

La psicósomática como categoría psicopatológica estructural

T E S I S

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

MAESTROS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Presentan:

GUSTAVO POMPELLO OLMEDO MORALES

MARÍA DEL SOCORRO REYNOSO QUEZADA

Dirigido por:

DR. ALBERTO SINIEGO

SINODALES

DR. ALBERTO SINIEGO

Presidente

MTR. MANUEL GUZMÁN TERVIÑO

Secretario

MTRA. MA. EUGENIA VENEGAS

Vocal

MTRA. PATRICIA NUÑEZ LEMUS

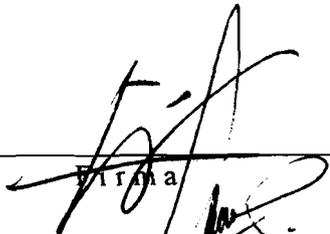
Suplente

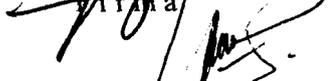
MTR. JAVIER ROSALES ALVAREZ

Suplente

MTR. ANDRÉS VELÁZQUEZ ORTEGA

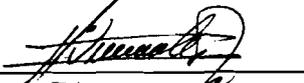
Director de la Facultad de Psicología.


Firma


Firma


Firma


Firma


Firma


Firma

MTR. EN C. CARLOS ISAAC SILVA BARRÓN

Director de Estudios de Posgrado.

No. Reg. H68664

Clas. T5

157

OSII p

The psychosomatic as a structural psychopathological category

There is no precision in the psychopathology due to the place the psychosomatic illness occupies, and its definition is not precise either.

***The psychosomatic as a structural psychopathological category*, is a documentary research where there are some reflections in the different fields of knowledge, as well as about the different positions in the psychoanalysis which try to explain this subject. The proposal of this essay, is built from a psychoanalytic perspective.**

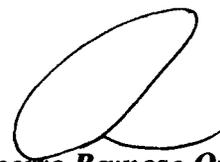
The purpose of the thesis is to conceptualize the psychosomatic as a specific psychopathological category, that is constituted and it is based in its own laws and moments even when it has some similar features with hypochondria and hysteria: such as the use of the body to show conflicts.

***The psychosomatic as a structural psychopathological category* offers elements to determine that the psychosomatic illness has a unique form of building, an origin, a process and an installation; as well as an autonomous gravitational way between the psychotic and neurotic structures.**

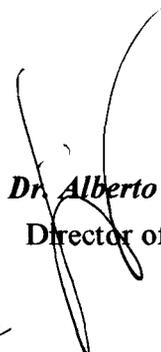
Authors



Gustavo Pompello Olmedo Morales



María del Socorro Reynoso Quezada



Dr. Alberto Siniego
Director of thesis

La psicósomática como categoría psicopatológica estructural

Dentro de la psicopatología existe una tendencia general de imprecisión en cuanto al lugar que ocupa la enfermedad psicósomática, así como de su definición.

La psicósomática como categoría psicopatológica estructural, es una investigación documental en donde se realizan una serie de reflexiones sobre diversos campos del conocimiento, al igual que de las diferentes posturas dentro del psicoanálisis que tratan de explicar esta temática. La propuesta que se desprende de este estudio está construida desde la perspectiva psicoanalítica.

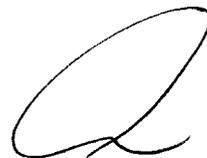
El propósito de la tesis consiste en conceptualizar a la psicósomática como categoría psicopatológica específica, que se constituye y rige por sus propias leyes y momentos aún cuando posee ciertas características de semejanza con la hipocondría y la histeria: tales como utilizar el cuerpo para figurar los conflictos.

La psicósomática como categoría psicopatológica estructural brinda elementos para determinar y delimitar que la enfermedad psicósomática tiene una forma única de constituirse, correspondiéndole un origen, un proceso y una instalación; así como una gravitación de manera autónoma entre las estructuras neuróticas y psicóticas.

A u t o r e s



Gustavo Pompello Olmedo Morales



María del Socorro Reynoso Quezada



Dr. Alberto Siniego
Director de Tesis

DEDICATORIAS

**Al Dr. Alberto Siniego, con respeto y
agradecimiento por su valiosa asesoría.**

**A nuestros padres y hermanos
por darnos los motivos para la
elección del tema.**

**A Julio y Goretti por haberles
quitado un tiempo que les
pertenece por derecho.**

**A la Srita. Teresa Aldana y
al Lic. Jorge Velázquez Hdez.
por su apoyo en la transcripción
y corrección, respectivamente.**

**Universidad Autónoma de Querétaro
Coordinación de Estudios de Postgrado
Facultad de Psicología**

**LA PSICOSOMATICA COMO CATEGORIA
PSICOPATOLOGICA ESTRUCTURAL**

por:

Gustavo P. Olmedo Morales

María del Socorro Reynoso Quezada

**Trabajo de TESIS para aspirar al título
de Maestros en Psicología Clínica**

Asesor: Dr. Alberto Siniego

INDICE

	Página
INTRODUCCION	2
I. DEFINICION DEL OBJETO DE ESTUDIO	4
II.REFERENCIAS TEORICAS QUE EXPLICAN EL PROBLEMA Y FUNDAMENTAN LA PROPUESTA	
1. Historia de la Psicopatología	7
2. Algunas Corrientes Alternativas que abordan la enfermedad psicopatológica	12
A. Herbolaria	13
B. Medicina	14
C. Bioenergética	17
D. Psicología Conductual	18
E. Psicología de la Gestalt	19
3. Posturas teóricas psicoanalíticas	21
A. Sigmund Freud	22
B. Greg Grodeck	27
C. Franz Alexander	29
D. Otto Fenichel	32
E. D.W. Winnicott	34
F. Marie Langer	37
G. Angel Garma	42
H. E. Pichón-Riviere	44
I. Marta Békei	47
J. David Liberman	50
K. Pierre Marty	53
L. Sami Ali	58
M. Luis Chiozza	63
III. PROPUESTA: LA ENFERMEDAD PSICOSOMATICA COMO CATEGORIA PSICOPATOLOGICA ESTRUCTURAL	69
IV. CONCLUSIONES	83
GLOSARIO	85
BIBLIOGRAFIA	89

INTRODUCCION

Hablar de psicósomática es remitirse a un campo relativamente nuevo, puesto que su historia en su fase científica ocurre a partir de las contribuciones de Freud y sus seguidores.

Sin embargo, el término *psicósomático* dio origen a un sinnúmero de interpretaciones, porque implica en su composición el encuentro de la ya vieja discusión de la dicotomía mente-cuerpo.

Tal composición generó la intervención de las disciplinas o áreas que de alguna manera abordan cualesquiera de los elementos que integran esta dicotomía. Ello provocó que la mayoría de estos campos diera: un nombre, definición y métodos de tratamiento distintos con el fin de aproximarse a la conceptualización o tratamiento de lo que hoy se llama *enfermedad psicósomática*. No obstante, parece notorio que todos ellos además de pretender esclarecer la dinámica de esta enfermedad, tenían también la intención de anexarse una modalidad más a su línea de acción.

Es pues, el problema de la dicotomía mente-cuerpo por su relación íntima que tiene con el término psicósomático, el primero que se nos impuso para abordarlo a partir de diferentes campos del conocimiento, así como de las distintas posturas de los autores que incursionaron en las enfermedades somáticas dentro de la corriente psicoanalítica; todo esto con el fin de aproximarnos a la configuración de nuestro objetivo y problema de investigación: *La enfermedad psicósomática como categoría psicopatológica estructural*.

La consideración de que la enfermedad psicósomática constituye una categoría nosográfica estructural particular, con especificidades en sus mecanismos psíquicos y que se rige por leyes propias; fue la hipótesis que nos guió en el transcurso de este trabajo.

La anterior referencia también hace alusión a que como toda estructura tiene un estado inicial, que se constituye progresivamente a través de un proceso de transformaciones y se organiza profundamente, para en forma subsiguiente lograr un grado de estabilidad sin variación.

Ahora bien, el marco de referencia central sobre el cual nos apoyamos fundamentalmente para edificar nuestra propuesta fue esencialmente en el contexto psicoanalítico, desde Freud hasta la revisión de autores contemporáneos que se han preocupado por la investigación y el conocimiento de lo que nosotros llamamos *enfermedad psicósomática*.

Otra dificultad que se hizo presente a lo largo de nuestra revisión fue que el término *psicósomático* tiene una variación en su nombre según el autor y la corriente del conocimiento,

así como una definición que impide precisar esta noción. Es por esto, que durante la presente investigación creímos necesario construir una definición de enfermedad psicosomática considerándola como: *un trastorno orgánico con una disfunción fisiológica manifiesta, que no tiene un sentido simbólico y donde cualquier conflicto se enfrenta por medios corporales.*

La metodología empleada en este trabajo, parte de un estudio documental de diversas fuentes informativas sobre las enfermedades psicosomáticas. En ellas, se efectuó una reflexión tratando de captar aquellos elementos dinámicos que dieran coherencia a la presente propuesta, bajo los siguientes apartados:

En el capítulo I se exponen los motivos que nos llevaron a la elección del tema, así como las dificultades que se encontraron para la definición y ubicación de esta enfermedad dentro de la psicopatología.

En el capítulo II trata sobre las referencias teóricas que explican el problema y fundamentan nuestra propuesta. En éste se realiza una descripción de la historia de la enfermedad psicosomática. Enseguida se efectúa un recorrido a través de algunos campos del conocimiento que han abordado este tópico, las cuales llamamos *corrientes alternativas*. Así también, se abordan las posturas teóricas psicoanalíticas más relevantes a nuestro criterio sobre esta enfermedad. En todas ellas se toca la dicotomía mente-cuerpo, la interpretación de la enfermedad psicosomática y las diferencias que argumentan estos autores con respecto a la histeria y la hipocondria.

El capítulo III aborda la construcción de nuestra conceptualización de la enfermedad psicosomática como categoría psicopatológica estructural.

En el capítulo IV se dan las conclusiones a la presente investigación, reservando los siguientes dos apartados para la bibliografía general y el glosario de términos.

Por último, quisiéramos hacer mención que el aspecto formal de la presente investigación, se fundamentó en el *Manual de Técnicas de Investigación Documental 1* de U. P. N. (1988). Otro aspecto que es importante recalcar es que la metodología que se utilizó para plantear este trabajo de tesis, fue la sugerida por Raúl Rojas Soriano en su libro *Guía para realizar investigaciones sociales* (1987).

CAPITULO I
DEFINICION DEL OBJETO
DE ESTUDIO

CAPITULO I DEFINICION DEL OBJETO DE ESTUDIO

Elegir un tema de investigación siempre es una tarea difícil, abordarlo se vuelve desgastante, porque se hacen necesarios suficientes motivos personales y profesionales para llevar a cabo tal empresa.

Exponer nuestros motivos para la elección es un acto imprescindible, porque involucra el hecho de plasmar el camino que estamos recorriendo juntos, compartiendo momentos de entusiasmo y desesperanza en la medida en que transitamos por un territorio que conmueve nuestras creencias asumidas de manera inconsciente.

La curiosidad y el interés por los trastornos psicosomáticos se originó a partir de la práctica clínica en donde, por una relación excelente con algunos médicos de diferentes especialidades se nos han referido pacientes adultos y niños con los siguientes padecimientos: úlcera gástrica, dolor de cabeza, neurodermatitis, vértigos, fatiga física, temblores, obesidad, desvanecimientos, disnea nerviosa, asma, contracturas musculares, colitis nerviosa, taquicardia, bato histérico, diarrea, estreñimiento, constipación, entre otros.

La mayoría de los pacientes remitidos manifestaban una gran gama de padecimientos físicos y psicológicos. Ellos acudían con un sinnúmero de estudios clínicos y reportaban en el transcurso de su padecimiento un deambular por diferentes médicos y especialistas, además de haber utilizado otros recursos tales como: brujería, plantas medicinales, ejercicio, dietas, etc. Esta amplitud de padecimientos tuvo un efecto de confusión: primero, nos era difícil su diagnóstico y tratamiento; por ello, en algunos casos los enfermos se retiraban de este último en las primeras entrevistas, o bien, lo hacían al cabo de un tiempo al no conseguir la mejoría esperada.

Todo esto nos causó una sensación de ignorancia, así que, en un afán de salir de tal obscuridad, realizamos una continua lectura de la psicopatología freudiana y de otros investigadores, donde se explicaba y reportaban las enfermedades somáticas debido a conflictos psíquicos.

En la lectura detallada encontramos la histeria de conversión, neurosis de angustia e hipocondría bien definidas en cuanto a su estructura y defensas que utilizaban. Sin embargo, había otras enfermedades que eran llamadas *psicosomáticas*, a las que se les describían varios rasgos y en las cuales se podían ubicar a algunos de nuestros pacientes.

Con esta última referencia nació nuestra afición por la lectura de textos sobre enfermedades psicosomáticas, donde nos encontramos con las siguientes dificultades:

La primera de ellas tiene que ver con el nombre; lo que algunos autores llamaban

enfermedad psicosomática, en otros era: *órgano-neurosis*, *fenómeno psicosomático*, *enfermedad somática*, *patoneurosis*, *trastorno psicofisiológico*, *patología caracterial*, etc.

La segunda, se refiere a la definición y lugar de esta enfermedad dentro de la psicopatología, pues existen marcadas diferencias con respecto a ella; unos las incluyen dentro de la neurosis, otros las describen únicamente y no la ubican; otros hacen intentos por conceptualizarla como una estructura psicopatológica, pero no establecen ninguna generalización a los padecimientos que se consideran dentro de ésta.

La tercera se genera a partir de la diversidad de posturas dentro del psicoanálisis, por lo que la explicación de lo que nosotros llamaremos de aquí en adelante *enfermedad psicosomática*, se efectúa de acuerdo a los diferentes modelos o líneas de abordaje. Esto hace que los conceptos utilizados varíen entre sus autores.

En conclusión: podemos decir que dentro de la literatura psicoanalítica no existe una unificación de criterios que consideren a la *psicosomática* como entidad específica; tal como sucede con la hipocondria y la histeria de conversión que son categorías nosológicas bien delimitadas como psicopatologías en cuanto a la forma que comprometen al cuerpo. En cambio, con la psicosomática a pesar de que también involucra al cuerpo, no posee un planteamiento unimodal; sino que su conceptualización sólo se describe entre líneas, diluyéndose así el concepto sin una precisión como categoría estructural única o particular.

Ante las diversas interpretaciones que se dan, mismas que se prestan a confusión con las psicopatologías mencionadas, nos surge la siguiente interrogante:

¿Cómo se podría conceptualizar a la enfermedad psicosomática como categoría psicopatológica estructural?

Creemos que el contestar el cuestionamiento anterior resulta relevante para la psicopatología, porque ofrecería una visión más clara de lo que es la *psicosomática*; teniendo así, una mejor forma de intervención, que de no delimitarse, es probable que el tratamiento resulte insuficiente para la solución del problema.

Asimismo, este aporte beneficiará a los mismos pacientes, dado que desde un inicio el interés y la motivación por la investigación del presente tema han sido ellos, llámense niños o adultos, involucrándose en ocasiones el grupo familiar.

Finalmente, nos parece idóneo mencionar que el objetivo a lograr con la elaboración de este trabajo, es el siguiente:

Conceptualizar a la psicopatología como categoría psicopatológica estructural.

Para ello, será necesario establecer las diferencias fundamentales entre la hipocondría y la historia de conversión.

CAPITULO II
REFERENCIAS TEORICAS QUE EXPLICAN EL
PROBLEMA Y FUNDAMENTAN
LA PROPUESTA

CAPITULO II

REFERENCIAS TEORICAS QUE EXPLICAN EL PROBLEMA Y FUNDAMENTAN LA PROPUESTA

1. HISTORIA DE LA PSICOSOMATICA

En el universo humano, a todo fenómeno que se intenta estudiar se le impone la necesidad de rastrearlo en su historia, en donde se busca captar las formas de ver y tratar a estos acontecimientos en los momentos que fueron observados.

La historia es parte de la condición misma de la humanidad, pues en ella se marca la evolución de la explicación de los fenómenos, así como las transformaciones en la manera de concebirlos.

La enfermedad es uno de los fenómenos que más han afectado al hombre a través de todos los tiempos. Por ello, ha construído métodos de diversa índole, intentando así liberarse de los malestares que sobre su cuerpo y alma generan las enfermedades.

Así tenemos que las civilizaciones de diferente época y origen, presentan notables incidencias en las concepciones teóricas y prácticas de la medicina. Esto puede explicarse en el hecho de que la naturaleza humana, inalterable en sus caracteres fundamentales, se dirige por la vía de las mismas necesidades e ideas.

En todas las culturas antiguas, a pesar de estar separadas en espacio y tiempo, la medicina se encontraba estrechamente ligada a la religión y a la magia, en donde el sacerdote, como representante de los dioses era el encargado de brindar salud y felicidad a los hombres. Sacerdote y médico eran uno y la misma persona, tanto en el antiguo Egipto como en la India, China y Grecia.¹

Así pues, en la historia de los pueblos primitivos se reconocen dos líneas principales: *el empirismo y la magia*. Ramón de la Fuente menciona que el primero consiste en recurrir a un remedio sólo porque su empleo ha sido favorable en casos semejantes; mientras que en el segundo, se da la creencia de que los fenómenos -ya sean favorables o desfavorables-, se hayan influídos por fuerzas invisibles superiores al hombre y ellas pueden ser gobernadas mediante ritos.²

Sin embargo, el hombre a pesar de haber acumulado conocimientos científicos acerca de la constitución anatómica y fisiológica de su especie; aún le persiste la idea de que las enfermedades son castigo por los pecados cometidos, o bien, una prueba a la que es sometido por los dioses.³

Cuando la medicina se hizo científica dejó en manos de la religión todo lo que se refiere al alma, y en las de los curanderos lo referente a la magia. Así, la medicina únicamente se dedicó al estudio de los fenómenos físicos del hombre, desde donde intentó explicar la salud y la enfermedad. Igual es el caso de la medicina psicosomática, porque en su constitución también tiene como antecedente la raíz religiosa y empírica.

El problema central de la medicina psicosomática es el de la dicotomía mente-cuerpo: dilema que ha sido discutido por la mayoría de los campos del pensamiento humano. En tal virtud, han surgido dos posturas: una de ellas intenta darle primacía a uno de los entes; mientras que la otra los pone como elementos con funcionamiento recíproco, sin explicar en qué consiste tal dinámica.⁴

Ahora bien, la medicina psicosomática como especialidad, aún es muy joven. No obstante, su práctica existe desde que apareció la medicina misma.

El campo desde el cual ha sido estudiada la psicosomática en forma más profunda y seria, es el psicoanalítico donde podrían considerarse los descubrimientos originales de Freud y sus discípulos, como los cimientos sobre los cuales fueron edificados los posteriores conceptos de la medicina psicosomática ya considerada ésta como disciplina.

Heinroth (1918) fue el que por primera vez aplicó el calificativo *psicosomático* a los casos de insomnio. Sin embargo, al que en realidad se le considera el pionero dentro de esta vertiente es a Greg Groddeck (1916-1919), quien postulaba una comprensión del sentido simbólico de los fenómenos físicos de la conversión histérica y estableció una analogía entre la expresión corporal simbólica con las manifestaciones somáticas de cualquier enfermedad.⁵

En 1922, Félix Deutsch en colaboración con varios analistas, comprendieron la necesidad de ampliar un pensamiento más riguroso en los estudios psicoanalíticos y en la aplicación clínica de sus resultados. Deutsch, al igual que Federn (1913) y Greenacre (1952) coincidían en recargar la relación de un trauma somático con los primeros estadios libidinales de la infancia, siendo lo anterior un determinante categórico en la elección del órgano y de su disfunción en las subsiguientes manifestaciones psicosomáticas.⁶

Ferenczi (1926) -al seguir de cerca a Freud- fue uno de los primeros autores en el campo de la relación mente-cuerpo, utilizó el modelo conceptual que implica la idea de una energía instintiva en busca de su descarga a través de un aparato mental capaz de subsistir en diversos niveles de organización simbólica. A partir de aquí intenta explicar los fenómenos clínicos hallados en un caso de neurosis orgánica: describe un caso de alteración funcional del extremo terminal del tubo digestivo que podía considerarse significativo, en términos simbólicos. Posteriormente, esta posición fue cuestionada por uno de sus colegas, ya que el caso presentado tenía mayor correspondencia con una histeria de conversión.⁷

Abraham (1927) extendió las concepciones de las teorías del instinto y la libido a un punto de vista genético y dinámico del desarrollo del carácter. En tanto, correlacionó pautas reiteradas de conducta y actitudes afectivas con un sustrato ontogenético, fisiológico, donde asimismo, suministrará las primeras aproximaciones a la teoría de un campo clínico psicosomático. Por otro lado, Dunbar (1935) planteó la hipótesis de que existía una correspondencia directa entre los tipos y los síntomas psicosomáticos específicos.⁸

Franz Alexander (1936) y su escuela de Chicago se destacan entre los primeros psicoanalistas que adoptaron el concepto de "psicosomática", donde participaron Thomas French, Leon Saul, G. Pollock, entre otros. Proponen el reconocimiento de "tipos específicos de conflictos" como origen de las afecciones psicosomáticas, mismas que se cumplen cuando se presentan tres condiciones: 1) un tipo específico de conflicto; 2) un factor somático X (la predisposición especial somática del sujeto afectado) y 3) una situación actual del conflicto.⁹

Fenichel (1945) intentó sistematizar y clasificar los procesos psicosomáticos sobre una base diversa, fenomenológica y dinámica, donde de manera similar aborda la hipótesis de la especificidad del conflicto. Más adelante, Grinker (1953), Hendrick (1939), Margolin (1953) y Michaels (1945-1954) argumentan que el estadio de maduración fisiológica está asociado condicionalmente a conflictos intrapsíquicos en regresión. Ahora bien, Jung (1949) en los primeros años de su identificación con el psicoanálisis, estimula a muchos de sus colaboradores a realizar investigaciones psicofisiológicas mientras los sujetos efectuaban sus test de asociación. Por su parte, M. Klein (1948) formuló que ciertas alteraciones en el sistema vegetativo autónomo podían ser el resultado de la expresión simbólica de impulsos agresivos inhibidos. Asimismo, L.S. Kubie (1950) adoptó un punto de observación que le permitió concentrar sus investigaciones en aquel ámbito del mecanismo humano que correlacionara los hechos en tres campos de discusión: el ambiental, el psíquico y la esfera somática. Intentó efectuar una integración de la obra de Freud, Klein y Garma en cuanto al proceso simbólico; de la obra de Dunbar y Alexander en el campo de la descarga fisiológica, reflejo de la tensión emocional.¹⁰

Ahora bien, en la segunda mitad del presente siglo ha sido mayormente desarrollado e investigado el fenómeno de la psicosomática: se han realizado continuos estudios de caso con cierta rigurosidad, intentando delinear cada una de las enfermedades consideradas como de naturaleza psicosomática, ofreciendo el psicoanálisis cada vez más una aproximación cercana y certera a ellas, contribuyendo así, a la terapéutica de este tipo de padecimientos.

