoluta precedencia [...] En Euménides la claridad de la mirada, la luminosidad [...] de la prueba son puestas al servicio del argumento patrilineal. (Sección Euménides, o la complicidad entre la ley, párr. 7- 8).

Para reforzar el argumento anterior Seligmann (2007) menciona que: “a contrariu sensu del parricida Edipo (que se ciega como castigo y es proscrito) [...] el matricida Orestes es absuelto (Euménides, o la complicidad entre la ley, párr. 7).

Lo que habría que intentar dilucidar aquí es por qué el sentido de la vista puede considerarse un instrumento favorecedor de lo falocéntrico. Al respecto Pacheco (2010) señala que la vista ha permitido “separarse” del objeto y poder compararlo, medirlo y juzgarlo a través del razonamiento. “El sujeto no conoce con todo su ser, sino que es el binomio de la vista y la razón la función que medía toda producción de conocimiento” (p.28).

Pacheco (2010) plantea que el primado de la visión-razón fue establecido por el sexo masculino, ya que las mujeres por mucho tiempo fueron excluidas de los espacios donde se gestaba lo que se establecería como conocimiento. Ellas sólo podían aparecer como objetos de estudio que no tenían voz, pues si la hubieran tenido habrían podido cuestionar, debatir y proponer otras alternativas de acceso al conocimiento que no sólo remitieran a la vista.

La edad moderna hereda la episteme vinculada al ojo [...] en un desprecio del resto de los sentidos, en particular, del sentir [...] De ahí que los saberes de las mujeres fundados en la experiencia, el cuerpo sintiente y la práctica, sean desvalorados. (pp. 28-34).

Pero, ¿La vista es un sentido exclusivo de lo masculino y el tacto de lo femenino? ¿Qué pasaría entonces con otros géneros no ceñidos a dicho binomio? ¿Tendría cada uno de ellos un sentido principal (oído, olfato, gusto)? ¿El hacer este tipo de correspondencias evita cuestionar la edificación discursiva del género y lo que se entiende por masculinidad o femineidad? O ¿Estos paralelismos son un símbolo de la filiación del sujeto con el otro, por ejemplo, Atenea quien juzga a partir de la visión-identificación con Zeus?

Los argumentos de género descritos hasta el momento pueden verse ilustrados en la siguiente enunciación de Freud (1909/2001), proveniente de su texto *A propósito de un caso de neurosis obsesiva*.

Se produjo un gran progreso cultural cuando los hombres se decidieron a admitir el razonamiento junto al testimonio (*Zeugnis*) de los sentidos y a pasar del derecho materno al paterno. Figuras prehistóricas en que una persona más pequeña está sentada sobre la cabeza de una más grande significan la descendencia patrilineal; La Atenea sin madre sale de la cabeza de Zeus. Todavía en nuestra lengua, quien da fe de algo ante el tribunal se llama Zeuge (testigo) de acuerdo con la parte que el varón desempeña en el acto de la reproducción “*zeugen*, procrear”, y ya en los jeroglíficos, “testigo” es escrito con la imagen de los genitales masculinos. (p.182).Freud (1909/2001) juega con los vocablos alemanes: *zeugnis* que significa testimonio, *zeuge* que es testigo, declarante, y *zeugen* que además de testificar refiere al verbo procrear, engendrar.

Razonamiento, sentidos, paternidad, fe, reproducción, procreación, genitales masculinos. ¿Por qué estos términos se reiteran cuando se habla del testimonio? ¿Acaso la paternidad es un acto de fe que hace del testimonio algo patrilineal para compensar la incertidumbre? En otras palabras ¿El hecho de que las mujeres puedan estar seguras de quién es su hijo (a), (puesto que lo llevaron en su vientre) deviene en su marginación como testigos?

Si este vínculo entre testículos y testimonio ha sido problematizado a lo largo de estos párrafos es debido a que: “en las sociedades tradicionales las mujeres son excluidas de las cortes como testigos [...] también en los tiempos bíblicos” (Seligmann, 2007, sección testimonio de la masculinidad, párr. 8). Asimismo, “el

derecho romano sólo reconocía como testigos capaces a los varones” (“el origen”, s.f, párr. 2).

Inclusive, a la mujer se le vincula con la imposibilidad de la rememoración a través de algunos términos. El filósofo Margalit Avishai (citado en Seligmann, 2007) observó que “en el hebreo bíblico existía una asociación fuertemente sugestiva entre las palabras Zehker (memoria) y Zakhar (masculino), y, por otro lado, Isha (mujer, esposa) y Neshia (olvido)” (sección testimonio de la masculinidad, párr.8).

El impedimento de las mujeres para ser testigos resulta poco comprensible, quizás porque hoy en día se ha vuelto común que existan juezas o que las mujeres formen parte de un jurado. Sin embargo, el que las circunstancias sean diferentes ¿Debe sofrenar los intentos por develar las producciones discursivas que han permitido su exclusión? Además, ¿por qué se sostenía dicha exclusión? ¿Qué sabían las mujeres cómo para que se les negara la posibilidad de enunciar su testimonio? ¿Su función de testigo amenazaba el contexto falocéntrico donde se encontraba?

Tal vez lo que se pueda recalcar de todo este debate son las carencias y las fallas que el testimonio presenta a nivel jurídico, puesto que la verdad del sujeto queda coartada por documentos burocráticos, prejuicios de las personas que integran el jurado, conveniencias políticas, etc. En este mismo sentido, se puede observar como la palabra se transforma en un número específico de años en prisión o en la decisión algunas veces arbitraria de un juez o una jueza.

Por ende, las preguntas que ahora emergen son: ¿Cómo puede entenderse la noción del testimonio desde el psicoanálisis? ¿Con qué nociones de dicha teoría se enlaza cómo para representar un método de investigación posible? Esto se intentará dilucidar en el siguiente apartado.

4.1.2 Testimonio y Psicoanálisis

Hasta el momento se han considerado algunas generalidades del testimonio, sin embargo, aún queda por explicar los enlaces que éste guarda con el psicoanálisis para constituirse como un método de investigación posible en dicha área. Es así que la primera pregunta que guía este apartado es: ¿De qué intenta dar cuenta el testimonio?; en determinado momento de la historia fue de una creencia religiosa, y en otros casos, de una vivencia catastrófica. Ahora bien, varios/as autores/as como Morel (2001), Seligmann (2007), Braunstein (2008) y Leserre (2001), plantean que lo que se busca plasmar en el testimonio es algo de lo real, aunque esta cuestión resulta problemática, a continuación veremos por qué.

Lo real, término postulado por Lacan (1953/2013), denota “la totalidad o el instante desvanecido” (párr. 6), lo inefable, lo que desborda al sujeto pero permanece inamovible. “Algo ante lo cual todas las palabras se detienen y todas las categorías fracasan” (Lacan, 1954-55, p.77), y por ello “conectado con la modalidad lógica de lo imposible” (Morel, 2001, p. 218).

Entonces, el testimonio no puede mostrar lo real pero sí gira en torno a ciertos encuentros con él, éstos últimos pueden entenderse bajo dos nociones: la de acontecimiento, que si bien se ha teorizado desde la filosofía se buscará ceñir a la teoría psicoanalítica a partir del texto de Silvia Bleichmar (2006) titulado *La deconstrucción del acontecimiento*; y la de trauma, usado por Freud (1893-95/1996) en su libro *Estudios sobre la histeria*; a continuación se relatan brevemente ambas proposiciones.

Al respecto del acontecimiento, Bleichmar (2006) menciona que se trata de aquellas situaciones que suscitan “los afectos penosos del horror, la angustia, la vergüenza, el dolor”, y que, además, tienen un “carácter inligable, vale decir,

inmetabolizable” (párr.10). Existe así una diferencia entre dichos sucesos y la gran cantidad de percepciones que se experimentan a lo largo de la vida, pues como afirma Foucault (citado en Bleichmar, 2006): “existe toda una serie de rangos de acontecimientos diferentes que no tienen ni el mismo alcance, ni la misma amplitud cronológica, ni la misma capacidad de producir efectos” (párr.9).

Una hipótesis que podría dilucidar la cuestión anterior es la que plantea Freud (1920/1996) en *Más allá del principio de placer* donde habla de una *protección antiestímulos*, “envoltorio especial o membrana que [...] hace que las energías del mundo exterior puedan propagarse sólo con una fracción de su intensidad a los estratos contiguos” (p.16). Ahora, el psiquismo se verá amenazado cuando las excitaciones externas sean de suficiente magnitud como para “perforar la protección antiestímulo” (p.17), se estará hablando entonces de lo traumático.

De igual manera, en la teoría de las neurosis traumáticas de Freud (1893-95/1996) se muestra cómo algunos incidentes, a veces orgánicos, producen un trauma “eficaz en la producción de síntomas – o compulsiones- [...] dejan al sujeto psíquico sometido a su insistencia”(Bleichmar, 2006, Historia, párr. 5). Sin embargo, el autor comenta que “la causa no es la lesión sino el afecto de terror, el trauma psíquico (p.31). Morel (2001) propone la noción de *significantes del trauma*, para denominar a aquellos acontecimientos desconcertantes, a esos “nudos de memoria [...] momentos encapsulados o enterrados en una cripta según Abraham y Torok” (Seligmann, 2007, testimonio y literatura, párr. 4). Dichos traumas, o nudos de memoria resultan ser el núcleo del testimonio.

Por lo tanto, existe un encuentro con lo real que se busca testimoniar con el fin de encontrarle algún sentido, esto de manera retroactiva. Tomemos como ejemplo la enunciación de Salmen Lewental, sobreviviente del holocausto (citado en Agamben, 2000) quien declara: “Ningun ser humano puede imaginarse [...] los acontecimientos tan exactamente como se produjeron y de hecho es inimaginable

que nuestras experiencias puedan ser restituidas tan exactamente como ocurrieron” (p.5). Entonces, como postula Agamben (2000), “el testimonio vale en lo esencial por lo que falta en él; contiene en su centro mismo algo que es intestimoniabile” (p.19), lo real.

Si bien, se ha intentado esclarecer la relación que el testimonio guarda con lo real, resulta pertinente ver cómo se relaciona con otro de los registros lacanianos, el de lo simbólico. La categoría de lo simbólico (la palabra, el lenguaje), según Lacan (1953-54/2004), “sólo puede ser concebido como una trama, una red que se extiende sobre el conjunto de las cosas, sobre la totalidad de lo real” (p.119).

Es desde la proposición anterior que se enmarca la expresión de Leserre (2001), “el testimonio es la manera de pasar al discurso” (p.3). Ahora, “si lo ‘real’ puede ser pensado como un desencuentro [...] no deja de ser cierto que el lenguaje [...] busca ese encuentro imposible [...] el testimonio ocurre, ‘se da’, y es la prueba de la manifestación de esos encuentros. (Seligmann, 2007, El modelo auricular del testimonio, párr.3). Por lo tanto, como señala Bleichmar (2006), lo traumático se remite “no a su carácter de real-vivido sino a los modos con los cuales el lenguaje y las formas dominantes del discurso permiten apropiarlo” (párr. 10).

De igual manera, la palabra implica que haya un sujeto que la enuncie, y esto no siempre ha ocurrido. Como ya se ha dejado entrever, existen discursos dominantes entre ellos el bélico, el médico, el racista, que consideran a ciertas personas como carne de cañón, cosas o las que no alcanzan la categoría de lo humano. Muestra de ello es el caso de las y los judíos quienes frente a los seguidores de Hitler aparecían “como puras cáscaras, hombres con rostros apagados e indiferenciados [...] incluso sin rostro que [...] desaparecen sin dejar huella alguna en la memoria de nadie” (Morel, 2001, p.223). Seligmann (2007), basándose en Eric Hobsbawn, un historiador, postula que este no-sujeto suele

aparecer en las catástrofes, las cuales “explotan el referente simbólico y [...] generan un cúmulo gigantesco de dolor y muerte” (testimoniar la guerra, párr.1).

Así, según Morel, el intento de “traducción” de lo real hace converger dos funciones: la de analizante y la de testigo, puesto que “cuando un sujeto habla, en un análisis o cuando ofrece un testimonio, moviliza las huellas inconscientes de lo real rechazado” (Morel, 2001, p.218).

Sin embargo, ¿testimoniar podría constituirse como una com-pulsión? Y si fuera así ¿qué se buscaría satisfacer con dicha pulsión? Quizás otorgar significación a un suceso, o tal vez, contarle al otro el impacto que algo tuvo sobre la subjetividad, aunque esto último ¿Con qué fin? ¿Ser comprendido (a), escuchado (a), conminar a la lucha frente a circunstancias de opresión?

Si se piensa al testimonio como compulsión, un personaje que resultaría de gran interés sería Primo Levi, el *testigo por excelencia* según Agamben (2000), quien después de haber sido un prisionero de los campos de concentración retorna a su trabajo como químico, pero también escribe varios libros presentando su testimonio, en el cual comenta:

Fue la experiencia del Lager lo que me obligó a escribir; no tuve que luchar contra la pereza, los problemas de estilo me parecían ridículos, encontré milagrosamente tiempo para escribir sin jamás robar una hora a mi oficio cotidiano: me parecía tener ese libro entero en la mente, sólo tenía que dejarlo salir y que descendiera al papel (p.120).

Se puede encontrar así una relación con el sentido de “auctor” del testimonio, narrado en el apartado anterior, el cual tomaría al sujeto como el medio para

expresar una estructura más fuerte que él, algo más trascendente. Sin embargo, esto se vuelve una cuestión ambigua, en tanto que lo que se considera trascendente depende de cada sujeto en su particularidad. Así, un amor, un adiós, cierta teoría, de-terminada guerra, una parte del cuerpo u otras cosas se constituyen como aquellos acontecimientos que necesitan ser testimoniados.

Retomando el caso de Primo Levi, Agamben (2000) comenta:

Enraizado en una pesadilla repetitiva que tuvo en Auschwitz, el sueño de relatar su experiencia al volver de los campos [...] aparece como una compulsión, desde la época misma del campo aquella primera vez en que tuvo papel y lápiz entre las manos. (p.221).

Aunado a lo anterior, Morel (2001) argumenta que el testimonio es un síntoma en el sentido psicoanalítico del término, debido a que “no cesa de-escribirse”. Se instituye como un “work in progress [...] que sostiene al sujeto” (pp. 221-222), y toma como ejemplo la siguiente expresión de Levi (citado en Morel, 2001): “yo no he cesado nunca de relatar” (p. 221). Es decir, no hay punto final en el testimonio, siempre hay algo por decir-se, basta escuchar lo que relatan algunos (as) sobrevivientes de la shoah, quienes reiteran: “la experiencia que sufrimos es indeleble. Nos marcó para el resto de nuestros días conservamos cicatrices [...] Ni sanos, ni salvos” (Becker, 2006, p. 330).

El testimonio no puede dejar de escribirse puesto que funciona como una medida protectora, un velo para difuminar lo ominoso de una experiencia. Por ejemplo, Levi “sólo se acuerda de los campos a través de lo que él mismo ha escrito, lo cual se transforma en [...] una memoria exterior que se interpone entre [más bien anuda] (su) existencia actual y la de aquella época” (Morel, 2001, p. 222).

Siguiendo con la equiparación síntoma-testimonio, ésta se puede afianzar si se consideran dos elementos más: el primero, que trata sobre un “saber hacer” con “el no dominio de lo real” (Leserre, 2001, p. 4), aunque aparece el enigma de si no se trata más bien de una sublimación; y el segundo, que el síntoma implica un gasto, cierto tipo de sufrimiento que se aproximaría a la noción de goce. Derivado de esto último, quedaría la incógnita de si los testimonios se inscriben como fuente de goce o si resulta imposible hablar de una experiencia de goce en el contexto de las catástrofes.

Otro punto a destacar es que si existe un síntoma debe haber algo reprimido. Pero en el testimonio ¿Qué es lo reprimido? ¿Alguna vez podría tenerse noticia de ello? O Más bien todo este argumento no es más que una invención burguesa para perpetuar discursos como la psicología, la psiquiatría o el psicoanálisis al presuponer “una incommensurabilidad entre las palabras y esa experiencia de la muerte o [...] entre las palabras y las cosas” (Seligmann, 2007, párr. 6).

La cuestión de lo reprimido en lo testimonial puede vislumbrarse a partir de la particularidad, es por ello que se retomará el caso de Primo Levi para aproximarse a las preguntas esbozadas en el párrafo anterior. En los textos de este hombre, se pueden encontrar palabras y frases que reiteran una idea, la de la culpabilidad, afecto “absolutamente irracional que provoca el hecho mismo de la supervivencia” (Morel, 2001, p.221). En su poema *A una hora incierta*, narra:

Él vuelve a ver el rostro de sus compañeros, lívido al amanecer, gris del cemento, velado por la niebla, color de muerte en los sueños inquietos [...] Atrás, lejos de aquí, pueblo de la sombra, fuera de aquí. No he suplantado a nadie [...] nadie ha muerto en mi lugar. Nadie. [...] No es culpa mía si vivo y respiro, si como y bebo, duermo y estoy vestido (Morel, 2001, p. 221).

Aquí, podría inscribirse como un supuesto la existencia de un deseo por conservar la vida propia y/o un deseo por la muerte del otro.

Es sólo una suposición, al menos: la sombra de una sospecha: que cada uno es el Caín de su hermano [...] Es sólo una suposición, pero te carcome [...] Podría haber suplantado a alguien, lo que significa que de hecho he matado a alguien. (Morel, 2001, p.220).

No obstante, ceñir toda la complejidad de su testimonio al deseo antes mencionado, resulta muy simplificador puesto que se dejan de lado muchas variables del contexto social en el que ocurrieron estas muertes y la sobrevivencia. Bruno Bettelheim (citado en Morel, 2001) menciona al respecto, que las/los sobrevivientes habían permanecido impotentes ante el asesinato de sus semejantes, y además, bajo la amenaza “de ser matado por la sola razón de formar parte de un grupo destinado a la exterminación” (p.220). Así, el poder, las ideologías, la acción de las masas, pueden erigirse como elementos que superan al (a) testigo; lo cual ejemplifica Levi (1986) cuando menciona que los “Lager eran un fenómeno político” (p.3). Entonces ¿podría ser esto lo que explica el sentido de auctor del testimonio?

Es pertinente realizar un paréntesis para explicar que lo mencionado hasta el momento se relaciona con el trasplante, esto en tanto que existen sujetos que al recibir un órgano se consideran culpables del dolor que embarga a la familia de su donador (a) e incluso de la muerte de él (ella). Es decir, existe una apropiación mortífera teñida de culpa, una creencia de haber despojado de algo más que de una parte del cuerpo a su donador (a), por ejemplo, su historia, su felicidad, su vida; esto se abordará más a detalle en el siguiente capítulo.

Retomando la cuestión del testimonio, éste se inscribe como una rememoración llevada al límite, que si bien amortigua el impacto de lo real en el sujeto, también

conlleva algunos riesgos, por ejemplo: “actos imprevisibles, alucinaciones [...] o fenómenos de déjà vu” (Morel, 2001, p.218). Enfoquémonos en el déjà vu, señalado por Lacan (citado en Morel, 2001) como eco imaginario, que consiste en un momento que aparentemente ya hemos vivido, provocando así un sentimiento de extrañeza y distorsión temporal donde el pasado es presente y el presente es pasado.

Más, los efectos del testimonio no se ciñen solamente a un deja vu, “el sujeto puede quedar expuesto al retorno o a la creación de ciertas imágenes espantosas que tendrán sobre él una gran fuerza sugestiva” (Morel, 2001, p.219). En el caso de los/las sobrevivientes de la Shoah, es quizás “una imagen flotante, ‘un espectro inmundado’, un rostro de ‘musulmán’, ‘una epifanía negativa’, la máscara de la Gorgona” (Morel, 2001, p.224). Ahora bien, en la temática del trasplante ¿Cuáles serían las imágenes que aflorarían? ¿El órgano injertado? ¿La sombra (o la sobra, el resto) del/la donador/a? ¿Un doble? ¿Un ángel? En un capítulo posterior se verá más detalladamente esta cuestión, pero por ahora basta con decir que lo imaginario se “presenta como teniendo con lo real afinidades que lo simbólico no tiene” (Morel, 2001, p.219).

Siguiendo los planteamientos de Morel (2001), si a las producciones del imaginario se le suma “el relato en sí mismo y el esfuerzo de rememoración [...] pueden inducir un pasaje al acto ligado al trauma” (p.225). Ahora bien, un pasaje al acto recurrente en los (las) sobrevivientes de Shoah es el suicidio, a este respecto una mujer mencionaba: “yo trataba de no ver [...] trataba de no oír [...] Estaba como ebria, era una locura pretender vivir” (Becker, 2006,p.324). En ese estado de “ebriedad”, de no lugar para la subjetividad, el sujeto puede buscar el encuentro con la muerte. Un ejemplo de esto es el que da Becker (2006), quien menciona que “en la taiga, leñadores esclavos prefirieron cortarse la mano para acabar; dejar de trabajar en esas condiciones, dejar de vivir (p.323).

Primo Levi (1986) difiere de la proposición anterior y considera que el suicidio es más bien “un acto meditado, una elección no instintiva, no natural [...] es cosa humana y no de animales” (p.10). Tal vez Levi se adhería más a la idea de ver al cuerpo como un medio para mostrar resistencia, algo que ciertos sujetos decidieron llevar al extremo, renunciando a la corporeidad “para poder seguir siendo un ser humano” (Becker, 2006, p.324).

Ahora bien, cuando las personas lograron salir de los campos y retornar a sus hogares, cuando nuevamente fueron considerados sujetos dignos de vida, la rememoración de las atrocidades en los campos era recurrente. “Los recuerdos de mi reclusión son mucho más vívidos y detallados respecto a cualquier otra cosa acaecida antes o después” (Levi citado en Agamben, 2000, p.14).

Es así que Levi (1986) plantea la siguiente hipótesis:

Creo que precisamente a este volverse atrás para mirar «las aguas peligrosas» se hayan debido los muchos casos de suicidio posteriores [...] a la liberación. Se trataba siempre de un momento crítico que coincidía con una oleada de reflexión y de depresión. (p.10).

Sin embargo, ¿qué tanto los pasajes al acto son hechos o defensas para evitar mirar atrás? En cierta relación con esto, el filme Shoah muestra cómo el sobreviviente judío Mikael Podchlenick al ser entrevistado siempre mantiene una sonrisa, y cuando se le pregunta la razón de ese gesto, Mikael contesta “¿qué quiere que haga, que lllore? Una vez se ríe uno, otra vez llora. Y cuando uno vive más vale sonreír” (Lanzmann, 1985). ¿Más vale sonreír? ¿A qué precio? ¿Es esa sonrisa lo que cerca una experiencia desbordante de real, lo que le permite testimoniar sin los afectos que corresponden a la vivencia? Y ¿Qué pasaría si no existiera esa sonrisa?

Pero la rememoración no es el único elemento que lleva a realizar un pasaje al acto, habría que preguntarse si también el testimonio lo desencadena, puesto que sobrevivientes-testigos, se suicidaron; es el caso de Jean Améry, Paul Celán y Primo Levi. ¿Es que testimoniar no resulta suficiente para merecer la vida? Tal vez el haber sido parte de los kommandos⁶ y no haber muerto como sus compañeros hace que la propia muerte se ofrezca como un acontecimiento para que otro levante el testimonio. Una hipótesis más es que dichos suicidios pretendan ser una medida contra el olvido de los actos atroces cometidos por algunos seres humanos y su afán por querer ocultarlos.

El suicidio de Primo Levi es un acontecimiento controversial pues parece estar rodeado de suposiciones, esto debido a que existen dos escenarios. El primero refiere a un autor que encontraba en su función de testigo un alivio, al grado de haber comentado: “estoy en paz conmigo mismo porque he testimoniado” (citado en Agamben, 2000, p.10). Sus relatos, conferencias, libros muestran que “Tal vez la escritura ‘clara’ también sea un antídoto contra la muerte” (Morel, 2001, p.221).

Por otra parte, está un hombre que está constantemente invadido por los recuerdos de los campos de concentración, como se lo expresa a un rabino antes de su muerte, “Yo no sé cómo continuar. No soporto más esta vida. Mi madre sufre de un cáncer y cada vez que miro su rostro, me recuerda el de esos hombres tendidos sobre las planchas de los catres de Auschwitz” (Morel, 2001, p.221). Asimismo, plantea en una de sus obras que el “silencio es más digno, sea temporario o definitivo” (ibíd.).

⁶ Los kommandos eran cuadrillas de entre 15 y 50 hombres judíos, por lo general los más fuertes físicamente, dirigidos por un Kapo, que se dedicaban a diversas actividades en los campos de concentración, principalmente a enterrar y recoger las cenizas de los judíos muertos

Es pertinente hacer un paréntesis para enlazar la frase anterior con los planteamientos del poeta mexicano Javier Sicilia, quien, después de que su hijo fuera asesinado por el crimen organizado en México, renuncia a su oficio pues comenta que el mundo ya no es digno de la palabra. “Una sociedad que puede soportar la forma en que se asesina y se secuestra a la gente, es una sociedad que desacralizó su lengua” (Flores, s.f, párr.4). La palabra ya no parece ser suficiente para clamar justicia, entender la posición del otro o dar lugar a una pérdida. Por lo tanto, el silencio se vuelve una estrategia de sobrevivencia “en un contexto plagado de melancolía donde todo ha perdido buena parte de su sustancia y color” (Flores, s.f, párr.1). El silencio es lo que permite la creación de las palabras, es donde inician y terminan, entonces, ¿por qué no aludir al silencio para crear nuevas palabras, o bien para re-significarlas?

Regresando al enigma del suicidio de Levi, (“Primo Levi”, 2009) que la vida de este personaje se encontraba encerrada en un “conflicto de mitades que no pueden integrarse, casi como su concepto de “zona gris” (judíos víctimas que se convierten en victimarios de sus congéneres para obtener favores especiales de los nazis)[...] por siempre [...] mitad hundido, mitad salvado” (párr.2).

Sin embargo, existen hipótesis que muestran la conjugación no sólo de dos sino de muchas variables que pudieron conducir al suicidio de Levi: la primera de ellas, es el dolor que padecía al ver a su madre enferma, rostro materno, que según Winnicott (citado en Spurling, 1995), en algunas ocasiones no puede cumplir su función de espejo y por lo tanto imposibilita un “proceso de ida y vuelta” (p.666); la depresión de Levi, un antecedente familiar (su abuelo que también murió al arrojarlo desde un tercer piso), problemas conyugales, una vida rutinaria, los tormentos ocasionados por sus recuerdos, entre otros. A partir de lo anterior, la pregunta central que se intenta esbozar es: “¿El testimonio ha protegido al sujeto [...] o lo ha precipitado a esa conclusión trágica?” (Morel, 2001, p.218).

En su libro *La tregua* Levi (2005) enuncia los siguientes versos:

Soñábamos en las noches feroces [...] Volver; comer, contar lo sucedido. Hasta que se oía breve sofocada la orden del amanecer: «Wstawać»; y el corazón se nos hacía pedazos. Ahora hemos vuelto a casa, Tenemos el vientre ahíto, Hemos terminado de contar nuestra historia. Ya es hora. Pronto escucharemos de nuevo La orden extranjera: «Wstawać» (p. 3).

