

Calcificación angiográfica y psíquica del corazón

CARLOS SZTEJFMAN^{MTSAC, 1}

*Existen dos anatomías: una real y una psíquica.
De la primera da cuenta la ciencia de la época, la medicina, y de la otra
es lo que se va formando en la percepción interna del sujeto.*

J. D. NASIO

Abro el presente artículo de opinión con el relato de un caso clínico:

Paciente de 74 años que es derivado para la realización de una cinecoronariografía, con antecedentes de tabaquismo e infarto agudo de miocardio hace 14 años.

Motivo de consulta: disnea de grado II, evolutiva en los últimos meses.

Se realiza la cinecoronariografía y ésta evidencia oclusión proximal de la descendente anterior, sin circulación colateral y lesión moderada-severa de una rama posteroventricular de la circunfleja de pequeño tamaño. Coronaria derecha sin lesiones.

El ventriculograma muestra un área de acinesia anteroapical, extensamente calcificada y buena motilidad de los restantes segmentos.

Hasta aquí, un caso más de enfermedad coronaria, con una extensa secuela anterior, calcificada, que aún vemos en pacientes que sufrieron infartos en la época en que la reperfusión aguda no estaba tan desarrollada como hoy.

Durante los 10 minutos de estudio mantengo un diálogo con el paciente, del cual transcribo lo más significativo:

CS: ¿A qué se dedica?

P: Soy contador, pero he terminado mi carrera de Counseling y atiendo pacientes con diversos problemas.

CS: ¿Con qué hecho puede relacionar su infarto de hace 14 años?

P: Un año antes falleció mi mujer, de un cáncer de colon, y me produjo una enorme depresión.

CS: ¿Ha rehecho su vida afectiva?

P: No Dr., sólo encuentros circunstanciales. Es como si mi corazón se hubiera cerrado, encascarado.

Imaginen lo que discurría en mí mientras escuchaba esto del paciente y al mismo tiempo veía en el televisor la imagen de calcificación, de encasamiento de su corazón.

Las asociaciones entre depresión y enfermedad cardiovascular son múltiples y no es mi intención abordarlas en este trabajo. (1, 2)

Quiero desarrollar el concepto de transferencia, su presencia en la actividad de la cardiología intervencionista y su utilización como instrumento terapéutico.

El concepto de transferencia es muy amplio y no pertenece exclusivamente al vocabulario psicoanalítico.

Según el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis, transferencia designa el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. (3)

Según J. D. Nasio, el término tiene tres acepciones: la primera, que transferencia es la relación con el analista; la segunda acepción, más vaga, general, espontánea, dice que transferencia son los afectos y las palabras alusivas, vividas o no, en relación con el analista; una tercera connotación, vaga, alude a que transferencia es la repetición en lo actual, con el analista, de las experiencias sexuales vividas en el pasado. (4)

¿Hay transferencia durante la realización de una cinecoronariografía? Si la hay, ¿es un dato anecdótico o puede ser instrumental?

A mi juicio, *sí* hay transferencia durante un estudio diagnóstico y/o terapéutico realizado por los cardiólogos intervencionistas.

Hay una relación corta, pero intensa, del paciente con el médico, con el operador.

Hay transferencia en esta relación porque hay muchos *afectos y palabras alusivas* que juegan entre el paciente y el cardiólogo intervencionista.

El paciente, literalmente, pone su corazón para que le digamos si deberá pasar por la experiencia de un

^{MTSAC} Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

¹ Jefe de Cardiología Intervencionista del Instituto Médico de Alta Complejidad

Maestría en Psicoanálisis en curso. AEP para Graduados, Universidad de la Matanza

Agradezco la colaboración de la Sra. Andrea Menéndez en la confección y el ordenamiento del material.

evento mayor en su vida, una angioplastia o una cirugía, con el enorme impacto que ello tiene en su vida emocional y en sus relaciones, sociales, familiares, laborales, etc.

Nosotros, los médicos, no sólo tenemos que estar alertas a todos los dispositivos para asegurar el éxito de nuestra tarea, sino que nos convertimos con nuestras palabras y nuestros actos en actores de situaciones críticas para la vida y en ocasiones para la muerte de los pacientes.

Esto podemos vivirlo con mayor o menor intensidad, con mayor o menor registro, pero *sí*, a mi juicio, siempre hay transferencia, y una transferencia especial, aguda, masiva y extremadamente útil si sabemos captarla.

Cabe agregar que la intensidad o el tipo de registro de las palabras del paciente dependerán a su vez del conjunto de las reacciones inconscientes del médico frente a la persona del paciente y, específicamente, frente a la transferencia de éste (contratransferencia).

Como relato en este caso y como podrán comprobarlo ustedes en el de mañana, si lo desean, la transferencia se inicia con preguntas, directas, cortas, intensas, acerca de la actividad, la familia, el estado civil, la situación social o económica, etc.

Lo importante no es la pregunta, lo que define el vínculo transferencial es *la escucha*.

Si intercambiamos analista por cardiólogo intervencionista y nos transportamos a la situación de nuestro trabajo diario, podemos enlazar conceptos.

Por eso, una escucha atenta, interesada en el paciente, permite abrir nuevas preguntas y nuevas escuchas y transformar el momento de un estudio diagnóstico y/o terapéutico en un excelente evento transferencial de máxima utilidad para el paciente.

¿Por qué esta transferencia puede ser instrumental?

Este paciente, claramente, había calcificado, acoirazado su corazón, en el sentido anatómico, radiológico y emocional.

El depósito y el anclaje en el cuerpo de distintos estados y momentos emocionales han sido estudiados extensamente por la medicina psicosomática, la psiquiatría, el psicoanálisis, etc. (1)

Esta transferencia puede ser instrumental porque nos permite inscribir el síntoma (por el cual el paciente consulta) en la historia del paciente.

“Porque alguien me escucha y quiere descubrir el enigma de los malestares de mi cuerpo, estos males-

tares cobrarán un sentido en mi historia. Tal vez así podrán desaparecer alguna vez”.

Sabemos que la enfermedad coronaria es crónica con distintos episodios de agudización. Nuestra intervención es un corte temporal en esa historia. Hay un antes y un después.

El concepto es que el síntoma debería ser “un cable a tierra”. (5)

Deberíamos tomarlo y transmitirlo al paciente, no como un hecho doloroso, sino como el advenimiento de una oportunidad para revisar su pasado y modificarlo para detener o enlentecer la progresión de la enfermedad.

Los cardiólogos intervencionistas tenemos una oportunidad de poner en marcha este mecanismo de prevención.

Podemos salir del dualismo; no es el cuerpo por un lado y el alma o aparato psíquico por el otro, sino que es un todo el que viene a consultar.

Reconocer y/o generar “transferencia” en el encuentro médico-paciente es de suma utilidad para los pacientes y también lo es para el cardiólogo intervencionista.

Las múltiples interrelaciones entre los factores psicosociales y la cardiopatía isquémica y la cardiología en general nos llevan a pensar que en un futuro próximo probablemente estaremos asistiendo a la emergencia de la psicocardiología.

Un primer paso en esa dirección es que los cardiólogos conozcamos el significado de términos habituales del lenguaje psicológico-psicoanalítico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *J Am Coll Cardiol* 2005;45:637-51.
2. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al; INTERHEART investigators. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364:953-62.
3. Laplanche J, Pontalis JB. *Diccionario de Psicoanálisis*. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós; 1996.
4. Nasio JD. *Cómo trabaja un psicoanalista*. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós; 1996.
5. Nasio JD. *Los gritos del cuerpo*. 2ª ed. Buenos Aires: Paidós; 1997.