En Río de la Plata, Argentina, los pioneros del psicoanálisis tuvieron desde el principio un profundo interés por esta corriente. En Buenos Aires, Angel Garma con sus trabajos sobre la úlcera duodenal y el dolor de cabeza; Pichón-Riviere estudiando la epilepsia y las enfermedades de la piel; Celis Cárcamo y Marie Langer estudiando las enfermedades ginecológicas y la

esterilidad; Arnaldo Rascovsky (1960) con tratamientos sobre la obesidad, el asma y el síndrome adiposogenital, además de sus aportes al conocimiento del psiquismo fetal.¹¹

Por otra parte, investigadores del Instituto Psicosomático de París (Marty, M'Uzan, David) y otros como Michel Fain (1963), han elaborado una teoría económica de la enfermedad psicosomática y el supuesto de la existencia de una estructura de personalidad psicosomática distinta de las estructuras neurótica, psicótica, perversa, etc. Joyce McDougall (1982) - basándose en Marty respecto al *pensamiento operatorio*- ha descrito la super-adaptación a la realidad externa de estos pacientes como un corto circuito del mundo de lo imaginario, donde el Yo logra una completa destrucción de las representaciones concernientes al sentimiento y por esto no son registrados. Esta *pseudonormalidad* es un rasgo difuso que puede ayudar a pronosticar la eventualidad de un síntoma psicosomático. Por otro lado, Liberman y cols. (1982) siguiendo una línea de investigación independiente, llegan a conclusiones parecidas. A partir de ideas de M. Klein, M. Mahler y Winnicott sobre el desarrollo del vínculo temprano del niño con su madre, plantean que los pacientes psicosomáticos tienen una sobreadaptación a la realidad ambiental, disociando sus necesidades y posibilidades corporales, de las que quedan así desconectados.¹²

Luis Chiozza (1970) también psicoanalista argentino, ha ido construyendo su concepción acerca de la psicosomática en la cual adquiere significativa importancia la idea de *fantasía específica*. Apoyándose en la postulación de Victor Von Weizsaecker (1946) de que todo lo corporal posee un sentido psicológico y todo lo psíquico un correlato corporal; plantea que cada parte, artificialmente segregada del conjunto de representaciones derivadas de la percepción externa de aquella realidad material que llamamos cuerpo, es también una parte determinada del conjunto de lo inconsciente, dotada de un sentido, una finalidad, un significado que le es propio y específico para cada *trozo* considerado. Cada trozo de esa realidad corporal material, en cuanto forma una parte de lo inconsciente y posee un sentido, es también una fantasía inconsciente y específica, y como tal constituye la fuente inconsciente de una parte determinada del conjunto de derivados o representaciones que integran nuestra conciencia.¹³ Este concepto, además de ser un producto es también un instrumento de la investigación psicosomática.

Por último, tenemos a Sami Ali (1991), el cual es de los investigadores más contemporáneos dentro de la psicosomática. Al *pensar lo somático* articula que lo imaginario determina positiva y negativamente todo el funcionamiento. Para explicar esto, elaboró un modelo multidimensional para dar cuenta de las somatizaciones en la neurosis, psicosis y el trastorno caracterial.¹⁴

Citas

1. Marta Békei. Trastornos Psicosomáticos en la niñez y la adolescencia, Argentina, NuevaVisión, 1984, p. 15.
2. Ramón de la Fuente Muñiz. Psicología Médica, México, 1959, pp. 25-28
3. Edgardo Korovsky. Psicosomática Psicoanalítica, Montevideo, Roca Viva, 1990, pp. 17-18
4. Erick D. Wittkower. et.al. Progresos en medicina psicosomática, Argentina, Eudeba, 1966, p. 40.
5. Theodore Millon. Psicopatología Moderna, Barcelona, Salvat, 1981, p. 475.
6. Erick D. Wittkower. et.al. Op. Cit. pp. 8-9.
7. Ibid. p. 13.
8. Erick D. Wittkower Op. Cit. pp. 8, 15-17.
9. Edgardo Korovsky. Op. Cit. p. 26.
10. Erick D. Wittkower. et.al. Op. Cit. pp. 9-19.
11. Edgardo Korovsky. Op. Cit. pp. 25-26.
12. Ibid. pp. 27-28
13. Luis Chiozza. Los afectos ocultos en ..., Argentina, Alianza, 1991, pp. 9-13.
14. Sami Ali. Pensar lo somático. Argentina, Paidós, 1991, pp. 13-17.

2. ALGUNAS CORRIENTES ALTERNATIVAS QUE ABORDAN LA ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA

Si bien es cierto que es en el Psicoanálisis donde se han hecho aproximaciones más serias y científicas a lo que se nombra psicosomática, no se podría desdeñar el abordaje de otros campos del conocimiento sobre esta *tierra de nadie* y de muchos, puesto que compromete al ser humano, en su salud y bienestar, en sus anhelos y necesidades, en su alma y su cuerpo, en sus ideales y realidad.

Es así que a lo largo de toda su historia, desde su origen, el hombre ha creado diversas concepciones de él y del mundo como parte del mismo con el fin de entender los fenómenos a los que lo somete su naturaleza.

La naturaleza humana, inalterable en su esencia, es la que lo ha llevado a evolucionar en su comprensión con el fin de tratar de dominar esa impotencia a la que estamos sometidos. Impotencia que ha marcado el origen de un sinnúmero de líneas de conocimiento, donde no se puede desechar o invalidar ninguna, puesto que, de alguna u otra forma tienen o han tenido su contribución.

Es bajo esta línea que pensamos que si bien es cierto que el Psicoanálisis tiene su campo de acción y sus métodos para abordar lo que le atañe, no hay que olvidar que el genio de Freud nunca tuvo desdén por nada de la subjetividad humana, es más, recomendaba dentro de la formación del psicoanalista un conocimiento de diferentes disciplinas.

De la anterior premisa y del conocimiento de la existencia de otras líneas de conocimiento, es que creemos pertinente anexar a la presente investigación algunas corrientes que llamamos *alternativas*. Estas corrientes alternativas fueron tomadas en cuenta por el hecho de que han reportado algún conocimiento y efectividad en el tratamiento de enfermedades psíquicas que afectan al cuerpo.

La descripción de cada una de ellas, también tiene un segundo objetivo: tratar de rescatar algunos aportes que podrían retomarse para lograr una aproximación desde diversos ángulos al problema de la presente investigación.

A) HERBOLARIA Y CURANDERISMO

A la herbolaria podríamos definirla como la utilización de plantas medicinales en el tratamiento de enfermedades. El conocimiento sobre plantas medicinales es uno de los principales legados de nuestras culturas ancestrales en México.

Nuestro país es quizá uno de los lugares en el mundo que mayor conocimiento tiene de tal aspecto, pues aún en la actualidad se hace un amplio uso de ellas en diversas zonas de la República.

En México como en muchos otros países existen sistemas de medicina paralelos a la medicina oficial, tal es el caso del curanderismo que generalmente utiliza la herbolaria. Por ello encontramos curanderos en la mayoría de las familias mexicanas, pues todos hemos recurrido más de una vez a estos métodos que se nos han transmitido de generación en generación.

A las personas que tienen mayor conocimiento y por oficio se dedican al uso de plantas medicinales para el tratamiento de enfermedades, en muchas culturas, les llamamos *brujos* o *curanderos*. Estos personajes se encargan de las enfermedades desencadenadas por *susto*, mismo que se considera causado por un agente sobrenatural que hizo su presencia en el individuo y trastornó su salud.

El *susto* constituye el ejemplo más ilustrativo para presentar la interrelación existente entre el alma y el cuerpo, y los efectos que se pueden dar en cada uno de ellos.

El *susto* nos dice Carlos Viesca Treviño, es difícil de definir por la connotación que tiene entre los diferentes curanderos, ya que cada uno de ellos los correlaciona de diversa manera, en la producción de enfermedades que tienen su base en este factor.¹

En un estudio realizado por el Dr. Ysunza Ogazón, en la comunidad de Santiago Yancuictlalpan, Puebla, encontró que los curanderos de la comunidad referían *el susto*, como agente causal de trastornos digestivos.²

Los trastornos digestivos no son las únicas enfermedades tratadas bajo estos métodos, sino que existe una variedad indiscriminada de padecimientos en los cuales el curandero interviene.

El curandero, para realizar su ritual, se presenta frente al enfermo con una posición de autoridad que indudablemente influye en la cura, a lo cual une el poder medicinal de las plantas. Con la combinación de estas dos situaciones se produce en el enfermo un efecto tranquilizador, así como la cura del padecimiento. Por su parte, en el enfermo, existe una predisposición psicológica para curarse y sentirse emocionalmente mejor al recibir el tratamiento ya que es

justamente una causa emocional la que desencadena la enfermedad; más aún, cuando el individuo recibe el tratamiento de una persona que conoce, como lo es el curandero, con el cual se identifica mejor, social y antropológicamente, se hace más fluído el proceso de curación.³

De esta corriente alternativa podemos resaltar el efecto psicológico que puede producirse en la enfermedad material. El fenómeno que se produce durante este proceso generalmente lo hemos ligado a la sugestión, la cual juega y ha jugado a través de los tiempos su influjo en el reestablecimiento de la salud. Pero además, esta situación nos lleva a reafirmar nuestra creencia de que existen enfermedades orgánicas que están asociadas a factores anímicos.

De esta posición también se desprende la idea inherente de que existen situaciones externas que someten al individuo a un estado de impresión tan fuerte (susto) produciéndole un desequilibrio en el alma y en el cuerpo, que lo llevan a enfermar.

Retengamos aquí el fenómeno de una impresión fuerte y la situación de desequilibrio, ya que lo habremos de retomar en posteriores elucidaciones.

B) MEDICINA

Actualmente, la medicina se encarga de la mayoría de las enfermedades que padece la humanidad; por ello puede vanagloriarse de sus avances en el conocimiento cada vez más especializado de la Biología Humana, así como de sus recursos y métodos para *prevenir* y *eliminar* enfermedades.

Es precisamente por esa amplia gama de especializaciones en este campo, en donde consideramos que los médicos parecen olvidar su viejo lema: *No hay enfermedades sino enfermos*; por tanto, las implicaciones que conlleva esta frase. Además, por ocuparse del cuerpo como entidad exclusivamente orgánica e intentar dar explicaciones a la mayoría de las enfermedades, partiendo de agentes causales concretos; marginó la influencia que tienen las viscosidades psicológicas y sociales sobre el padecimiento.

Por lo anterior, planteamos la siguiente alusión: ¿qué diferencia encontrará la medicina entre un animal y un humano enfermos? O bien, sólo verán un órgano dañado, olvidándose por lo regular que un ser humano es una entidad conformada por el organismo, las configuraciones emotivas y sociales, que no dejan de ser reales y efectivas como para servir de agentes causales que afectan las funciones mentales y orgánicas, tanto como las bacterias, virus y toxinas.

En este mismo sentido Wittkower establece que en la actualidad esto resulta paradójico, porque desde el siglo XVII la medicina ha tenido referencias a investigaciones sobre ciertas enfermedades por causación y/o influencia emocional.⁴

Por su parte Foucault refiriéndose a la medicina del siglo XVII se pregunta: *"¿Quién puede asegurarnos que un médico de este siglo, no veía lo que veía, pero han sido necesarios algunos decenios de años para que las concepciones de bastantes enfermos se esclarezcan?"*.⁵

Con las anteriores referencias no pretendemos desconocer que la medicina desde su surgimiento ha tenido como problema central la mente y el cuerpo, pero en su afán de resolverlo ha caído en fracturas; igual que la mayoría de las disciplinas que se han preocupado por esta dicotomía.

La dificultad que implica el abordaje de tal problemática, ha dado origen a que en ocasiones la medicina haga de lado su principio fundamental: la mente y el cuerpo no son dos instancias diferentes, sino dos niveles de integración; o si se prefiere decir: dos caras de una misma moneda.

Ahora bien, consideramos que es en el individuo enfermo en donde la medicina ha hecho el esfuerzo de integración mente-cuerpo, y es en este punto donde podría marcarse el origen de la medicina psicosomática con sus diversas líneas.

La Medicina Psicosomática, plantea Ramón de la Fuente, tiene como propósito explicar las relaciones que existen entre los acontecimientos, procesos psicológicos y los eventos biológicos que ocurren en una persona. Como campo de investigación, la medicina psicosomática es relativamente joven y no puede ser considerada una especialidad, ya que carece de conceptos y técnicas propias, por lo que en su práctica hace uso de las herramientas de la psicología y la medicina; complementa su argumento afirmando que la medicina psicosomática tampoco puede ser una especialidad por la dificultad que tiene para poder distinguir las enfermedades psicosomáticas de las que no lo son; así como para diferenciar la significatividad que cobra el agente psicógeno en la causación de los diferentes cuadros sintomáticos.⁶

Los dos últimos problemas descritos anteriormente los solucionan recurriendo a la conclusión de que todas las enfermedades son psicosomáticas, y que a cada una de ellas les corresponde determinado parámetro psicofisiológico.

Es aquí donde la medicina haya la unidad del organismo, porque vincula la patología con las emociones. Este fenómeno es descrito o estudiado tanto por medios psicológicos como fisiológicos. En este último proponen como mediadores a los sistemas nervioso central y endócrino.

La medicina psicosomática se ha regido sobre los sustentos de la corriente psicofisiológica; misma que se inició a partir de los trabajos de Cannon (1927 y 1929) acerca de la fisiología de las emociones, postulando que éstas se encuentran localizadas en el sistema nervioso central y que los síntomas y signos periféricos son el resultado de la activación de éste.⁷

Dentro de esta misma corriente se han dado dos líneas de conceptualización: la inespecificidad y la especificidad etiológica. La primera de ellas descrita principalmente por Cannon y H. Wolff.

Cannon, establece que la conducta psicofisiológica de un individuo es el resultante de una interacción del estado de ánimo predominante y de las emociones transitorias de duración variable. Por tanto, las pautas fisiológicas y las respuestas son inespecíficas, aunque algunas emociones tienen correlatos somáticos asociativos, distintivos como: el disgusto con la náusea, la vergüenza con el sonrojo, el pánico con la relajación de esfínteres y el miedo con las palpitaciones.⁸

Por su parte H. Wolff sostiene que estímulos psicológicos diferentes pueden producir las mismas respuestas vegetativas. Argumenta que cuando los medios defensivos que serían eficaces en situaciones de inercia, acaban por producir daño tisular utilizándose de forma prolongada o repetida. Describe cómo se presentan los patrones defensivos más comunes, entre otros:

- Reacción defensiva de la nariz y de los pasajes aéreos. Se desencadena ante situaciones que amenazan la seguridad, bienestar y logro de metas.
- Pauta ofensiva gástrica. Es la respuesta a situaciones que generan cólera.
- Pauta expulsiva del intestino grueso. Ocurre ante la fragilidad del intestino, por lo que la mucosa puede erosionarse y dar lugar a hemorragias.⁹

Wolff, también sostiene que la presencia de determinada pauta defensiva se elige a partir de condicionamientos que hipotéticamente se engranaron a temprana edad y que en muchas ocasiones son patrimonio de la herencia familiar.¹⁰

Por otro lado, De la Fuente establece que los teóricos que postulan la especificidad etiológica pueden agruparse bajo tres criterios diferentes entre sí:

1. Los factores psicológicos que perturban las funciones viscerales son específicos y expresan un contenido inconsciente para el sujeto. Los investigadores que sustentaron esta línea son Grodeck y F. Deutsch.
2. El punto de vista sobre la existencia de una correlación específica entre ciertos rasgos de

carácter o perfil psicológico y determinadas enfermedades, fue sustentado por F. Dunbar y aplicado a la úlcera péptica y asma.

3. El tercer punto de vista se refiere a la correspondencia unívoca entre el estado emocional y la respuesta fisiológica que en sí misma no es patológica, sino parte integrante del estado emocional, pero que debido a los obstáculos persistentes que interfieren para su alivio, pueden llegar a producir alteraciones estructurales. Dentro de este punto de vista se encuentra Franz Alexander.¹¹

Como hemos visto, la Medicina Psicosomática verdadera *tierra de nadie*, se encuentra muy lejos de tener definido su campo de acción y su metodología. Es más, la denominación misma de enfermedad psicosomática, ha desatado un sinnúmero de críticas y de confrontaciones para determinar los fenómenos bajo los cuales se producen estas alteraciones, así como de las técnicas curativas a utilizar; pero ninguna de ellas se ha establecido como la técnica o metodología apropiada para abatir y explicar los padecimientos que *se consideran psicosomáticos*. Sin embargo, debido a las dificultades que ha encontrado la medicina psicosomática, se ha perdido interés en los conceptos psicoanalíticos con los cuales se intentó establecer las relaciones entre las constelaciones psicodinámicas y los padecimientos. En cambio, se originó un marcado aumento de interés en la descripción fenomenológica de la conducta en situaciones experimentales, con los cuales han intentado borrar las lagunas conceptuales y técnicas para abordar a este objeto de estudio.

C) BIOENERGETICA

La bioenergética surgió en 1956 bajo la dirección de Alexander Lowen que se constituye en el principal exponente de esta línea.

Lowen basó el desarrollo de las posturas y ejercicios básicos que actualmente son normativos de esta técnica, en las aportaciones teórico-prácticas de Wilhelm Reich. Sobre todo, en cuanto a las contribuciones que éste último realizó con respecto al *Análisis del Carácter*, donde como punto fundamental postulaba una identidad funcional entre el carácter de una persona y su actitud corporal o estructura muscular. Una de las contribuciones más fuertes de Reich a la bioenergética, fue su descripción del papel central que el cuerpo ha de representar en cualquier teoría de la personalidad, así como su conceptualización del proceso, en virtud del cual la represión del trauma original se mantiene con la supresión del sentimiento sexual, que se constituyen en la base para la predisposición al síntoma histérico conversivo, cuyo desarrollo y manifestación era provocado por unos acontecimientos incidentales sexuales posteriores.¹²

De la actitud del paciente respecto a su sexualidad, Reich infirió el problema económico de las neurosis. Lo económico se refiere aquí a las fuerzas que predisponen al individuo para adquirir el desarrollo de síntomas y actitudes neuróticas. Con ésta abrió el campo de la investigación biopsíquica de la sexualidad.

Es bajo esta línea que Lowen elaboró su propuesta para la comprensión de la estructura corporal, en donde evidencia que la salud y la vida de un individuo es la vida de su cuerpo; incluyendo la mente, el espíritu y el alma. La falla del cuerpo para él, es la falla de los tres aspectos del ser.

Lo que llama la atención de la bioenergética es la suposición de que la estructuración muscular se incorporó al individuo a partir de experiencias tempranas, por medio del aprendizaje de determinadas actitudes psicológicas. Por esta razón, frente a las estructuras caracteriológicas, la bioenergética propone técnicas terapéuticas mediante ejercicios físicos de recuperación.

Como hemos visto en esta descripción de los puntos nodales de la bioenergética: su conceptualización del psiquismo y lo somático quedarían integrados por una identidad en donde se afectan mutuamente. Sin embargo, parece claro que el único medio que propone esta técnica para lograr la recuperación sería a través del cuerpo. Nosotros no desdecimos la importancia de este último, pero tampoco estamos de acuerdo en que el cuerpo cobre el poder primordial de ser el instrumento por medio del cual el individuo se pueda recuperar de cualquier trastorno psicopatológico.

D) PSICOLOGIA CONDUCTUAL

La Psicología Conductual prefiere usar el término *desórdenes psicofisiológicos* en vez de *desórdenes psicosomáticos*, porque supone que todas las funciones y todas las enfermedades son al mismo tiempo procesos mentales y físicos que operan en forma constante.¹³

Por tanto, la psicología conductual acepta el concepto moderno de que el organismo es unitario, aunque se permite al mismo tiempo que se distingan unos de otros sus aspectos psicológicos y físicos, con el fin de poderlos estudiar por separado.

El conductismo basado en los condicionamientos clásico e instrumental, supone la existencia previa de síntomas físicos. Así, cualquier modelo de aprendizaje que intente explicar un desorden psicofisiológico, implicaría la existencia de algún tipo de predisposición biológica.

A partir de estos postulados, el conductismo dirige su tarea a la consecución de logros concretos y no se propone desarrollos personales como meta, aunque sostiene que modificando la conducta se consiguen también fines que afectan a la personalidad del individuo.

En síntesis: se puede decir que la psicología conductual otorga una importancia esencial a los factores biológicos para la producción de los desórdenes psicofisiológicos, quedando pendiente por explicar la etiología de la enfermedad.

E) PSICOLOGIA DE LA GESTALT

Esta corriente toma tanto elementos del psicoanálisis como del conductismo. Koehler, uno de sus máximos exponentes, explicó que ante todo, la experiencia primaria consiste en que los objetos junto con sus propiedades y cambios parecen existir y acontecer con plena independencia de nosotros; sin embargo, lo que finalmente el organismo humano percibe es el resultado de unos complicados procesos que tienen lugar en su interior. A esto han denominado los psicólogos de la gestalt, como *organización* entre el estímulo y la respuesta de la teoría conductista.¹⁴ De aquí que se diga que el cuerpo humano sólo es accesible a nosotros como parte de nuestra experiencia sensorial; pero esta última no refleja sensaciones independientes. Entre el estímulo y la respuesta tienen lugar unos procesos de organización que modelan los elementos dentro de una unidad compleja. Así pues, los fenómenos percibidos realmente son las totalidades organizadas y no los elementos sensoriales.

La psicología de la Gestalt no postula una definición, ni de trastornos psicofisiológicos ni psicósomáticos, ya que todo su pensamiento se sienta en los principios de tal *organización*. Muestra cómo todas las experiencias fenomenológicas son una representación verdadera de un orden correspondiente a su contenido *subyacente* de procesos fisiológicos.

Por consiguiente: orden, regularidad, gestalt, es el principio universal que vincula la psicología y fisiología en un solo sistema.

Citas

1. Carlos Viesca Treviño. Estudios sobre Etnobotánica y Antropología Médica. Vol. I México, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales A.C. 1976, p. 25.
2. Ibid. p. 72.
3. Idem.
4. Erick Wittkower. Progresos en Medicina Psicosomática, Argentina, Eudeba, 1966, p. 40.
5. Michel Foucault. El Nacimiento de la Clínica, México, Siglo XXI. pp. 1-5.
6. Ramón de la Fuente Muñiz. Psicología Médica, México, Fondo de Cultura Económica, 1969, pp. 274-276.
7. Mariano Díaz Benavides. De la emoción a la lesión, México, Trillas, 1976, pp. 33-56.
8. Erick Wittkower. Op. Cit. p. 133.
9. Ramón de la Fuente. Op. Cit. pp. 282-285.
10. Erick Wittkower. Op. Cit. pp. 15-16.
11. Ramón de la Fuente. Op. Cit. pp. 291-292.
12. Alexander Lowen. Bioenergética, México, Diana, 1975, p. 13.
13. Davison, J. Neale. Psicología de la Conducta Anormal, México, Limusa, 1980, p. 188.
14. Benjamín B. Wolman. Teorías y Sistemas Contemporáneos en Psicología, Barcelona, Ediciones Martínez Roca S.A. 1979, p. 510.

3. POSTURAS TEORICAS PSICOANALITICAS

El calificativo de *alternativas* se dio a los anteriores campos del conocimiento porque pensamos que el método por elección que dirige un estudio profundo y científico de la psicósomática es el psicoanálisis.

Una de las primeras dificultades que se impuso para aproximarnos a la psicósomática, es el ya viejo dilema mente-cuerpo, al cual se le han dado diversas interpretaciones, pero en todas ellas se encuentra impresa una dificultad en su abordaje.