Levi (2005) muestra cómo, cuando obtiene lo que había añorado tanto, cuando por fin puede descansar y ser feliz, retorna aquella voz de orden que despedaza. Esto puede recordar la noción del súper yo en psicoanálisis, un registro amedrentador e insaciable que somete al yo y al ello a sus mandatos. Así, la pregunta que queda es ¿el testimonio puede ser efecto de un mandato superyoico? esto debido a que, a pesar del deseo de olvido, por ejemplo de Mikael Podchlenik, él menciona que: “habla por qué está obligado a hacerlo” (Lanzmann, 1985).

En otro orden de cosas, Morel (2001) hace una aproximación diferente y original a la cuestión del testigo relacionándola con la melancolía. Primeramente se inscribirá una cita de Lacan (1962-63/2009) como marco de referencia hacia la noción de melancolía:

El hecho de que se trate de un objeto a, y de que esté [...] habitualmente enmascarado tras el i(a) del narcisismo y sea ignorado en su esencia, exige para el melancólico pasar, por así decir, a través de su propia imagen, y atacarlo en primer lugar para poder alcanzar dentro de ella el objeto a que la trasciende, cuyo gobierno se le escapa- y cuya caída lo arrastrará en la precipitación-suicidio [...] en una ventana o través de una ventana. (p.363).

El testigo estaría en relación con un objeto a, en el caso concreto de Levi, dicho objeto es, según Morel (2001) el “‘musulmán’ [...] bajo la forma de un ‘doppelgänger, un hermano mudo y sin rostro’ al que está condenado a arrastrar tras él cuando escribe” (p.224).

Además existen los auto-reproches melancólicos “que evocan un sentimiento de indignidad en el autor” (Morel, 2001, p.220). En Levi se conjuga la culpa por haber sobrevivido a costa de otro y la recriminación de “no haber jamás testimoniado verdaderamente” (ibíd.) puesto que el/la testigo por excelencia fue el / la judío (a) exterminado (a). ¿Por qué los sobrevivientes no pueden concebirse como verdaderos testigos? Si bien no pueden relatar la muerte en la Gorgona, podrían dar cuenta de otras cosas, por ejemplo, lo que era ser parte de una cuadrilla de trabajo en los campos, lo que significaba ser un (a) universitario ahí, etc. Pareciera que el suicidio, la destrucción de sí mismo, se vuelve su testimonio a encarnar, aquello que los llevará a la excelencia.

Se trata así de un “duelo infinito y, por lo tanto, imposible [...] a pesar del inmenso trabajo de memoria, de palabra y de escritura del escritor [*sic*]” (Morel, 2001, pp. 224-225). Finalmente, esto termina cuando “el objeto perdido es introyectado en el yo [...] el yo es aplastado por el objeto” (p.220) a través de un acto que en su intento por destruir al objeto destruye al sujeto mismo.

Entonces, tal vez no haya sido casualidad o accidente el suicidio de Levi quien cayó desde el tercer piso de su casa por un hueco de las escaleras, o Celan que se arrojó al río Sena, o Améry quien acude a su ciudad natal, renta una habitación de hotel e ingiere una alta dosis de somníferos.

Pero, retomando el enlazamiento del testimonio con la melancolía, aparece el enigma de cómo sería esta situación en el caso de los trasplantes, ¿el órgano

injertado sería el objeto a? Si fuera así ¿se hablaría de una incorporación en lugar de una apropiación o internalización? ¿Los auto-reproches tendrían que ver con su sobrevivencia a partir de la muerte de su donador/a (similar a la postura de Levi)? ¿Cuál sería el desenlace de estos casos? ¿El suicidio a través de una ventana? ¿O el rechazo del órgano? ¿Su testimonio sería un paliativo ante el sufrimiento psíquico? ¿Hasta cuándo el testimonio podría sostener al sujeto?

En los últimos párrafos se ha abordado la cuestión del testimonio a partir de casos que remiten a la melancolía. Sin embargo, para algunas personas el testimonio no solo es un paliativo antes de llegar al suicidio sino que es considerado como el medio para narrar su historia, para hacer una enunciación que hace más habitable su vida. Por lo tanto, a continuación se enlazará el testimonio con algunas nociones que ponen de relieve una accesibilidad al estatuto de sujeto a través de la emisión de un testimonio.

Para empezar, habrá que mencionar que hoy en día existe el denominado *falso testimonio*, considerado un delito realizado por quienes “alteren con reticencias, sean inexactos o silencien hechos o datos relevantes que le fueran conocidos” (Enciclopedia-jurídica, s.f, párr.1). Sin embargo, como menciona Agamben (2000) “la verdad tiene una consistencia no jurídica” (p.9) debido a que el testimonio se funda a partir de una reconfiguración del acontecimiento ocurrido en la realidad. Es decir, en el sujeto, “su experiencia [...] se impone como la estructura misma de la realidad para él” (Lacan, 1962-63/2009, p.301).

Lo que se evidencia en el testimonio es “una realidad tal que excede necesariamente sus elementos factuales [...] la no coincidencia entre hechos y verdad, entre comprobación y comprensión” (Agamben, 2000, p.6). Ahora, si el testimonio implica en sí mismo un efecto de “distorsión” de la realidad, por ende cuestiona la noción de ficción. Al respecto Derrida (citado en Villalobos, 2007) postula que:

Si retiráramos cualquier posibilidad de ficción o de duda –y también de perjurio- del testimonio, si lo volviéramos así científicamente demostrable, dicho testimonio dejaría de serlo [...] Se corre el riesgo de anular el testimonio al negarle su derecho a la ficción. (pp.217-218).

Como se puede observar, todo testimonio conlleva el componente de ficción inherente a la verdad. Esta proposición va en contra de algunas definiciones que se han planteado sobre el testimonio con el objetivo de afirmar qué narraciones son parte de este ámbito y cuáles no. Por ejemplo, John Beverly (citado en Seligmann, 2007) expresa que:

el testimonio es una ‘narración [...]contada en primera persona por un narrador que es al mismo tiempo protagonista (o testigo) de su propio relato. Su unidad narrativa suele ser una ‘vida’ o una vivencia particularmente significativa’ [...] el testimonio es ejemplar, no-ficticio (sección testimonio y literatura, párr. 9).

Entonces, ¿Qué efectos tiene una narración testimonial como para que sea importante separarla de la literatura de ficción? Además, si alguien, por la razón que fuera, mintiera sobre haber sido testigo, desde el psicoanálisis no dejaría de denotar algo más, pues “la mentira realiza, al desarrollarse, la constitución de la verdad” (Lacan, 1953-54/2004, p. 382). Así, el testimonio muestra la difuminación de las fronteras entre lo literario, lo ficticio y lo descriptivo” (Seligmann, 2007, testimonio y literatura, párr. 2).

Dando un paso más en esta hilación de conceptos, un término que también se vincula con el testimonio es el de la verdad, la cual no se inscribe como “adecuación a la cosa” (Roudinesco, 1998, p. 689) sino lo que se revela a través

de la enunciación del sujeto. “Verdad históricamente determinada que no es nunca la misma, pero que nos remite siempre a un sujeto del inconsciente irreductiblemente particular (Orozco, Quiroz, Gamboa, Alcalá y Pavón, 2013, p. 275)

Sin embargo, la verdad “sólo puede medio decirse” (Posada, 1999, p.11), puesto que está limitada por el lenguaje. De ahí que resulte imposible decir “la verdad, toda la verdad y nada más que la verdad” como suele proclamar el juramento de los testigos en la corte. Miller (2003) resumirá que la verdad resulta vaporosa, huidiza, pues ésta:

se mostraba tan variable, tan poco fiable como la mentira, dócil a los efectos del significante, consagrada a una metonimia sin tregua, sometida a retroacciones semánticas, cambiando constantemente su valor. En resumen, la verdad reveló no ser más que semblante (p.362).

Por otra parte, Ricoeur (citado en De Zan, 2002) diferencia dos tipos de verdad: la epistémica, que refiere a una certeza ostensible afianzada en argumentos, un tanto parecida a la noción del *saber* en psicoanálisis; y la ética que resulta ser más vulnerable pero a su vez más movilizadora pues se trata de un llamado a la práctica. En un intento por articular los conceptos anteriores Ricoeur (citado en De Zan, 2002) plantea la noción de *attestation*, cuya importancia:

no se deriva de un proceso demostrativo, sino de la simple presencia testimonial; no del argumento, sino de la acción, del gesto o de la palabra que atestiguan su propio sentido y validez, sin otra garantía que la fiabilidad del testigo [...] la *attestation* se presenta [...] como una forma de creencia pero no en el sentido de la *doxa*, como un <<creer que>> las cosas son así, sino como un <<creer a>> alguien, un <<creer>> en el otro y en su palabra. (p.86).

Así, la attestation conmina a creer en lo que el sujeto brinda como testimonio, a instaurar las condiciones para que una enunciación aparezca y se mantenga, como menciona Villalobos (2007) donde sea “posible hablar- o por lo menos intentarlo” (p.216). Ahora bien, la importancia del testimonio se debe a que no se trata sólo de una rememoración sino de algo que conlleva la *iterabilidad*, término derridiano que consiste en la “repetición de lo ya dicho, pero con una enunciación diferente cada vez” (Morel, 2001, p.18). En otras palabras, el testimonio concierne al sujeto; esto lo nota Lacan (1955-56/2009) cuando una mujer psicótica:

Habla de ella, y sucede que lo hace un poco más de lo que quisiera [...] No es exactamente como si hablase de cualquier cosa; me habla de algo que para ella es muy interesante, ardiente, habla de algo donde continúa comprometiéndose de todos modos; en suma testimonia (p.60).

Es necesario hacer un paréntesis para mencionar que Lacan diferenciaba el testimonio a partir del tipo de estructura del sujeto. Así, el psicótico es entendido como un mártir del inconsciente que da un testimonio abierto, mientras que “el neurótico, que también es un testigo de la existencia del inconsciente, da un testimonio encubierto que hay que descifrar” (Leserre, 2001, p.3). Si bien esta cuestión no se profundizará aquí, emergen preguntas como ¿Qué se entiende por testimonio abierto? ¿Se relaciona con el “cielo abierto” de la psicosis? ¿Cómo podría descifrarse un testimonio? ¿Quién posee el código para su interpretación? ¿Por qué “hay que” descifrar el testimonio? En última instancia ¿Es posible hacer eso?

Retomando el aspecto con-cerniente del testimonio, De la Mora (2008) coincide con Lacan y manifiesta que testimoniar es afirmar algo e “implica tomar el coraje o

valor de hacerlo” (p.13). Así, en el testimonio hay compromiso de sujeto. Esto se asemeja a lo que ocurre en análisis, donde se da testimonio de los efectos del inconsciente y ello deviene en “un cambio de posición subjetiva” (Braunstein, 2008, p.12) donde el testigo se ve conminado a “asumir así, una nueva responsabilidad sobre sus actos (Morel, 2001, p.218).

Recordemos que el testimonio no sólo aparece a través de la oralidad sino también en los poemas, las crónicas, los diarios, etc. Sin embargo, Morel (2001) afirma que en muchos casos pareciera que “el acto de escribir equivaliera a ‘acostarse en el diván de Freud’” (p.221). Es decir, la palabra puede aparecer por una gran diversidad de medios.

Otro punto a resaltar es que el testimonio se relaciona con la identidad, pues el hecho de asumir las particularidades del testimonio propio hace que el sujeto se diferencie como “uno-entre-los-otros” (Lacan, citado en Leserre, 2001, p.4).

Para finalizar este subtema conviene describir las particularidades de lo testimonial en relación con otras metodologías de investigación en psicoanálisis. En primer lugar, se mencionará el estudio de caso, el cual da cuenta de una experiencia de análisis acaecida bajo el dispositivo clínico. El analista, después de cierto tiempo, narra acontecimientos significativos en el tratamiento de algún (a) analizante para cuestionar la teoría psicoanalítica o proponer nuevas nociones. Ahora bien, el testimonio difiere en que es realizado por un investigador quien convoca la emisión de la palabra al respecto de un tema; no se trata de un tratamiento largo sino sólo de algunos encuentros, quizás sólo uno; y no aparece la figura del analista ni el sujeto se asume como analizante.

Respecto a la fábrica de caso, ésta recopila todos los discursos que convergen respecto de una situación. Por ejemplo las noticias que emiten los medios de

comunicación, los diagnósticos médicos, las actas judiciales, entre otros. En el testimonio, todos estos elementos quedarían subordinados ante la enunciación del sujeto.

Sin embargo, ya que se han mostrado algunas diferencias entre los tres métodos de investigación en psicoanálisis, la fábrica de caso, el estudio de caso y el testimonio, habrá que decir que todos convergen en una cuestión, resaltar la subjetividad emanada de un acontecimiento, la palabra del sujeto.

A manera de conclusión se dirá que este apartado ha realizado algunos andamiajes entre el concepto de testimonio y algunas proposiciones teóricas del psicoanálisis. Por lo tanto, este capítulo funge como un soporte metodológico, pero también como preámbulo para el contenido fundamental de esta investigación, a saber, los testimonios de personas que han recibido un trasplante.

4.2 Fragmentos testimoniales de sujetos que han recibido un trasplante

La presente investigación busca aproximarse a la relación que el sujeto mantiene con su cuerpo en una experiencia de trasplante, esto a partir del testimonio. Sin embargo, la manera en cómo se presenten dichos testimonios conlleva una serie de encrucijadas éticas. Esto último ya lo percibía Freud (1905/2006) pues en su texto *Fragmento de análisis de un caso de histeria* menciona: “publicar mis historiales clínicos sigue siendo para mí una tarea de difícil solución” (p.4). Por lo tanto, las siguientes páginas problematizan la escritura de lo testimonial, pero también funcionan a manera de prefacio con respecto a las enunciaciones de los sujetos.

Una primera pregunta que guía este subtema es: ¿Cuál es el objetivo de presentar los testimonios emitidos por personas que han recibido un trasplante? Para

comenzar, y como ya se ha venido mencionado, el proceso de trasplante suele ser circunscrito al discurso médico, capitalista o del Estado, dejándose de lado las repercusiones subjetivas. Por lo tanto, el testimonio puede ser pensado como la manera de mostrar que en los trasplantes existe un sujeto.

La premisa anterior, aunque no en la especificidad del trasplante, se ve manifestada en el texto de Agamben (2000) titulado *Lo que queda de Auschwitz*, donde retoma las enunciaciones de Levi y otros sobrevivientes judíos para mostrar a los/las lectores (as) el impacto que tienen ciertas catástrofes en la vida de los sujetos. El autor considera que su libro es “una suerte de comentario perpetuo sobre el testimonio” (p.6) y aquí queda preguntar ¿es una suerte comentar, testimoniar? O ¿es una suerte que en ambos siempre haya algo por decir-se? Además, ¿El testimonio siempre lleva a un comentario perpetuo?

Si bien el capítulo anterior mostró cómo el testimonio tiene algo de indecible en su núcleo, un vacío, una laguna de memoria. La presente investigación es una forma de “interrogar aquella laguna, o mejor dicho, tratar de escucharla” (Agamben, 2000, p.6). Pero, si se lleva a cabo tal tarea ¿cuáles serían los efectos buscados? En relación con esto, Agamben (2000) menciona:

El autor considerará recompensados sus esfuerzos si, en el intento de identificar el lugar y el sujeto del testimonio, ha logrado por lo menos plantar aquí y allá algunos jalones que puedan orientar eventualmente a los cartógrafos de la nueva tierra ética. O incluso si ha conseguido al menos que algunos de los términos con que se ha registrado la lección decisiva de nuestro siglo sean corregidos, que se abandonen algunas palabras y otras sean comprendidas de modo diverso. También éste es un modo quizás el único modo posible de escuchar lo no dicho. (p.16).

¿Cómo pensar esta cita en el campo del trasplante? En primer lugar, identificar al sujeto y la importancia de su testimonio es un llamado ético para todas aquellas (as) profesionales que están en contacto con personas que reciben un trasplante. Y en segundo lugar, en lo concerniente a corregir ciertos términos, esta investigación insta a llamar por su nombre a quien recibe un órgano y no por el número de cama que ocupa en un hospital, la enfermedad que padece, el tipo de personalidad que se le diagnóstica, o el término médico universal “receptor” (en inglés “recipient” cuya fonética es similar a la palabra en español “recipiente” que refiere a un objeto donde se pueden depositar cosas).

Ahora bien, hay una serie de variables que intervienen en la presentación de los testimonios y es preciso ser capaz de vislumbrarlas para poder sortear las dificultades que de ellas devienen.

Una primera variable es mi rol como autora de este trabajo, es decir, resulta difícil permanecer “neutral”, no en el sentido de la idealizada objetividad positivista, sino en cuanto a ceñirme a la fórmula lacaniana “No busco, encuentro” (Lacan, 1964, p.5). Es innegable que debido a cierta experiencia en la temática del trasplante, he formulado ciertas hipótesis, teorías o proposiciones que espero ver confirmadas al final de este recorrido investigativo. Por lo tanto, en cierto sentido “No encuentro, busco”, busco ratificar una construcción preexistente.

Pero, ¿Qué consecuencias tiene trabajar bajo el paradigma “No encuentro, busco”? El costo es negar o incluso desacreditar nuevos ejes investigativos o la palabra del sujeto, en el caso del testimonio. Además, evitaría la sorpresa que generan las manifestaciones del inconsciente que me asaltan cada vez que escribo, sueño o escucho algo relacionado con el tema de investigación elegido. Debido a lo anterior, conviene tomar en cuenta la recomendación que hace Freud (1912) en su texto *Consejos al médico sobre el tratamiento analítico* donde enuncia: “el éxito [...] se asegura mejor cuando uno procede como al azar, se deja

sorprender por sus virajes, abordándolos cada vez con ingenuidad y sin premisas” (p. 27). Es decir, resulta importante aplicar la fórmula lacaniana “Yo no busco, encuentro”. Sin embargo, a veces esto no resulta lo más adecuado en el contexto académico pues se necesita cierta guía y puntuación en aras de concretar una investigación.

Por lo tanto, me permitiré proponerla idea de que en esta investigación psicoanalítica se trabaja con el paradigma *Buscar-Encontrar* donde ambos términos pueden ser consecutivos pero también simultáneos o intercambiables. Dicha fórmula trasluce la función del/la investigador/a pero también hace posible una variedad de opciones, caminos y métodos. El buscar-encontrar también se relaciona con lo que propone Felman (citada en Agamben, 2000) cuando enuncia que “la postura imposible y la tensión testimonial [...] consisten precisamente en no estar ni simplemente dentro, ni simplemente fuera; sino paradójicamente, dentro y fuera a la vez. (p.20). Es decir, como investigadora mi subjetividad tiñe este trabajo, pero los testimonios me conducen a un encuentro con la otredad y me hacen confrontar mis creencias, mis supuestos.

Ahora bien, la segunda variable que interviene es el marco académico. De manera concreta, se dirá que existen requisitos institucionales como la escritura en tercera persona, citación estilo APA, gramática, ortografía, sintaxis, entre otras, que moldean hasta cierto punto la presentación del testimonio pues se “redacta siguiendo las leyes restringidas de la escritura” (Nasio, 2001, p.24).

Dentro de la variable académica también aparecen los saberes psicoanalíticos. Por ejemplo Freud (1905/2006) en su texto *Fragmento de análisis de un caso de histeria* menciona: “el presente fragmento del historial de tratamiento de una muchacha histérica está destinado a ilustrar el modo en que la interpretación del sueño se inserta en el trabajo del análisis” (p.8). Es decir, el testimonio puede ser usado para consolidar una teoría. En relación con esto, Kuri (s.f) dice de los

trabajos de Freud: “no renuncia en nada a un orden del saber; siempre se encuentra tensado con las preguntas de la ciencia” (párr.9).

Sin embargo, existe una gran diferencia entre hacer una lectura del testimonio y considerarlo un mero ejemplo de-cierto saber. Por ejemplo:

Cuando la perspectiva psicoanalítica se usa para desestimar lo que la gente dice porque uno está seguro (a) de saber lo que realmente quieren decir, o peor, cuando se pretende explicarlo a partir de las cosas que están en su interior sin que ellos (as) mismos (as) lo sepan. (Parker, 2003, p.30).

Como afirma Parker (2003) “el psicoanalista no va en busca del significado real subyacente de algo, sino que mueve los significados que ya están ahí para que algo nuevo pueda emerger” (p.30).

Un elemento más que media la presentación del testimonio es el recorte o secuencia en la que se presenta. Freud (1905/2006) decía sobre el caso Dora: “nada esencial altere en él, si bien para mayor coherencia expositiva, en muchos pasajes modifiqué la secuencia de los esclarecimientos” (p.4). Así, Freud muestra cómo en una investigación psicoanalítica se permite realizar un ordenamiento de los fragmentos testimoniales, aunque se debe tener suficiente cuidado para no descontextualizar las enunciaciones de los sujetos.

La segmentación y énfasis que se hace del testimonio podría ser considerado un obstáculo insalvable para presentar la palabra del sujeto. Pero, por el contrario, pensar en plasmar completamente un testimonio ¿Acaso sería ratificar la ilusión de que se puede “transmitir algo de esta experiencia siempre un tanto inefable”? (Braunstein, 2008, p.13). Por lo tanto, una medida que se optará en esta

investigación es llamar “fragmentos de testimonio” a las enunciaciones presentadas de los sujetos.

En relación con lo anterior, Freud (1909/2001) expresa en su texto *A propósito de un caso de neurosis obsesiva*:

No resta otra posibilidad que comunicar las cosas de la manera imperfecta e incompleta en que uno las conoce y, por añadidura, tiene permitido decir las. Los jirones de discernimiento que aquí se ofrecen, laboriosamente obtenidos, pueden parecer poco satisfactorios en sí mismos, pero acaso sean retomados por el trabajo de otros investigadores y el empeño conjunto consiga el logro que es quizá demasiado difícil para un individuo solo. (p.84).

Estar al tanto de las limitaciones y los énfasis que cada autor (a) emplee en la lectura de un testimonio resulta un requisito valioso, incluso indispensable éticamente. Por lo tanto, es necesario explicitar el hilo conductor bajo el que se ordenan los fragmentos testimoniales aquí presentados. Dicho eje son los cambios en el posicionamiento subjetivo que aparecen debido a la experiencia del trasplante. Se busca señalar cómo el sujeto se presenta a sí mismo antes, durante y después del trasplante, si existe una modificación en el sujeto de las oraciones, y si es así, dónde y cómo ocurrió tal cambio. De igual modo, se dará énfasis en las oraciones referidas al cuerpo, cómo se le considera, qué cambios ocurren en él que requieren de una simbolización, entre otros.

Pero, ¿Cómo se procederá en el análisis de los testimonios presentados? En primer lugar se deberá tener en cuenta que lo que se busca subrayar es la verdad, entendida psicoanalíticamente, es decir, formulada a través de la palabra. Lacan en el seminario uno menciona que “la palabra [...] es [...] quien hace la verdad” (Lacan, 1953-54/2004, p. 376), esto a través de asociaciones libres, imágenes del

sueño, síntomas, en resumen, manifestaciones del inconsciente. Es por la evanescencia y la imprevisibilidad de estas expresiones que se trata de una verdad que se “devela y esconde simultáneamente” (Roudinesco, p. 689).

Es por la ligazón de la verdad con el inconsciente que “no habría manera de analizar el descubrimiento en cuestión, sino solamente los rastros que dejaría dentro del ámbito discursivo” (Orozco et al., 2013, p. 276), en la palabra del sujeto.

Ahora bien, con anterioridad se mencionaba que el testimonio tiene una laguna, un hueco en su centro. Sin embargo, al igual que en el análisis lacaniano de discurso, ello no evitaría que se pudiera abordar aunque fuera “de manera indirecta, negativa, mediada o lateral, ese mismo acontecimiento en el que reconoce algo inanalizable [...] intentar al menos rodearlo, cernirlo y detectar sus efectos (Orozco et al, 2013, p. 278).

En el testimonio pareciera ser necesaria la presencia de un tercero que preste escucha, y que en determinado caso, haga resonar en el testigo “la verdad de su decir, no [...] la verdad de la verdad” (Roudinesco, 1998, p. 689). Ejemplo de esto es Freud quien respecto a las producciones de sus analizantes:

Hace función de mediación para que la verdad adquiriera condiciones de saber de un saber donde el sujeto se escinde, sorprendido. Saber del inconsciente, saber sorpresa [...] Es desde el Otro, desde el discurso del Otro que esta paciente se aprehende como verdad, aprende una verdad que le parece tan extraña y tan cercana [...] Se desdobra entonces frente a esto que le acaece en el acontecimiento de la palabra. (Orozco, et al., p. 275).

Freud explica cómo utilizó el método psicoanalítico en la clínica para realizar una reinterpretación de los sueños, puesto que los (as) pacientes, a través de su relato ya habían realizado una primera traducción de lo soñado. Es en base a las prácticas freudianas antes enunciadas que en los siguientes fragmentos testimoniales, se brindarán ocasionalmente algunas reinterpretaciones. Teniendo en cuenta que no será posible la réplica o asociación inmediata de los sujetos, lo cual podría indicarnos que tan acertada resulta, dichas reinterpretaciones buscarán ser lanzadas como preguntas.

Se tendrá especial cuidado en la interpretación para que ella no se transforme en un “imaginar comprender”, pues “las puertas de la comprensión analítica se abren en base a un cierto rechazo de la comprensión. (Lacan, 1953-54/2004, p. 68).

Finalmente, lo que muchas veces se realizará en los fragmentos testimoniales es un cambio en la puntuación puesto que según Lacan (1955-56/2009) “la puntuación es lo que juega ese papel de enganche decisivo [...] para acrecentar la riqueza de interpretación, la variedad de sentidos”(p. 260). Así, una coma, un punto, o un guión que separa las letras de una palabra, pueden hacer que una enunciación se transforme, e incluso que nos remita a una noción psicoanalítica que no se había considerado.

Ahora bien, ya que se ha explicado la forma y guía de análisis, es pertinente decir que se trabajará con cuatro fragmentos testimoniales de personas que han recibido un trasplante a partir de donador cadavérico. La elección de estos fragmentos ha sido en base a su posibilidad de acceso y a que plantean una descripción vasta de la problemática.

Dos testimonios son de carácter público pues uno apareció en un programa de televisión y el otro en un libro. Sin embargo, existen dos testimonios que se

emitieron en el contexto privado de una entrevista, por lo tanto, a continuación se hará un paréntesis para señalar algunas características que rodean la obtención de estos dos testimonios.

El primer y segundo testimonio fueron recabados a partir de las grabaciones de la Psicóloga Rosalinda Ayala Ortiz quien para su tesis de Maestría en sensibilización educativa con enfoque gestalt, entrevistó a sujetos que habían recibido un trasplante (a partir de donador cadavérico y vivo). Dicha psicóloga trabaja en el Consejo Estatal de Trasplantes, al cual solicitó el acceso a los expedientes para así contactar a los (as) entrevistados (as).