El psicoanálisis por su parte, ha hecho un esfuerzo epistemológico por integrar dicha dualidad para poder explicar las diversas correlaciones entre cuerpo-psyque. Esto último, se ha observado de manera más palpable, en aquellos trastornos que involucran a ambas categorías como escenario de la tragedia humana.

Por tal situación, creímos necesario incluir en este apartado las diferentes conceptualizaciones que han realizado algunos de los investigadores que consideramos más representativos en este campo. Con ello, intentamos plasmar los dinamismos y aspectos que cada uno utiliza para interpretar a la somatización en: La Histeria de Conversión, Hipocondria y Psicósomática; así como de su postura con respecto al dilema cuerpo-psyque.

Con la descripción de los diferentes autores se tiene la finalidad de captar aquellos elementos dinámicos que fundamenten la configuración de la *psicósomática como categoría psicopatológica estructural*. Cabe resaltar que para llevar a cabo nuestra empresa se impone la necesidad de aclarar que con esto no pretendemos hacer un resumen, sino el ir discerniendo y reflexionando sobre las suposiciones y propósitos que dirigen esta investigación documental.

A) SIGMUND FREUD

Freud es uno de los grandes genios de la humanidad, su intuición investigadora lo llevó a descubrir los más diversos aspectos de la subjetividad humana. Tal es su producción que podría decirse que hasta la actualidad no hay campo o brecha dentro de los dinamismos psíquicos del hombre en que no haya incursionado.

La relación entre lo corporal y lo anímico siempre fue uno de los problemas centrales a los cuales se enfrentó el descubridor del psicoanálisis; proponiendo como alternativa de solución una acción recíproca entre estas dos entidades, misma que justificó con la expresión de las emociones por medios particulares de procesos corporales.

La correlación entre la dicotomía fue un aspecto que nunca descuidó, puesto que a lo largo de toda su obra siempre estuvo presente, ya sea de manera directa o indirecta, en textos tanto teóricos como clínicos. Él siempre trató de descifrar en las diferentes psicopatologías, los grados de relación o pasaje entre lo psíquico y lo somático.

Freud y sus seguidores constituyen los pilares en la investigación de las enfermedades psicosomáticas, porque a partir de sus múltiples aportes se dio margen al estudio científico de éstas.

Lo que actualmente se llama sin mucha precisión *enfermedad psicosomática* no existe en los textos de Freud, por lo que nunca fue definida. Sin embargo, desde sus primeros encuentros con la enfermedad nerviosa se enfrentó a los síntomas somáticos que pudo discernir con su amplio conocimiento de la anatomofisiología humana.

La influencia y/o determinación psíquica en los trastornos fisiológicos pueden rastrearse en la gran mayoría de su obra, donde mediante el análisis clínico y una suerte que le era propia, descifraba su contenido simbólico inconsciente. De ello podemos darnos cuenta en los historiales clínicos de: *Observación de un caso severo de hemianestesia* (1886); *Sra. Emy Vonn* (1889); *Miss Lucy R* (1892); *Katharina* (1893); *Elizabeth Von* (1892) y *Dora* (1901), que bajo el nombre de *gran histeria* esclareció el salto enigmático de lo anímico a lo corporal.

La histeria fue de todas las neurosis, la primera y la psicopatología más profundamente estudiada por Freud; es más, su esquema general de las neurosis está basado en las investigaciones que sobre ella se realizaron.

El caso *Dora* [1905 (1901)] es a nuestro criterio el paradigma por excelencia para llegar a un esclarecimiento de los síntomas orgánicos a partir de contenidos inconscientes; aunque cabe aclarar que Freud al referirse a este caso tenía sus reservas en cuanto a los aportes,

argumentaba que éste: *"no puede ponernos en conocimiento de todos los tipos de contracción de la enfermedad, ni de todas las conformaciones de la estructura interna de las neurosis, ni de todas las variedades de trabazón entre lo psíquico y lo somático posibles en la histeria."*¹ Sin embargo, nosotros atribuimos el anterior argumento a la gran reserva que siempre lo caracterizó.

El descubridor del Psicoanálisis en el historial clínico antes citado, define a la Histeria de la siguiente manera:

*"Yo llamaría histérica, sin vacilar, a toda persona, sea o no capaz de producir síntomas somáticos, en quién una ocasión de excitación sexual, provoca predominantemente o exclusivamente sentimientos de displacer."*²

Como vemos, la anterior definición implica un acento especial en el trastorno del afecto. El mecanismo de este último, es una dificultad a la que alude constantemente el presente autor; en Dora lo refiere como produciéndose por un desplazamiento de la sensación genital hacia una sensación de displacer en otro órgano.³ En *Inhibición, síntoma y angustia* propone una innovación a esta explicación, mencionando que: *"a consecuencia de la represión, el decurso excitatorio intentado en el ello no se produce; el yo consigue inhibirlo o desviarlo."*⁴ Con ésta comprensión aclara la mudanza del afecto a raíz de la represión y a su vez lo describe como suceso actual.

Pero al afecto también le da una segunda interpretación, en tanto estados *"incorporados en la vida anímica como una sedimentación de antiquísimas vivencias traumáticas y, en situaciones parecidas despiertan como unos símbolos mnémicos,"*⁵ es aquí donde Freud los equipara con los ataques histéricos adquiridos tardía e individualmente.

De las dos anteriores concepciones del afecto se podría concluir que este es psicósomático por excelencia, ya que como concepto nos ofrece dos categorías: reminiscencia psíquica filogenética y una descarga somática actual. Así también, todo proceso afectivo incluye: determinadas vías corporales para descarga y ciertas sensaciones (placer-displacer).

Retomando el discurso sobre la histeria de conversión podemos aclarar que la alusión al afecto se llevó a cabo porque en esta enfermedad, ocurre una mudanza de aquél.

A tal padecimiento Freud le postula dos condiciones para su producción: 1) una sollicitación somática, brindada ya sea por un proceso normal o patológico en el interior o relativo a un órgano del cuerpo; 2) un significado, un valor, intencionalidad o sentido psíquico. Este último es el que le da la capacidad de repetirse al síntoma histérico. Aunque cabe aclarar que el sentido del síntoma no lo trae consigo sino que le es prestado de acuerdo con la naturaleza de los sentimientos sofocados que luchan por expresarse.⁶ A partir de aquí

infiere que el enigma de la histeria obtiene un significado particular en cada caso, y en donde el sentido funciona como el mecanismo para la repetición.

Una formulación universal del padre del Psicoanálisis es que en la histeria, el síntoma cobra el significado de una figuración-realización de una fantasía de contenido sexual, en donde la sollicitación somática brinda a los procesos psíquicos en conflicto una salida hacia lo corporal. Esto último lo postula como condición para hablar de una histeria de conversión, puesto que si no ocurriese, la patología sería diversa.⁷

En otras palabras, el síntoma conversivo expresa simbólicamente un deseo reprimido. Aquí cabe aclarar que según esta postura los significados del síntoma pueden sufrir una variación en el transcurso de los años, pero la alteración somática aparece como el elemento de más difícil sustitución, es decir, es más fácil que se cree un nuevo vínculo asociativo que una nueva conversión.

Ahora bien, en esta estructura de personalidad, son equiparables los giros lingüísticos con las sensaciones corporales, teniendo así: una injuria con una bofetada; y una ofensa con una espina en el corazón, etc.⁸

Por último, en esta neurosis hay una fijación primaria en la etapa fálica y narcisista de la organización de la libido, el objeto de elección de las tendencias pulsionales son los padres o sustitutos. Como etiología, Freud postulaba una experiencia entre los ocho y diez años.⁹ Es entonces que se podría decir que en resumidas cuentas la experiencia sexual pasiva antes de la pubertad constituye el factor específico para la causación de la histeria de conversión.

Hasta este momento se han descrito los dinamismos que Freud postula en el desciframiento de la histeria de conversión; asimismo, es necesario mencionar que se retomaron aquellos elementos que consideramos pertinentes para aproximarnos a nuestro objetivo de investigación. Ahora nos avocaremos a la descripción de la hipocondria.

Cuando Freud en *Introducción del narcisismo* (1914) se ocupa de la hipocondria, se refiere a ella como exteriorizándose al igual que la enfermedad orgánica, en sensaciones corporales penosas y dolorosas y establece una línea de coincidencia entre ambas, en cuanto a la distribución de la libido. El hipocondriaco retira interés y libido del mundo exterior y los concentra sobre el órgano que lo atarea. Asimismo, establece una diferencia entre la enfermedad orgánica y la hipocondria; mencionando que la primera tiene una alteración orgánica comprobable y la segunda solo hace referencia a una sensación.¹⁰

En un afán de desenmascarar el fundamento de la hipocondria, Freud hace alusión a los genitales en estado de excitación, en tanto órganos que se alteran y no requieren de estar enfermos; a esta propiedad la llama *erogeneidad* y la atribuye a todos los órganos del cuerpo,

por lo que con ello autoriza para hablar de su aumento o disminución en determinadas zonas corporales. A partir de ésto supone que: *"a cada una de las alteraciones de la erogeneidad en el interior de los órganos podría serle paralela una alteración en la investidura libidinal dentro del yo."*¹¹ En tales elementos nos dice que hay que buscar aquello que está en la base de la hipocondria, aludiendo que en ella hay un éxtasis de la libido yoica.

Freud atribuye al modo de expresión de la hipocondria un estilo muy particular, mencionando que *"...el lenguaje ordenado del hipocondriaco contiene el equivalente de ese, dicho en giros expresivos comprensibles para todos; al mismo tiempo echan luz sobre el significado y sobre la génesis de la formación léxica esquizofrénica."*¹² Esto podría ser traducido de la siguiente manera:

LENGUAJE DE	CONTENIDOS DE
	=
ORGANO	PENSAMIENTO

Es decir, la relación con el órgano se erige en el representante de todo el contenido, puesto que en el hipocondriaco un órgano específico deviene el referente de una frase o discurso verbal:

Los ojos no están derechos, están torcidos, para representar las disputas y desavenencias con su amado que es un torcedor de ojos.

En el anterior ejemplo podemos observar que el hipocondriaco, cuando le deviene una inervación corporal, el elemento que tiene por contenido le sobreviene en toda su hilación de pensamiento, es decir, que el padecer (la sensación) tiene una relación estrecha con alguna excitación o acontecer de su vida amorosa.

La diferencia que encuentra Freud entre el lenguaje de la hipocondria y la histeria en el ejemplo citado es que la segunda habría torcido convulsivamente los ojos, no lo habría expresado en forma verbal, no habría tenido noticias en la conciencia del pensamiento, ni habría sido capaz de exteriorizarlo siquiera con posterioridad.¹³

En el texto *Contribuciones para un debate sobre el onanismo* (1912), incluye dentro de las neurosis actuales a la hipocondria, junto a la neurastenia y neurosis de angustia, fundando la tesis de que los síntomas de éstas no pueden ser descompuestas analíticamente, ya que sus manifestaciones somáticas no concienten su reconducción histórica o simbólica a vivencias eficientes, no se les puede comprender como unos compromisos de mociones pulsionales contrapuestas, al revés de lo que ocurre en los síntomas psiconeuróticos (que llegado el caso pueden parecer de idéntica naturaleza).¹⁴

En resumen, Freud únicamente se interesó en dos cuadros neuróticos con síntomas corporales: la histeria de conversión, a la cual atribuyó síntomas somáticos con sentido simbólico y las neurosis actuales, cuyos síntomas orgánicos no tienen sentido simbólico.

Sin embargo, en el texto *La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis* (1910) es donde quizá se da apertura para pensar nuestro objetivo de investigación, ya que se menciona: *"si un órgano que sirve a dos clases de pulsiones incrementa su papel erógeno, sin duda cabe esperar en términos generales, que ello no ocurra sin alteración de la excitabilidad y de la inervación, que se anunciarán como una perturbación de la función cuando el órgano pasa al servicio del Yo."*¹⁵ A estas clases de alteraciones las llama *perturbaciones neuróticas* a falta de un nombre mejor; nosotros en tanto habremos de referirnos a ellas como *perturbaciones psicósomáticas*. En éstas, algún órgano interno deviene en una desacostumbrada variación de la función, adquiriendo una nueva operación.

Así también, en el texto antes citado se abren dos cuestionamientos para pensar los trastornos psicósomáticos. El primero plantea: ¿qué es lo que genera el encuentro de las dos pulsiones en conflicto? Para responder a éste se hace referencia a que en general, son los mismo órganos y sistemas de órganos los que están al servicio, tanto de las pulsiones sexuales como de las yoicas, por lo que existe el elemento propicio para que ocurra una batalla entre dos pulsiones con exigencia fuera de las que comúnmente le están deparadas. Así pues, mientras más íntimo sea el vínculo en que un órgano, dotado de esa doble función entre en juego con una de las grandes pulsiones, tanto más se opondrá a la otra.

El segundo cuestionamiento se refiere, a que si la sofocación de pulsiones parciales producida por obra de los influjos vitales basta por sí sola para provocar las perturbaciones funcionales de los órganos, o bien, deben preexistir constelaciones constitucionales, las únicas que moverían a los órganos a exagerar su papel erógeno y de este modo provocarían la represión de las pulsiones.

En síntesis, órgano con doble requerimiento, efecto de influjos vitales, lucha entre pulsiones opuestas, efectos de la represión, constelaciones constitucionales preexistentes y erogeneidad, son conceptos que en Freud adquieren un dinamismo para explicar la somatización. No obstante, existen otras nociones como: el de represión primordial, la mudanza hacia lo contrario, la vuelta hacia la persona propia, fases de desarrollo psicosexual y su apuntalamiento en las partes del cuerpo, placer-displacer, sujeto-objeto, activo-pasivo, sadismo-masochismo, meta-fuente y objeto de la pulsión, narcisismo y fijación; que pueden contribuir para *conceptualizar la psicósomática como categoría psicopatológica estructural*.

B) GREG GRODDECK

Groddeck es uno de los pioneros de la medicina psicosomática, su intuición lo llevó a incursionar en las más diversas enfermedades. Su propuesta intenta poner término a la problemática mente-cuerpo (psíquico-somático), afirmando que: *"cuerpo y alma, es un todo; el ser humano no tiene dos funciones"*.¹⁶ Esto lo sustenta sobre la idea de que es imposible representarse un cuerpo vivo sin alma, o a la inversa; por consiguiente, la comprensión del individuo carecería de valor si no se lleva a cabo en un sentido total.

Para él, no existen males del cuerpo sino del alma. Divide a esta última en alma consciente y alma inconsciente. La primera tiene que ver con la razón y la voluntad; la segunda con los instintos, es la que gobierna cualquier funcionamiento del cuerpo en la vida diaria. De la oposición entre ellas surgen las enfermedades, pero el conflicto no es generado por el alma consciente, sino que es una creación del alma inconsciente.

Con el alma inconsciente relaciona al *ello*, al que describe como las fuerzas que nos gobiernan, el que construye el cuerpo y crea los signos corporales. Es a partir de estos puntos que recomienda que es al *ello* a quien debe dirigirse el médico y como medio para abordarlo, propone al lenguaje en su sentido verbal y físico.

Asimismo, Groddeck argumenta que si queremos tratar con el *ello*, se debe aprender a conocer una parte, lo más grande posible de éste; porque todo lo que sucede en el ser humano tiene una finalidad determinada, y si se transfiere esta idea a las enfermedades, podrá decirse entonces que cada enfermedad deberá tener un propósito específico, porque es tributaria del *ello*. Por consiguiente, el objetivo de la enfermedad no radica en la conciencia, sino en el inconsciente; *"a veces está hondamente soterrado, otras no tanto. Si se saca a luz este objetivo del inconsciente, la enfermedad suele desaparecer; si la finalidad pasa a las capas superiores de la esfera consciente, los síntomas desaparecen, enseguida o al cabo de algún tiempo, puesto que casi siempre es una finalidad u objetivo que carece de consistencia ante el mundo, y esto es válido para todos los tipos de enfermedad"*.¹⁷

De lo anterior se desprende que para este investigador, los padecimientos serían concebidos como una forma expresiva que se manifiestan en el cuerpo, que a su vez, también expresa a aquélla.

Por tal motivo, establece que: el tener dolores de cabeza es para no seguir pensando; los vómitos para no comer algo o expulsar del cuerpo algún veneno; los dolores de muelas para no masticar; las enfermedades localizadas en un costado son una medida precautoria para hacer, o dejar de hacer algo con respecto a parientes cercanos; diarrea y disentería refiere a algo que debe eliminarse; el estreñimiento a algo que debe conservarse; las hemorragias a fantasías de embarazo; la frialdad de manos para ocultar sentimientos ardientes; el resfrío para espantar un

olor que le resulta desagradable; ciertas dolencias de algunos órganos refiere a una inclinación de hacerse operar,¹⁸ etc. Como vemos, toda enfermedad posee un significado y una meta; es una medida precautoria cuyo fin es proteger a la persona contra algo más penoso.

A manera de conclusión se podría decir que Groddeck conceptualiza al ser humano como entidad total, desde la suposición de que todo lo que sucede en el individuo, tanto en el estado de salud como en el de enfermedad, existe una relación de correspondencia simbólica entre lo psíquico y lo somático. Estos argumentos nos llevan a pensar que este autor, generaliza el modelo de la histeria de conversión a todas las enfermedades, y más aún, intenta explicar la dicotomía mente-cuerpo desde esta perspectiva.

Tales afirmaciones, no dan lugar para conceptualizar lo que nosotros llamamos *enfermedades psicósomáticas*, puesto que todos los padecimientos, ya sea orgánicos o psíquicos, quedarían insertos en los mecanismos de la histeria.

C) FRANZ ALEXANDER

Alexander constituye uno de los máximos representantes de la medicina psicosomática; formó parte del Instituto Psicoanalítico de Chicago, donde llevó a cabo investigaciones sistemáticas para el estudio de ciertas enfermedades.

Al plantear el problema mente-cuerpo, este investigador propone que: "*el estado emocional de una persona puede tener una profunda influencia sobre el curso de cualquier enfermedad,*"¹⁹ de ahí el énfasis que pone en el estudio de las influencias psicológicas.

El postulado esencial que propone el autor, se refiere a que para sufrir ciertas enfermedades, es preciso la presencia de un conflicto psicológico específico, es decir, una persona es vulnerable a una clase de padecimientos porque sufre un conflicto que es inconsciente, cuya activación por circunstancias externas, produce cargas emocionales específicas con determinadas respuestas fisiológicas. Por tanto, su hipótesis se funda con la comprensión del conflicto psicológico y la configuración psicodinámica que dan origen a los síntomas somáticos.²⁰

Sin embargo, Alexander opina que el tipo de respuesta fisiológica no necesariamente será patológica, sino que ubica algunas de ellas dentro de un grupo de fenómenos normales de naturaleza automática, pero que no por ello dejan de descargar tensiones emocionales. Como ejemplo, sitúa la manifestación somática que se desencadena a partir de la ira, donde se estimula el sistema simpático adrenal, además de darse una aceleración del ritmo cardíaco, hipertensión arterial y una inhibición de ciertas funciones digestivas. A todos estos síntomas orgánicos los denomina *inervaciones expresivas*, constituyendo el componente somático que acompaña dicho estado afectivo. De la misma manera los *fenómenos psicosexuales* como la erección, la eyaculación, el orgasmo, etc., son mecanismos fisiológicos considerados propios de la especie.²¹

En cuanto a los procesos patológicos solo se diferencian de dicho grupo de fenómenos normales, por realizarse bajo otras condiciones, a través de otros sistemas y desde otros niveles de integración. Una de las revisiones más precisas que se han efectuado acerca de la presente postura teórica, constituye la realizada por Pichón-Riviere, el cual, en base a la teorización de Alexander enmarca el fenómeno orgánico en su aspecto funcional, como medio de expresión de afectos o emociones prohibidas, bloqueadas en el inconsciente, caracterizando las siguientes entidades psicosomáticas:

1. La *histeria de conversión*, incluye todos los síntomas de expresión orgánica que se configuran por intermedio de los dos sistemas: neuromuscular y sensorial; por ejemplo: convulsiones, parálisis, contracturas, etc. También están involucrados los padecimientos de

los órganos que universalmente expresan emociones. Estos últimos ocupan un lugar intermedio entre este grupo y los siguientes.

2. **Neurosis vegetativas** de causa psicógena sin significación psicológica específica; es decir, las cuales consisten en reacciones viscerales a los estímulos emocionales, tales como las *respuestas de adaptación* que se presentan en situaciones de emergencia, como la estimulación de las funciones necesarias para la lucha o la huida, lográndose por la actividad del sistema simpático-adrenal.
3. **Enfermedades orgánicas de tipo psicógeno**; ésta la explica a partir de la neurosis vegetativa, donde, por ejemplo, una neurosis gástrica acarrea por el proceso que llama *saltos de lo funcional a lo orgánico*, una úlcera péptica, consecuencia final de la situación anterior sin contenido psicológico específico y secundario a una neurosis vegetativa.²²

Además, considera tipos mixtos entre la primera y segunda categoría de afecciones. Por ejemplo: el estómago, el cual está dotado de inervación voluntaria y de inervación vegetativa, puede ser el asunto de ambos tipos de síntomas. Tenemos el caso del vómito psicogénico, donde es parte de la pauta fisiológica de un estado de angustia y puede explicar simbólicamente, mediante un síntoma conversivo, el repudio a una situación intolerable.²³

En realidad nos resulta algo confusa la descripción de Alexander, dado que pareciera que en un determinado momento un mismo paciente pudiera poseer una histeria de conversión y una neurosis vegetativa, y aquí podemos darnos cuenta desde donde vienen las dificultades para conceptualizar a la psicósomática. También, podemos observar cómo a la histeria de conversión la ubica dentro de una entidad psicósomática y no como una psiconeurosis, como Freud inicialmente la marcó.

En síntesis, el esquema conceptual que Alexander propone tiene las siguientes características:

1. Todas las funciones humanas, sanas y enfermas son psicósomáticas.
2. Las emociones se asocian siempre con pautas de acción expresadas a través de una parte del sistema nervioso vegetativo y de los órganos por él inervados.
3. Para las emociones específicas existen pautas vegetativas.
4. Las emociones a las que no se da expresión manifiesta conducen a una tensión crónica, que intensifica el grado de la inervación vegetativa involucrada y concluye en un trastorno de la función.

El habernos referido a Franz Alexander, es porque consideramos que tuvo una influencia trascendente en el campo de la medicina psicósomática, donde a partir de sus investigaciones, y de otros más, se han venido reformulando sus conceptualizaciones, dado que en primera

instancia, sus postulados no fueron demostrados del todo, además de haber omitido para su teoría los mecanismos reguladores que operan en el sistema nervioso vegetativo.

Por nuestra parte, creemos que tal postura resulta incompleta, puesto que si bien es cierto que pudiera existir cierta relación entre el órgano dañado y/o función del mismo con determinadas emociones, pensamos que la enfermedad psicosomática merece una explicación más profunda y amplia, porque al considerarla como una estructura psicopatológica, suponemos la involucración de otros elementos a considerar para su constitución, como son: las relaciones de objeto, la predisposición, la historia de vida, el contexto familiar, etc.

Por último, concluimos que el autor no otorga explicación alguna a los mecanismos psíquicos que operan en esta afección, limitándose a una mera descripción de ciertas categorías dentro de la psicosomática, como si se tratase de una subdivisión en una sola entidad, situación con la que discordamos, porque al hablar de psicosomática implica tomarla como entidad particular estructural.

D) OTTO FENICHEL

Fenichel, al igual que la mayoría de los investigadores del campo de las enfermedades psicosomáticas, se apoya en las contribuciones de Freud para realizar su conceptualización.

Manifiesta en primera estancia, que no a todos los cambios somáticos de carácter psicógeno, puede dárseles el nombre de *conversión*, porque no todos ellos figuran una fantasía traducida al lenguaje corporal. Esto lo sustenta en el supuesto, de que las funciones orgánicas, pueden ser influenciadas por actitudes inconscientes y que no siempre se produce un significado psíquico definido. Tal diferencia la atribuye a lo descrito por Freud, en su artículo *La perturbación psicógena de la visión*. Al referirse Fenichel a este texto, argumenta que en él, hay dos categorías de perturbación: la primera, de carácter físico, consiste en alteraciones fisiológicas producidas por el uso inadecuado de la función en cuestión; la segunda, tiene un significado inconsciente específico, es la expresión de una fantasía al lenguaje corporal. Esto, nos dice, es confuso porque Freud llama a ambas categorías *neuróticas* y no sugiere ningún eje diferencial entre ambas, por lo que él propone el nombre de *órgano-neuróticas* para la primera y para la segunda el de *conversión*.²⁴

Plantea que la clave para una clasificación de los fenómenos órgano-neuróticos se derivan de dos cosas diferentes: los cambios funcionales debidos a influencias tóxicas; es decir, a cambios en el quimismo de la persona insatisfecha; afectada por un estancamiento, pero que sin embargo, no son necesariamente idénticos a los cambios causados por un uso inconsciente de estas funciones al servicio de los fines instintivos. En base a tales afirmaciones distingue cuatro clases de síntomas órgano-neuróticos:

1. Equivalentes de afecto.
2. Resultantes de cambios en el quimismo de la persona insatisfecha, afectada por un estancamiento (expresiones de afectos inconscientes).
3. Resultantes físicos de actitudes inconscientes o de patrones de conducta de determinismo inconsciente.
4. Toda clase de combinaciones de las anteriores posibilidades.²⁵

Uno de los puntos llamativos en el planteamiento de Fenichel, es que postula que las órgano-neurosis no pueden ser analizadas dada su falta de significado inconsciente, sin embargo propone que lo que se debe analizar es la actitud que la ha motivado, para que se abandone y con esto se supera el trastorno.²⁶

Un aspecto que, puede deducirse del presente investigador, es que caracteriza a las órgano-neurosis por un mecanismo de conversión que no se realiza en la etapa fálica como en la histeria, sino en las etapas pregenitales y utilizan como medio de expresión el sistema

neurovegetativo a diferencia de la histeria donde el mecanismo sigue las vías del sistema nervioso central y periférico.

También alude, que el término *enfermedad psicosomática*, tienen la desventaja de sugerir un dualismo que no existe, por lo que lo generaliza a todas las enfermedades. Esta propuesta la justifica refiriendo que ningún padecimiento se haya libre de influencias psíquicas, e incluso, la conversión más francamente psíquica puede tener en su base una complacencia somática.²⁷ Con esta generalización, los esfuerzos de Fenichel en lugar de superar la dificultad del dualismo mente-cuerpo no hace más que reafirmar aquello que intenta superar.

Por último, nos parece importante recalcar que los esfuerzos del presente autor para sistematizar y clasificar los procesos psicosomáticos sobre una base ecléctica, fenomenológica y dinámica, no es la línea para poder realizar una comprensión de las enfermedades psicosomáticas y de la somatización en otras patologías, dado que a lo sumo se llegaría a una descripción de diversos padecimientos, sin lograr resolver el asunto de la existencia de una estructura psicosomática. Sin embargo, algo que parece compatible con nuestra línea de pensamiento es la ubicación de la enfermedad psicosomática en las fases preedípicas y como vías de alteración del sistema nervioso vegetativo.

E) D.W. WINNICOTT

Winnicott no hace especificación de la génesis de la enfermedad psicosomática; sin embargo, mostraba una especial preocupación por ellas, al examinar el proceso evolutivo temprano desde la dependencia absoluta hasta la independencia, adjudicando una patología específica a fallas ambientales en cada una de estas etapas. Por lo que podría inferirse que a la enfermedad psicosomática la considera implícita en la etapa que denomina mezcla de dependencia-independencia; a cuya falla atribuye una dependencia patológica, que en forma manifiesta o latente caracteriza a dichas enfermedades. Tal situación queda sustentada en el hecho de que prioriza el cuidado materno, porque lo considera parte esencial para que el niño o la niña se convierta en una criatura, por lo mismo pone un especial acento en la identificación emocional por parte de la madre, más que en la comprensión de lo que expresa o puede expresar verbalmente.²⁸

A partir de estas consideraciones Winnicott agrupa en tres categorías la función de una madre suficientemente buena en las primeras etapas de vida de su hijo:

I. Sostenimiento

II. Manipulación

III. Mostración de objetos

I. La forma en que la madre toma en sus brazos al bebé, está muy relacionada con su capacidad para identificarse con él. El hecho de sostenerlo de manera apropiada constituye un factor básico del cuidado, cosa que sólo podemos precisar a través de las reacciones que suscita cualquier deficiencia en este sentido. Aquí cualquier falla provoca una intensa angustia en el niño, puesto que no hace sino cimentarse:

- la sensación de desintegrarse.
- la sensación de caer interminablemente.
- el sentimiento de que la realidad externa no puede usarse como reaseguración, y
- otras ansiedades que en general se describen como *psicóticas*.

II. La manipulación contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicosomática que le permita percibir lo *real* como contrario a lo *irreal*. La manipulación deficiente actúa contra el desarrollo del tono muscular y contra lo que llamamos *coordinación*, y también contra la capacidad del niño para disfrutar de la experiencia del funcionamiento corporal y de la experiencia de ser.

III. La mostración de objetos o realización (esto es, hacer real el impulso creativo del niño) promueve en el bebé la capacidad de relacionarse con objetos. Las fallas en este sentido bloquean el desarrollo de la capacidad del niño para sentirse real al relacionarse con el mundo concreto de los objetos y los fenómenos.²⁹

Podemos concluir que para Winnicott el desarrollo es producto de la herencia, de un proceso de maduración y de la acumulación de experiencias de vida, pero no tiene lugar a menos que se cuente con un medio favorable. Dicho medio tiene al comienzo una importancia absoluta y más tarde, sólo es relativa; y es posible describir el curso del desarrollo en términos de dependencia absoluta, dependencia relativa y tendencia a la independencia. Por eso, a partir de la investigación de casos individuales, postula que es posible establecer la relación entre los estados patológicos, con los diversos grados y variedades de fallas que presenta el sostenimiento, la manipulación y la presentación objetal en la fase inicial; menciona además, que no descarta la existencia de factores hereditarios, sino que los mismos se ven complementados en ciertos aspectos importantes.

Para ampliar su conceptualización respecto a los *estados patológicos*, hace referencia al *Desarrollo del Ego*, caracterizándolo bajo varias tendencias:

1. La principal tendencia del proceso de maduración se concentra en los diversos significados de la palabra *integración*. La integración en el tiempo se suma a la que él llama integración en el espacio.
2. La segunda, designa que el ego se basa en un ego corporal, pero es sólo cuando todo va bien que la persona del bebé empieza a ir enlazada con el cuerpo y sus funciones, con la piel en su cometido de membrana restrictiva. Adopta el término *personalización* para describir este proceso, ya que dicho término le parece indicar la pérdida de una firme unión entre el ego y el cuerpo, incluyendo los impulsos y las satisfacciones del ello.
3. Finalmente, la tercera plantea que el ego inicial comienza con el establecimiento de la relación objetal. Con un buen cuidado materno al principio, el bebé no se haya sujeto a las satisfacciones instintivas, salvo en la medida en que exista la participación del ego. En este sentido, dice: *"se trata menos de una cuestión de dar satisfacción al bebé que de permitirle encontrar y adaptarse por sí mismo al objeto (seno, biberón, leche, etc.)."*³⁰

Así pues, *"La integración se halla estrechamente ligada con la función ambiental del sostenimiento. El logro de la integración estriba en la unidad. En primer lugar viene yo, que incluye también al no soy yo. Luego viene yo soy, yo existo, adquiero experiencias, me enriquezco y poseo una interacción introyectiva y proyectiva con el No-Yo, el mundo real de la realidad compartida. (...) En condiciones favorables, la piel se convierte en la frontera entre el yo y el no-yo, o, para decirlo de otro modo, la psique ha entrado a vivir dentro del soma, dando inicio una vida psicosomática individual. La instauración de un estado de yo soy, junto con el logro de una vida interior o cohesión psicosomática, constituye un estado de cosas que va acompañado por un afecto específico de angustia que incluye el temor a la persecución. [Advierte que] En la sintomatología de un tipo de enfermedad psicosomática se advierte la insistencia en la interacción psique-soma, la cual es mantenida a modo de defensa contra la amenaza de perder la unión psicosomática o contra alguna forma de despersonalización. [Además, Winnicott plantea que] la manipulación sirve para describir la*

*provisión ambiental que corresponde vagamente a la instauración de una colaboración psicosomática. Sin una manipulación activa y adaptativa satisfactoria, es muy probable que realizar la tarea desde dentro resulte difícil o, de hecho, imposible para que quede instaurado como es debido este desarrollo de una interrelación psicosomática."*³¹

A manera de síntesis del modelo planteado por Winnicott en relación a la génesis de la enfermedad psicosomática y la patología en general, queda claro que considera que el desarrollo emocional del niño tiene lugar cuando se han provisto las condiciones adecuadas para ello; el impulso a desarrollarse nace del mismo niño, de su interior.

En una apreciación general de su postura podemos decir que, aún cuando no da una descripción específica de la psicosomática como entidad particular, refiere su génesis al fallo ambiental, resultado de una deteriorada relación afectiva con la madre, donde podemos caer en la cuenta que éste es un autor más que prioriza las relaciones de objeto como instancia medular en la etiología de este tipo de trastornos; más sin embargo, creemos que no ahonda en la explicación de los mecanismos que operan en tal manifestación.

F) MARIE LANGER

Esta autora se refiere concretamente al complejo problema de la psicología de la mujer, en especial al problema de la mujer moderna: el cómo conciliar sus logros sociales, su femeneidad, su maternidad y su sexo. Demuestra cómo el conflicto entre su labor profesional y sus instintos maternales, coartados en nuestra época anti-instintiva, repercuten sobre su felicidad y trastorna sus funciones femeninas. Asimismo describe cómo los factores culturales, ambientales y personales influyen en esas funciones.

A través de material clínico ilustra cómo la maternidad feliz y la capacidad para el goce sexual dependen de vivencias tempranas y tienen sus raíces en la primera relación madre-hija. Parte de la observación psicoanalítica directa de los conflictos y dificultades que las mujeres experimentan frente a su femeneidad.

La comprensión teórica de los trastornos femeninos en los que Langer se fundamenta, son: Freud, Helen Deutsch y Melanie Klein, principalmente. Por otra parte, las investigaciones antropológicas de Margaret Mead le fueron de utilidad para la comprensión de qué aspectos de estos trastornos pueden ser causados por factores culturales.

Langer supone que la mujer aunque a menudo no lo sabe conscientemente, está frustrada en la gratificación de sus instintos maternales y que la represión a la cual sucumbe la parte insatisfecha de éstos se manifiesta en diversos síntomas (frigidez, trastornos psicósomáticos, etc). Al parecer, la solución no está en suprimir su actividad social, sino por el contrario, en educarla en tal forma que de adulta sea capaz de sublimar una parte de sus instintos maternales. Esto le permitirá aceptar su femeneidad, realizar su gratificación del remanente instintivo en una vida sexual satisfactoria y en una maternidad más feliz y más libre de trastornos psicósomáticos; con su obra pretende *"describir y analizar los trastornos más frecuentes de las funciones procreativas de la mujer, [desde el punto de vista psicoanalítico]... Su tesis básica es la siguiente: ...antño la sociedad imponía a la mujer severas restricciones en el terreno sexual (...) y social, pero favorecía el desarrollo de sus actividades y funciones maternales. Las consecuencias de estas restricciones fueron la gran frecuencia de la histeria y otras manifestaciones psiconeuróticas en el mujer. Sin embargo, parece haber sufrido relativamente poco de trastornos psicósomáticos en sus funciones procreativas. Actualmente el cuadro ha cambiado. En este último siglo la mujer de nuestra civilización ha adquirido una libertad sexual y social totalmente desconocida apenas tres generaciones atrás. En cambio, las circunstancias culturales y económicas imponen graves restricciones a la maternidad. Como consecuencia de esta situación disminuyen los cuadros neuróticos típicos y ya no se encuentra la grande hystérie, pero aumentan en forma alarmante los trastornos psicósomáticos mencionados"*.³²

Lo anterior expuesto lo atribuye a que estos trastornos de la vida procreativa femenina, provienen de conflictos neuróticos y que ello ocurre en mujeres que en su vida diaria no demuestran signos de enfermedades nerviosas, pero sí está presente un conflicto con su femeneidad.

En la mujer, dice M. Langer, existe una interrelación constante entre procesos biológicos y psicológicos. Desde la menarquía hasta la menopausia, es decir, durante la parte más importante de su vida se desarrollan en ella procesos biológicos destinados a la maternidad. Parece pues, existir en la mujer un deseo instintivo de ser fecundada y concebir un niño. Refiere que, es un hecho bien conocido por los ginecólogos que la mayoría de las mujeres que sufren de neoplasmas de la matriz nunca han tenido hijos y se están acercando a la menopausia. La interpretación de este fenómeno psicosomático parece obvia. Son mujeres frustradas en su maternidad que se acercan a la renuncia definitiva. Entonces su matriz se llena de tejidos, creando autoplásticamente un pobre sustituto del niño anhelado. Considera, también que habrá entre ellas, muchas mujeres que conscientemente nunca desearon un embarazo, pero su inconsciente experimenta la situación en forma opuesta. Menciona que: *"Psicológicamente a menudo no importa tanto la realización de la maternidad, sino su aceptación relativamente libre de conflictos."*³³

A continuación intentaremos resumir sus planteamientos entorno a cada una de las funciones femeninas y su relación con la psicopatología, puesto que consideramos importante su posición, dado que resalta el factor psicosomático que se juega en cada una de las etapas de la vida procreativa.

Menarquía

La autora postula que la menstruación puede significar una manifestación placentera e inherente a la femeneidad. Sin embargo, manifiesta que la menstruación significa en cada ocasión la pérdida de una esperanza de maternidad: pero que simboliza simultáneamente para la mujer su juventud y su fecundidad, así como su capacidad de regeneración continua y la promesa de una maternidad. La menarquía marca entonces, un paso importantísimo en la vida de la mujer. Langer opina que la niña revive en la pubertad simultáneamente todos sus conflictos infantiles y entra en los correspondientes a la madurez sexual. En los casos en que ni la menarquía ni las primeras menstruaciones hayan significado un trauma para el inconsciente de la niña, se podrá tener la seguridad de que ha tenido una infancia satisfactoria. Además, esta aceptación representaría ya casi una garantía para la salud psicosomática posterior de la mujer. Por otra parte, si la menarquía se presenta con conflictos, estos mismos podrán reproducirse en cada etapa de su vida procreativa. Unas veces manifestará en el plano psicológico, otras en el somático, y otras, alternativamente en ambos. Por tanto, la manera en que la niña asimile la menarquía y aunque conscientemente parezca tener poco efecto sobre ella, inconscientemente es experimentada en otra forma y desencadena síntomas que la misma enferma no relaciona con ella.³⁴

Trastornos de la Fecundación

Marie Langer plantea respecto a la esterilidad femenina, que existen factores psicógenos importantes donde la técnica ginecológica no ha podido incidir. Además, de que hoy en día pareciera que se le está otorgando una mayor aceptación a este tipo de influencia. Refiere que la infertilidad de la mujer obedece a una dificultad tal como una fijación de la madre por un lado, y por el otro, a sus sentimientos de culpa. Asimismo, aborda el problema de la esterilidad en el caso de la inseminación artificial, donde cita que aún cuando existan todas las condiciones biológicas para que la mujer pueda fecundar, se produce la expulsión del feto en determinado momento del proceso de embarazo.³⁵

Embarazo y Parto

Por otra parte, tanto el embarazo como el parto constituyen un episodio normal de la vida procreativa femenina, por lo que podría suponerse que ambos procesos tendrían que transcurrir en la mujer sana sin mayores molestias. Sin embargo, M. Langer plantea que en nuestra sociedad hasta hace poco no ocurría así, sino por el contrario, los trastornos del embarazo, los dolores, dificultades y angustias del parto son tan frecuentes que se los consideraba como fenómenos normales y casi inevitables. Pero al realizarse un examen más profundo se observa que estos trastornos provienen de conflictos psicológicos y de identificaciones con otras mujeres ya trastornadas en su femeneidad. Las causas de trastornos del embarazo que se descubren en una investigación psicológica pueden ser múltiples. Pero siempre la aparición de los trastornos significa un rechazo del niño, rechazo provocado a menudo por circunstancias económicas adversas, sociales, por desamor al marido, etc. Todas estas afirmaciones las realiza M. Langer a partir de investigaciones efectuadas por ella misma y otras realizadas por Helen Deutsch y Margaret Mead. Langer supone que durante el embarazo y parto la mujer repite especialmente su relación primitiva con su propia madre. Citando a H. Deutsch interpreta esto como consecuencia de una doble identificación, y supone que la mujer en cinta se identifica con el feto, reviviendo su propia vida intrauterina. Con ello vuelve a reeditar las fantasías tempranas e inconscientes de haber despojado a su madre de los contenidos valiosos de su cuerpo (ésto partiendo de M. Klein). Así pues, la reagudización de estas fantasías durante el embarazo y parto es la causa de múltiples angustias y trastornos somáticos.³⁶

Se plantea la situación de qué tan a menudo se presenta la intensidad de angustia que sienten muchas mujeres al principio de un embarazo deseado conscientemente. Si la angustia se torna intolerable, entonces se intentará liberarse del feto persecutorio por todos los medios a su alcance. Pero la defensa psicósomática más frecuente contra la angustia provocada por el feto que crece y crece, consiste en el aborto, en la expulsión prematura del perseguidor que ocurre a menudo, sin poder ser frenada por ninguna medida preventiva o medicación. Pero si el conflicto frente al embarazo es menos intenso y despierta menos ansiedad, sus manifestaciones serán más inofensivas. La más frecuente es de carácter oral, y consiste en náuseas, vómitos y antojos. Otro es el estreñimiento.

Surge el interrogante de si la gran frecuencia de estos dos tipos de síntomas pueden explicarse por los cambios fisiológicos que la mujer sufre durante su embarazo, o si las tensiones psíquicas provocadas por el embarazo tienden a descargarse por determinada conversión.

Según Helen Deutsch, nuevamente citada por Langer, menciona que la embarazada reacciona durante los primeros meses del embarazo frente al feto con ambivalencia oral, y trata de expulsarlo con los vómitos y reincorporarlo con los antojos. Langer agrega ante esto, que esta expulsión imaginaria se realiza por la boca por varias causas. Primeramente por chocar con un deseo de proseguir con el embarazo. Si así no fuera, el inconsciente no se conformaría con un intento de interrupción del embarazo que no tiene más valor que el de una protesta simbólica y de una descarga de tendencias negativas. Además, el inconsciente elige para su protesta el tracto alimenticio por la persistencia de viejas teorías infantiles con respecto a la concepción.³⁷

En conclusión se puede decir que para M. Langer es de suma importancia que la mujer embarazada reciba amparo y protección, ya que sufre una regresión parcial. Su estado le despierta angustias tempranas y principalmente las ligadas a su madre. Es por eso que las tendencias favorables y adversas al embarazo entran en conflicto y se manifiestan en el plano psicológico y psicosomático, provocando angustias y trastornos típicos.

Lactancia

La autora argumenta sobre este tópico que la mujer que alimenta a su hijo está reviviendo inconscientemente su propia lactancia. Considera que de haber sido feliz, esta madre repetirá con su hijo la misma experiencia satisfactoria. En cambio si le fue adversa, cargada de conflictos y angustias, puede ocurrir que viejos recuerdos, al resurgir en su inconsciente, obstaculicen la lactancia y hasta la impidan del todo, desapareciendo la secreción láctea. Pero podrá ocurrir también lo contrario; que la mujer logre sobreponerse a sus viejos conflictos y halle en la lactancia un medio adecuado para superar frustraciones pasadas y olvidar antiguos resentimientos, al identificarse con su hijo satisfecho y con una madre ideal.³⁸

Climaterio

Finalmente habremos de abordar la postura de M. Langer, respecto al climaterio, donde parte de F. Dunbar para sostener que las psicosis involutivas son consecuencia directa de los cambios hormonales climatéricos. Sin embargo, afirma que esto no es del todo válido, pues en recientes investigaciones se ha demostrado que las mujeres con trastornos menopáusicos ya sufrían con anterioridad de trastornos nerviosos. Por otra parte, H. Deutsch, a la cual refiere M. Langer opina que el climaterio y sus reacciones psíquicas y somáticas constituyen tanto una repetición como la contraparte de la menarquía. La mujer en esta etapa de su vida sexual pasa por un estado psicológico de dudas, vacilaciones, temor al futuro, intensificación y rechazo de su sexualidad, de oscilación entre deseos de aislarse y de gran actividad social, etc., que se

parece mucho a las reacciones de la niña púber. Además de algunas reacciones físicas parecidas. Al parecer las semejanzas y el carácter de crisis del estado psicológico de ambas etapas provienen de esa imposibilidad de realización, impuesta por la edad, demasiado corta de la niña, demasiado avanzada de la mujer envejecida.³⁹

Hasta aquí un breve recorrido por la postura de M. Langer frente a cada una de las funciones femeninas, no sin antes resaltar que a lo largo de su obra existe una preocupación latente por hacer ciertas observancias como medidas preventivas que la mujer, que es madre pueda emplear para educar mejor a sus hijas y evitar que sufran de esta contradicción entre sus instintos y sus ambiciones; para que no envidien al hombre el tener un camino claramente trazado; es decir, para que estén contentas de ser mujeres. Que no repudien su femeneidad al comprender que ésta puede darles un máximo de placer sin impedirles otro logro; que ellas puedan realizarse tanto como el hombre, aunque estas realizaciones, por ser ellas mujeres, en muchos terrenos tendrán otro matiz que las del hombre, por no ser resultado de sublimaciones del instinto sexual masculino sino del femenino y, en especial sublimaciones de su maternidad.

Cabe señalar que nosotros estamos de acuerdo con sus postulados, aún cuando se concretice exclusivamente en el problema de la mujer. Sin embargo, esto le permite ser más exhaustiva en su investigación, rescatando al igual que otros autores el factor social (resaltando la cultura) y las experiencias tempranas, donde el trastorno psicosomático respondería a una mezcla de procesos biológicos y psicológicos. No obstante, está ausente en su obra una distinción precisa entre las entidades nosológicas que también involucran el cuerpo; en especial, el cuerpo de la mujer en sus funciones procreativas, como son la histeria y la hipocondria, pero es clara su puntualización respecto a la presencia real del daño orgánico como resultado de un conflicto con la propia femeneidad.