Yo, la autora de esta investigación, al haber realizado mi servicio social en el Hospital Civil (cede del COETRA), estuve presente (fuí testigo) en varias de las entrevistas, y fue a partir de las reflexiones emergidas al respecto que en coautoría con Contreras (2011) realicé la tesis de licenciatura titulada *Donación de órganos cadavéricos. Una aproximación a la subjetivación del trasplante*. Teniendo en cuenta este antecedente, la Maestra Rosalinda me facilitó las videograbaciones de las entrevistas. Ahora bien, con el afán de delimitar el campo de estudio de este trabajo consideré incluir el testimonio de aquellas personas que habían recibido un órgano sólo a partir de lo que se conoce como donador cadavérico.

Es necesario hacer un paréntesis para explicitar algunas variables que intervienen en los fragmentos testimoniales de las dos mujeres entrevistadas. En primer lugar, deberá considerarse la intervención de la psicóloga en las entrevistas; ella hace preguntas y resúmenes sobre lo enunciado, pero también conduce el relato hacia el tema que investiga, en este caso, la noción de aprendizaje en el proceso de enfermedad. Otro componente que resulta ser una dificultad es lo acústico, pues en uno de los dos testimonios, el volumen del sonido es muy bajo. Por ello, no se usarán los fragmentos testimoniales que resulten ambiguos debido a este factor. Por último, como particularidades de la entrevista, se dirá que cada una de las

entrevistas se realizó en una sesión de aproximadamente una hora; el contexto es el Hospital Civil después de que las dos adolescentes habían acudido a su revisión periódica de trasplante.

Ahora que se cuenta con una contextualización sobre la noción del testimonio y sus lineamientos éticos, es pertinente pasar a la lectura de los fragmentos testimoniales de sujetos que han recibido un trasplante, lo cual aparece en los siguientes cuatro subtemas.

4.2.1 María. “Nada más era yo con mi mamá”

María es una mujer de 23 años que vive con su madre y sus abuelos maternos. Hace cuatro años y medio se le diagnosticó la enfermedad de insuficiencia renal crónica. Durante dos años se encuentra en tratamiento de diálisis, y permanece dos años y medio más en hemodiálisis. Recibe un trasplante de riñón, sin embargo, a los tres meses presenta complicaciones. La entrevista se realizó cinco meses después de haber recibido el trasplante.

En un primer momento se hablará de lo que sucede ante del trasplante, cómo se detecta la enfermedad que lleva a considerar la posibilidad de dicho tratamiento.

María tuvo algunos síntomas orgánicos, menciona: “empecé con un dolor de cabeza y muchas náuseas, y a veces me mareaba mucho”. Es interesante cómo esta serie de signos no son los que, en el conocimiento popular, se asocian con una deficiencia del riñón, por ejemplo, no hubo un dolor en la zona donde se encuentra dicho órgano o impedimento para desechar la orina producida.

María acude al médico y sobre esto expresa: “fui a este un particular, este, y él me mando a hacer estudios al laboratorio de sangre y me dijeron pues que tenía

problemas de riñón”. Al cambiar el orden de la frase María dice “laboratorio de sangre” y si se reflexiona en ello se podrá notar cómo dicho lugar funciona en base a este líquido, en detectar sus componentes y alteraciones. El testimonio de María también muestra el papel de las herramientas diagnósticas de las que se sirve hoy en día la medicina, cuestión que llevada al extremo supe y taponó la palabra del sujeto, la historia de su enfermedad o dolor. Por otra parte, respecto a la frase “problemas de riñón” ¿Qué significa tener problemas de riñón, corazón, hígado? ¿Acaso los órganos tienen problemas? Y si fuera así ¿Se estaría considerando a los órganos como personas, entes?

La psicóloga le pregunta a María: “¿Sabes qué fue lo que te causó tu enfermedad?” y ella contesta “Pues no [...] no sabía lo que pasaba con esta enfermedad”. Tal como en las neurosis traumáticas sobre las que teorizaba Freud, no había respuestas, tampoco teorías o creencias que explicaran lo que ocurría, era algo que acontecía en lo real y que provocaba una irrupción, una detención en las asociaciones del sujeto. Una variable que pudo haber intervenido en esta situación fue la falta de información con la que se conducía el médico que trataba a María, pues ella expresa:

Quando me detectaron esta enfermedad fue en un particular no fue con nefrólogos ni nada, fue en un particular y ps ahí nada más me dijeron que me tenían que poner un catéter para diálisis⁷ pero no sabíamos, el doctor no nos explicó, este, qué cómo iba a ser este tratamiento. Me colocó el catéter pero no me funcionó.

¿Por qué se hace énfasis en que se trata de un médico particular? ¿El no trabajar junto a una comunidad de médicos hace que aparezca una arbitrariedad en el diagnóstico, que no haya consenso con otros? ¿En lo colectivo hay más

⁷ Este término proviene de los vocablos *diá*=a través y *lysis*=separación, es el método usado para realizar la función del riñón que es desechar toxinas de la sangre.

compromiso con el paciente para explicarle su enfermedad? Además, resulta interesante ver cómo un acontecimiento sin fundamento subjetivo termina por no funcionar en lo orgánico. Si bien no se puede aseverar o generalizar el grado de influencia de lo subjetivo, si se puede cuestionar ¿qué tan recurrente es esta situación? ¿Qué diferencias existe entre quien sabe y entiende algo de su enfermedad, y quién no?

Después de la falla en el procedimiento aplicado por el médico particular, María acude a un hospital de la Secretaría de Salud. La psicóloga pregunta a María “Y aquí en el hospital ¿te explicaron en qué consistía el catéter?” Y ¿en qué consistía tu enfermedad?” María responde: “Si, con la doctora que empecé a venir aquí, si nos explicó pues lo del catéter”. Se explica el tratamiento más no hay significativo alguno que diga algo sobre la enfermedad, quizás por ello, cuando María pasa tiempo en otros tratamientos llega a interrogar a los médicos en busca de una respuesta. “Yo a veces les preguntaba pues que si que causó pues mi enfermedad y ellos me decían que pues porque mis riñones no habían crecido lo normal”. ¿Qué sentidos metafóricos se podrían relacionar con esta explicación médica? ¿Cómo hacer que crezca una parte de la cual no se tiene noticia cotidianamente? Además, hay que señalar cómo ahora los órganos tienen un tamaño y peso “ideal”, “normal”, al igual que las personas, incluso una edad determinada por el desgaste, todo esto ha resultado posible a través de la imaginería médica.

Se ha visto cómo se informa a María de la enfermedad, pero, ¿cuál fue su reacción? Al principio, cuando recibe el diagnóstico, comenta: “pues ya no me dieron este ganas de salir a la calle ni con mis amigos nada más pensando, este, en mi enfermedad y que ya no iba a poder hacer lo mismo”. Al parecer, la enfermedad se vuelve el centro de la existencia, a dónde se va toda la libido. También se observa cómo hay cierto ensimismamiento pues que no hay deseo de salir, de platicar con otros (as) al respecto de la enfermedad. Por último, el miedo de ya no poder “ha-cer lo mismo” cuestiona no sólo las capacidades y

posibilidades que se clausuran con una enfermedad sino también la identidad misma, pues ésta, frecuentemente, suele estar construida en base a las actividades que se realizan.

María también comenta: “muchas veces también pensaba de que pues como nada más es yo con mi mamá qué íbamos a hacer”. Esta frase introduce un elemento que será reiterativo en el testimonio de María, la relación con su madre. La psicóloga interroga dicha cuestión diciendo: “¿Son solas las dos? [María] Las dos, sí [Psicóloga] ¿Tu papá? [María] No tengo, es mi mamá sola”. ¿Qué implica no tener padre? Desde el psicoanálisis se trata de una función que impide la simbiosis de la madre con el hijo/ la hija, algo que cerca el goce materno y que Lacan ilustra con la figura del cocodrilo con las fauces abiertas. Sin embargo, ¿hasta qué punto esta noción psicoanalítica podría tratarse de una creación patriarcal para evitar una diversidad de relaciones entre mujeres?

Se le interroga a María sobre la reacción que tuvo su madre al saber el diagnóstico de la insuficiencia renal y ella narra:

Pues se sintió mal se empezó nada más estar pensando lo que iba a pasar, este, ella lloraba mucho por lo que tenía [...] de verla pues también me sentía mal ahí junto con ella pues este pues nos poníamos a platicar y pues nos sentíamos mal y ya empezábamos también ahí a llorar las dos que qué íbamos a hacer.

La frase “ella lloraba mucho por lo que tenía” resulta confusa, ¿Quién es la sujeto de la oración? ¿La hija? ¿La madre? Si fuera ésta última ¿Qué tenía? De igual manera, se puede observar cómo María habla en plural es como si no se tratara sólo de María sino de “Maríaysumadre”, por ejemplo dice: “me sentía mal junto con ella” [...] nos sentíamos mal [...] empezábamos llorar [...] las dos”, ¿Se está

hablando aquí de una identificación? Por último, aparece el vector de la incertidumbre que se entrevé en las siguientes preguntas: “¿Qué iba a pasar? [...] ¿Qué íbamos a hacer?”

La psicóloga pregunta a María sobre sus abuelos maternos con los que vive y ella menciona:

Pues cuando empecé con mi enfermedad, ps como ya era mayor de edad no les, este, no les dijimos pues nada ya hasta como fue pasando el tiempo que empecé con la diálisis fue que les exp les vamos a decir lo que tenía.

¿Acaso ser mayor de edad es sinónimo de poder guardar ciertos secretos? ¿Qué otros secretos se han guardado? ¿Por qué María no les dijo a sus abuelos de su enfermedad? ¿Esta acción hubiera interrumpido la relación tan estrecha que mantenía con su madre? Aparte, enuncia “no les dijimos [...] les vamos a decir” refiriéndose a ella y su madre, como si cada decisión tuviera que pasar por este filtro.

María comenzó el tratamiento de diálisis, y al respecto expresa:

Pues a la vez es mal ps porque pues ya este de empezamos a este ya no comía pues lo mismo, me dieron dietas, me quitaron mucho el agua y ya. Pues si me sentía mal porque luego miraba que tomaban mucha agua y yo quería hacer lo mismo pero ps este la diálisis me lo impedía, me lo impedía.

Existen cambios en la alimentación y también en referencia a una necesidad básica como tomar agua. ¿Hasta qué punto estas necesidades tienen una historización, un componente subjetivo? María dice que “le quitaron el agua”, no

es que no pueda tomarla, sino que se la han arrebatado. ¿Podría esto ser el origen de una función de duelo? Además, cuando enuncia “miraba que tomaban mucha agua y yo quería hacer lo mismo” puede evidenciar cómo lo apreciado por el otro se convierte en objeto de deseo para el sujeto, ¿o se trata solamente de una reacción enteramente fisiológica?

Durante este periodo de diálisis María comenta que su mamá le aconseja lo siguiente: “que me cuidara pues mucho para que no se me infectara y que le echara muchas ganas para salir adelante”. El riesgo de infección en este tipo de tratamientos es alto y se deben tener medidas higiénicas especiales. Ahora bien, respecto a la frase “echarle ganas para salir adelante”, ésta aparecerá de manera constante a lo largo del testimonio de María. Siempre que se le pregunta por el apoyo que ha recibido de médicos, amigas, madre, ella menciona ese “echarle ganas para salir adelante”. Pero, ¿Qué hay adelante, como para que ella quiera ir hacia allá? ¿Qué es echarle ganas, realizar qué actividades, pensar qué cosas?

Respecto a sus amistades durante el periodo que estuvo en diálisis, María comenta: “cuando yo empecé con mi enfermedad se separaron de mí”. Sin embargo, aquí es necesario recordar que cuando le diagnostican la enfermedad, María dice haber perdido el interés por salir a la calle o con sus amigos. Entonces, ¿qué tanto influyó su reacción en ese alejamiento? María afirma que le habla una amiga “pero igual como antes, no [Psicóloga:] ¿qué te dice respecto a tu enfermedad? [María] a veces cuando me internan sí, pues que le eche ganas, nada más”. ¿Cómo le hablaban antes sus amigas? ¿Qué significa ese “nada más”? ¿Qué le gustaría que le dijera su amiga? y ¿Hasta dónde expresa María lo relativo a su enfermedad con otras personas?

Dos años después de permanecer en diálisis comenta: “no me funcionó [...] no me salió todo el líquido y me dijeron pues que tenían que este pasarme a hemodiálisis”. Esta imagen de drenar los líquidos aparece también en un

testimonio plasmado en la tesis *La vivencia del trasplante de riñón en receptores de Instituto Nacional de Pediatría*. Un niño de siete años:

Dibuja una casa extraña con muchos tubos y agujeros, al mismo tiempo que comenta: 'Las cañerías ya no funcionan, están tapadas, ya no sirven doctora' ella responde 'quizás todavía tengan arreglo'. El niño murmura 'No, esta vez ya no tienen arreglo'

Los riñones que filtran la sangre, son como las tuberías por dónde se van los desechos y que ahora están tapadas por la enfermedad. Los tubos y los agujeros también remiten a las incisiones y al catéter de la diálisis, puesto que ésta es definida por algunos niños como: "tubito que tienen en la panza o verse en el espejo con esa tripita y las bolsas".

En aras de que se entiendan las metáforas antes mencionadas, se explicará brevemente en qué consiste la diálisis. En la diálisis peritoneal se inserta, a través de una cirugía, un catéter en el abdomen a través del cual se vierte un líquido especial y la sangre va arrojando toxinas a ese líquido. La solución es drenada después de varias horas y remplazada con una solución fresca, estos líquidos se encuentran en bolsas especiales que se colocan en el estómago. Este procedimiento debe realizarse varias veces al día.

Al pasar a hemodiálisis, María comenta que pudo notar diferencias entre ambos tratamientos.

Cuando era diálisis, este pues, no me decaía mucho y en la diálisis, en hemodiálisis este como es con máquinas de electricidad, me fui, este, acabando más, y la diálisis no. Estaba más recuperada y acá en hemodiálisis, ps sí, me fui, este, acabando más.

La hemodiálisis es un procedimiento donde la sangre pasa a través de una máquina con filtro especial que elimina los desechos, después la sangre filtrada se devuelve al cuerpo. Los pacientes acuden al hospital (sala de hemodiálisis) tres veces a la semana durante 3 a 5 horas o más en cada visita.

Pareciera que María hace una asociación entre la máquina eléctrica y el desgaste. ¿Depender de una máquina provoca el de-caimiento? Quizás de-caimiento o acabamiento pero de la autonomía del sujeto, pues ahora se está atado a un hospital, a una silla, a una máquina.

Después de permanecer dos años y medio en hemodiálisis, se presenta el momento del trasplante. María testimonia lo siguiente: “cuando me llamó la doctora pues sentí muchos nervios pero a la vez mucho gusto porque dije ya hasta que me van a trasplantar para no seguir en hemodiálisis. Me dio mucho gusto”. El trasplante se presenta cómo algo que puede sacarla de un tratamiento en el que no se siente bien, representa la posibilidad de no estar dependiendo de una máquina.

María relata que su madre: “me preguntó que si sí quería yo trasplantarme, y le dije que sí”. A María se le pide su opinión, aparece aquí la voluntad, el deseo por tener un trasplante. Sin embargo, también llama la atención cómo habla de tal procedimiento, dice “quería yo trasplantarme”, no habla de un órgano sino de un yo, de ella. Entonces, ¿A dónde, cómo o por qué quería trasplantarse ella? O es que ¿Un órgano la condensa a toda ella?

Algo que le preocupaba a María en el tiempo del trasplante era la cuestión monetaria, comenta: “pensaba en todos los gastos que se iban a hacer, que no nos alcanzara el dinero para que me trasplantaran”. Como si lo económico pudiera

cancelar la posibilidad del trasplante, lo cual en algunos contextos sigue ocurriendo. Pero, ¿qué otro tipo de gastos pudiera implicar el trasplante? ¿En la subjetividad, en lo social?

Luego de la cirugía los médicos le dijeron que “todo había salido bien, que este, que el trasplante había salido bien”. “Todo” resulta equiparable al trasplante, pero y María cómo estaba, qué sentía. Comenta que por varios días no la dejaron ver a su mamá pero cuando eso pasó:

No me dijo nada, nada más empezó a llorar, yo pienso que de alegría que ya me habían trasplantado [...] cuando la miré llorando si sentí mal [...] Pues en ese momento ya a la vez pues si sentía, este, tristeza pero a la vez alegría porque pues ya me habían trasplantado y volver a ver a mi mamá me dio mucho gusto.

El afecto que sentía María inicialmente era alegría por haber recibido un trasplante, porque ya no estaría en hemodiálisis y porque finalmente le habían permitido ver a su madre. Pero, ¿por qué llora la madre? ¿De alivio, alegría, tristeza? Además, ¿Es por la relación tan estrecha de ambas que parecieran mezclarse los afectos, que hay un sabor agridulce respecto al trasplante? Los médicos le comentan a María que: “si le seguía echando ganas pues que iba a poder hacer este mi vida normal que iba a poder estudiar o hacer lo que yo quisiera” Pero, ¿es esto lo que realmente ella desea? ¿Qué pasaría con la relación con su madre?

Respecto al apoyo de otras personas en el lapso del trasplante, María expresa que sus abuelos no se encontraban en el país, “estaban allá en Estados Unidos con mis tíos y nada más mi mamá y yo estábamos, solas”. La amiga que a veces le hablaba, la visitó, “pero así que me haiga comentado otras cosas, no” ¿Cuáles

otras cosas le tenía que decir? Se reitera la relación única con la madre, donde no hay tercero, es “mimamayyo, solas”.

A continuación, se describirá lo que María testimonia sobre el tiempo después del trasplante. La psicóloga le pregunta si luego de tal procedimiento cambió su vida, ella responde: “pues hasta ahorita, bueno cambió un poco pero como ps todavía me dieron me este me dieron complicaciones pues hasta ahorita bien bien que me sienta, no”. El trasplante no resulta ser el tratamiento idealizado que muchas veces se piensa, pues existen muchos riesgos y variables que intervienen en su funcionamiento.

La psicóloga pregunta a María “¿Cuándo empezaron tus complicaciones?, María contesta con la interrogante: “¿Después de trasplantada?” pareciera que las complicaciones no sólo son orgánicas ni devenidas del trasplante, ya existían y podría ahondarse sobre el tema de ¿cuáles son esas complicaciones? Y ¿de quién son? Pues más adelante cuando María sigue hablando de su madre comenta “ella ha sufrido mucho conmigo” pero no se especifica que haya sido por el periodo de la enfermedad, sino que resulta ambigua la expresión.

En cuanto a la dificultad orgánica que presenta María sobre el trasplante, ella expresa: “yo no sentía así nada, nada más que la doctora me mandó a hacer un estudio y ahí se dieron cuenta pues que mi uretero este se me había cerrado” ¿Se le explica a María a qué refiere esta terminología médica? ¿Para ella qué significa que se cierre su uretero? ¿Esta clausura o encapsulamiento podría asociarse con la relación que mantiene con su madre, donde pareciera que no hay espacio para poder dejar entrar o salir algo?

Finalmente, María comenta de su madre: “le ha echado muchas ganas por mí” y más adelante en su testimonio, reitera, “le echo muchas ganas tanto por mí como

por ella”. Los afectos, propósitos y actividades remiten siempre de la madre a la hija, no hay espacio para nadie más, para ningún otro, y en el trasplante necesariamente existe un otro, ese otro que otorga un don, el cual será aceptado o rechazado.

El fragmento testimonial de María ha mostrado cómo existen algunos elementos que influyen en el impacto que tiene una experiencia de trasplante, uno de ellos refiere a los vínculos relacionales, que en su caso se ciñeron a su madre. También aparece la necesidad de subjetivar una afección que ocurre en lo orgánico, encontrar un por qué a algo del orden real. Además, se observa cómo el cuerpo está siempre involucrado, primero en el proceso de enfermedad mostrando su precariedad y después como indicador de la aceptación y rechazo del nuevo órgano. Muchas otras cosas se podrían mencionar, sin embargo, esto se hará en un subtema posterior donde se vincule y diferencie este fragmento testimonial con los que se presentan a continuación.

4.2.2 Alicia. “La enfermedad a los valientes”

Ahora se presenta el testimonio de Alicia, una mujer de 18 años a quien se le diagnostica la enfermedad de insuficiencia renal. Aproximadamente durante 8 meses, estuvo bajo el tratamiento de diálisis y después paso otro periodo (no se especifica de cuánto) en hemodiálisis. Alicia recibe un trasplante de riñón proveniente de donador cadavérico dos años antes de que emitiera su testimonio en una entrevista.

Para comenzar, se narrará cómo Alicia se percata de su enfermedad.

Pues nada más vomitaba en las mañanas y no podía comer nada porque vomitaba y después la última vez, mi mamá me llevaba a los

doctores nada más porque tenía una infección o algo así, pero ya la última vez comí fideo o algo así y vomité sangre y mi mamá me llevó otra vez con el doctor pero la cara se me volteó a este lado [...] y la lengua se me salió [...] esa vez me internaron y me hicieron una introscofia para ver lo que ... en el estómago [...] y me dijeron que me iban a hacer estudios de sangre.

El vómito es un síntoma que se reitera en el testimonio de María y Alicia, una señal orgánica que denota la enfermedad renal. Por otra parte, hay que señalar cómo la madre de Alicia es quien la lleva a las consultas médicas, es alguien que, cómo se verá más adelante, permanece apoyando a Alicia durante la enfermedad. Cuando Alicia habla acerca de que “la cara se le volteó y la lengua se le salió” se puede reflexionar sobre cómo la afección de algún órgano interno puede tener consecuencias en la imagen externa del sujeto, en este caso no fue permanente, pero si lo hubiera sido, ¿Qué pasa con esos cambios? ¿Cómo se asimilarían desde lo subjetivo? Por último, Alicia menciona que le realizan una “introscofia”, palabra que quizás refiera a una *endoscopia* donde se introducen cámaras para ver los órganos internos y emitir un diagnóstico. Pero, ¿Qué creencias populares pueden existir sobre esta técnica que puede ver lo que hay dentro del organismo? ¿Qué hay dentro? ¿Carne, sangre, órganos? ¿Afectos, pensamientos, recuerdos? No se puede asegurar una equivalencia entre lo emitido por esa técnica médica y el cuerpo de palabras que construye un sujeto a partir de su historia.

Los doctores le comentaron a los tíos y hermanos de Alicia que debían trasladarla a un hospital de Morelia, aquí vale la pena hacer un paréntesis para aclarar que Alicia y su familia viven en un poblado dentro del Estado de Michoacán, pero no en la capital. Cuando arriban a donde se les indica, las y los médicos (as):

Les dijeron que me iban a poner un riñón artificial y pero mi mamá no sabía qué era eso y mi mamá dijo que no que no quería que me

hicieran nada y ya uno de mis tíos le dijo a mi mamá que sí, que era la única forma en la que yo podía vivir y ya después me pasaron a urgencias y en la noche como a las dos me pasaron a quirófano y me pusieron la diálisis peritoneal y esa misma noche [...] me hicieron la primera diálisis.

¿Qué consecuencias tiene llamarle a la diálisis peritoneal riñón artificial? ¿Esta terminología puede conducir a una negativa inmediata? Por otro lado, hay que hacer notar la intervención que tiene el tío en la autorización del tratamiento, pues la madre ante el desconocimiento prefiere rechazar la propuesta. El tío menciona, “que era la única forma en la que yo podía vivir” y al parecer esta frase resultará bastante acertada, pues como se observará después, habrá dos tipos de vida: una donde se padecen los efectos de la enfermedad, y otra cuando se está libre de ellos.

Al interrogar a Alicia por su reacción cuando se enteró de que se le realizaría el tratamiento de diálisis, ella comenta que estaba: “triste porque no sabía que era eso, no me explicaron”. Tal como en el testimonio de María, se reitera la poca o nula información brindada de médicos a pacientes sobre lo que ocurre, por qué y en qué consisten los procedimientos curativos. ¿Por qué no se da dicha información? ¿Los/ las médicas dan por hecho que el paciente sabe y entiende su discurso? ¿Consideran una pérdida de tiempo o algo innecesario dichas explicaciones?

Luego del episodio de diagnóstico e inicio del tratamiento, Alicia comenta: “ya después, pues vivir con eso”. Pero, ¿Qué es “vivir con eso”? ¿Con qué? ¿Se trata entonces de otro tipo de vida, una supervivencia o sobrevivencia? Alicia tuvo complicaciones con el proceso de diálisis, se le dobló varias veces la manguera que tenía en el estómago. Entonces, ¿Acaso esto era un símbolo del rechazo a “vivir con eso”, con un riñón artificial?

Cuando se le interroga por el lapso de tiempo que pasó en diálisis, Alicia no recuerda y le pregunta a su madre, quien está presente durante la entrevista. Resulta interesante notar cómo cuando no encuentra una respuesta, su madre responde por ella, lo cual ocurrirá constantemente en la toma de algunas decisiones. Así, conviene preguntar ¿Podría ser esta función de soporte algo requerido o deseado en el/la cuidador (a) de un (a) enfermo (a)?

Posteriormente, existirá un cambio de tratamiento, se pasará de la diálisis a la hemodiálisis y respecto a esto Alicia explica:

Pero yo ya me había acostumbrado a la diálisis, yo pensé que ya nada más me iban a hacer eso pero ya después cuando me dijeron que iba a depender de una máquina que iba pues a hacerme en una máquina yo no sabía que era tampoco eso entonces me pues yo lloré y dije que ya no quería que ya no quería pero ya después el doctor me comentó que si que él iba a estar ahí conmigo y si me dolía o algo que yo le dijera, pero no ps, ya después no Nada.

Alicia habla de una “habitación” pues en los tratamientos médicos existe una serie de cambios respecto a la alimentación, higiene, actividad física, entre otros. Tal como en el testimonio de María, aparece un periodo donde se van asimilando esos cambios, dándoles un significado, un propósito; pero tiempo después se les cambia a hemodiálisis y deben volver a pasar por ese proceso. Se da por hecho que como esos cambios resultan necesarios se harán, pero, ¿Cuál es el dolor psíquico que acarrea este ajuste? Además, ¿Qué se ha escrito sobre los efectos en la subjetividad de la modificación de hábitos?

En otro orden de cosas, cuando Alicia menciona su negación por “la dependencia hacia una máquina” pareciera que hay un temor no sólo por la pérdida de autonomía sino por la artificialidad, sin embargo, ¿De quién proviene ese temor por lo artificial? ¿De ella, su madre, familia, o contexto cultural? De igual modo, ella menciona “iba pues a hacerme en una máquina”, ¿La máquina la va a crear? ¿Qué clase de seres se forman ahí? ¿Personas dependientes, no humanas? Este miedo hacia la máquina de hemodiálisis se reitera en otros testimonios de personas con insuficiencia renal, pues algunos (as) la llegan a llamar: “máquina peligrosa que puede matar”, “máquina que chupa la sangre”, pero también, “máquina que da la vida”. Es como si una serie de cables y botones se convirtieran en el horizonte donde se mezclan y separan la vida y la muerte; de igual modo, puede verse como una especie de deidad capaz de otorgar ambas posibilidades. Aunque queda la pregunta ¿En base a qué realizaría su veredicto?