G) ANGEL GARMA

Garma, es uno de los investigadores contemporáneos más destacados en el campo de la psicósomática. Para él, el problema mente-cuerpo, es una denominación arbitraria que confunde e interfiere para entender que el ser humano es una totalidad que no puede dividirse en aspectos separados, dado que entre lo orgánico y lo psíquico existe una correlación.⁴⁰

Este autor, no define de manera precisa la enfermedad psicósomática; en cambio, realiza una descripción detallada de los factores que la desencadenan. Sin embargo, deja ver entre líneas que este padecimiento constituye una reacción fisicoquímica que resulta a partir de un conflicto psíquico reprimido.

Afirma que hay una estructura psicológica específica en cada paciente psicósomático. Que si bien existen estructuras que pueden predisponer a la adquisición de cierto padecimiento: *"cada paciente tiene su perfil especial y... como única estructura que podría pensarse que está siempre presente, es la melancolía silenciosa pero callada por cuanto es la vía hacia la somatización"*.⁴¹ Refiere que el síntoma somático simboliza el conflicto, puesto que la somatización está puesta al servicio de apaciguar al Super Yo primitivo, porque éste cumple la prohibición al igual que la neurosis en la genitalidad; así que supone que el síntoma somático se mantendrá o cambiará, en tanto permanezca la prohibición del placer.

En cuanto a los factores etiológicos de la enfermedad psicósomática, Garma plantea dos tipos de determinantes:

1. Factores predisponentes: Congénitos y adquiridos.
2. Factores desencadenantes: Presencia de una situación problemática, que a partir de un conflicto interno se recrudece el síntoma.

Los congénitos los refiere a factores de orden innato, en cambio, los adquiridos los remite a hechos que le ocurrieron al sujeto en algún momento de su vida y que lo afectaron de manera tal que le crearon una determinada predisposición para reaccionar ante estímulos específicos, pudiendo tener su origen en una etapa temprana de la vida. Puntualiza que tales factores suelen ser experiencias vitales de diferentes tipos, en las que determinado órgano o sus funciones, son objeto de especial sufrimiento o sobrevaloración. En cuanto a los factores desencadenantes, señala que en el individuo, aparte de una predisposición, está presente un conflicto interno que existe en el sujeto mismo. Esto significa que cuando se presentan ciertas vivencias problemáticas, por lo general el síntoma psicósomático aparece, llámense jaqueca, acceso de asma, taquicardia, etc., y es usual que en un principio el paciente refiera a dicha vivencia la causa que ha producido el síntoma. Sin embargo, argumenta que ya no se trata de que él esté enojado o problematizado en su relación con otras personas o circunstancias específicas, sino que en el interior de este individuo están presentes dos tendencias opuestas, dos partes en

pugna. Esto es, el conflicto cuando es manifiesto se presenta como una lucha entre un deseo y una exigencia moral o entre dos sentimientos contradictorios, pero cuando es latente, se expresa este último de un modo deformado en el conflicto manifiesto, traduciéndose por la deformación de los síntomas en trastornos de carácter, de conducta, y en este caso, como síntoma orgánico.⁴²

Ahora bien, A. Garma sostiene como Freud, que el conflicto inconsciente no tiene acceso a la conciencia; esto debido a que han sido reprimidos, siendo así como pueden llegar a provocar determinados padecimientos en personas que de antemano poseen algún tipo de predisposición para ese trastorno.

Respecto a nuestra posición frente a la conceptualización de la psicósomática, consideramos que A. Garma es uno de los investigadores que toman más en consideración los factores constitucionales para la generación del padecimiento. Sin embargo, no establece diferencias entre las otras entidades nosológicas que involucran al cuerpo, como la histeria de conversión y la hipocondría.

H) ENRIQUE PICHON-RIVIERE

Pichón-Riviere establece la necesidad de complementar la investigación psicoanalítica con la investigación social por lo que concibe al hombre en una sola dimensión: la humana; pero al mismo tiempo lo comprende como una totalidad integrada por tres dimensiones: la mente, el cuerpo y el mundo exterior; que se integran dialécticamente. A partir de la *Teoría del vínculo*, considera al individuo como una resultante del interjuego establecido entre el sujeto y los objetos internos y externos, en una relación de interacción dialéctica. A esto, lo propone como una estructura con características normales y alteraciones descifradas como patológicas. También desarrolla algunas consideraciones generales sobre los vínculos patológicos donde destaca las diferentes finalidades de la conducta que el sujeto establece con los objetos que configuran las distintas cualidades que adquieren los vínculos: como el paranoico, el hipocondriaco, el melancólico, el histérico, el obsesivo, etc., sin perder de vista que en todo momento el vínculo lo establece la totalidad de la persona, totalidad que interpreta como una Gestalt en constante proceso de evolución.⁴³

Menciona asimismo, que generalmente se ha intentado comprender la patología mediante el estudio de las relaciones externas con objetos externos, pero encontramos que a medida que el sujeto regresa a posiciones más primitivas, las relaciones de objeto son esencial y predominantemente establecidas con objetos internos. Cita la posición más extrema del autismo, donde el sujeto se retira del mundo exterior. Y dice que lo que pasa es que traslada la realidad externa a otro escenario; al escenario interno donde volvemos a encontrar, cuando analizamos a ese sujeto, los mismos personajes que existían antes fuera, pero que ahora están adentro, estableciendo con ellos vínculos particulares que condicionan toda su actuación. Este esquema dice: puede servir para comprender la patología interna y cualquier síntoma puede ser analizado de esta manera.⁴⁴

Las integraciones entre las tres áreas del *self* (mente, cuerpo y mundo exterior), se hacen alrededor de un eje ya estructurado prenatal, que denomina *protoesquema corporal*, que estaría integrado por estímulos interoceptivos, propioceptivos, etc., originados durante la vida fetal. También, plantea que el vínculo con el objeto no sólo se establece con el psiquismo, sino que también se expresa a través de la mente, pero todo el organismo aparece implicado en la situación. A partir del anterior postulado, es que considera a la enfermedad psicósomática en términos relacionales, como el establecimiento de un vínculo particular con un objeto determinado, dentro del esquema del cuerpo, siendo manejado dicho objeto con las funciones propias del órgano; funciones que experimentan una regresión a etapas más primitivas, donde predominaron determinados tipos de vínculo. Esta regresión de las funciones del órgano crea un desajuste en la economía total, provocando la enfermedad. La regresión es hacia el punto disposicional, que es el momento del desarrollo en que se organizaron determinados tipos de conducta visceral y por medio de la que se dió y se dará el control de las ansiedades; durante el fenómeno de la regresión, ésta no sólo se hace en el sentido de que los objetos son

depositados en el cuerpo, sino también se produce la regresión del órgano mismo en cuanto a sus funciones. Por ejemplo: el estómago de un ulceroso es un estómago que ha regresado a su etapa de lactante, pues el ritmo de hambre y satisfacción es semejante al de ese período; el hambre dolorosa del ulceroso equivale al hambre dolorosa del lactante. Aquí se puede ver la regresión a ciertos vínculos particulares, regresando la totalidad de la persona a un tipo de conducta que fue operativo en cuanto a la defensa de la ansiedad.⁴⁵

Así tenemos que considera el surgimiento de la enfermedad a partir del conflicto entre la regresión de un órgano a una función más primitiva y la permanencia del resto en un nivel más adulto. Esto explicaría la patología propia del órgano y la influencia del órgano, la influencia del mismo sobre la economía total.

Según Pichón-Riviere, el órgano que enferma no es el más débil, tal como se había considerado hasta ahora, sino al contrario, postula que es el más fuerte, el de mayor resistencia, porque afirma que el órgano elegido es el lugar donde el *yo* está más atrincherado, donde hay una mayor comunicación entre él y las funciones propias del órgano en cuestión. La elección se hace en aquel que ya conoce el oficio. Así, el ulceroso hace rato que está pensando y actuando con su estómago, tratando de controlar a los objetos perseguidores, determinantes de sus ansiedades paranoides. Por lo tanto, el órgano elegido es aquel que ha tendido, en un momento determinado, a establecer una defensa desde allí. Refiere que en el fenómeno de la conversión la relación con el objeto interno no está explicada directamente, pero sí está implícita, aunque no visible. Los que son visibles son los mecanismos defensivos que causan todos los síntomas de la conversión, ya sea a través del sistema nervioso central, ya a través del periférico o neurovegetativo. Se trata de diferentes niveles de expresión de conductas a través del cuerpo. También postula, que el sujeto configura una enfermedad psicosomática con el propósito de *zafarse* de la psicosis, puesto que el que la padece, es considerado como un enfermo del cuerpo y no es reconocido como un enfermo mental. Por tal motivo, es necesario considerarla como una pauta de conducta repetitiva expresada en el cuerpo. Un modelo que incluye tanto al órgano como al objeto, su vínculo y la fantasía inconsciente en una totalidad; encontrándose siempre la alternancia entre una expresión corporal y una expresión mental, con cierta frecuencia la sucesión de cuadros psicosomáticos con cuadros psicóticos.⁴⁶

Finalmente, de acuerdo con su teoría de la concepción de una unidad dinámica común para los tres cuadros nosográficos: hipocondria, histeria de conversión y enfermedad psicosomática, establece que la principal diferencia que existe entre ellas es el área de expresión de los conflictos. Cuando se expresan en el cuerpo, y de acuerdo con la técnica empleada para controlar los objetos perseguidores internalizados, se establece dicho control respectivamente, a través de la mente, del sistema nervioso central (con expresión en el territorio muscular y sensorial) y del sistema neurovegetativo (con expresión en el campo visceral).

Respecto a esta postura, concordamos en parte con ella, dado que consideramos que no sólo a nivel fenomenológico se pueden encontrar diferencias marcadas entre estas entidades psicopatológicas, sino que creemos que cobran especificidad en cuanto a sus psicodinamismos, los cuales en un capítulo posterior habremos de mencionar.

D) MARTA BEKEI

Békei plantea que existe una gran dificultad para integrar la psique y el soma, hecho que también influye en la delimitación de la patología. Opina que para el tratamiento no hay mejor opción que el hecho de tratarlas interdisciplinariamente a fin de disminuir la disociación que existe en la estructura psicológica de los pacientes. Esto posiblemente lo conciba dada su formación dual como pediatra y psicoanalista; y por lo mismo argumenta que las funciones vitales son vegetativas y la respuesta a cualquier tipo de estímulo son somáticas, dado que para el lactante su medio de conexión con el mundo se efectúa por intermedio de la madre, que es la que provee la satisfacción de sus necesidades básicas. El placer o displacer resultante se expresa por medio de funciones corporales. Esto explica el hecho de que durante largo tiempo tales funciones queden estrechamente ligadas con las emociones y aún años más tarde, a raíz de experiencias desagradables, se regrese a esta forma de expresión primitiva.

La propuesta sobre la Psicopatología de la presente autora, es una combinación de la teoría de Winnicott con la de Mahler, puesto que argumenta:

"Hacia el final del período simbiótico y durante el período de separación-individuación el niño ya está en vías de diferenciarse, estructurando un Yo que le proporciona cierta capacidad defensiva. El impacto de la falla materna, por tanto, ya no provoca una desorganización total, sino una enfermedad más delimitada, a menudo una enfermedad psicopatológica".⁴⁷

Más aún, la dinámica de producción de las enfermedades psicopatológicas las basa en Spitz, Klein, Spurling, además de los otros dos autores ya mencionados. Por otro lado, tomó a Piera Aulagnier para describir los equivalentes simbólicos que emplea para explicar el psicodinamismo de los distintos cuadros somáticos del período de separación-individuación.⁴⁸

Békei, fundada en Rycroft y Marty caracteriza a la enfermedad psicopatológica por una debilidad yoica especial que percibimos a través de las fallas funcionales que provoca, siendo así como se observa una limitación en la capacidad fantasmática y en la simbolización, las cuales se manifiestan por una vida operatoria y por la dificultad de expresar afectos. Pero ¿qué sucede en ese proceso de simbolización? Según Békei, al principio madre-hijo forman una unidad indivisible. En esta etapa no existe para el lactante nada fuera de su cuerpo. La paulatina y oscilante percepción de la existencia de otro ser de quien depende la satisfacción de sus necesidades, introduce un proceso de diferenciación. Se establece el límite psíquico entre yo y no-yo que constituye la base para el logro de la relación de objeto. Menciona que en circunstancias promedio, donde el desarrollo procede sin inconvenientes, el proceso de simbolización se inicia con los primeros indicios de la discriminación yo - no-yo. Lo patógeno no es la deficiencia materna ocasional o hasta persistente, sino la atmósfera en la que ocurre.

Siguiendo la lectura de Békei, describe dos grandes grupos de madres que fallan en su función estimuladora de la estructuración yoica y especialmente del proceso de simbolización:

1. madres narcisistas y 2. madres depresivas.

1. Las madres narcisistas son egocéntricas, el contacto con su bebé no es empático, sino que lo consideran y tratan como una posesión que sirve para cubrir necesidades personales. Generalmente son madres que no permiten que el bebé se frustre, sobreprotectoras, no dejando lugar para la representación de su ausencia. Dentro de este mismo grupo se encuentran las madres muy severas y restrictivas que, al no aceptar sus propios impulsos libidinales, inhiben las actividades autoeróticas de su hijo y bloquean al mismo tiempo las fantasías acompañantes. Ambas son tan narcisistas puesto que sólo registran sus propias necesidades y no reparan en las señales que indican los deseos del bebé. Éste, al no recibir la respuesta adecuada a sus mensajes, finalmente paraliza sus intentos de comunicación, deja de emitir señales dirigidas hacia la madre y se somete a la imposición materna. Pero esto trasciende más allá porque no solo deja de comunicar sus necesidades y deseos, sino que tampoco es capaz de percibirlos. Decatectiza su percepción interna; por lo tanto, se distorsiona su imagen corporal y con ella, su estructura yoica.

2. En cuanto a las madres depresivas Békei las describe como aquellas quienes cumplen mecánicamente sus funciones maternas para satisfacer necesidades fisiológicas del bebé sin cariño, sin contacto libidinal. Están físicamente presentes pero ausentes psíquicamente. Este tipo de madres provocan daños aún más graves en la estructura yoica de sus hijos que las anteriores. Békei cita a Kreisler el cual propone que existen dos tipos de respuesta patológica a la depresión materna según las características de la depresión: La primera la llama *relación desértica permanente*; la cual condiciona en el niño un comportamiento vacío, cuyo único signo vital es la hiperkinesia. Aquí al niño le falta la vida fantasmática, el juego, la diversión, el placer, sufre de una depresión fría, una atonía afectiva global. Por otro lado, describe a las madres que se encuentran al principio afectuosas y empáticas y repentinamente cambian su relación por una distante e indiferente con su hijo. Esta forma de depresión está caracterizada por signos negativos, faltando casi toda actividad en el niño, además de ser su comunicación muy pobre, disminuyen sus gestos y todas sus expresiones vitales. Ambas formas de reacción a la conducta desafectivizada materna, llevan finalmente al establecimiento de un yo precario en el niño, a la formación de la estructura psicósomática, que se caracteriza por una vida fantasmática pobre y por restricciones en la capacidad de simbolización.

Esta autora, cita además un tercer tipo de madres: las psicomatizantes, donde sus conductas patológicas se deben a condiciones socioculturales adversas. Estas madres sólo proveen al hijo en las exigencias vitales, ropa y comida, pero no satisfacen sus deseos, ni pueden alimentar su fantasía; dando por resultado un yo débil.

Por otra parte, plantea que el mecanismo que utiliza el sujeto suele ser la negación, dado que al tener vivencias bruscas de pérdida o separación, o cambios repentinos que amenazan con la pérdida de objeto querido, lo obliga a reconocerse como individuo autónomo. Considera a la autoagresión como característica primordial de los trastornos psicosomáticos, ya que esto conduce a disminuir las defensas. Por tanto, sostiene que la somatización como proceso, es siempre autoagresiva. Pero si se produce en un individuo con un yo bien armado, como respuesta a una vivencia traumática que momentáneamente bloquea su capacidad de intelectualizar, esta manifestación somática será un acontecimiento aislado y ocasional. La fuerza autoagresiva y la persistencia del trastorno psicosomático depende de la estructuración yoica del individuo en quien se produce.⁴⁹

Ahora bien, como podemos ver, la obra de Marta Békei aún cuando no cobra la suficiente originalidad en su teoría; nos permite efectuar un paulatino y preciso análisis de los diversos psicodinamismos que intervienen en la producción de la enfermedad psicosomática; a través de un rastreo desde los factores etiológicos hasta los diversos mecanismos que operan en dicho trastorno.

J) DAVID LIBERMAN

Liberman señala que la meta del psicoanálisis consiste en buscar y formular leyes que rigen el comportamiento humano, entendiéndose por este último, las múltiples formas de acción y reacción que se dan en tres áreas: mente-cuerpo-mundo. Es desde estas áreas que el autor intenta explicar al individuo en su salud y enfermedad, y de comprender al paciente de una manera global o total. Establece que el hombre desde su infancia presenta una inmadurez del Yo, que provoca una vivencia de desamparo y lo predisponen a los padecimientos psicopatológicos. La diferencia en la adquisición de una u otra patología, estaría dada a partir del momento en que ocurra la vivencia y del área que se comprometa. Así, afirma que las bases de los padecimientos que afectan al área corporal se hallan en el primitivo desamparo frente a las sensaciones de malestar corporal. Dentro de éstas ubica a la hipocondria, a la histeria de conversión y a las órgano-neurosis o enfermedades psicosomáticas.⁵⁰

Como vemos, en la anterior referencia, el autor utiliza indistintamente el nombre de *órgano-neurosis* o *enfermedad psicosomática*, para referirse a esta categoría de padecimientos.

En referencia a la etiología, sustenta una misma base para las tres enfermedades que comprometen al cuerpo. Ahora cabría plantearse la pregunta: ¿qué elementos contempla Liberman para diferenciar la constitución de una u otra de las tres psicopatologías, siendo que las enmarca dentro de una misma base?

Para responder a la anterior interrogante, es necesario rastrear la forma en que describe a cada una de las tres psicopatologías mencionadas.

La condición que propone Liberman para que se constituya una auténtica histeria de conversión, es que el aparato psíquico posea cierto grado de estructuración de la imagen corporal y representación del mundo, así como, haber alcanzado la etapa fálica del desarrollo psicosexual. Sin esta condición, nos dice, no es posible la presencia de tal psicopatología. A la histeria de conversión la define como una psicopatología que transforma pensamientos e ideas verbales en somatizaciones. Tal trastorno lo caracteriza por utilizar una función fisiológica para expresar determinadas fantasías sexuales; es decir, traduce a un lenguaje de órgano el conflicto. En ésta, un órgano o función corporal se transforma en portavoz de la excitación genital y se sustituye un objeto externo por uno interno. Es desde esta perspectiva que considera la enfermedad como una conversión genital. Además da una segunda característica, donde establece que los síntomas conversivos son históricamente determinados por experiencias particulares del individuo que condicionan, de acuerdo a su pasado, un tipo especial de alteración.⁵¹

Por otro lado, a la enfermedad psicossomática la caracteriza por una conversión que se originó en las fases pregenitales y expresan fantasías universales, por ejemplo: la hipertensión podría manifestar la cólera; la úlcera puede expresar conflictos de culpabilidad, etc. Las llama pregenitales por la predominancia de estos elementos en lugar de los componentes genitales del complejo de Edipo, ejemplo: la oralidad en el caso de la úlcera; el sadismo en el caso de la hipertensión, etc.

En el mismo texto, Liberman es convincente en su afirmación de que la histeria de conversión y las enfermedades psicossomáticas son tipos diferentes de personalidad. Aunque en los textos que se tienen de referencia no se marcan las diferencias con respecto a la hipocondria; sí explica que desde el origen, el paciente psicossomático estuvo condicionado por factores familiares e internos que interactúan. Al nacer tiene como misión satisfacer las aspiraciones narcisistas de los padres. Estas son personas que estuvieron expuestas a grandes exigencias de adaptación, frente a las que fracasaron total o parcialmente. Alude que los padres de estos pacientes, aunque están presentes, son exigentes, controladores y resultan abandonantes emocionalmente; en tanto no pueden reconocer las necesidades del niño en lo referente a posibilidades y limitaciones, es decir, estimulan una precocidad, independencia y autocontrol; y generalmente no aceptan el retraso o un rendimiento desigual en sus distintas áreas.

La madre, aparentemente se presenta como sacrificada y pendiente del desarrollo de su hijo, pero en realidad es imperativa e incapaz de una relación empática. Narcisísticamente espera que el niño, a través de su cuerpo y sus logros, le colme sus aspiraciones y ansiedades. Al padre lo describe como inoperante, al no poder incluirse como un otro diferenciado dentro del grupo familiar, por lo que resulta incapacitado para intervenir en los problemas o conflictos emocionales de los hijos. Dentro de la estructura familiar, marca que el futuro paciente psicossomático es un niño que se somete al modelo ambicioso de los padres y se instituye en el hijo ideal. Esto último lleva al niño desde el tercer mes de vida a bloquear la percepción de sus propias necesidades. En su lugar desarrolla una sensibilidad para detectar las necesidades de su madre. Esto es ocasionado por la incapacidad de la madre para conocer, aceptar y dar nombre a las necesidades emocionales del bebé. El niño al responder de esta manera, evita la angustia de la madre y la posibilidad de ser rechazado, con lo cual se estimula su omnipotencia infantil. Más tarde, entre los 12 y 18 meses de vida, al surgir las exigencias de los padres, en cuanto al control emocional, muscular y de esfínteres, el niño responde sin ninguna resistencia a lo que se espera de él. Con esta actitud del infante se refuerza su desconexión con sus propias necesidades, lo que conlleva a que sus tensiones sean descargadas mediante un código visceral en su propio cuerpo. El código visceral, según este investigador, no es decodificado ni por el niño, ni por los padres, lo cual da surgimiento a un síntoma corporal desprovisto aparentemente de sentido.⁵²

Lieberman, describe a este paciente adulto bajo los siguientes mecanismos y características:

- Mantiene una desconexión mental con su interioridad corporal y emocional, tratándose a sí mismo como descuido. A su vez, se adaptan exageradamente a las exigencias de la realidad externa: el deber ser y la fuerza de voluntad constituyen la ideología de su vida.
- Tiende a reaccionar mediante códigos somáticos y registra selectivamente en los demás estímulos que emanan de su cuerpo. Es por esto, que se le denomina *personalidad infantil*.
- Establece vínculos regresivos porque poseen una disociación total cuerpo-mente, por un control de la emoción por medio del mecanismo de negación que le impide establecer eslabones entre respuestas somáticas y las otras áreas de expresión y acción.
- En ellos se ha establecido una fisura entre pensamiento autónomo y pensamiento realista; entre principio de placer y principio de realidad; entre proceso primario y proceso secundario; entre consciente e inconsciente; que dan lugar a : inclinaciones y excitaciones unidas a representaciones; deseos que se acompañan por alteraciones motoras y secretoras que se manifiestan como emociones; el proceso primario, con sus característicos mecanismos de desplazamiento y condensación; identificación y proyección con la ausencia de principios de contradicción con sus diferentes temporalidades; lenguaje simbólico y arcaico; sustitución de la realidad externa por la interna.
- Suelen ser sensibles pero piensan poco o nada acerca de lo que sienten.
- Su material verbal que expresan tiene cierta objetividad siempre y cuando se refiera a situaciones concretas y objetivas.
- Los mecanismos de idealización y omnipotencia se manifiestan por medio de: un cierto grado de orgullo por no perder el equilibrio de sus ideas y por su capacidad para resistir la fatiga física.
- Por medio de la enfermedad somática adquiere sus beneficios secundarios.
- Su adaptación forzada al ambiente externo sucede porque el principio de realidad no está integrado por el principio del placer. Esta desconexión les da una adaptación masoquista a la realidad y mantiene su cuerpo indefenso frente a los estímulos.
- Cuando dicen algo, su atención se concentra en el efecto corporal que les provocan sus palabras, por lo que tienen un comportamiento que generalmente se le denomina *falta de tacto*.
- Sus lesiones físicas se localizan a nivel del sistema nervioso autónomo.⁵³

Esta descripción y explicación de la postura de Lieberman, es trascendente para nuestro trabajo, puesto que marca una diferencia tajante entre la enfermedad psicósomática y su vecina más próxima: la histeria de conversión. Asimismo, consideramos que da una explicación casi total para poder contemplar a *la enfermedad psicósomática como categoría psicopatológica estructural*, ya que establece una conceptualización de la etiología, constitución, desarrollo y mecanismos dinámicos de esta entidad que pueden ser tomados en cuenta para lograr el propósito de la presente investigación.

K) PIERRE MARTY

P. Marty constituye la piedra angular en la creación de la escuela de Psicósomática llamada de París, que actualmente es una institución comprometida con la investigación y la enseñanza. Para él, la psicósomática es distinta de la medicina, distinta del psicoanálisis del cual procede porque amplía su campo de acción. La psicósomática, nos dice, constituye hoy en día una disciplina por sí misma; su particularidad, reside en los aportes que efectúa sobre el viejo debate de la unidad fundamental del ser humano; aborda al individuo en forma dialéctica en tanto, totalidad psíquica, biológica, histórica y social; y por esta vía la psicósomática configura su conceptualización de los fenómenos de somatización. Refiere que, el movimiento actual de ésta, combina dos perspectivas: un evolucionismo Darwiniano, y la indagación freudiana del funcionamiento mental. Sus postulados son; la unidad esencial del organismo humano y la jerarquización progresiva de todas las funciones que participan en su organización.

El hombre, según Marty, es psicósomático por definición, por consiguiente, sería un motivo de confusión denominar psicósomáticos a enfermos somáticos y a las enfermedades somáticas. El calificativo psicósomático para él, cobra únicamente valor cuando se aplica a nociones generales dentro de la ciencia psicósomática y la medicina psicósomática; como sustantivo este término permite hablar de psicósomática del adulto o del niño; como adjetivo, aplicado a enfermos y enfermedades resulta redundante y ambivalente porque ofrece una vacilación entre el dualismo clásico (psique-soma) y la aventura monista que la psicósomática representa frente al dualismo que la precedió. Por tanto la psicósomática, considera, *"Los movimientos psíquicos y somáticos, así como las relaciones entre esos movimientos en los enfermos somáticos"*, y *en los sujetos sanos según su edad*.⁵⁴

Luego entonces, según este autor, la diferencia entre las enfermedades psicósomáticas estaría dada por los diversos enlaces y movimientos que ocurren entre lo psíquico y lo somático, tanto en el estado de salud como en el de enfermedad. Los conceptos fundamentales que utiliza parten de sus investigaciones psicósomáticas realizadas a través de estudios sistemáticos de pacientes con ciertas afecciones, donde inicialmente se abordaban a raíz de la noción de estructura, y por otra parte, de la existencia de mecanismos defensivos diferentes de los mecanismos intrapsíquicos. Ambos postulados iban encaminados a explicar la insuficiencia del funcionamiento mental o psíquico.

En la medida que Marty avanza en sus investigaciones de ciertos trastornos psicósomáticos (cefalalgias, requalgias, etc...) enfoca más que nada su atención a las insuficiencias profundas o pasajeras del funcionamiento psíquico en su génesis; tomando como eje el tratar de descubrir ciertas *estructuras psicósomáticas* que ligan de una manera regular ciertos sistemas psíquicos y afecciones físicas determinadas. Esta teoría económica de la enfermedad psicósomática, la elabora bajo el supuesto de una estructura tal, independiente de otras entidades nosológicas como la psicosis, neurosis, perversiones, etc.⁵⁵

Dicho concepto económico lo fundamenta en la teoría de las neurosis actuales de Freud, donde se plantea que la descarga directa instintiva en el cuerpo, escapa a la elaboración psíquica por un déficit de la representación y por una respuesta afectiva disminuída. El fracaso en representar el conflicto instintivo simbólicamente implica para Marty, un modo especial de funcionamiento psíquico, la *personalidad psicósomática* caracterizada por el pensamiento operatorio, la vida operatoria y la depresión esencial.

Respecto al *pensamiento operatorio* Marty pone en evidencia la carencia funcional de las actividades del aparato psíquico que va aunado a las perturbaciones somáticas. Lo denomina como una actividad consciente, que se presenta desprovisto de valor libidinal, donde casi no permite que se exteriorice una agresividad, demostrando ser inepto para sostener la dramatización sadomasoquista. Este pensamiento, que se aferra a cosas y no a conceptos abstractos, ni a productos de la imaginación o a expresiones simbólicas, sugiere la precariedad de la conexión con las palabras, así como la existencia de un proceso de investidura de nivel arcaico.

Por otro lado, la noción de *vida operatoria* la concibe como aquella que reemplaza relativamente a la del pensamiento operatorio, a fin de tener más clara, la disminución del pensamiento frente a la importancia que adquieren los comportamientos. Las escasas representaciones que parecen existir son (como los sueños) pobres, repetitivas; cargadas de lo actual y lo concreto.

Como último punto, la *depresión esencial* la describe como un síntoma en el cual se presentan:

"depresiones sin objeto, ni la autoacusación, ni siquiera culpabilidad consciente, donde el sentimiento de desvalorización personal y de herida narcisista se orienta electivamente hacia la esfera somática...tal cuadro ponía en evidencia la relación con la precariedad del trabajo mental".⁵⁶

En 1966 enuncia dicha depresión esencial como *depresión psicósomática*, a la que en diversas ocasiones Marty la refirió como depresión esencial, porque argumentaba que constituía la esencia misma de la depresión y se establecía cuando sucesos traumáticos desorganizan algunas funciones psíquicas que desbordan la capacidad de elaboración.

Otra conceptualización que demarca el pensamiento de P. Marty es la *desorganización progresiva*, la cual definió como la destrucción de la organización libidinal de un individuo en un momento dado. Menciona que con frecuencia la desorganización culmina en un proceso de somatización y se desenvuelve según un proceso contrario al de la organización evolutiva. Finalmente, sobrevienen las desorganizaciones de funciones somáticas cada vez más arcaicas en el plano evolutivo, cada vez más fundamentales en el plano vital. Así, el proceso puede encaminarse hacia la destrucción de los equilibrios primarios de la vida individual.⁵⁷

A fin de concretizar más en la demarcación que realiza P. Marty acerca de la noción de desorganización, se hace necesario, primero, plantear los grandes lineamientos comunes de la organización psicosomática donde él mismo argumenta:

"las funciones evolucionan de lo más simple a lo más complejo en un movimiento de organización hecho de asociaciones y de jerarquizaciones. Este movimiento (...) se repite sin cesar, en particular en el curso del (desarrollo) (...) Después del nacimiento, las primeras organizaciones homeostáticas aseguran en un todo el equilibrio general del recién nacido, si bien no aseguran una cohesión ejemplar de las diversas e innumerables funciones existentes. Estas funciones se ejercen (todavía) aquí de una manera relativamente independiente las unas de las otras, asociadas en mosaico sin estar organizadas dentro de un sistema común y autónomo".

Asimismo, afirma que una gran parte de los poderes de asociación y de jerarquización funcionales del lactante está mediatizada por la función materna, al igual que otros donde progresivamente el lactante, y después el niño pequeño, se harán cargo de los poderes de organización, y ésta se efectuará sobre planos cada vez más amplios, y en sistemas sucesivos cada vez menos numerosos y siempre en mejor orden. A este respecto, expresa que en cada nivel de organización los nuevos conjuntos funcionales engloban cierto número de funciones preexistentes; es decir, constitutivas. Al mismo tiempo, un nuevo conjunto evolutivo otorga a las funciones que lo constituyen una nueva forma de vivir, las subordina así, en la medida en que les retira ciertas cualidades que antes les aseguraba una independencia relativa. Sin embargo, según su postura, para que el movimiento esencial de organización evolutiva se efectúe de manera adecuada es necesario que los elementos funcionales constitutivos de una asociación en vías de formación se encuentren en el lugar preciso; en el nivel y en el momento requeridos; ni demasiado pronto, ni demasiado tarde; y si por influencia de traumatismos pasados o actuales los elementos de un nivel evolutivo dado no se encuentran presentes en el momento requerido, entonces la nueva organización funcional fracasa, sobreviniendo en consecuencia un movimiento contraevolutivo de desorganización.⁵⁸

En base a este argumento, Marty establece la presencia de una *desorganización psicosomática*, la cual concibe que ésta inicia con *una desorganización de las funciones psíquicas, implicadas en el sistema genital edípico, seguido de la desorganización de las funciones psíquicas ligadas a la analidad y a la oralidad. Posteriormente, afectaría a las funciones somáticas desarrolladas durante la infancia, después manifestadas durante la temprana infancia, en el nacimiento, inclusive en la vida intrauterina, hasta alcanzar funciones somáticas relacionadas con la filogénesis.* En resumen, la postura de Marty sostiene que las funciones mentales, somáticas y psicosomáticas interfieren continuamente entre sí durante el desarrollo, tanto en una misma época de organización, como abarcando épocas distintas, superponiéndose entre sí unas a otras.

Por otro lado, en el mismo documento sustenta que los *sistemas de defensas* de orden mental, somático o psicosomático, usualmente son individuales, susceptibles frente al movimiento de las desorganizaciones, las cuales pueden: 1) frenar su desarrollo; 2) desviar el movimiento hacia funciones distintas de las esperadas, o bien, 3) entorpecer o detener el movimiento desorganizador durante un tiempo de manera constante. De aquí que el autor justifique que una desorganización pueda ser progresiva y total en ausencia de sistemas válidos de defensa, lo cual es posible que lleve al sujeto a la muerte. Asimismo, revela que una desorganización parcial dura un momento cuando encuentra sistemas sólidos de defensa.

Como se ve, su postura remarca el carácter individual en la organización de las funciones y los sistemas de defensa, lo cual propicia que se den de diversa manera las desorganizaciones psicosomáticas en los sujetos que presentan este tipo de trastorno. En uno de sus últimos trabajos, propone la existencia de *puntos de fijación somática*, como origen de la paralización de las desorganizaciones. Para ello, hace una revisión de los fenómenos de fijación-regresión, donde pone el acento en el funcionamiento psicosomático, planteando lo siguiente:

*"Bajo el efecto de dificultades en el desarrollo somático, psicosomático o psíquico, ciertas organizaciones funcionales activadas por la repetición de estas dificultades, adquieren un valor particularmente vitalizado que se fija progresivamente. Esto constituye el fenómeno de las fijaciones. En los movimientos regresivos, y por lo tanto, contraevolutivos, que en psicosomática llamamos desorganizaciones, los valores vitales fijados durante el desarrollo constituyen puntos de atracción para las desorganizaciones, y a la vez, refugios funcionales, defensas, que son susceptibles de poner fin a estas desorganizaciones. Esto constituye el fenómeno de las regresiones."*⁵⁹

En base a lo anterior, afirma que existen fijaciones y regresiones a niveles somáticos, aunados a la evolución psicosomática individual, esto es, anudadas tanto a la psique como al soma. A partir de los principios generales de las fijaciones, señala que las *fijaciones somáticas* pudieron haber precedido a las fijaciones mentales, donde éstas últimas se adhieren a un determinismo relativo en el orden del carácter, del comportamiento y de la organización psíquica. Todo esto da por resultado las fijaciones psicosomáticas, las cuales refiere que tienen que ver con ciertos conjuntos estructurales que diferencian a muchos individuos, como los alérgicos o ulcerosos activos, donde su enfermedad evoluciona en gran medida en su vida adulta, en un vaivén entre situaciones regresivas de tipo neurótico de carácter y situaciones regresivas de patología somática.

Por otro lado, el planteamiento genérico de la psicosomática para P. Marty, sostiene por regla general que las enfermedades somáticas resultan de las inadecuaciones del individuo a las condiciones de vida que le tocan vivir, sobre todo en las primeras etapas del desarrollo. Asimismo, sostiene que las condiciones de vida nunca se presentan de manera adecuada, por

tanto, el individuo se debe *adaptar* lo mejor posible a ellas con los medios de los cuales dispone, y dentro de los límites que él tolera según su edad, el lugar y los momentos por los que atraviesa. Finalmente, cabe hacer mención del enfoque que posee la Escuela de Psicopatología Francesa, con autores como M. Fain, C. David, L. Kreisler, M'Uzan en conjunto con Marty, han planteado en torno a la distinción entre el trastorno histérico y psicopatológico. Para ellos la histeria de conversión influye de manera más específica en ciertas funciones; sin embargo, subrayan que los órganos afectados por la perturbación permanecen ilesos, sin comprometerlo a nivel fisiopatológico ni anatómico, concretándose a una forma de expresión que se canaliza por vía del lenguaje corporal.⁶⁰

De manera global, al hacer un balance de la propuesta de Marty y su escuela, observamos una insistencia en tomar en cuenta factores del orden filogenético para explicar el origen del trastorno psicopatológico.

La conceptualización de la enfermedad psicopatológica parte de un esquema tridimensional donde involucra al aparato psíquico, somático y como resultado de la combinación de éstos, el orden mental que cobra tal significancia para fundamentar el origen del *traumatismo*, lo cual como sabemos lo traduce en un *movimiento contraevolutivo de desorganización funcional*. De aquí es que para nosotros haya cobrado tal relevancia su posición, dado que realiza un intento por darle una estructuración a la enfermedad psicopatológica, no obstante, describiéndola en términos de *organización-desorganización* de los sistemas psíquico y somático, lo cual nos permite retomar su postura en este sentido, para conformar nuestra posición.

L) SAMI-ALI

Para este autor, el único marco de referencia actual capaz de proporcionar una teoría psicosomática es el psicoanálisis, puesto que las propuestas de la medicina y la psicología se derivan de un dualismo fundamental: psique-soma; lo cual, ha creado una situación caótica que él llama *polidualismo*. Refiere también, que para efectuar esto, se debe realizar una reflexión radical sobre el modelo freudiano de somatización que dé apertura para conceptualizar las relaciones que vinculan a lo psíquico y a lo somático, esto es, pensar el problema en una forma diferente de las nociones clásicas de apoyo, complacencia somática y de lo actual como núcleo neurótico.

Para Ali, lo esencial dentro de la teoría psicosomática es la concepción del cuerpo como una totalidad psicosomática. Totalidad que sólo puede ser demostrada mediante el análisis de algunos casos representativos que aunque diversos, marcan coordenadas comunes que son comparables en todos sus puntos.⁶¹

Por ello, define a los trastornos psicosomáticos como enfermedades donde coexisten una afección del alma y una afección del cuerpo, ya que alma y cuerpo son un todo.⁶² Esta definición es un esfuerzo que hace el autor para tratar de integrar la dualidad y explicar estos padecimientos.

Como vemos, si bien la definición anterior denota una generalidad, ésta se encuentra sustentada bajo el supuesto de que aunque hay una diversidad en los fenómenos somáticos, pero todos ellos son aspectos de un mismo proceso psicosomático. Estableciendo así que la diferencia entre las diversas formas de somatizaciones estaría dada por los grados de pasaje del cuerpo imaginario al cuerpo real.

Es a partir de estas reflexiones que propone como eje a lo imaginario para pensar lo somático; del cual argumenta que determina positiva y negativamente todo el funcionamiento psicosomático.

Lo imaginario es articulado como función, y se le describe aquí en tanto proyección de una subjetividad que se constituye por intermedio del cuerpo como esquemas de representaciones que instituye un espacio, un tiempo y un objeto. A este proceso de lo imaginario, lo enuncia en un sentido dialéctico por lo que en su curso le asigna un movimiento que va de un extremo a otro, y en el cual los términos opuestos se determinan recíprocamente. En base a esta premisa elabora un modelo multidimensional de somatización caracterizado por doce pares de conceptos antitéticos. Asimismo, distingue tres modalidades de somatización: la figurado, lo literal y lo neutro, en las cuales anuda de manera positiva o negativa la relación con lo imaginario.⁶³ Con todo este planteamiento pretende dar cuenta de las diversas formas de somatización que él identifica.

Las modalidades de somatización las interpreta en una correlación positiva y negativa, donde da cuenta de dos patologías: a) una correlación positiva entre proyección y somatización; expresa que da lugar en la conversión histérica, a una psicopatología por exceso de lo imaginario; b) una correlación negativa entre proyección y somatización; culmina en una patología somática no conversional por falta de lo imaginario.⁶⁴ Como se advierte: es la relación con lo imaginario lo que determina tanto la somatización histérica como la no histérica; y según lo imaginario, predomine o sucumba a la represión, es como se instalará una u otra.

A la somatización histérica, Ali la ubica en una situación conflictual, pero no contradictoria, que tiene una salida aunque poco satisfactoria. Asimismo, podemos observar que en esta explicación no hace referencia a la hipocondria, porque a tal trastorno le manifiesta una duda en cuanto a que sea una entidad nosográfica que pueda ser diagnosticada. Afirma: que a lo sumo corresponde a un agrupamiento de cuadros clínicos que tiene validez únicamente a un nivel descriptivo, no etiológico, y que si bien se destaca una preocupación excesiva por el cuerpo vivido como enfermo, ésta es una actividad delirante.⁶⁵ Es decir, en las manifestaciones del hipocondriaco sólo existe la creencia de un daño corporal, pero no hay presencia de un daño real; como en el caso de la conversión histérica y de la patología somática no conversional.

Las variantes de la represión cobran un papel trascendente en esta postura, puesto que ellas determinan el destino de la función imaginaria. Ali expresa que existen tres formas mayores de represión:

- a) Al fracaso de la represión corresponde la psicopatología freudiana, donde la somatización concierne exclusivamente a lo figurado.
- b) Al éxito de la represión le corresponde la patología de la adaptación, donde predomina lo literal y lo neutro.
- c) A la oscilación entre represión fallida y represión mantenida, le corresponde una patología mixta, donde se alternan lo literal, lo neutro y lo figurado.⁶⁶

Con la concepción de la patología respecto a lo imaginario y el aislamiento de las tres formas mayores de represión; lo que aquí resulta modificado es la conceptualización misma de la patología freudiana, porque para Sami-Ali, esta última se repliega entorno a dos ejes únicamente: represión y ausencia de represión; con las cuales se define una doble etiología psíquica y somática, basada en el concepto de pulsión. Por su parte, él entrevee un tercer eje que permanece inexplorado: es la represión que persiste sin conocer el fracaso, la cual según su argumento, escapa de la investigación freudiana.

Considera: que la represión sin falla escapa de las construcciones freudianas porque no produce síntomas, no se acompaña de ninguna patología congnoscible, ni su problemática mantiene relación con las psiconeurosis y neurosis actuales. De este modo, conceptualiza otra

dimensión de la patología que concierne más a la formación caracterial que a las formaciones sintomáticas. Con esta entidad dice Ali: *"me comprometí hace ya algunos años cuando, paralelamente a la psicopatología freudiana, me planteé la posibilidad de otra patología, precisamente orgánica, relacionada con una represión que no manifiesta ninguna debilidad."*⁶⁷ A esta represión le da el estatus de lograda, y la define como aquella que no recae sobre el contenido de lo imaginario, sino sobre la función de éste.

La represión lograda se opone al fracaso de la represión y al retorno de lo reprimido que corresponden a la neurosis y psicosis; porque ella deja de ser un proceso parcial para integrarse al conjunto del funcionamiento del sujeto. Esta situación le ocasiona una profunda modificación caracterial, y se convierte en la modalidad principal de su existencia, donde la represión determina a la formación caracterial y viceversa.

La represión lograda de la función imaginaria se ejecuta sobre el sueño y lo que reemplaza en la vigilia. Se instaura de un modo progresivo, por lo que enfrenta periódicamente la irrupción repetitiva de lo reprimido bajo la forma de pesadillas, insomnio y angustias despedazadoras. La estabilidad se logra gracias a la constitución de la formación caracterial que organiza una estabilidad en el tiempo, pero que lo niega. Esto ocasiona una modificación durable de todo en funcionamiento psicossomático. Con la represión de la función imaginaria se origina una disminución de la vida onírica, que en lo sucesivo se limita únicamente a lo consciente. Es decir, el fallo en la memoria se vuelve un hecho de represión indispensable, y los sueños sólo tienen una existencia objetiva; es por esto, que el miedo a soñar se constituye en una defensa desesperada en contra de la actividad onírica; por lo tanto, se termina en insomnio.⁶⁸

De las anteriores configuraciones dinámicas surge una personalidad que armoniza con las normas sociales, las interioriza y se esfuerza por reproducirlas. La reproducción consiste en la aplicación de lo mismo, de un conjunto de reglas adaptativas y definidoras de un modo de vida que hace abstracción de lo subjetivo. En esto nos dice Ali: no hay apariencia ni máscara, simplemente las exigencias familiares vienen a ocupar el lugar de la subjetividad que se retrae. Por tal motivo, el sujeto no es un término distinto de una relación; constituye un solo cuerpo con exigencias que la violentan pero que le permiten existir. Una personalidad así configurada tiene una tendencia permanente para adoptar las reglas del funcionamiento externo, evitando toda divergencia y manteniendo una relación con el otro como si fuera él mismo; ésta es una manera, según el autor, de hacerse adoptar por una figura materna omnipresente a la cual se reducen todas las demás. El conformismo característico de esta personalidad determina: pensamientos que vuelven comportamientos; una obligación de captar los acontecimientos por medio de esquemas pre-establecidos, sin que el sujeto tenga la menor decisión. Aquí no hay sentimiento de ser forzado, porque la relación no implica a dos personas, es más bien, una relación de sí con una imagen de sí, en la que el otro es un cuerpo anónimo, es un poder despersonalizado que dicta y determina lo que debe de ser y provee al cuerpo de sus

coordinados espacio-temporales. Este sujeto no puede existir en tanto ser moral que pertenece a un grupo social, porque el super yo es un super yo corporal. Por consiguiente, todo lo que suceda tendrá lugar bajo la mirada de una instancia impersonal, como si no tuviera interioridad y se debiera ser transparente para que no haya nada que censurar. En éste, se encuentra instalado un miedo a ser sorprendido en falta, de mostrarse irreprochable como si la inocencia tuviera que probarse por razones que uno no ve y los otros sí.⁶⁹

De este modo, todo aquello que no concuerde con la norma debe ser reprimido, considerado nulo o sin valor, si hay en este lugar una represión, ella se puso en marcha desde la primera infancia, cuando se inició la organización del campo perceptivo. Este último experimentó una esterilización cuyo fin fue el de coincidir con lo que debe ser percibido. Por tanto, la percepción duplica lo percibido, volviéndose coexistente del ser. Esta desaparición del sujeto en la conformidad queda compensada por una exaltación narcisista que nace de la aplicación de la norma. Tal lógica de la identidad vuelve impensable la contradicción, lo que lleva a la desaparición del negativo constitutivo del pensamiento, puesto que, en lugar de las cosas, el sujeto tiene que vérselas con la definición de las cosas, con las cosas tomadas al pie de la letra; el espacio y el tiempo en lugar de ser creaciones que emanan del cuerpo, en tanto esquema corporal de representación se ven suplantadas por cosas, por marcos de referencia que se aplican desde el exterior, sin el cuerpo y a pesar del cuerpo.⁷⁰

Con respecto a lo real en esta patología no es la realidad, sino cierta imagen de la realidad que va acompañada de un modo que permite el acceso no a las cosas sino a su definición. Bajo esta constitución, el cuerpo se transforma en un cuerpo funcional, cuya subjetividad se oculta por la prótesis en que se ha convertido.