Alicia comenta que “no sabía y ya no quería” pasar a hemodiálisis, sin embargo, el médico ofrece cierto cuidado y acompañamiento, lo cual vuelve posible el tratamiento, y ante ello queda indagar: ¿Qué cambios habría en la vivencia de enfermedad, los tratamientos y la recuperación si las y los médicos se condujeran de esta manera? ¿Esto resulta posible?

Durante el periodo de la enfermedad, habrá una serie de familiares y amigas que brindarán apoyo a Alicia, a continuación se narrará este aspecto presente en su testimonio. Una persona de la que habla Alicia, es su madre, quien la acompañará durante las consultas médicas, será alguien que le ayude a tomar decisiones y a tener las previsiones prácticas necesarias en los tratamientos. La madre al enterarse de la enfermedad de su hija sufre:

Mi mamá nomás lloraba pero se ocultaba de mí para que yo no la mirara pero a veces si la miraba y me daba tristeza y ps yo decía ay pero por qué a mí”

Aquí aparece una coincidencia con el caso de María pues las hijas se ponen tristes cuando ven que sus madres lloran. Pero, ¿Por qué ocurre esta reacción? ¿Es porque hay una identificación con las madres? O como menciona Winnicott (citado en Spurling, 1995) “lo que comúnmente ve [...] el bebé cuando mira la cara de su madre [...] es a él mismo” (p. 131). Si fuera así, entonces ¿El dolor de María y Alicia resulta reflejado en el exterior a través de sus madres, puesto que ellas, las hijas, se encuentran perplejas por el trauma de la enfermedad?

Otro personaje que será de gran importancia en la historia de Alicia es uno de sus tíos, debido a que éste le ofrece una teoría sobre la causa de su enfermedad. Le explica:

Alicia: ¡Tú eres muy fuerte!, me dijo. Madre: por eso el señor sabe a quién le manda la enfermedad, a personas fuertes. Alicia: a los valientes [...] y mi papá también me decía que yo era muy fuerte para... mi enfermedad.

En la teoría que le brinda su tío y que ratifica su padre, Alicia deja de ser alguien pasiva, se transforma en una guerrera lo suficientemente valerosa para afrontar la enfermedad. Si se reflexiona sobre esta idea se notará que puede estar en relación con las figuras de los médicos y sacerdotes a quienes se les consideraba combatientes de los entes maléficos (inmersos en el cuerpo) que causaban las enfermedades. Por otra parte, en la cita anterior también se menciona: “el señor sabe a quién le manda la enfermedad, a personas fuertes”, el dios al que se hace alusión es un ser omnisapiente puesto que puede estar al tanto de quién tiene fortaleza, aunque esa persona no la haya utilizado. Ahora bien, ¿En qué ocasiones y para qué sujetos esa cualidad (la fortaleza) puede ser vista como una maldición, algo de lo que se preferiría carecer? Por último, la suposición de que la enfermedad está dirigida a alguien para sacar a la luz una de sus cualidades, o, en

algunos casos para comprobar la fe de el/ la creyente hacia Dios, hace posible otorgar una significación a un acontecimiento de lo real que aparece sin propósito. Sin embargo, en caso de no creer en este elemento religioso, ¿Qué otras teorías podrían emerger?

Alicia comenta sobre la idea de su tío: “eso fue lo que a veces me motivaba a seguir adelante”; es decir, pareciera que en ocasiones ella podía identificarse con la figura valiente y fuerte de la que le hablaban, pero, a veces eso no se lograba. Por otro lado, se reitera la frase a la que aludía María, “seguir adelante”, pero, ¿Qué significa seguir adelante en un contexto de enfermedad orgánica? ¿Sobrevivir, recuperar funciones y oportunidades perdidas, tener salud, permanecer bajo el fantasma de la inmortalidad?

Siguiendo con el argumento de la fortaleza contra la enfermedad, el padre de Alicia le decía:

Que no cualquiera... personas más felices se dejan morir porque no quieren diálisis ni hemodiálisis si en cambio el señor le hizo las máquinas para poder depender de una máquina. Dice -Nosotros te queremos así cómo tu estés, aunque dependas de una máquina-”

Cuando enuncia “personas más felices” queda implícito entonces que Alicia es ¿o era? una persona feliz que decide “no dejarse morir” cuando acepta realizarse los tratamientos que se le indican. Esta idea se reitera en el testimonio de Elizabeth Parr (2002), quien después de recibir un trasplante comenta:

Decidí que no me iba a morir. Es cierto que toda la ayuda que se recibe durante el proceso, médica y personal, influye en el restablecimiento, pero también es cierto que el esfuerzo de los

demás es prácticamente vano si uno mismo no participa de forma activa en dicho restablecimiento (p.64).

¿Es esta actitud de lucha, decisión y fortaleza lo que se busca inculcar en Alicia con la figura del/la “valiente”? ¿Acaso las personas que rodean a alguien enfermo están al tanto, como muestra Parr (2002), del papel activo que él o ella deben tener en su recuperación?

Volviendo al testimonio de Alicia resulta necesario señalar la frase que dice su padre “Nosotros te queremos [...] aunque dependas de una máquina”, ¿Por qué agregar ese “aunque”? ¿Acaso no basta con decir “nosotros te queremos”? Pareciera que con la palabra “aunque” se resaltan las circunstancias de artificialidad y dependencia en las que se encuentra Alicia. Pero, ¿Qué creencias subyacen a estos significantes? ¿Qué tipo de seres crea la artificialidad? ¿Robots, semi humanos (as), humanos (as) falsos (as)? Y ¿Por qué este tipo de seres no podrían ser queridos (puesto que la familia se ve en la necesidad de explicitar ese lazo afectivo)?

El apoyo que Alicia recibía por parte de su padre y su madre no sólo se circunscribe a los momentos de tomar decisiones sobre algún tratamiento, pues menciona que ambos, por ejemplo: “oraban por mí y le pedían a Dios y me decían, oraban aquí en Morelia por mí mis papás”. La recuperación de Alicia no es algo que sólo le atañe a ella, sus padres también buscan su recuperación a través de plegarias religiosas. Entonces, puede observarse cómo Alicia aparece en su palabra, en su deseo.

La red que brinda soporte a Alicia en el transcurso de su enfermedad también incluye a sus tíos y hermanos quienes mostraban su afecto hacia ella con palabras o acciones: “mis tíos y mi hermano a traerme aquí a Morelia [...] mis hermanos siempre estaban conmigo [psicóloga: ¿qué te decían?] Que me querían mucho,

me abrazaban así no, me decían quieres ver una película hija”. Otra persona importante para Alicia será uno de sus primos pues comenta:

Era el que me cuidaba me decía tía voy a cuidar a Alicia y yo (asiente con duda) según él (ríe) [psicóloga: ¿y qué te decía él?] nada ps o sea nomas se ponía que a jugar y luego ya así y con él platicaba ps así cosas pero nunca se habló de mi enfermedad como él estaba más chiquito como tenía como ocho años casi nunca me decía qué sientes ni nada de esas cosas.

Es pertinente notar cómo Alicia sonríe al recordar las palabras y la actitud de su primo, quizás porque los roles se invirtieron, él un pequeño la cuida a ella que es mayor. Así, la enfermedad cuestiona y modifica los “roles” y “hábitos” que se tenían con anterioridad y algunos de ellos pueden provocar reacciones de perplejidad, miedo o, en este caso, risa. Por otra parte, también se observa cómo Alicia puede relajarse un poco cuando no se concentra en su enfermedad, tal como le ocurre a Geralyn Lucas (2004) quien en su testimonio menciona: “necesito un día para no hablar del cáncer [...] Necesito despejar mi mente del cáncer aunque sea sólo por una tarde. Quiero divertirme y no hablar acerca del tamaño de mi tumor o mi régimen de quimioterapia” (p.37). Ahora bien, este tipo de actitud no aparece en el testimonio de María quien desde que se le dio el diagnóstico de su enfermedad no podía pensar en otra cosa.

A pesar de que el tratamiento de diálisis (que se realizaba cada cuatro horas) restringía las posibilidades de Alicia en cuanto a salir de su casa, ella conservó sus amistades, las cuales demostrarán su apoyo en diversas acciones, por ejemplo, Alicia dice: “me invitó una amiga a comer a su casa”, y la madre comenta: “las amigas también la apoyan mucho”. En este mismo orden, las tías de Alicia la llegan a reconfortar con palabras como: “Chiquita no te pongas triste”. Por

lo tanto, se observa cómo Alicia cuenta con una serie de personas que le ofrecen, compañía, charla, palabras de apoyo, protección.

Ahora, es momento de describir lo que ocurre cuando se le notifica a Alicia sobre la posibilidad del trasplante. Ella comenta:

Si es que acabábamos de llegar de hemodiálisis fue un lunes este y mi mamá le hablaron a mi mamá íbamos llegando a la casa cuando le hablaron a mi mamá pero mi mamá no me había dicho nada nomás miraba que se estaba cambiando y bañando para venirse otra vez [...] me dijo mi mamá ¡mija nos vamos otra vez a Morelia! Pero yo dije ps por qué si yo estoy bien ya después me dijeron que, que le habían llamado a mi mamá para el trasplante y no sé pero no sé si, lloré, de tristeza de alegría no sé pero yo pienso que de alegría porque sentí algo que nunca había sentido en mi vida y mi mamá - Alicia si no quieres trasplantarte no vamos- y yo decía sí quiero sí quiero sí quiero pero porque mi mamá ... sí quiero sí quiero entonces cuando ya veníamos en el camino a Morelia dice mi mamá – duérmete hija, duérmete- y yo no me podía dormir yo sentía una emoción bien bonita.

La mamá es la primera que sabe de la opción del trasplante pero ¿por qué se lo comunica hasta después a Alicia? ¿Por qué sabe que ella tendrá una reacción afectiva y le gustaría estar ahí para acompañarla en lugar de resolver otras cuestiones prácticas como los preparativos para el traslado y la estancia en el hospital? Además, Alicia menciona que no sabía si lloraba de alegría o de tristeza, lo cual podría llevar a indagar sobre las reacciones que conducían a cada afecto, por ejemplo, algunos supuestos serían que: la tristeza aparecía por recordar todos los momentos dolorosos que le había causado su enfermedad, o la alegría porque finalmente había concluido su tiempo de espera por un nuevo órgano. Estas son

sólo ideas que necesitarían ser ratificadas o descartadas por Alicia, sin embargo, puede observarse cómo la felicidad y la tristeza aparecen condensadas al saber que pronto se realizaría el trasplante. Alicia también menciona “sentí algo que nunca había sentido en mi vida”, quizás porque anteriormente no había que tenido que pasar por una experiencia de este tipo, donde una enfermedad orgánica le hubiera causado tantas consecuencias que implicaron un dolor psíquico.

La madre le muestra a Alicia que esta última es quien posee la decisión final, y que si se negará se le seguiría apoyando. La respuesta de María es una reiterada afirmación cuando dice “sí quiero”, y ante ello queda la pregunta ¿Es este deseo por el trasplante lo que la ha llevado a tener por dos años el injerto? ¿Qué pasa cuando recibir un trasplante se vuelve una obligación o una decisión no reflexionada?

Ahora bien, ¿qué pasa después del trasplante? La psicóloga le pregunta a Alicia si tuvo complicaciones tras la cirugía y ésta responde que no, solamente que:

Quando estaba en el cuarto yo pensé que iba luego luego a tomar agua porque yo tenía sed (ríe) yo tenía sed pero no, me dijo me pidió la doctora y yo le decía -¡Deme agua!- Y ella decía -no- y yo le que pensé también ps ya me trasplantaron yo pensé que ya iba a poder tomar agua y no puedo y ya pero ya después como al segundo día ya me dieron agüita ligera pura agua.

Tal como en el testimonio de María, Alicia, y quizás la gran mayoría de personas que padecen insuficiencia renal, vive con una sensación de sed. Cumplir una necesidad fisiológica tan habitual se vuelve un peligro cuando un órgano no realiza su función, basta mirar el reporte de García (2002) quien muestra que de 3,478 adolescentes bajo tratamiento por insuficiencia renal, 117 murieron por no seguir el régimen alimentario. Además, en las palabras de Alicia aparece de nuevo la

creencia por los efectos inmediatos del trasplante, como si después de la cirugía pudieran realizarse las actividades restringidas por la enfermedad.

La psicóloga pregunta a Alicia cómo le hizo para despertarse de la cirugía y Alicia responde: “ps sólo Dios sabe, yo me puse en las manos de Dios”. Esto podría relacionarse con la figura de los médicos pues con sus manos realizaban la operación de implantar el nuevo órgano. Sin embargo, también remite a la religión, a ese Dios que según Freud se construye en base a la protección que los infantes perciben por parte de sus padres.

Cuando Alicia habla de la religión comenta sobre su esperanza y al parecer sobre un buen presagio o un milagro, esto no se puede afirmar pues la grabación no permite escuchar bien lo que enuncia, sin embargo, al final expresa la frase “otro cumpleaños enferma”. Todo esto lleva a reflexionar sobre la significación que tiene “un cumpleaños”, ¿Se trata de celebrar un año más de vida? ¿Qué pasa cuando las condiciones de enfermedad son tan dolorosas que la vida ya no es considerada como tal? Una ilustración de estos argumentos lo brinda Lucas (2004), cuando en su testimonio menciona, “no había nada de feliz en este ‘feliz cumpleaños’” (p.51).

Alicia comienza a llorar cuando está hablando de “otro cumpleaños enferma”, la psicóloga pregunta “¿ya no ibas a seguir?” y ella contesta que no. Este “no seguir” quizás pueda asociarse con los casos de suicidio que se presentan durante las enfermedades renales crónicas, como lo muestra la tesis de García (2002) donde de 3,478 pacientes, el 5% se suicidaron y 192 presentaron conductas suicidas. ¿Qué tan lejos se encuentra esto del tema de la eutanasia? ¿Hasta dónde llega la libertad del sujeto para decidir en qué condiciones desea vivir? Y ¿Qué efectos llega a tener tal decisión en las personas que lo/la rodean?

Volviendo al testimonio de Alicia, se pudo observar cómo después de la cirugía de trasplante no se presentaron complicaciones, sin embargo, Alicia relata que meses después: “se me subió la creatinina”. Esta frase conduce a preguntar ¿Hasta qué punto se ha adoptado como propio el discurso médico? ¿Cuál es esta sustancia, la creatinina? ¿Para qué sirve? ¿Cómo saber que se tiene en el cuerpo? Después, Alicia prosigue enunciando:

Me internó el doctor que para hacerme laboratorios pero seguía aumentando la creatinina y la doctora me dijo que creo que me iban a hacer una biopsia pero ya después me llevaron a hacer un ultrasonido de mi riñón (voltea a verse el estómago) y me dijeron que no que no era necesario [...] con el doctor le hablaron por teléfono y ya le dijo que los medicamentos [...] estaba tomando muchas...

Es pertinente hacer un paréntesis para subrayar cómo Alicia dice “mi riñón” y lleva su mirada a su estómago, donde está localizada esa parte del cuerpo. No se trata del riñón de otro, sino de ella, el órgano parece haber sido apropiado por Alicia. Aunque sería interesante indagar a detalle cómo fue que ocurrió este proceso pues ella no dice más al respecto.

Regresando a la cita anterior, había ciertas discrepancias entre las y los doctores tratantes respecto a la causa-tratamiento del aumento de la sustancia “creatinina” por lo cual se realiza un consenso entre ellos y ellas. Quizás sea esta característica a la que alude María cuando enfatizaba la diferencia entre ser tratada por un médico particular y en un hospital público.

Ante la opción de que se le realizará otra intervención (la biopsia) Alicia comenta:

yo no quería que dijeran nada yo no quiero que me hagan nada pero decía mi mamá –Y pues si es por tu bien- y yo le decía –yo no quiero, no quiero- [...] ya el jueves me dijo la doctora que ya no iban a hacer nada y me dieron de alta el viernes.

El problema radicaba en que la cantidad de medicamentos inmunosupresores era muy alta y cuando esto se modificó el síntoma del “aumento de creatinina” desapareció. Todo esto lleva a reflexionar sobre la gran responsabilidad del/la médico quien con su prescripción puede alterar y propiciar intervenciones que tendrán efectos en la subjetividad.

En otro orden de cosas, es momento de pasar a lo que pasa después del trasplante. Durante la entrevista la madre comenta que Alicia:

Valora ahora más la vida [...] ya como que se cuida más porque dice -perdió una señora a su hijo- dice -para que yo tenga vida- dice y esa señora dice pus fueron dos hijos en el accidente dice y gracias a Dios y a ellos yo estoy bien y ella ahora se cuida más.

Al parecer Alicia sabe, sino quién fue su donador, al menos la circunstancias en las que murió; se cuenta con una información que según las leyes está prohibida, ¿Cómo se enteró de ello? El saber que alguien murió para que ella pudiera tener un nuevo órgano puede que la haya llevado a valorar más la vida, sin embargo pareciera que la influencia radical vino a partir del proceso de enfermedad por el que pasó pues afirma: “yo siento que con lo de mi enfermedad cambié mucho [...] en mi forma de pensar, mi forma de ser”. Alicia da más énfasis a los tratamientos, cuidados y limitaciones que tuvo en la enfermedad que al trasplante mismo. Al parecer, aquí sí se pueden advertir los beneficios del trasplante respecto a la enfermedad, aspecto que suele enfatizarse en las campañas de donación y

trasplante de órganos. Ahora bien, respecto a esos “cambios en la forma de pensar y de ser” de Alicia, se dice:

[Madre: Las amigas le ofrecen alguna cosa que le hace daño] Alicia: Café, refresco pero digo no, no se me antoja. Antes que íbamos a... con mis amigas a algún lado ya saben... [...] y ya se compran su refresco así no de -¿quieres? Y yo le digo no, no tiene agua, si pero ya casi refrescos no, más bien no se me antoja.

Pareciera que Alicia es más consciente de los riesgos que tienen ciertas acciones como el consumo de alimentos que fuerzan las funciones de los órganos, y ella decide seguir las prescripciones médicas que se le han dicho.

Finalmente, Alicia expresa: “antes también me cuidaba pero yo digo que vale más porque... me dio otra oportunidad más de vida y eso... sabe por qué”. La grabación no permite obtener la enunciación completa, sin embargo, resaltan algunos puntos importantes. Por ejemplo, el que valen más los cuidados que se tienen ahora; es como si la vida de antes se hubiera dado por hecho y con la consciencia de la mortalidad o el riesgo de enfermedad se fuera más consciente de la vida, y las posibilidades que se tienen. Muestra de ello es lo que dice Lucas (2004) sobre su futura remoción de pecho por el cáncer: “siempre había dado por hecho que tendría dos pechos” (p.2). Entonces, ¿las lesiones orgánicas son acontecimientos que llevan a historizar y valorar la vida, el cuerpo? Por otra parte, quizás Alicia no sabe por qué se le otorgó esta oportunidad, al parecer tendrá que descubrirlo, aunque en esta ocasión bajo otras condiciones.

4.2.3 Jean-Luc Nancy. “Ya no tengo un intruso en mí: yo lo soy”

Jean-Luc Nancy es un filósofo nacido el 26 de Julio de 1940 en Caudéran, Francia. Obtuvo su grado de doctor en filosofía en la Universidad de Ciencias Humanas de Estrasburgo bajo la supervisión de Paul Ricoeur. Sus trabajos giran en torno a las temáticas de libertad, justicia, política, ontología, identidad y arte. Algunos de sus libros son: *El título de la letra: una lectura de Lacan* (1981) (en coautoría con Philippe Lacoue-Labarthe), *La experiencia de la libertad* (1996), *La comunidad inoperante*(2001), *El mito nazi* (2002), *El sentido del mundo*(2003), *El pensamiento finito* (2003), *La representación prohibida* (2006), *La mirada del retrato* (2006), *Corpus* (2010), entre otros.

La activa carrera de Jean-Luc Nancy experimentó una pausa cuando él enfermó gravemente en los años 80's. Él tuvo que someterse a un trasplante de corazón y su recuperación fue inhibida por la larga lucha que mantuvo contra el cáncer [...] Sin embargo, durante estos problemas Jean-Luc Nancy nunca dejó de escribir y publicar. (párr.9).

La experiencia de recibir un trasplante lleva a Nancy (2007) a escribir el libro *El intruso* donde realiza cuestionamientos sobre la identidad, la otredad, los adelantos tecnológicos, etc., aunque también deja entrever sus preguntas y reflexiones particulares sobre dicha experiencia. Una cuestión compleja aquí es definir ¿Qué enunciaciones son parte de lo académico, del saber, y cuáles aluden a lo particular, la verdad? De manera más general, ¿Qué tanto esta encrucijada lleva a repensar lo que se entiende por testimonio, en tanto que lo académico y lo subjetivo se encuentra entrelazado? La propuesta para la presentación de este fragmento testimonial fue realizar una búsqueda en su texto de las enunciaciones que difícilmente aparecerían de la misma forma en otro testimonio, es decir, identificar rasgos de la particularidad. Así, son estas enunciaciones de Nancy las que se retomarán como su testimonio.

La presentación del testimonio será en tres momentos principales: antes, durante y después del trasplante. Entonces, ¿qué dice Nancy sobre lo que pasó antes del trasplante? Sus declaraciones comienzan en el periodo donde se da cuenta de su enfermedad cardíaca, comenta: “desde hacía algunos años experimentaba cierto palpitar, quiebres en el ritmo, poco en verdad” (pp.16-17). Nancy (2007) da cuenta de señales orgánicas situadas en el tiempo. Sin embargo, quedan algunas cuestiones sin despejar, por ejemplo: ¿A qué refiere con la frase “poco en verdad”? ¿Poco como sinónimo de algo casi imperceptible? ¿Poco por la falta de simbolización de esa serie de signos? ¿Poco en relación con qué?

“Al subir las escaleras [...] sentía las palpitaciones de cada extrasístole como la caída de una piedra en el fondo de un pozo” (p.18). Es interesante ver cómo Nancy (2005) habla con cierta terminología médica para referirse a una percepción, ya no se trata del “latido de un corazón” sino de “las palpitaciones de una extrasístole”. ¿Por qué el cambio de nombre de esta parte del cuerpo? ¿Para ser entendido por los médicos? ¿Para que ellos vieran que él entendía? Estas dos últimas preguntas no surgen precisamente del testimonio de Nancy, sin embargo, conducen a lo que Geralyn Lucas (2004), una mujer que padeció cáncer de mama, plasma en su libro *Why I wore lipstick to my mastectomy* [Por qué uso labial para mi mastectomía]. Ella relata cómo los médicos con los que acudía ni siquiera la miraban a los ojos cuando le decían su diagnóstico, le hablaban en términos que ella no entendía, en resumen, no podía ser un sujeto en esos consultorios. Sin embargo, logra percatarse de lo siguiente:

Ellos sólo respondían cuando yo los retaba. Ellos se enojaban, casi divertidos cuando mi madre cuestionaba su autoridad, cuando yo les preguntaba acerca de los pros y los contras. Me di cuenta de que estaba en una gran desventaja. No podía hablar del tipo de mis células cancerosas [...] y no conocía la literatura médica. Me di

cuenta de que [...] ¡Saber es poder! [...] Necesitaba mostrarle a estos doctores quién realmente controlaba mi destino” (Lucas, 2004, p.21).

Pareciera que en el contexto sanitario conducirse con la terminología médica proporciona otras posibilidades, aunque ¿a qué costo? Es decir, ¿Resulta necesario conocer y alienarse en un discurso para poder perturbarlo desde sus propios términos? Al respecto, Geralyn Lucas (2004) pide ayuda a la madre de su amiga, Jane, quien sobrevivió al cáncer de mama. Jane le da literatura científica, le explica términos sobre el cáncer y la acompaña en sus citas médicas. Geralyn observa cómo Jane aplica la fórmula “saber es poder” para subvertir la posición paciente-objeto.

Jane [...] hace muchas preguntas acerca de mi tumor [...] actúa en el consultorio del doctor como si trabajara en un juzgado, haciendo algunas objeciones [...] me hace pedir una copia de mi reporte patológico [...] me inspira a seguir viendo doctores y a seguir haciéndoles preguntas difíciles. (p.21).

Ahora bien, regresando a la enunciación de Nancy (2007) sobre los “latidos de las extrasístoles”, se puede decir que la medicina, a través de máquinas diagnósticas ha hecho posible ubicar partes específicas de los órganos, sin embargo, puede no ocurrir lo mismo en el cuerpo de lenguaje del sujeto. Esto se relaciona con la diferenciación que hace Dolto (1994) entre el *esquema corporal*, “una realidad de hecho, en cierto modo [...] nuestro vivir carnal en el contacto con el mundo físico” (p.21), y la *imagen inconsciente del cuerpo* que es “memoria [...] de toda las vivencias relaciones [...] actualizable [...] mediante cualquier expresión fundada en el lenguaje” (p.21). En base a estas premisas emerge el cuestionamiento: ¿La nomenclatura “extrasístole” es usada para dar cuenta de una parte del esquema corporal y no de la imagen inconsciente del cuerpo?

Ahora bien, los fallos orgánicos y el dolor que acarrearán también hacen emerger representaciones de partes del cuerpo que de otro modo serían inadvertidas. Como declara Martínez (2009) el dolor es “esa experiencia que vuelve corpóreo lo dado por supuesto” (p.1) pues la libido, la atención, se concentra en el lugar lesionado.

En el dolor corporal se genera una investidura o carga narcisista del lugar doliente del cuerpo, esa investidura aumenta cada vez más y ejerce sobre el yo un efecto de vaciamiento. Nótese que el narcisismo aquí no es del yo, sino de esa parte, ese pedazo doliente del cuerpo. (Rocca, 2008, párr. 20).

Para Jean-Luc Nancy (2007) el lugar de la lesión es el corazón, órgano que después de ser sobre-investido de libido tendrá que retirarse. Entonces, ¿es eso lo que provoca el efecto de vaciamiento del yo mencionado en la cita anterior? Resulta pertinente subrayar esta idea del vacío puesto que es un significante frecuente en el testimonio de Nancy (2007), sobre todo cuando los médicos le anuncian lo relativo al trasplante.

La sensación física de un vacío ya abierto en el pecho [...] vacío abierto de pronto en el pecho o en el alma [...] desde el momento en que me dijeron que era necesario hacerme un trasplante [...] todos los signos podían vacilar, todos los puntos de referencia invertirse, sin reflexión, por supuesto, e incluso sin identificación de ningún acto ni de permutación alguna.

Lo anterior puede relacionarse con la teoría de Freud (1893-95/2006) sobre el trauma, puesto que en ciertos acontecimientos se “daña la asociación y el curso de la representación” (p.212). Existen “fenómenos que, como consecuencia de lesiones corporales, traumas en el sentido estricto, constituyen una parte de las

neurosis traumáticas” (p.220). Entonces, ¿la enfermedad es sinónimo de parálisis, neurosis y trauma? Y si así lo fuera ¿Qué papel juegan las autoridades sanitarias y nosotros (as), como comunidad y semejantes, en el soporte de ese dolor de enfermedad? ¿Hasta qué punto la escucha, analítica o no, evita o suscita la detención en las asociaciones del sujeto enfermo?