En lo concerniente a lo imaginario subjetivo, éste cede el lugar a un imaginario social, provisto de autoridad que se reproduce por medio de conductas adaptativas. La adaptación en sí, no es cuestionada ni tampoco su exceso, aunque esto tenga un costo de detrimento del sujeto.

En este universo, como ya se mencionó, no hay más que un objeto, el objeto maternal, por lo que queda abolida toda posibilidad relacional. Aquí ocurre un triunfo de la identificación narcisista sobre la relación de objeto. Esta dificultad involucra tanto al narcisismo formal (pone al sujeto frente a su imagen), como al narcisismo material (más importante puesto que postula la identidad del sujeto y del objeto). Así como, a los dos primeros momentos del mito de Narciso, es decir: Narciso percibe al otro en lugar de percibirse él mismo y Narciso percibe a ese otro como a él mismo.⁷¹

Retomando al concepto de represión lograda; esto también significa reprimir al cuerpo en su realidad sexual, lo cual no impide que el cuerpo siga existiendo en un discurso objetivo, adaptado; cuyo efecto es el de reforzar la represión de la sexualidad. Otra dimensión del

funcionamiento caracterial es que la represión es completamente irreprochable, de modo que el sujeto no puede más que resignarse, lo que da ocasión para una depresión a priori, que se ignora a sí misma, porque solidifica la vida psíquica y disminuye sus posibilidades de vida; aquí la regresión se vuelve imposible, porque retroceder significa ir al encuentro del mismo estado depresivo.⁷²

En resumen, la postura de Sami-Ali sustenta que de la represión lograda resulta la relación negativa con lo imaginario. En este caso: el conflicto se anuncia desde un principio como impensable porque excluye toda mediación. Entonces, la energía bloqueada se agota interiormente sin poder flaquear ningún umbral. Por ello, el sujeto queda encerrado en una situación sin salida donde la inaccesibilidad de lo imaginario predispone a una situación de máximo riesgo de somatización. La somatización se encuentra despojada de todo valor expresivo y se relaciona con el cuerpo real. Esta patología sigue la vía de lo literal y lo neutro que surgen en un fondo caracterial inalterable cuyo sentido no puede ser sino secundario, y la somatización misma es la consecuencia de un duelo no elaborable que perpetúa un carácter depresivo.

Respecto a la propuesta de S. Ali: pensamos que ésta ocupa un lugar aparte dentro de la conceptualización de la enfermedad psicósomática, no sólo por los conceptos que utiliza para sus explicaciones, sino también por su forma original de articular su modelo desde una perspectiva de la función de lo imaginario y la represión lograda. Con estos elementos dinámicos separa de manera clara y precisa a la enfermedad psicósomática de los otros tipos de somatizaciones; además nos proporciona un marco de referencia para apoyar la propuesta de la presente investigación.

M) LUIS CHIOZZA

Luis Chiozza es un psicomatólogo por dedicación, ha invertido varias décadas de su vida en el estudio de enfermedades psicosomáticas en el Centro Weizsaeker de Argentina. Basa sus construcciones en los trabajos de: Freud, Groddeck, Weizsaeker y Cesio, aunque con un enfoque diferente.

Para este autor, psiquis-soma son categorías epistemológicas que resultan de nuestro conocimiento consciente. Estas se estructuran alrededor de dos organizaciones conceptuales: una física y la otra histórica; la organización física da origen a las ciencias naturales, incluye todo lo que percibimos como forma, función, trastorno, evolución o desarrollo corporal; la organización histórica sustenta a las ciencias que tienen por objeto al espíritu y a la cultura, refiere a un registro que es experimentado como una fantasía con un significado inherente a este material. Las dos organizaciones, para este investigador son irreductibles entre sí, no se pueden incluir una en la otra ya que ambas son derivadas del inconsciente, que en sí mismo, no es psíquico ni somático. La fuente inconsciente se expresa, a veces a través de lo que la conciencia percibe como una transformación de órgano físico o cuando interpreta el significado de un estado de ánimo. A esta fuente es a la que denomina Chiozza *una fantasía inconsciente específica*; la representa como una escena vinculada con actos y funciones originalmente adecuadas y plenas de sentido. El funcionamiento orgánico, los usos del lenguaje y el mito, vendrían a ser los derivados o aspectos parciales del significado original que representa esa fantasía.⁷³

La idea de que existen fantasías inconscientes que son específicas de las distintas funciones o trastornos orgánicos, recorre toda la obra de ese autor. En sus articulaciones, él no se refiere únicamente a la etiología o las causas de la enfermedad, sino fundamentalmente a su sentido y/o significado en tanto fantasía inconsciente específica.

En tal concepción de la enfermedad, lo psíquico no sería la causa, sino el sentido inconsciente, que se expresa en nuestra conciencia como síntoma somático. Por consiguiente aquí no hay transformación de psíquico en somático y viceversa, sino que estas dos categorías son maneras de ver un mismo proceso, esto es, cada órgano o función sea normal o patológica es una idea inconsciente que representa (en el inconsciente) a la organización total del individuo. Cualquier enfermedad es concebida en este contexto, como un suceso en la biografía de la persona, que tiene un sentido que se encuentra entramado en las visciditudes históricas de su vida anímica. Esta posición da una acepción general de la enfermedad, por lo que, se vuelve necesario indagar las condiciones bajo las cuales Chiozza establece la distinción entre las distintas psicopatologías.

La diferencia la establece refiriendo que en las neurosis y la psicosis, la coherencia del afecto se conserva; en cambio, en la enfermedad somática se destruye la coherencia del afecto,

produciéndose una descomposición patosomática de éste. En esta dirección, la enfermedad somática o psicosomática sería la locura del afecto, lo que da pie para decir que estos enfermos están locos del cuerpo, no de la mente. A la histeria de conversión, le da un lugar intermedio entre las neurosis y la enfermedad somática. Alude que si bien en ella ocurre una descomposición patosomática de la coherencia del afecto, los equivalentes derivan de un acontecimiento que perteneció a la infancia individual, por lo que el síntoma orgánico es una forma expresiva que tiene proximidad con la conciencia para recuperar su coherencia a través del recuerdo.⁷⁴

Como vemos, hasta ahora a la enfermedad psicosomática Chiozza la considera como una entidad diferente de los otros padecimientos que afectan al cuerpo, porque la describe como una forma defensiva distinta en la manera de inconcientizar el conflicto que se expresa disfrazado mediante síntomas corporales.

Para interpretar la enfermedad psicosomática construye los siguientes supuestos teóricos:

1. La posibilidad de encontrar un significado inconsciente inherente a toda forma, función o proceso somático sea o no patológico. La existencia de ese significado, pone de manifiesto que el cuerpo posee la capacidad de ejercer una función simbólica. Por lo que la enfermedad somática puede ser interpretada en tanto se pueda vincular su significado como una de las formas de lenguaje.
2. A todo proceso corporal le corresponde una fantasía inconsciente que le es específica, por tanto, las enfermedades somáticas son formaciones particulares de combinaciones o mosaicos de diferentes fantasías específicas.
3. Los procesos somáticos que la conciencia interpreta como fenómenos desprovistos de significado afectivo, son los correspondientes al proceso de descarga que se generan a partir de una clave de inervación afectiva, desfigurada por la represión; la clave de inervación configura el significado inconsciente del proceso somático.

Los anteriores supuestos son el apoyo bajo los cuales se conciben los diversos tipos de somatizaciones.⁷⁵

Como ya se hizo mención, en esta postura conceptual se sostiene que en la enfermedad psicosomática se produce una descomposición patosomática del afecto. A tal situación se le explica en una perspectiva metapsicológica, refiriendo que el desplazamiento de la investidura no se realiza como en la neurosis, sobre una representación sustitutiva; sino sobre la misma clave de inervación de los afectos, de modo que algunos elementos de la clave recibe una carga más intensa, en detrimento de otros. Cuando el proceso de descarga se produce según esta clave deformada, la conciencia ya no interpreta una significación afectiva, sino que percibe un fenómeno que designa como afección somática, ya que la cualidad psíquica de éste permanece

inconsciente.⁷⁶ De aquí parte para postular que, una enfermedad psicosomática podría ser concebida como la descomposición de un afecto en su clave de inervación.

Bajo las anteriores elucidaciones, los trastornos corporales ocultarían afectos, dado que un determinado trastorno somático, aparece como un proceso de descarga que sustituye y evita a un particular desarrollo afectivo. El afecto adquiere en este contexto unas características que lo ubican como especie de bisagra entre lo psíquico y lo somático, puesto que, por un lado es una reminiscencia psíquica filogenética y por el otro, una descarga somática real y actual.

Otro postulado que se plantea para configurar la conceptualización de la psicosomática es que: *"toda estructura o proceso corporal constituye una fuente somática de un impulso cualitativamente diferenciado. Este impulso es al mismo tiempo una fantasía inconsciente propia y particular, específica con respecto a esa estructura o proceso. La estructura o proceso corporal y la fantasía inconsciente específica de aquél son una y la misma cosa vista de dos puntos de vista diferentes."*⁷⁷ Esto es, todo aquello que llamamos cuerpo: tanto en su función, desarrollo y trastorno, es una fantasía en su mayor parte inconsciente que se estructura por numerosas apariencias parciales o fantasías específicas elementales que sólo pueden ser separadas artificialmente del todo. Aquí las fantasías específicas y el cuerpo adquieren una misma dimensión de realidad.

Teniendo como fundamento las anteriores ideas, Chiozza realiza sus aproximaciones teórico-técnicas a las enfermedades que él consideró psicosomáticas como: psoriasis, asma, trastornos varicosos, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares. Para cada una de ellas articuló fantasías específicas que dieran cuenta del sentido, tanto particular como universal de la somatización.

En el descubrimiento de las fantasías inconscientes específicas de una determinada función o trastorno corporal, no utilizó únicamente el material clínico que se extrae de la sesión psicoanalítica o del estudio patobiográfico, sino también las expresiones del lenguaje habitual, los orígenes etimológicos de las palabras, los mitos, la literatura, la anatomofisiología y en general todas las formas de realización simbólica a las cuales podemos acceder como humanos. Busca a partir de esta diversidad de fuentes, la identificación de un significado como fantasía propia de una función determinada, o el guión específico de una precisa alteración del cuerpo.

En conclusión: se puede argumentar que la postura de Chiozza resulta un tanto original, dado que busca comprender a la enfermedad psicosomática en su sentido; es decir, como una entidad que tiene un significado (fantasía específica) a la manera de un lenguaje corporal, con una dirección inconsciente que se expresa en un afecto que ha perdido su coherencia. Bajo esta perspectiva él da cuenta de las diversas formas de somatizaciones. Por otro lado, los problemas para conceptualizar la dicotomía mente-cuerpo o psique-soma son trascendidas en esta postura, puesto que quedarían de lado o explicados bajo la noción de fantasía inconsciente específica.

Citas

1. S. Freud. Fragmento del análisis de un caso de histeria en: Obras Completas Vol. VII, Buenos Aires, Amorrortu, 1976 (1905 [1901]), p. 12.
2. Ibid. p. 27
3. Idem.
4. S. Freud. Inhibición, síntoma y angustia en: Obras Completas, Vol. XX, Buenos Aires, Amorrortu, 1976 (1926 [1925]). p. 87.
5. Ibid. p. 89.
6. S. Freud. Fragmento del análisis de un caso de histeria. Op. Cit. p. 37.
7. Ibid. p. 38-42.
8. S. Freud. Estudios sobre la histeria (Breuer y Freud) en: Obras Completas, Vol. II, Buenos Aires, Amorrortu, 1976, (1893-95). pp. 192-193.
9. S. Freud. La herencia y la etiología de las neurosis, en: Obras Completas, Vol. III, Buenos Aires, Amorrortu, 1976 (c 1896), pp. 151-152.
10. S. Freud. Introducción del narcisismo en: Obras Completas, Vol. XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 1976 (1914), p. 80.
11. Ibid. p. 81.
12. S. Freud. Lo inconciente en: Obras Completas, Vol. XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 1976 (1915), p. 194.
13. Ibid. p. 195.
14. S. Freud. Contribuciones para un debate sobre el onanismo en: Obras Completas, Vol. II, Buenos Aires, Amorrortu, 1976 (1912), p. 258.
15. S. Freud. La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis en: Obras Completas, Vol. XI, Buenos Aires, Amorrortu, 1976 (1910), p. 215.
16. Greg Groddeck. Las primeras 32 conferencias psicoanalíticas para enfermos. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1983 (c 1916, c 1917), p. 9.
17. Ibid. p. 263.
18. Ibid. p. 178, 182, 184, 270.
19. F. Alexander, et. al. Psiquiatría dinámica. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1979, p. 309.
20. Ibid. p. 315.
21. Ibid. p. 318.
22. E. Pichón-Riviere. La Psiquiatría una nueva problemática. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1983, p. 225.
23. Idem.
24. Otto Fenichel. Teoría Psicoanalítica de las neurosis. México, Ed. Paidós, 1986, pp. 272-273.
25. Ibid. p. 273.
26. Ibid. p. 305.
27. Ibid. p. 273.
28. D. W. Winnicott. La Familia y el desarrollo del individuo. Buenos Aires, Ed. Horme, 1980, p. 15-18.

29. Ibid. p. 33-34.
30. D. W. Winnicott. El proceso de maduración en el niño. Barcelona, Ed. Laia, 1981, p. 69.
31. Ibid. p. 71-72.
32. Marie Langer. Maternidad y Sexo. Buenos Aires, Ed. Paidos, 1992, p. 13.
33. Ibid. pp. 25-26.
34. Ibid. pp. 89-90.
35. Ibid. pp. 131-133.
36. Ibid. pp. 180-182.
37. Ibid. pp. 187-189.
38. Ibid. p. 224.
39. Ibid. pp. 225-226.
40. Angel Garma. Psicoanálisis del dolor de cabeza. Buenos Aires, Ed. Paidos, 1969, p. 27.
41. M.Luraguiz. Entrevista al Dr. Angel Garma. Argentina, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. III, No. 8, VERTEX; 1992, p. 133.
42. Angel Garma. Psicoanálisis del dolor de cabeza. Op. Cit. pp. 19-32.
43. E. Pichón-Riviere. Teoría del vínculo. Buenos Aires, Nueva Visión, 1985 (c1963), pp. 10-11.
44. Ibid. p. 35.
45. E. Pichón-Riviere. La Psiquiatría una nueva problemática. Buenos Aires, Nueva Visión, 1983, pp. 163-167.
46. Ibid. p. 168.
47. Marta Békei. Trastornos Psicossomáticos en la niñez y la adolescencia. Buenos Aires, Ed. Paidos, 1984, pp. 75-76.
48. Ibid. pp. 76-79.
49. Marta Békei, comp. Lecturas de lo Psicossomático. Buenos Aires, Ed. Lugar editorial, 1991, pp. 134-139.
50. David Liberman. La Comunicación Terapéutica Psicoanalítica. Buenos Aires, Eudeba, 1962, pp. 256-259.
51. Ibid. pp. 224-233.
52. Edgardo Korovsky. La Comunicación Terapéutica Psicoanalítica. Montevideo, Ed. Roca Viva, 1990, pp. 28-30.
53. David Liberman. La Comunicación Terapéutica Psicoanalítica. Op. Cit. pp. 151-154.
54. Pierre Marty. La Psicossomática del Adulto. Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1992, pp. 11-18.
55. Ibid. pp. 29-30.
56. Ibid. pp. 37-39.
57. Ibid. pp. 42-43.
58. Ibid. pp. 48-49.
59. Marta Békei, Comp. Lecturas de lo Psicossomático. Op. Cit. pp. 60-63.
60. L. Kreisler, M. Fain y M. Soulé. El niño y su cuerpo. Buenos Aires, Amorrortu, pp. 149-160.

61. Sami-Ali. Cuerpo Real, Cuerpo Imaginario. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1989. pp. 13, 85.
62. Sami-Ali. Pensar lo Somático. Argentina, Ed. Paidós, 1991. p. 30.
63. Ibid. pp. 13-14.
64. Ibid. p. 29.
65. Ibid. pp. 95-96.
66. Ibid. p. 14.
67. Ibid. pp. 89-90.
68. Ibid. pp. 62, 90-91.
69. Ibid. pp. 32-36.
70. Ibid. pp. 92-93.
71. Sami-Ali. Cuerpo Real, Cuerpo Imaginario. Op. Cit. p. 106.
72. Sami-Ali. Pensar lo Somático. Op. Cit. pp. 41-43.
73. Luis Chiozza. Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, transtornos óseos, cefaleas y accidentes cerebro-vasculares. Buenos Aires, Alianza Editorial, 1991, pp. 42-43.
74. Ibid. pp. 137-206-207.
75. Ibid. pp. 174-175.
76. Ibid. pp. 110-112.
77. Ibid. p. 136.

CAPITULO III
PROPUESTA: LA ENFERMEDAD PSICOSOMATICA
COMO CATEGORIA PSICOPATOLOGICA
ESTRUCTURAL

CAPITULO III

PROPUESTA: LA ENFERMEDAD PSICOSOMATICA COMO CATEGORIA PSICOPATOLOGICA ESTRUCTURAL

Las clasificaciones psicopatológicas son el tema de moda, existen tantas que se vuelve difícil lograr un marco de referencia único para efectuar un diagnóstico clínico. Esto ha provocado una situación que dificulta una comunicación entre los psicopatólogos.

La diversidad en la manera de describir y explicar las diferentes psicopatologías pueden tener un sinnúmero de argumentos que la justifiquen, pero lo que es verdaderamente cierto para nosotros, es la confusión y la ambigüedad con las cuales se manejan los conceptos teórico-clínicos. Con esta referencia no pretendemos empezar a articular un problema ya viejo para los que nos ejercemos en este campo, sino dar una aproximación quizá simple y superficial para ubicar nuestro propósito de investigación, puesto que consideramos que a este nivel hay grandes lagunas para conceptualizar, describir y delimitar a la enfermedad psicósomática.

La enfermedad psicósomática ha sido objeto de un número bastante grande de especulaciones, confusiones y articulaciones, tanto dentro del psicoanálisis como de campos que abordan al hombre en su salud y enfermedad. De esto, ya hemos dado cuenta en anteriores capítulos, así como de las limitaciones y lo que aporta cada una de esas líneas.

Asimismo, hemos privilegiado el problema mente-cuerpo como punto nodal que contribuye a dificultar una conceptualización de nuestro objeto de investigación, dado que parece que para lograr nuestro fin debiera llegarse a una concepción de totalidad, no como algo utópico, sino como aquello difícil de abordar.

Por consiguiente, la originalidad de un intento de clasificación verdaderamente psicoanalítica de las estructuras psicósomáticas, no puede fundarse en categorías manifiestas y fenomenológicas, pues con ello únicamente se establecerían las relaciones posibles que se generan a partir de tal o cual estructura original o de base. Una explicación así, nos llevaría a un nivel caracterológico de la psicopatología. Esta no es nuestra pretensión, por lo que insistimos en una conceptualización estructural como lo argumenta Jean Bergeret con respecto a que en psicopatología, el término *estructura* adquiere un sentido preciso y limitado de los elementos de base de la personalidad, en la manera en que ésta se organiza en el plano profundo y fundamental.¹ Es decir, la estructura de la personalidad se concibe entonces como la base ideal de la organización estable de los elementos metapsicológicos constantes y esenciales en un sujeto, tanto en el estado normal como en las evoluciones patológicas de esta entidad.

Cuando una estructura se descompensa, da lugar a un funcionamiento patológico, donde los factores internos dejan de estar equilibrados, por el juego eficaz de los mecanismos de defensa y adaptación. Esto se traduce en lo que se conoce como síntoma.

Ahora bien, la noción de estructura en la constitución psíquica aparece como una conexión significativa, y no puede ser propiamente explicada sino que se recurre a la comprensión y descripción de ésta, para esclarecer su dinámica.² Es en esta línea que fundaremos nuestra construcción.

Otro aspecto que es importante aclarar es que nuestra propuesta se apoya en las elucidaciones de Lucien Goldmann acerca de que en la génesis de toda estructura no hay comienzos absolutos, sino que parten de un estado inicial que implica un devenir de transformaciones de la estructura estudiada.³

Los criterios de análisis que habremos de utilizar esencialmente -más no en forma explícita y delimitada- para proponer a la enfermedad psicosomática como categoría psicopatológica estructural, serán los referidos por L. Rangell, los cuales se centran en:

- Naturaleza de la angustia latente.
- Modo de relación de objeto.
- Mecanismos de defensa principales.
- Modo de expresión habitual del síntoma.⁴

También, consideramos necesario efectuar una oposición entre la enfermedad psicosomática, la histeria de conversión y la hipocondría, para poner una frontera entre estos tipos de entidades nosológicas, donde está comprometido el cuerpo.

Por último, queremos hacer mención que en la conformación de esta propuesta nos hemos apoyado en los aportes de los investigadores del psicoanálisis clásico, donde hemos tratado de enriquecerla con los postulados teóricos que el psicoanálisis contemporáneo ha ofrecido, a partir de investigaciones realizadas con pacientes psicosomáticos.

En base al fundamento esencialmente freudiano, se establece que en la instalación de cualquier enfermedad participan ciertas constelaciones generales que rigen la patología. Al respecto, se describe el factor constitucional que se divide en: disposición heredada y predisposición adquirida en la primera infancia.⁵

Disposición heredada

En este ámbito, no existen estudios profundos que supongan la influencia de este factor en la enfermedad psicosomática. Angel Garma incide sobre este tópico, refiriéndolo dentro de los

factores predisponentes congénitos, pero sin especificar las ocasiones innatas bajo las cuales un individuo nace con este equipo.

Nosotros en cambio, suponemos la existencia de una disposición a través de sucesivas generaciones familiares, donde se han manifestado síntomas similares en la mayoría de sus miembros, o bien, hay una variación en la sintomatología, pero quedando todos ellos inciertos dentro de una misma constelación somática. En base a esto, fundamos la hipótesis de que posiblemente se haya transmitido de una generación a otra, una misma forma de elaboración de los conflictos, así como de los matices sobre los cuales se dan las relaciones objetales.

Predisposición Adquirida

Freud refiere la predisposición para lo adquirido en la primera infancia, a través del vivenciar infantil, donde podríamos decir que dichas experiencias en su momento no tuvieron importancia alguna, y sólo cobraron sentido posteriormente cuando la libido muestra una postura regresiva hacia esa primera etapa de la vida como consecuencia directa de vivencias traumáticas.⁶

A fin de articular este aspecto creímos necesario abordar la estructuración psíquica que podría suponerse en el psicósomático, por lo cual nos remitimos a los orígenes, dado que el aparato psíquico para su conformación, tuvo que atravesar por un largo proceso, donde estuvo expuesto a un sinnúmero de avatares antes de lograr su constitución final.