Nancy (2007) también hace uso de algunas metáforas para hablar del vacío: dice ser impulsado “a través de una extraña caverna ya imperceptiblemente abierta” (p.16), o experimentar “la caída de una piedra en el fondo del pozo” (p.18). Quizás desde la clínica psicoanalítica se podrían hacer las siguientes preguntas: ¿Cómo es ese pozo o caverna? ¿Cuál es su profundidad? ¿De qué material está hecho (a)? ¿Quién lo (a) construyó? ¿Dónde está? ¿Qué hay en el fondo? Esto podría cercar el vacío por medio de la palabra, o quizás conduciría a un “saber hacer” con esa sensación. De igual modo, cuando se habla de un pozo suele estar implicado un hueco, una falta central, pero entonces, ¿dicha falta inherente al ser humano es la precariedad de su cuerpo?

Siguiendo con el testimonio de Jean-Luc Nancy (2007), antes del trasplante él expresa: “un corazón que sólo late a medias es sólo a medias mi corazón. Yo no estaba más en mí” (p.19). Pero, ¿Por qué un órgano que falla en su función ya no podría ser apropiado por el sujeto? ¿Acaso los avances médicos y tecnológicos en la actualidad hacen que se desvalore lo que no otorga una sensación de, salud, belleza o poder? Además, en la última parte de la frase si el autor dice “yo no estaba más en mí” ¿A dónde se habría ido? Y ¿Cómo permanecer en uno (a) mismo (a)?

Nancy (2007) expresa: “yo’ soy porque estoy enfermo (‘enfermo’ no es el término exacto: no está infectado, está enmohecido, rígido, bloqueado). Pero el que está jodido es ese otro, mi corazón” (p.19). Existe aquí una división entre: el yo, aquel que sabe de su existencia por su capacidad de estar enfermo; y el otro, ese

órgano jodido, paralizado, que se vuelve el enemigo del sujeto. La disociación entre este último y su corporeidad no sólo aparece en el testimonio de Jean-Luc Nancy (2007) sino también en Lucas (2004) cuando le comunican que padece cáncer. Ella dice, “mi cuerpo me ha traicionado. ¿Cómo podría confiar en él para recuperarme, para que se recupere él mismo?” (p.12). Es interesante ver cómo el cuerpo resulta ser el otro, que desde el psicoanálisis es el espejo de uno mismo, aquel semejante con el cual se sostiene una batalla a muerte en aras de convertirse en el único sujeto. Al respecto, Lacan (1955-56/2009) afirma: “el carácter agresivo de la competencia primitiva deja su marca en toda especie de discurso sobre el otro con minúscula” (p.62).

Cuando se le comunica a Jean-Luc Nancy su estado grave de salud él se pregunta por las razones de su enfermedad y las respuestas que le da el personal de salud no le resultan suficientes.

Un médico me dijo un día, cuando renunciaron a encontrar la causa de mi miocardiopatía: ‘Su corazón estaba programado para durar hasta los cincuenta años’. Pero ¿cuál es ese programa del que no puedo hacer destino ni providencia? [...] mi propio corazón [...] estaba fuera de servicio por una razón nunca aclarada (pp.15-23).

¿Qué pasa cuando aparecen situaciones en la vida de los sujetos que van más allá de las explicaciones médicas posibles? Geralyn Lucas (2004), por ejemplo, comenta: “he estado leyendo artículos que sugieren que el cáncer de mama ocurre porque las mujeres reprimen cosas y las mantienen cerca de su pecho. Creo que es una idiotez” (p.37). Pareciera que un acontecimiento de esta índole no tiene significación, emerge en lo real, en el organismo. Sin embargo, las teorías sobre por qué apareció esa enfermedad y no otra, o qué implicaciones tiene padecer del corazón o del pecho, permiten entramar esa situación en la historia del sujeto.

Al saber de su enfermedad, Jean- Luc Nancy (2007) declara: “uno siente que el corazón lo abandona, cree que va a morir, que ya no va a sentir nada” (p.20). Aquí se reitera la idea de un órgano como otro, un otro que se va y con ello niega al sujeto la capacidad de sentir. Sin embargo, emerge un sentimiento, el de abandono, lo cual contradice el sentido imaginario del corazón como el recinto de los afectos. También, se colocan en un mismo nivel la ausencia de corazón, la muerte y la nada como una serie de acontecimientos que dejan al sujeto en la acuidad. Aunque también habría que cuestionar si esa equivalencia muerte-nada es resultado de lo planteado por Aries, Allouch, y Morín, cuando afirman que en esta época la muerte se ha convertido en un asunto secreto, sin ningún tipo de ritual o creencia religiosa que sostenga su presencia.

Después del diagnóstico, los médicos ponderan el tratamiento que se le recomendará a Nancy (2007) y le comunican sus opciones y respectivos efectos. “Los médicos [...] deben decidir, [...] evaluar la indicación del trasplante [...] proponerlo, no imponerlo [...] intervienen más de lo que hubiera pensado” (p.21). Sin embargo, el hecho de que los médicos den un fallo decisivo en la elección del trasplante quizás ha hecho que personas como Elizabeth Parr (2002), en su libro *Vivir un trasplante de órgano. Una guía práctica para comprender y prepararse*, comente:

Lo más importante que debe recordar cuando hable con el equipo de trasplantes es que debe autopromocionarse. Ellos ven diariamente a muchos candidatos potenciales. Les tiene que hacer ver lo importante que es para usted recibir un trasplante y que está plenamente decidido. (p.38).

¿Cómo estar “plenamente decidido” para recibir un trasplante que acarrea efectos a corto, mediano y largo plazo? Sobre todo cuando la enfermedad o lesión que a

ello conduce no resulta fácilmente asimilable. Si a esto se le suma la inmediatez con la que hay que realizar ciertos tratamientos, parece casi imposible la toma de una decisión ampliamente reflexionada. De igual modo, hay que señalar el aspecto de la “autopromoción”, ¿Por qué el uso de esta palabra en el contexto del trasplante? Pareciera que enfatizar las cualidades que se tienen o “demostrar” el deseo de un trasplante es lo que permitirá a las instituciones sanitarias autorizar la asignación de un órgano. Pero, ¿cómo evaluar el deseo, en este caso de un trasplante? Parr (2002) menciona que para ello intervienen los profesionales “psi”

Un psicólogo o un psiquiatra entrevistan al enfermo [...] evalúan el potencial del paciente para que el trasplante tenga éxito. El psicólogo o psiquiatra formulan preguntas que ayudan a determinar la capacidad del candidato potencial para afrontar la intervención, los cambios en el estilo de vida que se producirán y la naturaleza de su sistema de ayuda (p.40).

Lo anterior se ha vuelto un requisito no sólo en nuestro contexto sino también en varios países donde se busca “asegurar” que la persona aceptará el órgano y que será capaz de seguir las prescripciones médicas. Si bien este tipo de profesionales pueden captar algunos matices que diferencian, por ejemplo, una demanda de un deseo, también se vuelve posible que un (a) psicólogo (a) coarte la posibilidad de un trasplante. Hay aquí una relación con las operaciones de cambio de sexo, donde, las aseguradoras médicas cubren los gastos sólo cuando una persona ha sido diagnosticada por un psiquiatra con un trastorno de identidad en el manual DSM. En resumen, el posicionamiento de las (os) “psi” resulta problemático puesto que conlleva implicaciones sobre lo normal y lo patológico, la libertad y el poder ejercido sobre los cuerpos.

Ya que se conocía la opción del trasplante, era momento de que Nancy (2005) decidiera si quería ese tratamiento. Él comenta “Sin duda, esto sólo sucede a

condición de que yo lo quiera, y algunos otros conmigo ‘algunos otros’ son mis parientes, pero también los médicos y por fin yo mismo” (p.20). Se observa cómo el trasplante no puede ser considerado un asunto exclusivamente individual pues toda una serie de personas rodean al sujeto e intervienen en la forma en cómo se experimenta la situación, muestra de ello es la siguiente enunciación de Miguel M., quien da su testimonio en una página web de salud en Argentina: “mi familia también ha disfrutado del trasplante, porque cuando a uno lo trasplantan en realidad se trasplanta toda la familia” (párr.1). ¿Qué significa ser una familia trasplantada y no un sujeto que ha recibido un trasplante? ¿Qué prejuicios, rasgos, identidades, se crean después de que un integrante de la familia recibe un trasplante? Estas preguntas podrían devenir en un vasto trabajo de investigación.

La solicitud de un trasplante recaía en Nancy (2007), teniendo en cuenta sus circunstancias médicas y familiares, él opta por el trasplante:

Una inscripción en la lista de espera (en mi caso, por ejemplo, aceptar mi pedido de inscribirme recién hacia el final del verano, lo cual supone una cierta confianza en la firmeza del corazón) (p.21).

¿Qué valor simbólico puede tener la lista de espera? Se trata de una inscripción que denota anhelo, fe, llamado, deseo, pero también quizá remita a la desconfianza, discriminación, impotencia, etc. Terminando con este aspecto de la solicitud del trasplante, se retoma la frase de Jean-Luc: “estaba allí, era verano, había que esperar, algo se desprendía de mí, o surgía en mí donde no había nada” (p.18). Si el autor con anterioridad había mencionado que el corazón lo había abandonado, que ya no quedaba nada y estaba vacío, ¿Entonces que surgía? ¿El deseo de un corazón?

La compatibilidad sanguínea que se debe tener entre la persona que dona y la que recibe el trasplante es algo que llama la atención de Nancy (2007). Para él esta

característica “limita las posibilidades [...] sólo me pueden implantar un corazón del grupo O positivo” (p.21); sin embargo, no del todo pues se trata de un don “sin límites sexuales o étnicos” (p.31).

En el segundo momento revisado de su testimonio, cuando llega el trasplante, Jean-Luc Nancy (2007) expresa:

¿Qué puede ser eso de reemplazar un corazón? La cosa excede a mis posibilidades de representación [...] el trasplante impone la imagen de un pasaje a través de la nada, una salida hacia un espacio vaciado de toda propiedad o toda intimidad, o, muy por el contrario, de la intrusión en mí de este espacio: tubos, pinzas, suturas y sondas. (p.27).

¿Es esta la expresión retroactiva de lo que Freud entiende como trauma, o Lacan lo real puesto que carece de representación? Si fuera así, en el capítulo anterior se propuso que dichos acontecimientos son los que conducen a la emisión del testimonio. Sin embargo, queda el enigma de ¿en qué circunstancias y para qué sujetos puede ser prescindible, o bien, necesaria la enunciación testimonial del trasplante? Por otra parte, también habrá que señalar cómo aparece aquí la noción de intrusión en el pensamiento de Nancy (2007), en este caso el sujeto hace explícita una sensación de invasión por parte de las herramientas utilizadas en los procedimientos médicos, aspecto al que en la actualidad nos hemos acostumbrado tanto que muchas veces ni siquiera resulta apreciable.

Pasando al tercer momento crucial del testimonio se describirá qué pasa después del trasplante. En el ámbito médico se habla mucho de trasplantes exitosos, y es una realidad que existen reacciones fisiológicas que muestran cómo una operación fue llevada a cabo de manera óptima en el organismo. Sin embargo

Nancy (2007) mostrará cómo el trasplante no termina con una cirugía, sino que es algo con efectos permanentes y constantes en la subjetividad.

No es que me hayan abierto, hendido, para cambiarme el corazón. Es que esta hendidura no puede volver a cerrarse. (Por otra parte, cada radiografía lo muestra, el esternón se cose con ganchos de hilos de acero retorcidos). Estoy abierto cerrado. (p.36).

Nancy (2007) pone de relieve el haber sido abierto en una cirugía, la piel en la cual se constituye la erogeneidad y que funciona como barrera ante los estímulos externos ha sido cortada por el escalpelo, ha expuesto la interioridad del sujeto, aquella que ni siquiera resulta visible para él mismo. Una costura cierra la carne pero quizás no clausure la serie de ilustraciones provenientes del imaginario, las reflexiones y preguntas que sostienen el impacto de un acontecimiento en lo real como puede ser el trasplante de un órgano.

Después Nancy (2007) comienza a hablar de la ajenidad y para ello propone dos conceptos clave: el primero, es el intruso, “el ‘extraño’ o ‘ajeno’ [...] que llega desde fuera [...] se introduce por fuerza, por sorpresa o por astucia; en todo caso sin derecho y sin haber sido admitido de antemano” (p.11), y el segundo, es el extranjero, el cual nunca termina de naturalizarse, “carece de derecho y de familiaridad, de acostumbamiento” (p.12) y conlleva una intrusión.

¿Por qué los conceptos de intruso y extranjero aparecen en el libro donde Jean-Luc habla de su trasplante? ¿Acaso el nuevo órgano conlleva una ajenidad que no puede ser pasada por alto y de la que no se puede huir? Al parecer a esto apunta Nancy (2007) pues comenta:

Si ya tiene derecho de entrada y de residencia, si es esperado y recibido sin que nada de él quede al margen de la espera y la recepción, ya no es el intruso, pero tampoco es ya el extranjero. (p.11).

Entonces, ¿qué es lo que cimbra el binomio de lo propio y lo ajeno en el sujeto? Un posible supuesto es la implicación del donador o donadora quien desde el imaginario puede seguir siendo el/la dueño (a) de sus órganos, o transmitir a ellos sus características de personalidad. Cómo ya se ha observado en el apartado de trasplantes y cine, el fantasma sobre la identidad del (a) donante es un enigma fundamental para muchas personas y ello se reitera en este testimonio pues Jean-Luc enuncia: “mi corazón puede ser el corazón de una mujer negra” (p.31). ¿Por qué se le ocurre esta imagen? ¿Por qué es ella algo totalmente diferente a él? Además, afirma: “yo he recibido, entonces, el corazón de otro [...] me lo trasplantaron” (p.31), pero ¿A quién le trasplantaron? ¿Al órgano, a la donadora?

Nancy (2007) escribe “la ajenidad de mi propia identidad, que, sin embargo, siempre me fue tan viva, nunca me tocó con esta acuidad” (p.37). Quizás porque la identidad se disemina no sólo entre quién es Nancy (2007) después de recibir un órgano, sino también en la incidencia de esos otros que atraviesan su subjetividad durante el proceso de trasplante, por ejemplo, su donador (a), los médicos, sus familiares, las instituciones, los instrumentos que lo abren, etcétera. Al respecto, afirma:

Soy la enfermedad y la medicina, soy la célula cancerosa y el órgano trasplantado, soy los agentes inmunodepresores y sus paliativos, soy los ganchos de hilo de acero que me sostienen el esternón y soy ese sitio de inyección cosido permanentemente bajo la clavícula, así como ya era, por otra parte, esos clavos en la cadera y esa placa en la ingle. (p.43).

¿Qué otras cosas o personajes es Jean-Luc después de un trasplante? Él reflexiona sobre cómo las técnicas y medicamentos posibilitaron su trasplante, cosa que no hubiera sido posible años atrás, y entonces comenta: “me convierto en algo así como un androide de ciencia ficción” (p.43). Tal como en el subtema de trasplantes y literatura, aparece la idea de la ciencia ficción como lo que hace vislumbrar los alcances de los adelantos médicos y tecnológicos. Por otra parte resultaría interesante saber, ¿qué implicaciones tiene ser un androide para Nancy? ¿No sentir? ¿No tener corazón?

Jean-Luc (2007) también plantea la posibilidad de ser un muerto-vivo, un sobreviviente puesto que expresa:

Ya no sé muy bien a título de qué sobrevivo ni si tengo verdaderamente los medios para ello o el derecho [...] ya no tengo un intruso en mí: yo lo soy, y como tal frecuento un mundo donde mi presencia podría ser demasiado artificial o demasiado poco legítima” (p.48).

¿Por qué un trasplante remite a la ilegitimidad de la vida? ¿Debido a que es un procedimiento con el cuál aparentemente se vence a la muerte? ¿Porque la vida es para los seres humanos y él es ahora un androide? Su reflexión sobre el derecho a vivir hace notar el alcance de la medicina que para muchos se ha convertido en un dios capaz de otorgar la vida o la muerte. De igual manera, la autorización de la vida es algo que resulta problemático, tal como en el caso de Primo Levi. Sin embargo, quedan las preguntas, ¿Existe alguna situación que desentrañe un complejo culpígeno como en Levi? ¿Es la idea de que personas, en épocas anteriores, murieron porque los trasplantes aun no eran posibles? ¿Por la muerte de los y las inscritas en la lista de espera que no recibieron un órgano?

Nancy (2007) también comenta que se ha convertido en “un hilo tenue, de dolor en dolor y de ajenidad en ajenidad” (p.41). La hendidura que le hicieron desde el trasplante es un vacío por el cual se le transmite la vida a través de medicamentos y máquinas. Él es “alguien que vive en interdependencia estrecha con todos los medios técnicos de la medicina y de la bioquímica, de la farmacología, con sus complejos efectos y sus interacciones interminables (Rey, 2012, párr. 15).

Pero, ¿Por qué Jean-Luc hace tanto énfasis en las consecuencias de las prescripciones postrasplante? A continuación se hablará de una arista del trasplante que a veces no resulta explícita y son, los efectos secundarios. Jean-Luc (2007) menciona cómo desde el trasplante “es preciso que me mida, que me controle, que me pruebe. Se nos acoraza con recomendaciones en relación con el mundo exterior (las muchedumbres, los negocios, las piscinas, los niños, los enfermos)” (p.34). ¿Es debido a estas limitaciones que el autor habla de una supervivencia o de una muerte-vida en lugar de una vida? Pareciera que en ningún momento había sido tan explícita esta subordinación hacia las medidas que insta la medicina.

Años después de su trasplante y como consecuencia de la ingesta de medicamentos inmunosupresores, Jean-Luc padecerá cáncer y sobre ello expresa: “nunca había notado más que su eventualidad (no su necesidad, por cierto: pocos trasplantados pasan por ello) (p.38). Si bien el trasplante hace que el sujeto pueda recobrar en diversos grados su forma de vida anterior a la enfermedad, es mentira que resulte un tratamiento perfecto pues hay riesgos y consecuencias que será necesario advertir a quien desea un trasplante.

Para tratar de eliminar el cáncer que padeció Nancy (2007) fue necesario un autotrasplante o trasplante de células madre.

Me extraen glóbulos blancos (se hace circular toda la sangre fuera del cuerpo y los extraen mientras esta circula). Los congelan. Luego me ponen en una cámara estéril durante tres semanas y me aplican una quimioterapia muy fuerte, que deprime la producción de la médula antes de reactivarla mediante el reimplante de células madre congeladas (sobrevuela un extraño olor a ajo durante todo este procedimiento...). (p.39).

El tratamiento es un tanto parecido a lo que ocurre en la diálisis o hemodiálisis donde la sangre del cuerpo sale a una máquina, se eliminan los residuos y regresa al cuerpo. ¿Qué sentidos metafóricos podrían encontrarse en procedimientos como este? Por el momento Nancy (2007) hace de la percepción de un olor (a ajo) algo sobre lo que podría devenir una serie de asociaciones referidas a la particularidad de esa vivencia.

Los efectos fisiológicos secundarios de un trasplante y cómo el sujeto lleva a cabo las prescripciones médicas que buscan contrarrestar los plasma la complejidad de un trasplante, y su naturaleza extranjera en tanto que “su llegada no cesa: él sigue llegando y ella no deja de ser en algún aspecto una intrusión” (Nancy, 2007, p.12). Así, Jean- Luc afirma:

Se llega a cierta continuidad en las intrusiones [...] a la ingesta más que cotidiana de medicamentos y a los controles en el hospital se agrega las consecuencias dentales de la radioterapia, así como la pérdida de saliva, el control de los alimentos y el de los contactos contagiosos, el debilitamiento de los músculos y de los riñones, la disminución de la memoria y de la fuerza para trabajar, la lectura de los análisis, las recaídas insidiosas de la mucositis, la candidiasis o la polineuritis, y esa sensación general de no ser ya

disociable de una red de medidas, observaciones, de conexiones químicas, institucionales, simbólicas que no se dejan ignorar. (p.41).

Algo relacionado con la identidad que también sorprende a Jean-Luc es su edad, ahora resulta difícil decir cuántos años tiene pues al parecer su corazón es de alguien menor. “Mi corazón tiene veinte años menos que yo, y el resto de mi cuerpo tiene una docena (al menos más que yo)” (p.41). Aquí el yo se diferencia del cuerpo y del órgano trasplantado, entonces, ¿Dónde podría situarse el yo? El cuerpo pareciera consistir en una serie de otros que tienen su propia vida, edad, y quizás experiencias. Por otro lado, la medicina ha hecho posible determinar el estado en que cada órgano se encuentra, incluso existe un programa de televisión en el que se hace eso para concientizar a los sujetos del desgaste al que exponen su cuerpo.

La cuestión de la edad es algo que lleva a Nancy (2007) a plasmar la acuidad de su identidad pues comenta que él “está rejuvenecido y envejecido a la vez” (p.41), experimenta la juventud de un órgano que realiza su función de manera óptima tal vez perfecta desde la medicina, pero también la vejez por el desgaste de otras partes del cuerpo o la dependencia hacia los fármacos. A esta desestabilización identitaria se le suma que: “tampoco tengo oficio propiamente, sin estar jubilado [...] no soy, asimismo, nada de lo que tengo que ser (marido, padre, abuelo, amigo) sin serlo en esa condición demasiado general del intruso” (p.42).

Nancy (2007) a través de sus afirmaciones muestra cómo ya no le resulta fácil situarse en un lugar, ocupar un rol sin considerar su ajenidad. La intrusión es algo que toca varios elementos de su subjetividad, es como si él ya no pudiera ser el mismo después del acontecimiento del trasplante, como si requiriera subjetivizar cosas de nuevo para dar cuenta de su existencia. Por ello puede quedar los enigmas de: ¿en qué casos el trasplante se equipara con la intrusión? ¿Bajo qué circunstancias se haría, o no, esta correlación?

Cómo se ha podido observar en todo este apartado, el trasplante puede ser aquello que “produce sentidos nuevos (la posibilidad de vidas inéditas) y dispersa toda una serie de sentidos adquiridos” (Nancy citado en Rey, 2012, párr. 1). El trasplante hace necesario, hasta cierto punto, la evaluación de lo que ha sido y lo que ahora es la vida, cómo poder vivirla y cómo dar cuenta de ello.

4.2.4 Gabriel Granados. “Otra vez mis brazos”

El testimonio que se presentará a continuación es el de Gabriel Granados, quien recibió un trasplante de brazos. Antes de dar paso a la descripción del testimonio como tal, se hará un breve paréntesis para explicar las circunstancias en las que se tuvo acceso al relato.

La historia de Gabriel aparece en un programa de televisión titulado *La historia detrás del mito*, el cual se especializa en presentar la biografía o situaciones problemáticas que experimentan actores/actrices, cantantes, deportistas y demás personajes de la farándula. Es curioso que el caso de Gabriel se presente en dicho programa debido a que él no tendría este antecedente artístico, sin embargo, lo que lo hace especial para los medios de comunicación es que a él se le realiza el primer trasplante de brazos en México.

El título del episodio donde se presenta el testimonio de Gabriel es: *Trasplante de brazos. ¿Ciencia o milagro?* y tiene una duración aproximada de 30 minutos, el programa se encontró durante algún tiempo en una famosa página web de videos, sin embargo, ya no es posible verlo. En el episodio, algunos datos son enunciados por un narrador y una conductora, y eso se va mezclando con entrevistas realizadas a diferentes personajes: Gabriel, sus familiares, los doctores que realizaron el trasplante, entre otros.

Este apartado busca enfatizar las enunciaciones de Gabriel, sin embargo, también se hará alusión a lo que dicen otros personajes que aparecen en el programa con el fin de contextualizar alguna frase de Gabriel o para cuestionar las creencias, metáforas o asociaciones que se hacen respecto al trasplante. Se sabe que, si se diera énfasis al discurso de cada uno (a) de los participantes, se estaría llevando a cabo una investigación de fábrica de caso y no una revisión testimonial. Así, la fábrica de caso se erige como una opción para futuros (as) investigadores (as) que deseen ahondar en el tema de trasplante, y ello resultaría sumamente interesante puesto que existen otros noticieros, blogs y talk shows que han abordado el caso de Gabriel. Por ejemplo, la emisión televisiva especializada en temas de salud llamada *Diálogos en confianza* donde todas las personas que hicieron posible la cirugía del trasplante de brazos relatan la función y las actividades que desempeñaron, así como sus impresiones al respecto.

Un último punto a señalar antes de comenzar con el testimonio es que el programa de televisión “La historia detrás del mito” está editado. Es decir, se han seleccionado, recortado y omitido fragmentos de las enunciaciones de Gabriel. A este respecto, Felman (citada en Feld, 2006) se pregunta si persistiría lo testimonial puesto que “lo que vemos en las imágenes ya no es ese testimonio sino sólo algunos fragmentos reordenados de acuerdo con criterios ajenos a los del testigo” (p.82). ¿Acaso, como menciona Feld (2006), “la memoria tiene rating” (p.77)? ¿Qué función se adjudican los medios de comunicación al presentar un testimonio? ¿Es la televisión una vía para influir y mediatizar lo que se sabe sobre la vivencia de un trasplante? Al recorte del programa, se le suma la selección de los fragmentos en esta investigación y una manera de enfrentar estas vicisitudes fue explicitar y cuestionar éticamente los posicionamientos bajo los cuales se analiza un testimonio, aspecto detallado al inicio del presente capítulo.

Ahora que se tiene una idea general sobre la obtención del testimonio a analizar, es preciso presentar los datos generales de quién es Gabriel y pasar a la descripción puntual de su testimonio.

Gabriel Granados Vergara es un hombre de 55 años de edad originario de Coeneo, Michoacán que desde los seis años radica en la Ciudad de México. Está casado con Selene desde hace 27 años y tienen dos hijos Gabriel y Alejandra. Gabriel estudió contabilidad y trabaja en la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal como perito revisando “todas las denuncias donde se involucre la cuestión monetaria”.

Después el narrador comenta:

Durante veinte años y seis meses la vida de Gabriel Granados transcurrió tan normal como la de cualquier persona [...] Aunque no vivía con lujos gozaba de solvencia económica, poseía un buen trabajo, había empezado a estudiar la carrera de Derecho en el sistema de universidad abierta y era un esposo y padre ejemplar.

Resulta pertinente señalar cómo el narrador conceptualiza lo que es una “vida normal” a través de elementos como: solvencia económica, trabajo, estudios, familia y relación amorosa. Pero, ¿qué opciones quedan para quien no cumple con estos requisitos? Instaurar normalidad lleva implícito dejar en la marginalidad a todo lo que no se adecue a ello. Además, no se sabe si desde -- la perspectiva de Gabriel esto es lo que realmente había antes del trasplante. Por último, terminando la cita, el narrador dice que Gabriel “era” un esposo y padre ejemplar, ¿por qué dice “era” y no “es”? ¿Acaso la experiencia del trasplante lo llevo a perder esa condición de “ejemplar”?

En el caso de Gabriel, a diferencia de los demás testimonios, la necesidad de un trasplante no emerge por una enfermedad crónica sino debido a un accidente, el cual se relata a continuación. Gabriel y su familia mandaron construir su nueva casa en un terreno que habían adquirido. El 4 de Enero de 2011 Gabriel fue a dar

instrucciones a los albañiles para que crearán una barda en la azotea porque muy cerca de ahí había unos cables de alta tensión. Él comenta:

Si a mí me---da mucha tristeza, todavía de repente recuerdo eso, a la hora de yo estar señalándoles –Mira, lo quiero, con la varilla en la mano de como un metro, mira de aquí para allá (señala)- y de repente me brinca la corriente. Como era un castillo así un castillo de los, no sé si los castillos que están hechos de pura varilla con sus anillos [...] Ps yo pienso que la corriente brincó primero al castillo y luego me agarró ahí, aquí [...] Haz de cuenta como si fuera una radiografía así el esqueleto (dibuja en el aire una línea en zigzag vertical) se veía como la corriente me estaba ahí dando duro.

La descarga eléctrica hizo que los brazos y las manos de Gabriel comenzarán a incendiarse, cuentan los testigos que sus manos se prendieron cómo si tuvieran fuego. Minutos más tarde, una ambulancia traslada a Gabriel al hospital Adolfo López Mateos, al respecto comenta: “Yo iba grite y grite ¡Mis manos!”. Es necesario subrayar cómo Gabriel usa la frase “mis manos” para hablar de partes de su cuerpo, no son “las manos” (como en el caso de Orlac, después de su trasplante), son “sus manos” ¿incorporadas a la imagen inconsciente del cuerpo? En el hospital, el pronóstico médico de Gabriel no era favorable, Selene, su esposa, narra:

Me dijeron que pues posiblemente su (señala su cabeza) entendimiento pudiera quedar afectado por lo mismo de la descarga, este riñones, hígado, corazón. Él tenía una sonda yo vi la bolsa donde estaban acumulando la orina, yo esa yo esa orina pues la vi muy roja dije no pues ya bailaron los riñones no, ya este efectivamente ya tuve contacto con un médico y si me dijo que estaban muy comprometidos los riñones que posiblemente en este tipo de accidentes son los órganos que se afectan y que se pierden.

Es interesante observar cómo a pesar de que se habla de diagnósticos médicos se hace uso de metáforas, por ejemplo, “ya bailaron los riñones” o “los riñones están muy comprometidos”. Pero, ¿Por qué en medio de una situación tan trágica aparece una alusión a la festividad a través del verbo “bailar”? ¿Con quién están “comprometidos los riñones”? ¿Con el sujeto, la muerte, o entre ellos? Además, en un sentido más general, ¿Pueden considerarse estos usos metafóricos del lenguaje una subversión hacia el discurso médico?

Retomando lo sucedido a Gabriel, los médicos le explican que la sangre en la orina era una buena señal pues significaba que su cuerpo estaba desechando las toxinas, dos días después de permanecer en terapia intensiva se estabiliza y lo trasladan al hospital 20 de Noviembre para atender las quemaduras de sus brazos. Sobre este periodo donde sus brazos se encuentran lesionados Gabriel menciona:

Se ve cómo están los tendones así como hilitos (mueve su brazo en forma horizontal sobre su otro brazo) o sea los tendones como si jalaban y yo les hacía así (flexiona los dedos) se veía como jalaban y movían pero de repente ya dejaron de mover pero yo nomas adentro veía así como estaba todo quemado todo así y dije bueno pues es que no no no si yo decía porque no me cierra no no ps no se podía cerrar no.

¿Qué implica ver el interior de una parte del cuerpo? ¿La piel es una especie de velo o barrera que impide acercarnos a lo real del organismo? Además, había una herida abierta que no cerraba en lo orgánico, pero quizás también en la subjetividad. Y si era así, ¿Quién y cómo se podría cerrar tal herida subjetiva? ¿Qué apoyo, espacio o escucha ofrecen las instituciones de salud en estos casos?

Los médicos explican que la calcinación de los brazos de Gabriel conducirían inminentemente a una infección y el narrador dice: “la decisión que tomaron entonces los médicos resultó dolorosa para Gabriel y su familia, pero inevitable, la amputación”. ¿Qué pasa cuando el sujeto tiene que someterse a ciertas acciones para salvar su vida, cuando tiene que decidir vivir de una manera que no había planeado o siquiera imaginado? Además pareciera que hay dos decisiones: la primera, que determinan los médicos como el tratamiento indicado, y la segunda, que toma el sujeto para autorizar la acción, es decir, la última palabra.

Gabriel percibe que algo malo sucede pues menciona:

Yo veo que movía los dedos y de repente ya no los movía y le digo – Oiga doctor ¿ya?- dice –Sí Gabriel ya- (niega con la cabeza) ya cuando me dijo ya, dije ya ya pues ya me van a amputar también, si [...] fue algo así doloroso y demás porque pus uno llegaba con la ilusión de que se salvaran pero ya no fue posible.

Es curioso cómo Gabriel menciona “me van a amputar también” como si ya le hubieran realizado antes algún otro procedimiento, o como si a él lo fueran a amputar, mostrando con ello que en un fragmento se puede condensar todo el ser del sujeto. Esto recuerda al dolor de muelas del poeta Wilhelm Busch, sobre el que Freud (1915/2006) afirma: “en la estrecha cavidad de su muela se recluye su alma toda” (p.115). Si se extrae la muela, los brazos u otra parte del cuerpo quizás se considere que se ha extirpado el alma o el ser. También, en la cita anterior se observa que Gabriel habla de sus dedos como el sujeto de una oración, quería que ellos se salvarán. A partir de esto, resulta pertinente preguntar ¿Con qué frecuencia y en qué circunstancias el sujeto habla de su cuerpo como un otro que resulta el sujeto de un enunciado?

El corte de una parte del cuerpo es algo que aparece también en el testimonio de Geralyn Lucas (2004), quien padeció cáncer de mama. Ella se hace preguntas como: “¿Qué se sentirá cuando mi pecho ya no esté ahí? ¿Cómo podría estar completa cuando una parte de mí ha sido cortada? ¿Cómo me aferro a mí misma?”(pp.48-49). La primera pregunta hace pensar que las manos de Gabriel y el seno de Geralyn son partes que configuran su imagen frente al espejo, que él y ella notan cuando realizan ciertos movimientos, pero, ¿qué pasa con los órganos internos como los riñones o el hígado? ¿Cómo se tiene noticia de ellos? ¿Cómo saber que fallan o que ya no están? La segunda pregunta de Geralyn sobre cómo poder estar completa pone este adjetivo como una creencia, interrumpida y cuestionada por la mutilación, que quizás se relaciona con el complejo de Edipo donde existe un corte, una prohibición, que hace imposible la completud, el placer sin límite. Por último, la tercera pregunta sobre cómo aferrarse a uno (a) mismo (a) hace que se cuestione la propia identidad su construcción, durabilidad y eliminación, aspecto que se analiza más a detalle en el testimonio de Jean-Luc Nancy.

Retomando el testimonio de Gabriel, él comenta la noticia de la amputación con su familia. Su esposa narra: “lejos de animarlo (se seca unas lágrimas) yo a él, él me animaba, él todavía con su mano (se toca un brazo) ya casi muertame animaba, ps vamos a echarle ganas, pues si fue un momento muy triste muy doloroso”. ¿Quién estaba “ya casi muerta”? esta frase resulta ambigua pues a pesar de que se habla de las manos, pareciera que era la esposa quien estaba muriendo por la nulidad de esperanza, al grado de requerir la (re) animación por parte de Gabriel. Además, quedan los enigmas: ¿Cómo mueren unas manos? ¿Qué se experimenta al ver realizarse este proceso? Si la pérdida de una parte del cuerpo toca la subjetividad del sujeto, ¿Aparece una función de duelo? ¿Qué se ha escrito en psicoanálisis sobre estos duelos en particular (amputaciones, extracciones, mutilaciones), sobre todo cuando alguien como Jean Allouch aborda el duelo como una pérdida de un trozo de sí?

El 17 de Enero, 13 días después de haber sufrido el accidente, a Gabriel Granados le emputan un brazo, y tres días después el otro brazo. Gabriel sale del hospital y 16 días más tarde regresa a sus actividades, comenta que después de la amputación:

No hubo tiempo de pensar en, de estar vamos, este, pensando no y ponerse triste o entrar en melancolía no, que sí la tuve si tuve también ps no so, soy humano no, si llegue a tener mis ratos también así (ladea la cabeza y cierra los ojos) de que hñjole pero fueron pocos

El periodo en qué Gabriel retomó sus actividades cotidianas después de su amputación fue relativamente corto. Moulin (2006) problematiza esta cuestión y menciona que: “la necesidad de una rápida vuelta al trabajo, abrevia la convalecencia. Los médicos [...] proponen tratamientos más enérgicos para [...] devolver lo antes posible al enfermo al frente, la escuela, la fábrica o la oficina” (p.30). Quizás para Gabriel esos días fueron suficientes para asimilar la pérdida de sus brazos, pero, ¿Qué pasa con quien llegara a necesitar más tiempo? ¿El sujeto considerado como fuerza trabajo no tiene derecho a exigir un lapso más largo para su recuperación? Sobre todo en esta época donde Ariés propone que existe la *muerte salvaje, prohibida o invertida* donde “se rechazan las emociones, el duelo y toda expresión pública de un sentimiento que ahora se considera morboso” (Martínez, 2000, p.19).

Gabriel menciona que hubo pocos momentos de tristeza y probablemente uno de ellos sea el que narra su esposa:

Alguna ocasión que tuvimos que ir a su trabajo (se quiebra la voz) pues él iba un poco pues a lo mejor apenado posiblemente iba con la cabeza gacha y me percaté de la situación – Es que levantas la

cabeza ¿o qué?- Porque al final de cuentas no mataste, al final de cuentas no hiciste nada malo, te pasó y nos pasó y ni modo o sea con la cabeza en alto al final de cuentas no tienes por qué avergonzarte ni sentirte mal.

Resulta interesante cómo puede enlazarse la idea del asesinato o el hacer algo malo con la amputación de brazos y manos. Esto se relaciona con el ejemplo que plantea Lacan en el Seminario *Los escritos técnicos de Freud* cuando comenta la historia de un paciente, quien a pesar de no ser un adepto a la religión islámica, había crecido en un contexto donde se profesaba tal culto. Este hombre “presentaba síntomas muy particulares en el terreno de las actividades de la mano, órgano” (p.90), en parte, debido al uso de esta parte del cuerpo para realizar la masturbación infantil, pero sobre todo, por que:

Durante su infancia, el sujeto estuvo envuelto en medio de un revuelo privado y público, en el que había oído decir [...] que su padre era un ladrón y que entonces debía tener cortada la mano [...] la ley coránica sanciona al culpable de robo con un: Se cortará la mano [...] hace ya mucho tiempo que esa sanción no se lleva a cabo prácticamente [...] sin embargo, no por ello deja de estar inscrita en ese orden simbólico [...] cuyo nombre es la ley. (p.90).

Se puede aducir entonces que en algunos casos el corte de una parte del cuerpo es considerado un castigo por el quebrantamiento de una ley ¿Cuál? Sólo se podría saber desde la particularidad. Sin embargo, se habla de una pena, palabra que tiene tres sentidos: como castigo, vergenza, o pesar. Este significante se reitera en otro testimonio, el de Jean-Luc Nancy (2007), cuando después de su trasplante de corazón enuncia: “pero sobrevivo todavía hoy: ¿quién dirá lo que ‘vale la pena’, y qué pena?” (p.21). La pena se asocia a la carencia y al trasplante, quizás porque las personas involucradas, a veces padecen discriminación y/o prejuicios, se puede ver ilustrado en la siguiente frase: “En un principio cuando

decía que era trasplantado me veían como cosa rara. Por eso opté por no decir que era trasplantado. Entonces me veían como una persona normal” (). Al respecto, también comenta Gabriel:

Me tocó una vez también viajar en un metrobús y nadie se daba cuenta no y ps yo voy ahí y de repente dice -ay pus no- ya una señora fíjate una señora fue más ben la que levantó a una persona que iba sentado en un lugar para discapacidad y él no tenía nada no ... y acá en la universidad... a una persona le pedimos que nos hiciera favor de facilitarnos un cuaderno para sacarle copias a los, a todo lo que se estaba viendo y no que nos contesta –No, porque lo voy a ocupar-

La pena de una falla orgánica, discapacidad o trasplante, en cierto sentido, recae sobre la falta de información e interés por parte de la sociedad para comprender dichas problemáticas. La ausencia o el mal uso de herramientas, espacios y normatividad para con estas personas hace que una práctica cotidiana se convierta en un pesar, en una pena.

De igual manera, hay que resaltar cómo, para Selene, la vergüenza tiene su correlato en una posición corporal, la cabeza agachada. Si bien, no se puede generalizar el significado de las posiciones o movimientos del ser humano, resulta interesante cómo, por ejemplo, en la clínica, estas expresiones corporales llegan a indicar un hueco en la historia del sujeto, una repetición, un síntoma, entre otros. Por último, en la experiencia que narra Selene, ella dice respecto al accidente de Gabriel: “te pasó y nos pasó”, el sujeto no es el único que experimenta la vivencia de la amputación, también es su familia, como ya se ha mostrado en otros testimonios.

Gabriel pasa un año cuatro meses sin brazos, sobre ese tiempo el comenta: “usaba todavía las vendas en los muñones porque tenían que formarse iba yo a terapia para que me los fueran formando [...] ya empezaba a escribir [...] ya este me había adaptado, trabajaba en la computadora con los muñones”. ¿Qué implicaciones tiene el haber conseguido cierta “adaptación” y luego experimentar otra modificación, por ejemplo, en el caso de una variedad de tratamientos o prescripciones médicas? ¿Qué tal si lo más cómodo para un sujeto no es lo que lo conduce al mejor resultado médico?

Ahora bien, en el lapso de meses en que Gabriel aprende a llevar a cabo sus actividades con los muñones, existe toda una red social que le da soporte, que se interesa por disminuir las dificultades que le acarrea su discapacidad. Gabriel toma como ejemplo la ayuda que su hijo le ha brindado en las clases de derecho a las que asiste en la universidad abierta, comenta: “mi hijo que está presente él es el que él es el que al día de hoy va conmigo los sábados, es el que me anota en el cuadernito ahí to-ma-notas”. Es como si su hijo le prestara sus manos para sortear la dificultad de una actividad práctica como la escritura.

Así mismo, Gabriel relata que: “los maestros[...] hay quienes [...] me han hecho el examen oral [...] se ha acercado gente y me ha dicho -En lo quieras te podemos apoyar, lo que necesites, apuntes, libros, pues es bonito todo eso, no”. Si bien existen personas que no vislumbran los retos a los que se enfrenta Gabriel, hay otras que sí, y al parecer, esas acciones que denotan disponibilidad, solidaridad, son aquellas que hacen sentir al sujeto no estar sólo y desvalido frente a los obstáculos. El aspecto del apoyo social también aparece en el testimonio de Geralyn Lucas (2004) quien relata cómo, para su quimioterapia, invita a sus familiares y amigos.

Mi contingente de la quimio ocupa casi la mitad de la sala [...] ellos (as) se turnan para sostener mi mano derecha. ¿Cómo son tan

valientes? Mi papá me dice que el tomaría la inyección por mí y sé que lo dice en serio. (p.72).

Regresando al testimonio de Gabriel, cuando él asiste a las consultas para formar sus muñones en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, conoce al doctor Martín Iglesias, encargado del área de cirugía plástica quien desde hace algunos años había estado practicando el trasplante de brazos en cadáveres y esperaba algún día realizarlo en una persona viva. El doctor le plantea la posibilidad del tratamiento: “en ese momento él me revisa y -es perfecto Gabriel, eres un candidato idóneo”, no sin antes advertirle de los riesgos que se corrían. Al respecto Gabriel enuncia:

La anestesia se puede pasar, te quedas en la plancha o no aguantas la, tu corazón falla, un infarto [...] Al haber un rechazo puede atacar el uno de los órganos vitales también, o sea, pon que a lo mejor no me muera pero me va a dejar mal o algo hasta yo creo que un ataque al cerebro.

Todos los riesgos mencionados muestran las contingencias orgánicas que pueden presentarse al hacerse una cirugía, sin embargo, quizás también sean un eco de los tratamientos fallidos en la historia de la medicina. Tómese como ejemplo el caso de la anestesia, al respecto Lucas expresa: ¿Qué se sentirá ser puesta bajo anestesia por primera vez? ¿Cómo podré despertar de la cirugía? [...] ¿Sentiré el dolor primero y después recordaré? ¿Qué tal si no despierto? ¿Qué tal si muero en la mesa de operaciones? (pp.48-49). Estas preocupaciones no suenan infundadas si se tiene en cuenta que en siglos pasados “la anestesia con éter provocaba una desagradable sensación de sofoco, los enfermos vomitaban al despertar. El cloroformo tenía un olor aceptable, pero era difícil obtener un sueño regular y el margen de maniobra entre el despertar atroz y el coma auténtico era muy estrecho” (Moulin, 2006, p.52). ¿Son estos sucesos los que se quedan en el imaginario de las personas?

Ahora bien, cuando Gabriel Granados le comenta a su familia la idea del trasplante de brazos, ellos (as) no reaccionan de manera entusiasta pues se preocupan por los riesgos---implicados. Sin embargo, él les dice lo siguiente: “– Miren denme la oportunidad, denme la oportunidad de hacer esta lucha de buscar esta oportunidad le digo porque si no lo hago créanme que yo el día de mañana me voy a sentir derrotado por no haberlo intentado”. Se vuelve de radical importancia señalar cómo la decisión final del trasplante proviene de Gabriel, no de su esposa, ni del médico (como en la película “Las manos de Orlac”), él concluye que se aventurará en la experiencia del trasplante aunque eso llegue a implicar un peligro mortal.

Después de que Gabriel ha decidido la opción del trasplante, el doctor le comenta: “ya nomás ahora hay que pasar tienes que hacerte exámenes de todo y ya para tenerte en lista de espera”. La aceptación como candidato a recibir un trasplante no depende únicamente de---las dos decisiones, del médico y del paciente, sino de la vigilancia y el control constante del organismo, esto expresado en números y estadísticas. Parr (2002) se concentra en este elemento y nos muestra en qué otros sitios aparece esto: “la condición de candidato está revestida de cierto aire de solemnidad, cómo cuando se está en el ejército o recibiendo formación para el desempeño de un determinado puesto de trabajo, o una educación superior”. Así, la vigilancia y el control de los cuerpos son requisito no sólo de la medicina sino también del trabajo, la educación, el Estado, entre otros.

Luego de la candidatura, aparece un periodo sobre el cual resulta pertinente profundizar: la espera. Es una etapa donde quien va a recibir el órgano no puede intervenir, no tiene control. Gabriel Granados se pregunta:

¿Y cuándo llegará? ¿Y cuándo llegará? Pero llegó un momento en que me olvidé de eso, dije (levanta los hombros) cuando se presente el momento llegará, llegará, y ps si va a llegar yo luego le decía yo a

mi esposa ya mero llega, ya mero [...] Si entra un copo, un poco de desesperación porque pues pasa el tiempo y no llega nada, no.

La espera puede implicar desesperación, inquietud, frustración, pero también, paciencia, esperanza, entre otros. Al parecer, para Gabriel, concentrarse en la espera no le resultaba óptimo por eso decidió---avocarse a mantener la ilusión de que pronto llegaría ¿Quién? ¿Un donador, sus manos? El periodo de espera tiene matices diferentes de acuerdo a la historia de cada sujeto, y para muestra basta leer la frase testimonial de un hombre llamado Atilio quien comenta:

Hace tres años que estoy en lista de espera. Los vivo muy nervioso todo el tiempo porque veo a mis compañeros que se trasplantaron y yo sigo ahí. Pienso ¿por qué no me toca a mí? [...] yo creo que el órgano me va a salir en cualquier momento. No pierdo la esperanza. Yo quiero estar en el lugar de un trasplantado.

Él hace alusión a sus semejantes que ya han recibido un trasplante, cosa que no ocurre en el caso de Gabriel, pues él es el único sujeto que espera un injerto de manos. Atilio hace la pregunta ¿Por qué no me toca a mí? Lo cual resalta cómo la asignación de un órgano no depende qué tanto se esfuerce, trabaje o estudie el sujeto, sino de una compatibilidad orgánica sobre la cual no se tiene control. Por otra parte, Atilio enuncia que “el órgano le saldrá en cualquier momento” como si se tratara de una cuestión de azar, destino o magia. Además, no se tiene claro cuál órgano saldrá, el que ya no realiza su función en el organismo, el que le van a donar o algún otro órgano. Por último, Atilio dice; “yo quiero estar en el lugar del trasplantado”, pero ¿Cómo es ese lugar? ¿Qué beneficios o inconvenientes tiene?

A los diez meses de haberse inscrito como candidato al trasplante de brazos, a Gabriel se le comunica que existe un donador posible. Sin embargo, él rechaza esta oportunidad.

Yo en ese momento no acepté por la cuestión de que yo todavía estaba arreglando mi situación laboral y dije hñjole y me dice mi esposa –Oye pero deja primero todo arreglado- y sí este pues tuve que primero dejar y le dije al doctor Iglesias –sabe qué pues ahorita por lo pronto no vamos-

Estar consciente de los riesgos del trasplante conduce a realizar disposiciones laborales y legales que quizás de otro modo no se harían, ya sea por creencias populares sobre atraer la muerte si se toman estas medidas, o bien, porque se intenta “negar” la mortalidad. Por otro lado, es necesario subrayar cómo Gabriel dice “tuve que primero dejar” ¿Qué se deja cuando se toma la decisión de recibir un trasplante? ¿Lo que uno era antes? ¿La posibilidad de “no pensar” en la muerte? ¿El órgano propio que ya no realiza su función? ¿Cómo “dejar” esta serie de cosas o características? Además, al final de la cita anterior Gabriel dice “por lo pronto no vamos”, el sujeto del enunciado no es sólo él, Gabriel, quien diría “no voy”, sino que es él más otros (as). Se habla en plural porque el trasplante no resulta una decisión exclusivamente individual sino que la implicación familiar está muy presente.

Posteriormente, existe otro donador pero en este caso el doctor es quien determina que no es óptimo. Dos meses más tarde, en Mayo de 2012 aparece otro donador fisiológicamente compatible con Gabriel y en esta ocasión sí se realiza el trasplante. A continuación se plasma lo que Gabriel dice de este suceso:

Ya íbamos ora sí que a dormir cuando entra la llamada y –Sabes qué, soy el doctor Iglesias- -Sí doctor, dígame- dice –Te quiero ya en una hora en el instituto ya tenemos el donante- y yo (voltea hacia arriba los ojos) ay así nomás de, todo estuvo coordinado, -Sabes que ya tráete los brazos- porque pus lo tenían todavía al donador lo tenían conectado pa que los, la que ya estaba el cereb, ya tenía su

muerte cerebral, convencen a los familiares de que donen pues si yo creo que transcurrieron no sé unas cinco horas yo creo en lo que en lo que decidían bien si sí, si no y en lo que ya también trasladaban porque a mí me comentan que el traslado ps si aves que creo que tardaron en llegar dos horas y media dos horas y eso que venían del institut, de aquí de centr de medic del hosp de centro médico, que de centro médico ahí fue donde falleció la persona, él era vigilante pero lo tenían conectado para todavía conservar los brazos hasta que ya decir ya ahora sí tráetelos ya Gabriel ya lo tenemos ya lo tenemos preparado es cuando ahora si bum (marca una línea horizontal sobre un brazo) los cortan y se los traen y ya ahí viene la doctora es la que los en con parte del equipo ya los trasladan y ya a mí ya me tienen acá anestesiado y todo.

La cirugía de trasplante es un procedimiento que se debe llevar a cabo lo más rápido posible en aras de que los injertos provenientes del cadáver no mueran y puedan ser implantados en otro. Sin embargo, los tiempos institucionales no siempre pueden equipararse con los tiempos del sujeto pues ¿Cómo digerir un proceso que se realiza en cuestión de horas? ¿Acaso para ello sirve el tiempo de espera por el trasplante? Aquí emerge el riesgo de que el sujeto se aliene en el discurso médico de la “prisa”.

Hay que remarcar que aparece la cuestión de “con-vencer a los familiares para que donen”, con-vencer implica que alguien no está seguro (a) de tomar una decisión y se le presentan una serie de argumentos que hacen que ratifique una posición. ¿La falta de donadores (as) justifica diversas formas de conseguir la autorización? De ahí surge la pregunta ¿Cuánto falta para que el “con-vencer” se transforme en un “obligar”? aspecto que ya vislumbraba Silverberg en el cuento analizado “Trasplante obligatorio”.

Otro hecho a destacar es que Gabriel sabe algo de su donante, cosa que según las leyes mexicanas está estrictamente prohibido. Por ello hay que preguntarse ¿Por qué en ciertos casos resulta permitida la transgresión de las normas? Al parecer, el ser el primer personaje que recibe un trasplante en cierto contexto o, en este caso, pasar por un procedimiento quirúrgico pionero brinda a estas personas algunos datos a los que de otra manera no podrían acceder. Así mismo, es interesante reflexionar sobre las implicaciones imaginarias y simbólicas que pueden emerger al saber que el oficio del donador era “vigilante” ¿Resulta imposible ignorar datos como este?

La cirugía de trasplante de Gabriel duró 17 horas y en ella intervinieron 33 personas del área hospitalaria. En este trabajo no se ahondará en los aspectos relativos a la cirugía, sino a los efectos subjetivos de éste. Sin embargo, para más información se puede remitir al programa mencionado al principio de este subtema, titulado “Diálogos en confianza”.

A continuación, se presenta lo que Gabriel menciona en su testimonio sobre lo que pasó después del trasplante.

Y de repente el peso en las manos y ora y ya veo (ve hacia abajo) nhh!! ps ya tengo las manos, ya las veo ijo!! ya tengo las manos pero ya veo todo el cargamento así (sube ambos brazos) yo le hacía ayy!! Y ya yo decía, oía entre lo lejos que estaban ya ahí conmigo estaba mi hija acompañándome – Papá- -Si hija- -¿Qué pasó, cómo estás?- -Pues voy bien- pero si algo así ya veo y no algo bien bonito dije –Ya tengo lo que yo pedía- Dios me concedió otra vez mis brazos si fue algo así como que hijole que maravilla.

Luego de un trasplante, especialmente de alguna extremidad o parte externa, ésta aparece de nuevo en la percepción de los sentidos, pero ¿y en la configuración de

la imagen corporal? Otro punto es que, resulta curioso cómo Gabriel menciona que “Dios” es quien otorga la posibilidad de tener brazos, y ello hace reflexionar sobre la equiparación de los médicos con la figura de Dios, pues ellos son capaces de otorgar la vida, la salud, la felicidad. Ahora bien, ¿Hasta qué grado dejar todo en manos de Dios niega la condición interhumana del trasplante, la participación de un (a) donador (a), una familia, quien recibe un órgano o extremidad?

Gabriel habla de los médicos que lo atendieron, de la siguiente manera:

Sin ellos no se hubiera podido haber logrado esto no eh la verdad yo me siento feliz por haber contar con gente de me y mexicanos sobretodo que se atreven y que no nono están pensando si se puede o no se puede no, lo vamos a hacer y lo hicieron.

Las y los médicos son quienes hicieron posible su trasplante y le dieron una gama de oportunidades que Gabriel había perdido, tal como lo hace Dios. Sin embargo, también resulta de interés cómo la nacionalidad mexicana del personal médico se asocia con la valentía, el coraje y la determinación, aunque también quizás con la no reflexión o la impulsividad.

Regresando a la enunciación anterior de Gabriel, él dice: “otra vez mis brazos”, desde aquí puede observarse cierta apropiación de dichas extremidades, no son “los brazos”, ni los brazos “del vigilante”, son “sus brazos” como si en el accidente se hubieran ido y ahora, con el trasplante, hubieran regresado. Sobre este último aspecto profundiza más adelante en su testimonio y expresa:

Luego me cuestionan por eso de que si yo no sentía algo extraño, y no, no lo ha, por ese lado siempre he considerado que son mías que

son más no he tenido nada de que oye pues ¡qué raro me siento con eso!, no.

Aparece aquí la posibilidad de lo extraño, lo raro, algo sobre lo que Jean-Luc Nancy desarrolla toda una serie de conceptos. Sin embargo, Gabriel asegura que eso no le ha ocurrido, de hecho narra: “mi hijo sobretodo es el que me dice –Papá ya tienes tus manos, quiero que tú te lo grabes son tus manos-“. Pareciera que se trata sólo de una reaparición de lo propio, pues ¿Dónde queda la figura del donador?

Una variable que Gabriel no había considerado era que, había permanecido---un año cuatro meses sin brazos, y ahora que los tenía, su cuerpo no podía acostumbrarse al peso que ellos le implicaban. Él enuncia:

Yo lloraba de del peso no decía ay ps ya no las aguanto ya no las aguanto ya cuando ps si me apoyaban me ayudaban con una mano y la otra mano y me llevaban así con, porque era un peso pero horrible eh y yo dije ijole cuando lo iré aguantar y cuándo lo iré a aguantar.

En esos momentos sus familiares le ayudaban a cargar el peso de sus manos, las sostenían cuando él no podía, cuando se cansaba. Y esto hace cuestionar ¿Cuáles serían las condiciones y actitudes más favorables por parte de familiares y amigos en la recuperación post trasplante? Además, queda el enigma de ¿por qué le pesaban las manos? si se trataba de algo que retornaba a su lugar.

El proceso de rehabilitación a través del cual Gabriel iba a poder obtener la movilidad de sus nuevos brazos ha sido prolongado. Acude a fisioterapias de manera constante, y él considera que esto le ha traído avances. Menciona:

Yo empecé a mover primero el gordito, el pulgar, del codo hacia abajo (se señala el brazo) ya vamos como unos 20 centímetros, ya vamos aquí ya yaya de aquí ya la ya de aquí ya ya todo esto ya lo siento ya aquí me pican y ya lo siento. Hago gimnasia también, me voy a las bicicleta hago brincos levanto muñe las manos levanto pelota, las más difíciles pues si han sido el un poco ahorita el esfuerzo de que ahorita pues ya al estar yo moviendo manos es este el estar forzando para tratar de cerrar, cerrar lo más que puedo los dedos.

La cita anterior muestra cómo un trasplante no puede ofrecer con tanta rapidez los resultados esperados por muchos (as). La creencia popular de que inmediatamente después de un trasplante se restablecerán las funciones orgánicas perdidas no resulta del todo cierta pues el trasplante implica un prolongado periodo de medicación, recuperación y seguimiento.

Otro elemento del testimonio de Gabriel, son las secuelas que le deja el trasplante. Él comenta que, a nivel orgánico:

Los nervios del trasplante ya este no no coincidieron al cien por ciento le tengo que identificar vía cerebro (se señala la cabeza) que estoy moviendo el pulgar o que estoy moviendo el índice que tengo moviendo el anular o el medio.

Es decir, su cerebro manda la señal de mover el pulgar pero se mueve el dedo índice o algún otro dedo. Los doctores comentan que entonces se habrá de llevar a cabo un proceso de reeducación con Gabriel para que sepa cómo ordenar sus movimientos. ¿Es por este tipo de características que el cuerpo después de un trasplante puede resultar extraño, ajeno? Este ejemplo se relaciona con lo que experimenta el bebé al percibir por primera vez las partes de su cuerpo, se habla

de un cuerpo fragmentado que sólo conforma su unidad (ilusoria e imaginaria) a través del ulterior estadio del espejo.

Otra secuela del trasplante son las restricciones en la vida cotidiana, como a Gabriel se le suministran inmunodepresores (medicamentos que anulan las defensas del organismo para que no rechace el órgano) debe evitar cualquier fuente de posibles infecciones; esto se ilustra en su siguiente enunciado: “No puedo estar mu en contacto con una persona que tenga gripa o algo porque eh yo con las defensas básicas, bajas yo me puedo enfermar”. Esto recuerda a lo que Freud (1929/2006) planteaba en su texto *Inhibición, síntoma y angustia* sobre el desvalimiento del ser humano, el cual hace que se eleve “la significatividad de los peligros del mundo exterior [...]refuerza el influjo del mundo exterior real” (p.80). Además, cuando habla de las dificultades de coordinación en sus extremidades tal vez sea el único momento donde aparece una sensación de extrañeza de intruso, en tanto que si fueran sus manos, podría moverlas o coordinarlas como lo había hecho antes.

Por último, la medicación post-trasplante que debe tomar Gabriel de por vida para evitar el rechazo del trasplante es sumamente costosa, su precio oscila entre los treinta mil y cincuenta mil pesos mensuales. Este gasto lo absorbe el hospital donde se realizó el trasplante, pero entonces podría preguntarse: ¿Por qué hace esto dicha institución? ¿Es una forma de conservar la prueba de una hazaña médica? ¿Es por altruismo? Además, ¿Qué pasa con quien no puede pagar esa cantidad de dinero?

4.3 Consideraciones ulteriores sobre los testimonios

Este apartado surge para lograr dos objetivos, el primero es mostrar las similitudes y diferencias que aparecen entre los testimonios. El segundo, es retomar las temáticas del discurso médico y el cuerpo desde el psicoanálisis para notar qué de eso se ilustra en los fragmentos testimoniales.

Respecto al primer objetivo, se establecerán vínculos primero entre los testimonios de María y Alicia, y después entre Gabriel Granados y la película “Las manos de Orlac”. Esto para enfatizar que a pesar de que existan variables similares, por ejemplo la parte del cuerpo trasplantada, el cómo se vivencia una experiencia de trasplante se convierte en algo muy particular y único. Finalmente, se intentará realizar una vinculación y diferenciación entre los cuatro testimonios.

Comenzando con los casos de María y Alicia, en sus fragmentos testimoniales se localizan algunos aspectos análogos. En primer lugar, los médicos que las atienden no les explican detalladamente su enfermedad. Al aparecer los síntomas orgánicos se les prescriben una serie de medidas y tratamientos, por ejemplo la instalación de un catéter para diálisis. Sin embargo, no existe una representación simbólica de la enfermedad, es por ello que María y Alicia, durante el periodo que permanecen en diálisis, se dedican a buscar una explicación para tal falla.

En diálisis, ambas padecen de algunas restricciones. Por ejemplo, en la ingesta de agua, pues sus riñones no pueden desecharla adecuadamente a través de la orina. También se les asigna una dieta (baja en sodio) que requiere un ajuste en la forma en cómo se alimentan. Por último, María y Alicia carecen de la posibilidad de salir frecuentemente a la calle o con sus amistades pues la diálisis se debe realizar varias veces al día en su casa.

Posteriormente, María y Alicia mencionan que al pasar a hemodiálisis experimentan efectos más desfavorables en su organismo, en sus palabras, “se acaban más rápido”. Además, la dependencia a una máquina representa un hecho difícil de digerir, pues pareciera tener una importante carga imaginaria.

Las madres de María y Alicia son personajes de radical importancia pues son ellas quienes las acompañan durante las consultas, propician el seguimiento de las prescripciones médicas y son la figura de apoyo más cercano a las hijas. Las madres de ambas expresan su afecto de tristeza por la enfermedad de sus hijas a través del llanto.

Del proceso de enfermedad emerge una preocupación constante en María y Alicia, lo económico. Hay que recordar que ambas son atendidas en un centro de salud pública y que los tratamientos y medicinas son de un costo considerable. Sin embargo, el hospital llega a absorber la mayoría de los gastos del trasplante.

No se especifica cómo o cuándo es que deciden inscribirse en la lista de espera por un trasplante, si es por una orden del médico tratante o algo que ellas solicitan. Sin embargo, en ambos casos cuando aparece la oportunidad del trasplante, las madres preguntan a las hijas si quieren que se les trasplante el riñón y ellas afirman que sí. Ambas ven la cirugía del trasplante como un medio que les permitirá salir de la hemodiálisis y así lograr un grado más alto de independencia.

En lo médico, ambos trasplantes resultan ser exitosos, no hay un rechazo inmediato del órgano. Sin embargo, meses después presentan complicaciones, en un caso generadas por un exceso de medicación, y en otro por la clausura de una vía uretral. Dichas problemáticas son tratadas por los y las médicos (as), pero sólo en el caso de Alicia se puede contrarrestar el rechazo a través de una modificación en la dosis de los medicamentos.

Por último, conviene destacar cómo la figura de algunos (as) médicos (as) adquiere un cariz de acompañamiento para con las enfermas. El hecho de que se les explique en qué consiste el tratamiento o que se esté pendiente de los efectos de tales procesos hace que el (la) doctor (a) pueda ser un personaje que da soporte en la angustia que genera lo real para las enfermas.

Ahora bien, en cuanto a las diferencias entre los testimonios de María y Alicia el aspecto que más llama la atención es el apoyo social, las relaciones que se mantienen durante la enfermedad. Alicia es cuidada no sólo por su madre sino por sus hermanos, tías, primos, es decir, a pesar de que la enfermedad le produce limitaciones sigue estando en contacto con otras personas. Al contrario, María reduce su círculo relacional sólo a su madre. Por ejemplo, cuando se entera de su enfermedad no le cuenta a sus abuelos maternos y menciona que sus amigas se alejan de ella. María no tenía ganas de salir durante su enfermedad ni expresar sus afectos con alguien más que no sea su madre.

Alicia también expone el apoyo en una ideología a la que no alude María, la religión. Cuando las opciones se limitan o ella no puede tener control sobre lo que ocurre dice ponerse en manos de Dios. Así mismo, cuando busca la explicación de su enfermedad llega a la conclusión de que es una prueba que Dios le ha mandado. Mientras que María no menciona este aspecto. Lo anterior puede conducir a formular que el apoyo social y espiritual tiene fuertes implicaciones en cómo se subjetiva un trasplante. Como ya se ha mencionado, el trasplante es un acontecimiento social que no sólo atañe al sujeto sino a aquellos otros que lo rodean.

Por último, se observa cómo el trasplante representa un gran cambio pero esto sólo para Alicia. Ella dice tener otra oportunidad de vida, ahora se siente mejor después de haber abandonado los tratamientos de diálisis y hemodiálisis. En el caso de María, ella menciona que debido a las complicaciones orgánicas que ha

tenido después de su trasplante, las cosas no han cambiado mucho respecto del periodo de enfermedad.

Ahora, se pasará al segundo momento de este apartado el cual intenta contrastar el testimonio de Gabriel y el caso mostrado en la película "Las manos de Orlac". Si bien esta última se trata de una producción fílmica no real, puede ser un ejemplo de las condiciones en las que se realiza un trasplante, una ficción que denota algo de verdad. Las similitudes entre ambos casos estriban en que se trata de hombres quienes después de sufrir un accidente y perder sus extremidades superiores, reciben un trasplante de manos a partir de donador cadavérico, la cirugía aunque pionera, resulta ser un éxito médico.

Respecto a las diferencias, Gabriel permanece varios meses sin sus brazos. Es decir, existe una adaptación a esa nueva condición de discapacidad, por ejemplo, cuando menciona que empieza a escribir en la computadora con sus muñones. Esto no se presenta en el caso de Orlac pues la premura de la esposa y el doctor hacen que se omita ese periodo de falta donde posiblemente pudiera emerger el deseo por unas nuevas manos. Es como si no le dieran la oportunidad a Orlac de lidiar con esa circunstancia orgánica, cómo si no lo creyeran capaz de superar tal catástrofe.

En la película, Yvone la esposa de Orlac es la que demanda el trasplante pues Orlac se encuentra en un estado de gravedad e inconsciencia donde no puede decidir. En cambio, Gabriel es quien pide a su familia que le den la oportunidad de hacerse esa cirugía, a pesar de los riesgos implicados, él quiere intentarlo.

En el caso de Orlac el trasplante aparece como un secreto algo que el médico y la esposa le ocultan para que no tenga que lidiar con las dificultades y fantasmas que acarrea tal procedimiento. Muy al contrario, en el testimonio de Gabriel se observa cómo hay un flujo grande de información, se le dice cómo se llevará a

cabo la cirugía, en cuánto tiempo, los efectos secundarios y riesgos, el proceso de rehabilitación, entre otros.

Gabriel sabe algo sobre la identidad del donador (la profesión), sin embargo, no hay más curiosidad, él no busca conocer algo más. Mientras que Orlac se dedica a investigar las razones por las cuáles fue ejecutado su donador, esto después de recibir una pista que le deja el asesino Vasseur en su cama.

Los otros, familiares, esposa, médicos, emiten palabras de apoyo que intentan sosegar los fantasmas que aparecen en torno al donador, procurando una integración de las nuevas extremidades al sujeto. En el caso de Orlac, el médico le comenta que con fuerza de voluntad logrará integrar esas manos a su persona, y en el testimonio de Gabriel es su hijo quién le asegura la pertenencia de las nuevas manos.

Finalmente, pareciera que en ambos casos las manos pueden ser integradas a la imagen corporal de los sujetos. En el caso de Orlac después de una larga travesía que indica la inocencia del donador. En el testimonio de Gabriel ocurre después de realizada la cirugía y se logra luego de una ardua rehabilitación donde sus manos comienzan a obedecerle.

En el tercer momento de este análisis, se mostrarán una contrastación entre los cuatro testimonios presentados. Una primera particularidad refiere a que, en el caso de María, Alicia y Jean-Luc aparece una enfermedad y en Gabriel lo que ocurre es un accidente. El diagnóstico y el accidente son conocidos por el sujeto de manera repentina. Sin embargo, en la enfermedad pueden vislumbrarse señales que indican la falla del organismo. Por ejemplo, Jean-Luc menciona que experimentaba quiebres en el ritmo cardíaco desde hace algún tiempo. A diferencia de del testimonio de Gabriel donde todo ocurre en cuestión de segundos, tal como redactaba Freud al respecto de las neurosis traumáticas.

En los cuatro testimonios se observa cómo los (las) médicos (as) hacen uso de términos discursivos que resultan ininteligibles para el (la) paciente, y que cuando él o ella logran conocerlos pueden incluso alienarse en ellos. Aparece en María la palabra “uretero”, en Alicia “creatinina”, en Jean-Luc “las extrasítoles” y en Gabriel la premura por la inserción de las nuevas manos.

En los casos de María y Alicia, la hemodiálisis trae consigo una serie de creencias sobre la dependencia hacia las máquinas. Aspecto que también retoma Jean Luc pero para reflexionar sobre los nuevos recursos médicos y otros tópicos. Como él afirma: “me volvió más atento a todos los fenómenos de la gigantesca interconexión técnica -pero también social, económica y cultural- en la que nos encontramos” (Rey, 2012, párr. 17).

En cuanto a la espera por el trasplante suelen aparecer afectos como la desesperación, la impaciencia pero también la culpa porque se sabe que la muerte de una persona es la única vía de tener el órgano que se necesita. Esto aparece en el caso de Gabriel que no sabe cuándo llegarán finalmente sus nuevas manos. También en el testimonio de Alicia, su madre comenta que Dios le dio otra oportunidad y le gustaría que la aprovechara pues una mujer perdió a sus dos hijos, para que Alicia pudiera tener un riñón.

La cirugía acontece y en los cuatro testimonios pareciera que no hay complicaciones inmediatas de gravedad por las cuales preocuparse. Sin embargo, María, Alicia y Gabriel evidencian cómo se esperan resultados rápidos, incluso inmediatos del trasplante, evidenciando quizás algunas creencias imaginarias en la dicha cirugía. Los injertos de María, Alicia y Jean-Luc funcionan rápidamente, sin embargo, en el caso de Gabriel él tendrá que pasar por un proceso de rehabilitación de varios meses antes de poder tener control sobre sus manos.

Después del trasplante hay algunas posibilidades, por ejemplo Alicia ya puede tomar agua, cosa que anhelaba; a María le comentan los doctores que pronto

podrá estudiar o hacer lo que ella quiera. Sin embargo, en el caso de Gabriel, al principio se topa con un acontecimiento inesperado, el peso de sus manos al que ya no estaba acostumbrado.

Por último, respecto a la medicación y las medidas pos-trasplante para Alicia y Gabriel representan un pequeño precio a pagar que no se compara con las oportunidades brindadas por el trasplante. Ella y él acatan las restricciones de cuidarse de posibles contagios e infecciones. Sin embargo, para Jean- Luc representan una serie de coartaciones que ponen en entredicho su libertad, su identidad, por ello tiene que hablar de sobrevivencia y no de una vida, la que tenía antes de estar enfermo, antes de haberse vuelto dependiente de una serie de medios técnicos. En María aparece un factor de complicación y es el rechazo del órgano, se encuentra preocupada por eso y se refugia en la relación con su madre para poder sobrellevar el suceso.

A manera de conclusión se dirá que la experiencia del trasplante se ve influida por una serie de variables médicas, económicas y sociales, pero sobre todo, por cómo cada persona subjetiva ese procedimiento. Así, existe quien da énfasis al proceso de enfermedad, otros aluden más a la cirugía del trasplante y en algunos casos lo que origina una serie de reflexiones son las circunstancias en que se vive después de tal experiencia. Por lo tanto, las coordenadas particulares son las que dan cuenta de un trasplante.

Ahora que se tiene un bosquejo general de lo ocurrido en los testimonios es necesario mostrar cómo estas enunciaciones se hilan con la concepción que se tiene sobre el cuerpo desde el psicoanálisis. Es decir, se busca discutir la teoría, ver qué de ella se ratifica en el testimonio y qué cosas llevan a llevar al límite y hacen necesario su replanteamiento.

Un primer elemento a retomar es la imagen corporal que emerge en el estadio del espejo. Lacan menciona que el ser humano nace precario y fragmentado y será

sólo a través de su imagen especular que alcanzará una supuesta unidad. Sin embargo, ahí emerge la discordancia fundamental entre lo que el sujeto ve externamente y lo que siente internamente. En los testimonios esta discordancia se observa cuando aparecen los síntomas orgánicos de la enfermedad. Por ejemplo, María, Alicia y Jean-Luc tienen la misma apariencia, su imagen corporal no ha cambiado, sin embargo, presentan vómitos, cansancio o falta de aire. Así, la imagen en el espejo no da cuenta del malestar orgánico que les acaece.

De igual manera, la diferencia entre lo que se observa y lo que se siente aparece después de que se ha recibido un trasplante. En el caso de Gabriel se pensaría que él ya podía hacer uso de sus manos, puesto que ya estaban unidas a su cuerpo. Sin embargo, él siente que le pesan mucho y hay músculos que no puede controlar. Sus extremidades aún no le obedecen del todo, tal como ocurre cuando el (la) recién nacido (a) no puede controlar su cuerpo.

Es así que resulta importante plantear esta diferencia entre la unidad corporal aparente y lo que el sujeto experimenta de manera particular sobre el real de su cuerpo. Es una diferencia entre el organismo y el cuerpo, o como le llama Dolto, entre esquema corporal e imagen inconsciente del cuerpo.

Siguiendo con el tema del estadio especular, Lacan menciona que el espejo no es aquel objeto liso y plano, sino que es el otro, más específicamente la palabra del otro, que ratifica la imagen del sujeto. Por lo tanto, en la situación del trasplante, las observaciones de esos otros, amigos (as), familiares, doctores (as), que rodean a quien ha recibido un nuevo órgano parecen ser de gran importancia. Concretamente, pensemos cuando el hijo de Gabriel le dice a su padre que se grabe bien que desde el trasplante esas son sus manos, ya no del donador o de alguien más. En este sentido, el hijo corrobora al sujeto, su cuerpo.

Lacan también menciona que el otro es quien originalmente permite conformar el deseo del sujeto, un deseo naciente. Por ejemplo, cuando Jean-Luc menciona que

se inscribirá en la lista de espera sólo a condición de que sus familiares estén de acuerdo, como él, en que se realice el trasplante. También esto se nota cuando la madre y el tío de Alicia la motivan a que se haga los procedimientos de diálisis o hemodiálisis, hacen que se sostenga un deseo de vivir.

Sin embargo, la importancia del otro entraña el peligro de la alienación, así, el deseo del otro se puede transformar en el deseo del sujeto. Por ejemplo, cuando Alicia no quiere nada artificial pues su madre en un primer momento no aceptaba que le pusieran un riñón artificial (diálisis). Ahora bien, Lacan menciona que la madre no sólo es un otro sino el Otro primordial con el que se da una identificación primitiva. Quizá por ello las expresiones y afectos de la madre juegan un papel preponderante en los testimonios de María y Alicia. Por ejemplo, recordemos cuando María se siente feliz después del trasplante y al ver a su madre llorando ella se pone triste.

Después de que el sujeto ha construido su imagen a partir de la palabra del otro, Lacan señala que se da una estructuración imaginaria del yo que será molde y prototipo de la realidad y de los futuros objetos. Por ello tales objetos tienen un carácter antropomórfico narcisista. Esto se relaciona con los trasplantes cuando por ejemplo mujeres que han recibido un riñón mencionan que ese órgano es su bebé, un ser a semejanza de ellas que pueden conservar dentro de su cuerpo. Si bien esta situación particular no se encuentra en los testimonios sería interesante ahondar en cómo partes del cuerpo, órganos, se erigen como objetos narcisistas del sujeto.

Una etapa necesaria para reconocerse como cuerpo, según Lacan, es la separación de la consciencia respecto al cuerpo, como si fuera necesario despegarse de él para poder enunciarlo. Esto quizás pueda verse ilustrado cuando Jean-Luc (2007) “yo’ soy porque estoy enfermo [...] pero el que está jodido es ese otro, mi corazón” La diferencia enunciativa entre “yo” y “mi corazón” o “unas

manos” o mis manos” muestra probablemente esta reflexión sobre el propio cuerpo, sobre la pertenencia que el sujeto tiene de él.

Lacan también señala que el sujeto puede conocer mejor el cuerpo a partir de las manifestaciones del inconsciente, en los lapsus, chistes, sueños, pero también en las imágenes simbólicas y condensadas de los dibujos. Por ejemplo, el caso mencionado en la página 245 sobre el niño con insuficiencia renal que esquematiza su cuerpo como una serie de tuberías tapadas y descompuestas.

Aquí conviene recalcar que el cuerpo se encuentra en sus tres dimensiones real, imaginaria y simbólica. Primeramente, lo real constituye ese límite del cuerpo, esos acontecimientos orgánicos desmesurados que no pueden ser plasmados en el testimonio de quien ha recibido un trasplante. Menciona Lacan que es más cerca de este registro donde se presentan las afecciones psicósomáticas y las psicosis, lo cual no aparece en los testimonios del presente trabajo.

Respecto del cuerpo en el plano imaginario, Lacan menciona que se vuelve un elemento ineludible algo que medía el paso de lo real a lo simbólico. Pensemos en las producciones fantasmáticas que aparecen después del trasplante. Por ejemplo, en el caso de Orlac la imagen de un donador asesino que ha dejado su esencia y preferencias en las manos trasplantadas. O la fantasía de Alicia que inmediatamente después del trasplante podrá tomar agua, tener un cuerpo saludable. Esos elementos aparecen en la palabra, en la historia del cuerpo que narra cada sujeto en su testimonio.

Ahora bien, el cuerpo del plano simbólico es un cuerpo de palabras capaz de ser expresado a través de metáforas. Por ejemplo, Jean-Luc (2007) para hablar de su corazón dice: “sentía las palpitaciones [...] como la caída de una piedra en el fondo de un pozo” (p.18). También, cuando habla del trasplante que ocurre en su cuerpo menciona: es “la imagen de un pasaje a través de la nada, una salida hacia un espacio vaciado de toda propiedad o toda intimidad” (p.27). Lo anterior son

metáforas que intentan dar cuenta de un acontecimiento en el organismo, palabras que muestran los efectos y afectos vividos en el cuerpo simbólico después de un encuentro con lo real.

A pesar de que el otro tenga una importancia radical para la conformación de la imagen corporal y de que ello supone un riesgo de alienación, será a través de la anudación de los tres registros y sobre todo de la historización del cuerpo que el sujeto podrá hacer emerger las pequeñas diferencias, su particularidad en la relación que mantiene con su cuerpo. Lo que hace que a pesar de que las circunstancias contextuales sean muy similares (como los casos de María y Alicia) tengan efectos diferentes en cada una.

Lacan menciona que lo orgánico, lo real del cuerpo es el material del cual emanan significantes. En el caso de los infantes, sus primeras necesidades fisiológicas como la alimentación o la expulsión de desechos corporales son lo que después de pasar por el imaginario se convierten en un significante. En el caso del trasplante, se pudo observar cómo una intervención quirúrgica en lo real deviene en un testimonio, o por ejemplo, que la hemodiálisis pueda ser nombrada como la máquina que chupa la sangre o que se lleva la vida, algo que acaba el cuerpo, etc.

Por último, un elemento teórico que se aclara con los testimonios de esta investigación es la temporalidad del estadio del espejo. Es decir, dicha etapa no se ve circunscrita a una edad particular en la infancia sino que, como menciona Lacan, existe una constante reintroyección y reasunción de la imagen especular. Por ejemplo, en el caso de Gabriel el primer cambio especular que tuvo fue asumir su figura sin sus manos. Posteriormente, tuvo que integrar a la imagen esas nuevas manos que si bien tienen una anatomía similar no son iguales en el color de la piel o en su longitud exacta.

Lo anterior ha logrado señalar algunos vínculos existentes entre la teoría psicoanalítica y las enunciaciones de sujetos que han recibido un trasplante. No

obstante, se conoce muy bien que tales coordenadas no representan la totalidad de las ilaciones que pueden devenir de los testimonios. Se trata sólo de algunos puntos que posiblemente en un futuro puedan devenir en problematizaciones más puntuales e investigaciones más extensas. Sin embargo, este es un comienzo.

Después de haber realizado las contrastaciones testimoniales y teóricas conviene dar paso a los apartados finales de esta investigación, la conclusión y la discusión para saber si los objetivos de la investigación fueron logrados y de qué manera.

CONCLUSIONES

El propósito de este trabajo fue conocer la relación que el sujeto mantiene con su cuerpo después de una experiencia de trasplante. Si bien tal tópico resulta inasible si se pudieron vislumbrar algunos destellos y datos que muestran una modificación en tal relación. Primeramente, se observa cómo una enfermedad o accidente hace que el sujeto noté una parte del cuerpo de la que anteriormente no tenía noticia. Es como si se diera por hecho que las partes del cuerpo funcionan y al aparecer la enfermedad se requiriera un nombre, una historia, para tal órgano.

Existe una añoranza por el cuerpo “sano” aquel que brindaba una gran cantidad de posibilidades antes de la enfermedad o accidente. El sujeto en ese periodo se ve sometido a una serie de medidas y prescripciones médicas que hacen del cuerpo un organismo transparente a través de estudios de laboratorio, traducido en imágenes y números. Un cuerpo cosificado, sometido a cirugías y tratamientos dolorosos, pero sobre todo dependiente de cuidados especializados, medicamentos y máquinas.

El periodo después de saber el diagnóstico o recuperarse del accidente pareciera tener una función importante pues el sujeto tiene el tiempo de buscar y crear una representación o teoría que explique su padecimiento corporal. Algo que de sentido a la precariedad y la mortalidad que representa un padecimiento orgánico.

Posteriormente aparece la posibilidad del trasplante de un órgano o extremidad que alimenta la idea de una recuperación. Es en este periodo donde tal recomendación médica se puede convertir en un deseo propio del sujeto. Para ello será necesaria la inscripción en la lista de espera y aguardar el momento en que se presente un donador, deseando que cuando éste llegue el cuerpo no se haya

deteriorado en demasía y no aparezca un sentimiento de culpa por desear la muerte de alguien para seguir viviendo.

Después de que es realizada la cirugía del trasplante el sujeto, en algunos casos, desea ver inmediatamente reflejados en su cuerpo los efectos del procedimiento. Sin embargo, será sólo después de algunas horas, días, e incluso meses (dependiendo del tipo de trasplante) que ello se logrará.

Los cuidados y medicación pos-trasplante permanente que se requiere para evitar el rechazo del órgano puede ser vista como algo problemático o un pequeño precio a pagar en aras de una mayor autonomía, esto dependiendo de la particularidad del caso. Sin embargo, lo que vale la pena recalcar es que el cuerpo después del trasplante no es el mismo que era antes, existen cicatrices, marcas, funciones y deficiencias orgánicas que requerirán ser nombradas y subjetivadas para dar cuenta de un acontecimiento de trasplante.

La imagen especular del cuerpo se ve modificada principalmente en el caso del trasplante de órganos externos pues la configuración unitaria que se tenía aparece pero con otros matices, por ejemplo otro color de piel, la longitud o características de las extremidades, etc.

Finalmente, esta relación del sujeto con su cuerpo se verá atravesada por una serie de discursos, el médico, del estado, del otro. Sin embargo, es cada sujeto a partir de las variantes particulares en las que se encuentra quien determinará qué retoma de tales enunciaciones para explicar lo que ocurre en su cuerpo.

A continuación, se hablará de algunas limitantes y vertientes que emergieron y se fueron dibujando al realizar esta investigación.

En cuanto a las limitantes, la principal es que la mayoría de los testimonios no son de carácter público, por lo tanto el acceso de otros (as) investigadores (as) a las enunciaci3nes de los sujetos es muy reducida. Sin embargo, la posibilidad de nuevas lecturas de los fragmentos testimoniales presentados puede ser una vía que contrarreste tal limitaci3n.

En segundo lugar, el método a través del cuál se realizó el análisis de los testimonios podría ser más detallado y especificado para formalizar tal metodología en la investigaci3n psicoanalítica. Si bien la funci3n del testimonio busc3 ser esbozada la profundizaci3n en el tema podría producir artículos más extensos que lo aborden desde diversas t3picas.

Respecto al tema de investigaci3n, al recabar los testimonios se encontraron variables que no habían sido consideradas al inicio de este trabajo, por ejemplo, la importancia del apoyo familiar, de esos otros que rodean a quien recibe un trasplante. También la influencia de la relaci3n madre-hija y la cuesti3n monetaria inmiscuida en el tratamiento de trasplante.

Considero que un estudio que resultaría de gran importancia sería uno que pudiera dar seguimiento a los sujetos que brindan aquí su testimonio, es decir, un trabajo que de cuenta de los efectos subjetivos del trasplante a mediano y largo plazo. Ver cómo un acontecimiento se transforma partir de la enunciaci3n a lo largo del tiempo. Asimismo, saber si se cumplieron las expectativas de los (las) pacientes y cómo viven algunos años después del trasplante.

REFERENCIAS

- Abc (2014). Realizado con éxito un trasplante de útero en nueve mujeres que permitirá su maternidad. *Abc.es*. Recuperado de: <http://www.abc.es/salud/noticias/20140115/abci-trasplante-utero-201401142138.html>
- Agamben, G. (2000). *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo*. España: Pre-textos.
- Aliani, N. (2010). *Psicopatología, medicina y psicoanálisis*. Argentina.
- Almaha, E. (s.f). Retablitos y milagritos. *Rituales ocultos*. Recuperado de: <http://ritualesocultos.blogspot.mx/2012/03/los-retablitos-y-milagritos.html>
- Artist with scalpel and brush. (2003). *Higher Education*. Recuperado de: <http://www.timeshighereducation.co.uk/features/artist-with-scalpel-and-brush/176216.article>
- Beard, R. (2012). Entrevista: Robert Hardgrave. *Cltra Cictva*. Recuperado de: <http://culturacolectiva.com/entrevista-robert-hardgrave/>
- Becker, A. (2006). Exterminios. El cuerpo y los campos de concentración. En En A. Corbin, J.-J. Courtine, & G. Vigarello, *Historia del cuerpo. Las mutaciones de la mirada. El siglo XX* (Vol. III, pp. 29-81). Madrid: Taurus.
- Bleichmar, S. (2006). *La deconstrucción del acontecimiento*. Buenos Aires: APA editorial. Recuperado de: http://www.silviableichmar.com/actualiz_07/la_desconstruccion_del_acontecimiento.pdf
- Braunstein, N. (2008). Las memorias de los analizantes ¿qué representa el psicoanalista? *Acheronta*(25), 12 [Sumario] Recuperado de: <http://www.acheronta.org/acheron25.htm>
- Brodsky, G. (s.f). *Verdad y mentira*. Asociación Mundial de psicoanálisis. Recuperado de: <http://www.wapol.org/es/articulos/TemplateArticulo.asp?intTipoPagina=4&int>

Edicion=2&intIdiomaPublicacion=1&intArticulo=1804&intIdiomaArticulo=1&intPublicacion=13#notas

- Burgos, C. V., Amador, A. A., y Ballesteros, d. V. (2005). *Calidad de vida en pacientes con trasplante de hígado*. Colombia: Pontifica Universidad Javeriana. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v6n2/v6n2a16.pdf>
- Butler, J. (2008). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del 'sexo'*. Buenos Aires: Paidós.
- Camus, A. (1995). *La peste*. España: Sudamericana.
- Carrión, R. (12 de Julio de 2011). Logran en Valencia el primer trasplante doble de piernas. *ABC*. Recuperado de <http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/2011/07/12/048.html>
- Carrizo, R. (27 de Mayo de 2007). El vacío legal en muchos países hace posible el 'turismo de trasplante'. *El pais.com*. Recuperado de: http://elpais.com/diario/2007/05/27/domingo/1180237955_850215.html
- Casas, M. D. (Abril-Junio de 2011). Bioética y el uso de las cosas abandonadas. *Detrasplantes*(28), 16-17.
- Catholic (2014). *Éxodo*. Recuperado de: <http://es.catholic.net/biblioteca/libro.phtml?consecutivo=232&capitulo=3067>
- CENATRA (2014). *Estadísticas*. Recuperado de: http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_estadisticas.html
- Cherem, A. (Productor), & Castro, V. (Director). (1990). *Trasplante a la mexicana* [Película]. México. Recuperado de: http://www.youtube.com/watch?v=we4h9s_XesU
- Clavreul, J. (1983). *El orden médico*. España: Argot.
- Clínica Cavadas. (2009). *Trasplante de manos*. Recuperado de: http://www.pedrocavadas.org/index_3_2.php
- CNN. (8 de Enero de 2011). Dos hermanas son liberadas de prisión para que una done un riñón a la otra. *CNN*. Recuperado de:

- <http://mexico.cnn.com/mundo/2011/01/08/dos-hermanas-son-liberadas-de-prision-para-que-una-done-un-rinon-a-la-otra>
- CNN. (23 de Febrero de 2011). Un hombre recibe dos corazones en un trasplante. *CNN*. Recuperado de: <http://mexico.cnn.com/salud/2011/02/23/un-hombre-recibe-dos-corazones-en-un-trasplante>
 - CNN. (23 de Marzo de 2012). China abolirá los trasplantes de órganos extraídos de reos ejecutados. *CNN México*. Recuperado de: <http://mexico.cnn.com/salud/2012/03/23/china-abolira-los-trasplantes-de-organos-extraidos-de-reos-ejecutados>
 - Colín, A. (2004). Duelo, maternidad y fecundidad. *Debate feminista*. (30), pp. 106-112. Recuperado de: <http://www.debatefeminista.com/PDF/Articulos/duelom959.pdf>
 - Cook, R. (1978). *Coma*. Argentina: Emecé. Recuperado de <http://www.widmo.net/Patrycja/eBook/ksi%B9%BFki%20i%20opowiadania/Robin%20Cook/Robin%20Cook%20-%20Coma.pdf>
 - De la mettrie, J.-O. (s.f.). *El hombre máquina*. Recuperado de: <http://thales.cica.es/rd/Recursos/rd99/ed99-0257-01/blametri.html>
 - De la Mora, R. I. (2008). Testimonios en psicoanálisis. *Acheronta*(25), 13 [Sumario] Recuperado de: <http://www.acheronta.org/acheron25.htm>
 - Derrida, J. (2001). El cine y sus fantasmas. *Cahiers du cinéma* (556). Recuperado de http://www.jacquesderrida.com.ar/textos/cine.htm#_edn1
 - De Zan, J. (2002). *Panorama de la ética continental contemporánea*. Madrid: Akal. Recuperado de: http://books.google.com.mx/books?id=t2j_A5dJabUC&pg=PA87&lpg=PA87&dq=freud+y+el+testimonio+zeugnis&source=bl&ots=P6tZWsm0TF&sig=qYWNueSGAsd41uSOL1VWkb6k2Ds&hl=es&sa=X&ei=hce5UrboDc3q2wX3jHwBA&ved=0CCkQ6AEwAA#v=onepage&q=testimonio&f=false
 - Dobrovsky, G. (2009). El fenómeno huésped. Vínculo y subjetividad en trasplante de órganos. *Revista del área de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la UdelaR* (Uruguay), V(13).

- Dolto, F. (1994). *La imagen inconsciente del cuerpo*. España:Paidós.
- Enciclopedia-jurídica. (s.f). *Falso testimonio*. Recuperado de: <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/falso-testimonio/falso-testimonio.htm>
- Europa Press. (24 de Enero de 2011). La supervivencia de un trasplante renal, mayor en España que en Estados Unidos. *Elmundo*. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/01/24/noticias/1295869275.html>
- Feld, C. (2006). El “rating” de la memoria en la televisión argentina. En N. Richard, *Políticas y estéticas de la memoria* (pp. 77-86). Chile: Cuarto propio. Recuperado de http://books.google.com.mx/books?id=7mmtrnDC91wC&pg=PA82&lpg=PA82&dq=felman+testimoniar&source=bl&ots=iUmco8ly__&sig=sUtBVlclGK7rpAmIXfdUffOxOKw&hl=es&sa=X&ei=dQLNUp25BPSrsQSY5YCoDQ&ved=0CCkQ6AEwAA#v=onepage&q=felman%20testimoniar&f=false
- Ferrer, I. (2009). *El país.com*. Recuperado de: http://elpais.com/diario/2009/02/16/necrologicas/1234738801_850215.html
- Flores, A. (s.f). Javier Sicilia: el silencio como resistencia. *Telecapita*. Recuperado de <http://www.telecapita.org/reportajes/entrevistas/javiersicilia.html>
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Argentina: Caronte Ensayos.
- Foucault, M. (2010). *El orden del discurso*. México: Fábula tusquets editores.
- Freud, S. (1893-95/1996). *Estudios sobre la histeria. Obras Completas Tomo II*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1900/2006). *La interpretación de los sueños (Continuación). Obras Completas Tomo V*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905/2006). *Fragmento de análisis de un caso de Histeria. Obras Completas Tomo VII*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1905/2006). *El chiste y su relación con lo inconsciente. Obras completas Tomo VIII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1909/2001). *A propósito de un caso de neurosis obsesiva. Obras Completas Tomo X*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1912/2006). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. Obras Completas Tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1912-13/1996). *Tótem y tabú y otras obras. Obras completas tomo XIII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915/2006). *Lo inconsciente. Obras Completas Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915/2006). *Introducción del Narcisismo. Obras Completas Tomo XIV*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (1920/1996). *Más allá del principio de placer. Obras Completas. Tomo XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926/2006). *Inhibición, síntoma y angustia. Obras Completas Tomo XX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- García, D. (2002). *La vivencia del trasplante de riñón en receptores del Instituto Nacional de Pediatría* (Tesis de maestría inédita). UNAM, D.f, México.
- García, E. (2009). *Repossession mambo*. Nueva York: Harper collins publishers. Recuperado de: <http://www.amazon.es/The-Repossession-Mambo-Eric-Garcia/dp/0061802832>
- García, E., y Lerner, G. (2009). *Repossession Mambo*. Estados Unidos.
- Global Observatory on Donation and Transplantation. (2012). *Data Reports*. Recuperado de: <http://www.transplant-observatory.org/pages/Data-Reports.aspx>
- Godefroy, H. (2011). El cuerpo síntoma de la adolescencia. *Logos & Ananke*, 201-207.
- Gómez de Silva, G. (1988). *Breve diccionario etimológico de la lengua española*. México: FCE.

- Hamelin, A. (Productor), & Mesmin, D. (Dirección). (2009). *Riñón a la Venta* [Película]. Francia.
- Hardgrave, R. (2009). *Canvas Episode 8: Robert Hardgrave* [video]. Recuperado de <http://www.youtube.com/watch?v=gDrkT36cMcA>
- Hassett, M. (s.f). Enciclopedia católica online. *Ecwiki*.. Recuperado de: <http://ec.aciprensa.com/wiki/M%C3%A1rtir#.Urjh3NLuJe->
- Hofstein, F. (2006). *El amor del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Huarte, E. (24 de Enero de 2012). Es una técnica muy fácil que la puede hacer cualquiera tras unas clases de unos días. *La rioja*. Recuperado de: <http://www.larioja.com/v/20120124/rioja-region/tecnica-facil-puede-hacer-20120124.html>
- Junco, A., Rosas, C. y Ferrari, M.J. (2001) *Síntomas psicopatológicos en la donación y trasplante de órganos*. (Equipo de Trasplante Renal del Hospital Argerich). Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/2001/suple/psico/01-06/01-06-14/psico01.htm>
- Klein, M. (1930). *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo*. Recuperado de: <http://www.elortiba.org/mklein/melanie.Klein.6.12.htm>
- Klein, P. (2013). *Estereotipos de la cultura popular urbana en las sexicomedias del cine mexicano* (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Querétaro, México. Recuperado de: <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/243/1/RI000002.pdf>
- Kuri, C. (s.f). *Psicoanálisis y escritura*. *Instituto de estudios críticos*. Recuperado de: <http://17edu.org/quienes-somos/17-en-los-medios/338-picoanalisis-y-escritura>
- Lacan (1953/2013). *Lo simbólico, lo imaginario y lo real*. Recuperado de: <http://analiz-arte.blogspot.mx/2009/03/rsi-8-julio-1953-jacques-lacan.html>
- Lacan, J. (1953-54/2004). *Seminario 1. Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires: Paidós.

- Lacan, J. (1954-55). *Seminario 2. El yo en la teoría de Freud*. [Versión electrónica]
- Lacan, J. (1955-56/2009). *Seminario 3. Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1956-57/2001). *Seminario 4. La relación de objeto*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1958-59). *Seminario 6. El deseo y su interpretación*. [Versión electrónica]
- Lacan, J. (1960-61/2009) *Seminario 8. La transferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1962-63/2009). *Seminario 10. La angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1964). *Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales*. [Versión electrónica]
- Lacan, J. (1966/2008). *Psicoanálisis y medicina*. El psicoanalista lector
Recuperado de:
<http://elpsicoanalistalector.blogspot.mx/2008/05/jacques-lacan-psicoanlisis-y-medicina.html>
- Laqueur, T. (1990). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Valencia: Cátedra.
- Lanzmann, C. (Director). (1985). *Shoah* [película]. Francia. Recuperado de:
<http://www.youtube.com/watch?v=-5p6rZ3rNKE>
- Le breton, D. (1994). Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia. *Revista española de investigaciones sociológicas*, pp. 197-210. Recuperado de:
http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_068_11.pdf
- Leclaire, S. (2000). *Escritos para el psicoanálisis I*. Buenos Aires: Amorrortu.
- León, H. (31 de Marzo de 2014). Al mejor postor: la venta de órganos, un negocio lucrativo. *Avanzada*. Recuperado de:
<http://www.diarioavanzada.com.mx/index.php/especiales/5800-al-mejor-postor-la-venta-de-organos-un-negocio-lucrativo>
- Leserre, A. (2001). La elaboración del testimonio. *Virtualia*, 2-5. Recuperado de:
<http://virtualia.eol.org.ar/002/notas/leserre-01.html>

- Levi, P. (1986). *Los hundidos y los salvados*. Barcelona: Personalia de Muchnick editores.
- Levi, P. (2002). *Si esto es un hombre*. Barcelona: Muchnik.
- Levi, P. (2005). *La tregua*. Barcelona: El aleph.
- Ley General de Salud. (2012) *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de: <http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/dgsst/normatividad/142.pdf>
- López, R. (2004). Para no olvidar el comentario de texto. *Affectio Societatis* (7), 1-8. Recuperado de: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/articulo/viewFile/5375/4727>
- Lovecraft, H. (1926). *El extraño*. Recuperado de: http://www.ciudadseva.com/textos/cuentos/ing/lovecraft/el_extrano.htm
- Lucas, G. (2004). *Why I wore lipstick to my mastectomy* [Por qué uso lápiz labial para mi mastectomía]. Nueva York: St. Martin Press
- Luque, V. E., Barroso, O. R., López, V. M., Alapont, A. M., Alconche, I. C., Torres, J. M., y otros. (2001). Diálisis peritoneal, la realidad subjetiva de convivir con una enfermedad crónica. *Revista social española de enfermería y nefrología* (13), 12-17.
- Mannoni, O.(1990). *La otra escena. Claves de lo imaginario*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Márquez, J. (Enero-Abril 2012). Presentación del dossier “Cuerpo, enfermedad, salud y medicina en la historia”. *Historia Crítica*. (46), pp.11-16. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/811/81123217002.pdf>
- Martínez, F. (2000). *Muerte y sociedad en la España de los Asturias*. España:Cuenca. Recuperado de: http://books.google.com.mx/books?id=AgSYLfpvJQoC&pg=PA19&lpg=PA19&dq=aries+muerte+salvaje&source=bl&ots=RCmZe2r9qB&sig=wXL8w6VwyTWDrlg7_cUgTqzfGpw&hl=es&sa=X&ei=gpRuU-WaL86DogT164HwDA&ved=0CCgQ6AEwAA#v=onepage&q=aries%20muerte%20salvaje&f=false

- Martínez, M. (2009). El cuerpo vulnerado. *Artefacto*. Recuperado de: http://www.revista-artefacto.com.ar/pdf_textos/49.pdf
- Miller, J.-A. (2003). *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Morel, G. (2001). La melancolía del testigo: la impotencia de las palabras, el poder de las imágenes. *Acheronta*, 217-228. Recuperado de <http://www.acheronta.org/pdf/acheronta13.pdf>
- Moulin, A. M. (2006). Le corps face á la médecine. En C. J. Corbin A., *Histoire du corps* (Vol. III, págs. 16-69). París: Seuil.
- Nancy, J.-L. (2007). *El intruso*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Nasio, J. D. (2001). *Los más famosos casos de psicosis*. Buenos Aires: Paidós
- Nasio, J. D. (2006). *Los gritos del cuerpo. Psicósomática*. Buenos Aires: Paidós.
- Nota sobre los testimonios. (s.f). En *Imagoagenda.com*. Recuperado de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1638>
- Oceano Grupo Editorial. (1996). *Diccionario Enciclopédico*. España: Oceano.
- Ogawa, Y. (Junio de 2004). El anular. *Litoral* (34), 1-53.
- Orozco, M., Quiroz, J., Gamboa, F. Alcalá, M. y Pavón-Cuéllar, D. (2013). La ceguera de quien ve lo que no responde a sus expectativas: indicios discursivos de un acontecimiento inanalizable. En I., Parker y D. Pavón-Cuéllar. *Lacan, discurso, acontecimiento* (pp. 275-288), México: Plaza y Valdés.
- Orret, C. D., & Trujillo, R. M. (2006). Aplicación de criterios ampliados para la valoración de riñones obtenidos de cadáveres. *Revista Cubana de Cirugía*. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol45_3_06/cir11306.html
- Pacheco, L. (2010). *El sexo de la ciencia*. México: Juan Pablos Editor.
- Park, M. (27 de Marzo de 2012). Médicos de Estados Unidos realizan un trasplante de cara en 36 horas. *CNN México*. Recuperado de:

<http://mexico.cnn.com/salud/2012/03/27/medicos-de-estados-unidos-realizan-un-trasplante-de-cara-en-36-horas>

- Parker, I. (2003). Psychoanalytic Research. How to locate subjectivity in contemporary culture. [Investigación psicoanalítica. Cómo localizar la subjetividad en la cultura contemporánea]. *Interacoes*, III (16), 13-35. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/354/35401602.pdf>
- Parr, E. (2002). *Vivir un trasplante de órgano. Una guía práctica para comprender y prepararse*. España: Paidós.
- Pintores y trasplantes (2010). *Revista de la facultad de medicina*, UNAM. 53(4), 49. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2010/un104j.pdf>
- Peusner, P. (s.f). Nota sobre los testimonios en psicoanálisis. *Imago Agenda*. Recuperado de: <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1638>
- Posada, P. (1999). Saber y verdad. *Affectio Societatis*(3), 1-13. Recuperado de: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/articloe/view/5426/4779>
- Prado, A. (11 de Abril de 2012). Desesperado paciente solicita donador de riñón mediante carteles. *Quadratin.com*. Recuperado de: <http://www.quadratin.com.mx/sucesos/Desesperado-paciente-solicita-donador-de-rinon-mediante-carteles/>
- Rey, P. (14 de Diciembre de 2012). Nunca tuve gran cosa que elegir en la vida. *La nación*. Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/1536317-nunca-tuve-gran-cosa-que-elegir-en-la-vida>
- Rocca, C. (2008). Reflexión acerca del dolor como un exceso de energía libidinal. *Página 12*. Recuperado de: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/21-13276-2008-04-24.html>
- Rocha, D. (2011). *Dinastías en deconstrucción. Leer a Derrida al hilo de la soberanía*. Madrid: Dickinson. Recuperado de

- http://books.google.com.mx/books?id=1c9SNlvuJF4C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Rodríguez, R. (19 de Enero de 2012). IMSS logra récord en trasplante de corazón. *El Universal*. Recuperado de: <http://www.eluniversal.com.mx/notas/823778.html>
 - Romero, R. (2011). Adiós al altruismo, adquiera su órgano. *Detrasplantes* (28), pp. 20-21. Recuperado de: http://www.cenatra.salud.gob.mx/descargas/contenido/revista_trasplantes/DETRASPLANTES28.pdf
 - Roudinesco, E. (1998). *Diccionario de Psicoanálisis*. España: Paidós
 - Ruitenbeek, H. (1973). *Psicoanálisis y literatura*. México: Fondo de cultura económica.
 - Salud (25 de Agosto de 2010). Venta de órganos humanos problema mundial. *Salud180.com*. Recuperado de: <http://www.salud180.com/inicio-noticias/venta-de-organos-humanos-problema-mundial>
 - Sample, I. (19 de Septiembre de 2006). Primer trasplante de pene en el mundo. *Clarín.com*. Recuperado de: <http://edant.clarin.com/diario/2006/09/19/sociedad/s-03301.htm>
 - Seligmann, M. (2007). El testimonio y la política de la memoria: en el tiempo posterior a las catástrofes. *Nestorbraunstein*. Recuperado de <http://nestorbraunstein.com/escritos/index.php?blog=1&p=111&more=1&c=1&tb=1&pb=1>
 - Silverberg, R. (1972). Trasplante obligatorio. En I. Asimov, C. Waugh, & M. Greenberg, *Trasplante obligatorio. La biología en la ciencia ficción* (pp. 1-13). España: Martínez-Roca.
 - Spurling, L. (1995). Winnicott y el rostro de la madre. *Revista AP de Ba*, XVII (3), 665-673.
 - Tabarrok, A. (9 de Enero de 2010). El mercado de la carne. *El instituto independiente*. Recuperado de: <http://www.elindependent.org/articulos/article.asp?id=2706>

- Tapia, C. (24 de Octubre de 2013). Nunca se hará un trasplante de cerebro. *Diario de León*. Recuperado de http://www.diariodeleon.es/noticias/leon/nunca-hara-trasplante-cerebro_837793.html
- Tébar, E. (2005). Mujeres guerreras en la mitología griega. En C. Alfaro, & T. Estibaliz, *Protai gynaiques: mujeres próximas al poder en la antigüedad* (pp. 51-70). Valencia: SEMA. Recuperado de <http://books.google.com.mx/books?id=hQP-HHNKCPkC&pg=PA63&lpg=PA63&dq=yo+voy+a+votar+en+pro+de+orestes&source=bl&ots=as0BJw2ixj&sig=ijs3z85rduWTzJs09QDtBD3zgwA&hl=es&sa=X&ei=MWPAUr32PNjgoAS314GYCQ&ved=0CCkQ6AEwAA#v=onepage&q=yo%20voy%20a%20votar%20en%20pro%20de%20orestes&f=false>
- Tort, M. (1994). *El deseo frío*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Trilling, L. (1973). Freud y la literatura. En H. Ruitenbeek, *Psicoanálisis y literatura* (pp. 358-384). México: Fondo de cultura económica.
- Universidad de Granada. (15 de Febrero de 2005). *Introducción a la bioética*. Recuperado de: <http://www.ugr.es/~eianez/Biotecnologia/bioetica.htm>
- Villalobos, W. (2007). Ficción e identidad. Demeure de Jacques Derrida. En E. Cohen, *Jacques Derrida. Pasiones institucionales I* (págs. 207-220). México: UNAM. Recuperado de: http://books.google.com.mx/books?id=9wKA_K-pkRwC&pg=PA217&lpg=PA217&dq=derrida+ficci%C3%B3n+testimonio&source=bl&ots=MP37-3sD-P&sig=gU_MRhZqtvb9jTGxcA4osSGUzQE&hl=es&sa=X&ei=CljMUuHQFqGr2QWmh4CYDw&ved=0CCkQ6AEwAA#v=onepage&q=ficci%C3%B3n%20testimonio&f=false
- Whittells, G. (4 de Octubre de 2000). Prefiero no tener esta mano. *El mundo Magazine*. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/magazine/m58/textos/mano1.html>

- Wiene, R. (Productor). (1924). *Las manos de Orlac* [Película]. Viena: Berolina film. Recuperado de: <http://www.youtube.com/watch?v=kGJ3X5LZ2D8>