El niño cuando nace viene con un estado de indiferenciación somato-psíquica. Marty llama a esto, desorganización de las funciones somáticas arcaicas en el plano evolutivo y argumenta que las funciones evolucionan de lo más simple a lo más complejo en un movimiento de organización, hecho de asociaciones y jerarquizaciones en mosaico, que son mediatizados por la función materna.⁷

La postura freudiana se mantiene bajo la misma línea al suponer un estado de indiferenciación y de desvalimiento del niño al nacer, y añade, que el aparato psíquico en un inicio tiene la tendencia de mantenerse en lo posible exento de estímulos, e intenta mantener constante el monto de excitación presente en él. La constancia es quebrantada desde el comienzo por las imperiosas necesidades internas de: hambre, respiración y sexualidad, de las cuales no puede sustraerse, tendiendo a una descarga en la motilidad. Freud en "*Interpretación de los Sueños*" llama a esto último *alteración interna o expresión emocional*⁸ y en "*Proyecto de Psicología*" añade el berreo y la inervación vascular.⁹ Agrega que esta excitación interna que es causada por la necesidad, es una fuerza que actúa continuamente y que sólo puede ser cancelada por una acción específica, que generalmente ejecuta la madre, por lo que dependiendo de la cualidad con que se ejerza esa función es que la vivencia será de satisfacción o no.

La insatisfacción, es la vivencia que valora el niño como peligro y de la cual quiere resguardarse. Esta se produce a partir del aumento de tensión provocado por la necesidad frente a la cual el niño es impotente; en él se producen las más variadas sensaciones de displacer, donde muchos órganos se conquistan según Freud, elevadas investiduras, lo cual instituye el precedente para las investiduras de objeto.¹⁰ A partir de aquí se puede especular que cuando un niño es sometido a continuas experiencias bajo estas condiciones, y la acción específica no se proporciona en tiempo y cualidad necesaria, las intensidades de tensión alcanzan un nivel hipertrófico, que rompe la protección antiestímulo, por lo que la excitación sufre una especie de corto circuito y se irradia, ya sea por contigüidad, proximidad o participación simultánea a diversas funciones fisiológicas, con el fin de posibilitar el desprendimiento de excitación.

Las vías que son inauguradas para el desprendimiento adquieren una nueva operación fisiológica y preparan al niño para soportar mayores niveles de excitación. Esto es, las que con funciones fisiológicas cobran un valor de estaciones que consumen la excitación insoportable. En esta situación planteada, el contenido del peligro no se desplaza por completo a la condición de que hay un objeto externo que puede poner término a la excitación, y por ende, a su peligro de pérdida. Aquí, la ausencia de la madre es sustituida por un órgano y/o función fisiológica. A partir de estas elucidaciones, podría deducirse lo siguiente:

PRIMERO, el peligro no se desplaza de su situación económica a su condición de pérdida del objeto, por lo que los mecanismos de neoproducción involuntaria y automática de procesos fisiológicos, psíquicos y de angustia, de los que habla Freud, se mantienen en una situación de producción deliberada ante la señal de peligro.¹¹ Este último siempre tendrá en el psiquismo un contenido mezclado de algo externo e interno (fisiológico), que permanece indiscernible y confuso, entre el cuerpo y el afuera, sin determinación para el aparato psíquico, por lo que podrá referirse a uno, a otro o a los dos a la vez invariablemente, pero siempre con una dependencia concomitante, que evidencia el fracaso del aparato anímico, dado que el primer gran progreso para la auto-conservación no se realiza.

SEGUNDO, el dolor que se produce por la ausencia de la madre y la sustitución por una nueva operación de un órgano, provee una equiparación entre el dolor corporal y el dolor de pérdida de objeto. A raíz de esto, se genera una elevada investidura del lugar doliente, es decir, se originan las mismas condiciones económicas en el sistema fisiológico involucrado. Por tanto, se podría inferir que el dolor corporal será el representante y sustituto del dolor anímico. El lugar doliente del cuerpo se retendrá porque su posesión contiene la garantía de reunión con la madre, por lo que se instituye como representación-órgano-objeto, dándose el triunfo de la identificación narcisista. Dicha representación recibirá ahora la necesidad, una elevada investidura que desempeñará el lugar de donde ésta emerge y a su vez, es el objeto añorado que puede proporcionar esa pretendida satisfacción.

La continuidad de este proceso y su carácter no inhibible producen un estado de desvalimiento psíquico y corporal, así como una reacción de duelo ante el hecho de objeto perdido y reencontrado en un órgano que representa este acontecimiento. De ahí que resiste a una separación, independientemente de los estragos a que conlleve y se ilustra con su carácter doliente de añoranza.

Marty llama a esta manifestación *depresión esencial* o *depresión sin objeto*, donde no existe ni la auto-acusación, ni culpabilidad consciente, donde el sentimiento de la desvalorización personal y de herida narcisista, se orienta hacia la esfera somática.¹²

S. Ali en cambio, la llama *depresión a priori*, porque se ignora así misma, y disminuye las posibilidades de vida. Argumenta también que la regresión es imposible, porque retroceder significa ir al encuentro del mismo estado depresivo.¹³

Nosotros en cambio diremos que, tanto el órgano dañado como la depresión quedan incorporados al individuo como algo inherente a él, sobreviniendo una adaptación que cobra una valor de afirmación de sí y se fusiona cada vez más al Yo, volviéndose indispensable para este último.

TERCERO, como hemos visto hasta ahora, el factor cuantitativo (económico), cobra un lugar trascendente en nuestra elucidación acerca del estado inicial de la estructura psicosomática. Asimismo, tenemos que los factores cuantitativos como la intensidad hipertrófica de la excitación y la ruptura de la protección antiestímulo según Freud, constituyen las ocasiones inmediatas de la represión primordial.¹⁴ En *Lo Inconsciente* se menciona que la represión primordial constituye la primera fase de la represión.¹⁵ Esta consiste en que a la agencia representante psíquica de la pulsión se le deniega la admisión en lo consciente, es decir, que al estar presente una representación inconsciente que aún no ha recibido investidura alguna del preconscious, ella no puede serle sustraída, de manera que a través de una conrainvestidura, el sistema preconscious se protege contra el asedio de la representación inconsciente. La conrainvestidura representa un gasto permanente de energía de la represión primordial, pero es también la que garantiza su producción, por tanto, ésta se constituye como su único mecanismo.

Podemos ahora suponer que en el origen del psicosomático, la represión primordial es la que tuvo un efecto trascendente, dadas las condiciones económicas que se deducen en el estado inicial, creándose así el primer núcleo del inconsciente que funcionará como polo de atracción respecto a los elementos a reprimir. Pero además, habríamos de recordar que este mecanismo se consumó en el cuerpo por lo que este último quedará predispuesto a fungir como el principal medio defensivo. El carácter inconsciente de tal núcleo asegura su permanencia y producción por lo que se deduce que las funciones fisiológicas que resultaron alteradas, habrán de sufrir una fijación.

También es preciso mencionar que antes de la organización del alma, la defensa contra las emociones pulsionales estaban a cargo de los destinos de la pulsión como: la mudanza hacia lo contrario y la vuelta hacia la persona propia, que junto con la represión primordial, serían las entidades que caracterizan la defensa del psicósomático.

Con esta elucidación se confirma más nuestra hipótesis, de que en esta estructura los órganos cobran el poder de ser fuente, objeto y meta de la pulsión. Condición que torna indiferente a una estructura así, ante los estímulos pulsionales provenientes del interior. Ante circunstancias que provienen del exterior que provocan angustia, muestra una incapacidad para realizar algún tipo de acción que le dé trámite a esta vivencia, siendo el propio malestar el sitio donde se apuntala aquella. Esta sería la consecuencia de que la atención primordial externa, le fuera negada o que no tuviera el mismo valor que la exigencia interior, por lo que la operación psíquica se agotó en el propio cuerpo, y dió origen a una imposibilidad para representar las constelaciones reales del mundo exterior, por consiguiente, le impidió proyectarlas hacia éste.

Aquí se prescinde de un objeto externo, dada la frustración a que fueron sometidas las necesidades primarias y se las resigna en un órgano. Es decir, reemplaza una modificación exterior por una interior, una acción por una adaptación, lo cual corresponde a una regresión de suma importancia en el aspecto filogenético.

Los elementos descritos anteriormente se preorganizan con considerable rapidez en el desarrollo psicosexual, concretamente en la línea estructural psicósomática cobran un papel trascendente las etapas pregenitales, en donde operan las pulsiones parciales que emergen en ellas.

Freud argumenta que durante este tiempo muchas pulsiones parciales se adhieren a las regiones del cuerpo. También alude que durante este complicado proceso de desarrollo las pulsiones parciales son sofocadas, limitadas y replasmadas, y que los procesos psicopatológicos, deben reconducirse por los múltiples fracasos en la replasmación, iniciando en las pulsiones parciales.¹⁶

También, argumenta en *Tres ensayos de teoría sexual*, que la pulsión en un inicio no está dirigida a otra persona, se satisface en el propio cuerpo, es autoerótica y nace apuntalándose en funciones corporales importantes para la vida, le atribuye erogeneidad a todas las partes del cuerpo y a todos los órganos internos.¹⁷

Las anteriores cualidades de las pulsiones parciales y la aptitud erógena del cuerpo, crea el elemento propicio para que las pulsiones de autoconservación y pulsiones libidinales entren en conflicto, provocando así el daño del órgano en cuestión, que es lo que caracteriza a la estructura que nos atiene, donde la oposición pulsional se resuelve precisamente mediante un trastorno de este tipo.

Ahora bien, con respecto a la fase fálica con sus dos aspectos de constitución: Edipo y Castración, podría suponerse en el psicósomático una negación de las dinámicas que instituyen estas dos coordenadas. Esta elucidación merece ser fundamentada, pues remite a una situación específica para esta estructura.

Como ya hemos referido, en el origen del futuro psicósomático existe una incapacidad identificatoria de la madre para codificar las necesidades afectivas y vitales del niño, lo que ocasionan en él hipertrofia de ciertas funciones fisiológicas y de las magnitudes de excitación. Liberman argumenta que este niño al nacer tiene como misión satisfacer las necesidades de los padres; ellos son exigentes, controladores y resultan abandonantes, en tanto no pueden conocer las necesidades, posibilidades y limitaciones del niño, por lo que estimulan una precocidad y no aceptan el rechazo. A la madre la refiere como aparentemente sacrificada y pendiente del desarrollo de su hijo, pero es incapaz de establecer una relación de identificación con el niño, está imposibilitada para reconocer, aceptar y dar nombre a las necesidades del bebé. Narcisísticamente espera que éste a través de su cuerpo y sus logros, le colme de aspiraciones y ansiedades. Al padre, lo representa como inoperante y sin poder incluirse como un otro diferenciado dentro del triángulo de relaciones, por lo que resulta incapacitado para intervenir.¹⁸

Ahora bien, Liberman, Marta Békei, Pichón-Riviere, Marty y Sami-Ali, coinciden todos en la suposición de que los padres del futuro psicósomático, someten al niño al lugar de hijo ideal. El niño por su parte, bloquea la percepción de sus necesidades y en su lugar desarrolla una sensibilidad para detectar las necesidades de su madre a fin de evitar su rechazo como su angustia; de igual forma, no posee registro alguno de su deseo puesto que le fue negado, por lo cual deseo y necesidad posiblemente se confundan aquí.

Una personalidad así configurada alude S. Ali, tiene una tendencia permanente para adoptar las reglas del funcionamiento externo, evitando toda divergencia por lo que mantiene una relación con el otro como si fuera él mismo. Esta es una manera de hacerse adoptar por una figura materna omnipresente, a la cual se reducen todas las demás. Bajo esta constelación, continúa describiendo el autor, no hay sentimiento de ser forzado, porque la relación no implica a dos personas, sino una relación de sí con una imagen de sí, en la que el otro, refiriéndose a la madre, es un poder despersonalizado que dicta y determina lo que debe ser y provee al cuerpo de sus coordenadas espacio-temporales. De este modo, todo aquello que no concuerde tiene que ser reprimido. Este tipo de represión (represión lograda) si es que la hay, comenta este investigador, se puso en marcha en la primera infancia, cuando se inició la organización del campo perceptual por lo cual experimentó una esterilización e instaló la tendencia de coincidir con lo que debe ser percibido. Esta suposición es concordante con nuestra hipótesis de darle privilegio a la represión primordial, como uno de los principales ejes que estructuran al psicósomático, pues es la única represión que se presenta en la primera infancia y que tiene tales efectos.¹⁹

Volviendo a las constelaciones que instituyen Edipo-Castración, consideramos que la negación de las relaciones triangulares y la castración es un hecho innegable y queda fundamentado con los aportes de los anteriores autores que se retomaron. Sin embargo, nosotros consideramos que en esta dinámica hay una relación diádica, pues únicamente se reduce a niño-madre. Retomando el aporte lacaniano en cuanto a los tiempos de Edipo, se podría ubicar a esta estructura (psicosomática) en el primer tiempo, pero aquí la falta es sustituida por el cuerpo.

Otras especulaciones sobre este tópico, es que la organización edipo-castración en el psicosomático es un amago o dibujo de esa dinámica, porque sus relaciones pueden suponerse como órgano-parentales y la castración sería, castración orgánica. Además la presencia de la angustia de castración, se genera solo cuando el individuo entra en ocasión de profunda libertad e intenta establecer una diferencia, no cuando mantiene en sí mismo la prohibición, por lo cual, podríamos llamarla post-castración; la post-castración se efectúa sobre el cuerpo con un corte sado-masoquista primario; la posibilidad de un deseo puede generar un exceso de angustia, por lo que es probable que ocasione un trastorno somático al figurarse.

En el período de latencia, como es sabido, se da una sofocación de las pulsiones sexuales, siendo precisamente aquí donde se edifican las inhibiciones sexuales, influídas por la educación. Es entonces que las fuerzas pulsionales sufren una desviación, reorientando sus metas, dándose así la sublimación de las pulsiones sexuales.

Sin embargo, tratándose de un individuo con una estructura psicosomática, suponemos que dicha sublimación no se instala en el exterior, sino que el mismo cuerpo u órgano en cuestión, viene a constituir la vía de descarga de las tensiones y/o angustias que el niño experimenta. Luego entonces los diques psíquicos que caracterizan a este período como: el asco, la vergüenza y la moralidad, se manifestarán como negados a través de manifestaciones somáticas, dado que aquí el superyo es un superyo corporal.

No obstante, en otros casos, puede permanecer inerte el síntoma, es decir, no manifestarse hasta el advenimiento de la pubertad, en la cual se efectúan los cambios que llevan a la vida sexual infantil a su conformación definitiva. En la pubertad, con sus cambios inherentes, las pulsiones sexuales parciales irrumpen de nuevo en el individuo, pero esta vez para subordinarse al primado de los genitales.

La línea psicosomática no escapa a esta situación, pero las pulsiones sexuales vuelven a cobrar su poder hipertrófico, por lo que los conflictos que provee esta fase serán devastadores. S. Ali refiere que durante esta etapa, se afronta la irrupción repetitiva de lo reprimido bajo la forma de: pesadillas, insomnios y angustias despedazadoras y que tal situación interna es dominada por una formación caracterial permanente.²⁰ Nosotros en cambio diremos que el púber prueba una vez más su impotencia para dar trámite a sus conflictos, por lo que recorrerá

el mismo camino que ha realizado desde su origen: solucionar el conflicto por medios corporales y con su característica represión, disminuir o inhibir las exigencias pulsionales, estabilizándose gracias a la estructuración de una personalidad psicósomática.

Por tanto, sostenemos que en el momento de la pubertad y la adolescencia del psicósomático, es factible que puedan presentarse ciertos síntomas recurrentes que podrían calificarse dentro de la neurótica o psicótica. Sin embargo, no estamos seguros de que pueda darse un cambio de estructura a estos niveles, puesto que lo más probable es que la línea psicósomática siga un mismo proceso direccional en su organización y que no habrá de variar en lo sucesivo.

Si un sujeto de esta línea se enferma, sólo podrá hacerlo según uno y otro de los modos psicósomáticos como: psoriasis vulgar, úlcera péptica, colitis nerviosa, diabetes, obesidad, neurodermatitis, trastornos óseos, gastritis, cefaleas, trastornos vasculares, etc...

También consideramos pertinente señalar que los síntomas por sí solos no son suficientes para poder identificar tal o cual estructura psicopatológica, sino que se hace necesario evaluarlos metapsicológicamente para determinar el estado y la estructura del sujeto, su grado de solidez y la dimensión de las amenazas de enfermedad corporal.

Hasta este momento, hemos construido un marco conceptual desde la ecuación etiológica para entender los diversos factores que intervienen en la producción de la entidad estructural aquí tratada, faltaría por especificarse la dinámica de la regresión.

La regresión por su parte en esta categoría se da hacia ciertos puntos de fijación, que como ya se especificó anteriormente, cobraron tal relevancia a raíz de algunas vivencias traumáticas que obstaculizaron la organización de las funciones fisiológicas y empujaron en determinada dirección al Yo a elegir el objeto-órgano que fuera capaz de suplir la necesidad, con ello intentar una y otra vez el logro de la satisfacción y por ende, su resarcimiento.

Pichón-Rivière menciona que el infante maneja al objeto de elección, de una forma similar a como se comporta el órgano en cuestión, funciones que indudablemente experimentan una regresión a etapas de la organización sexual más primitivas, donde predominaron determinados tipos de relación.²¹

Así pues, la regresión en esta entidad nosológica se presenta dentro de las fases de la organización sexual pre-edípicas, por lo que éstas a través de su aptitud y mecanismos, rigen posteriormente la veleta hacia la cual se habrá de dirigir la elección del síntoma corporal, es decir, la regresión no sólo se hará a nivel funcional del órgano, sino también se dará en la vida anímica del individuo. Esto es, que en cierta medida el órgano habrá de funcionar como cuando el individuo transitara por las fases del desarrollo oral o anal, con las características de

organización somática que les confieren, pero que sin embargo, al grado del adulto resultan insuficientes e inoperantes, dando por resultado una situación de máximo riesgo de somatización.

Ahora bien, ningún análisis estructural podría considerarse completo en nuestros días si no se aborda el lenguaje que lo caracteriza. Parece indispensable esclarecer desde el primer momento la modalidad bajo la cual el psicósomático se muestra, creando al parecer una jerga neológica codificada que necesita la utilización de un nuevo diccionario y de una nueva gramática, con miras a encontrar su propia forma de comunicación.

Para poder articular el lenguaje del psicósomático, hay que remitirse al origen primitivo que hemos supuesto para esta entidad, es decir, a la presencia en la primera infancia de magnitudes de excitación hipertróficas ante la falta de identificación de las necesidades del bebé, por parte de la madre; la primacía de la represión primordial y sus efectos, las defensas pulsionales en esta etapa. Todo lo anterior plantea una situación que impide la representación de objeto, y en su lugar se origina un trastorno en algún sistema fisiológico: un signo sin significación simbólica diría Chiozza. Asimismo, argumenta que aquí hay una descomposición de la clave de inervación del afecto que la conciencia no reconoce, sino sólo como un fenómeno somático sin significación simbólica.²²

La falta de sentido o de significación simbólica de la enfermedad psicósomática ha sido tratada por la mayoría de los investigadores de este campo, pero todos ellos han fundamentado su posición en el artículo de Freud *Perturbación psicógena de la visión según el Psicoanálisis* (1910), donde se alude a las perturbaciones funcionales de origen fisiológico en oposición a los de origen tóxico.

Sami-Ali argumenta que en la somatización, los síntomas son neutros, literales y específicos, les otorga un sentido simbólico solo a posteriori.²³ El sentido simbólico a posteriori o secundario también es sustentado por Chiozza, Marty, Liberman, Pichón-Rivière y Garma. La posición de Korovsky se mantiene en la misma perspectiva, al decir que el síntoma somático posee un sentido inconsciente que puede ser resignificado secundariamente.²⁴

La resignificación secundaria o resignificación simbólica se efectuaría, no en el discurso del paciente, sino en otras fuentes como: lenguaje popular, mitos, literatura, etc..., que son el patrimonio común de la humanidad. Es en base a esto que sostiene Korovsky, al igual de Chiozza, que la enfermedad psicósomática expresa fantasías universales.

Con las anteriores elucidaciones podría ahora referirse que en el psicósomático, se da una transformación del lenguaje psíquico en lenguaje somático, los giros expresivos estarán supeditados a partir de los elementos funcionales del órgano elegido. Dicho órgano, no puede tener mayor riqueza de vocabulario que la que su estructura y su función condicionan; cada uno

de ellos tiene un dialecto que determina su propia manera de hablar. El lenguaje del cuerpo es desexualizado y utilitario, como lo describe Marty, se convierte en un verdadero pensamiento operatorio. Este pensamiento, refiere el autor, pone en evidencia la pobreza del aparato psíquico al traducirse únicamente en un pensamiento consciente que: a) no mantiene un lazo con la actividad fantasmática; b) duplica y ejemplifica la acción; asimismo, se aferra a las cosas y no a los conceptos abstractos, no hay productos de la imaginación o expresiones simbólicas, sugiere una precariedad de la conexión con la palabra.²⁵

S. Ali afirma que en esta patología somática se da una disminución de la vida onírica que en lo sucesivo se limita únicamente a lo consciente; los sueños tienen una existencia objetiva y se constituyen en una defensa que termina en insomnio; los pensamientos se vuelven comportamientos; se captan los acontecimientos por medio de esquemas preestablecidos; reproducen un conjunto de reglas adaptativas y todo lo que no concuerde se reprime; hace abstracción de lo subjetivo; hay una esterilización en la percepción, por lo que duplica únicamente lo percibido. También, refiere que esta conformidad exagerada del sujeto a la realidad, queda compensada por una exaltación narcisista que nace de la aplicación de la norma y que el cuerpo se transforma en una prótesis funcional.²⁶

Con respecto a la precariedad del trabajo mental psicossomático y a las cualidades en cómo se manifiesta, todos los investigadores psicoanalíticos que se han retomado coinciden en su descripción, pero además añade Liberman que como estos individuos reaccionan mediante códigos somáticos, registran en los demás estímulos que emanan de su cuerpo, por lo que la llama *personalidad infantil*. Así también, menciona que ellos mantienen una desconexión mental con su interioridad corporal y emocional, por lo que se tratan con descuido; ésto lo efectúan por medio del mecanismo de negación, con el cual se ejerce el control de la emoción, que le impide dar otro tipo de respuestas.²⁷

Otro elemento importante es que las tendencias agresivas se liberan en las manifestaciones corporales. Esto es, el dolor que le inflige el órgano dañado, cobra sentido en la medida en que éste es capaz de responder de manera pasiva a la furia que se abate sobre su persona. Tal situación significa entonces que se ha consumado también la sustitución de la meta pulsional sádico-activa en una meta masoquista-pasiva.

Por el contrario, el lenguaje del psicossomático se diferencia claramente del lenguaje del histerico de conversión y del hipocondriaco porque son simbolizados, sexualizados y mantienen una relación con el registro mental.

En forma más específica, los elementos distintivos entre estas tres entidades son los siguientes:

1. La conversión histérica utiliza la alteración fisiológica para expresar determinadas fantasías sexuales, es decir, traduce a un lenguaje de órgano el conflicto. El órgano o función corporal se transforman en portavoz de la excitación genital y se sustituye un objeto externo y uno interno. En la hipocondria, no hay trastorno de la función fisiológica, únicamente una sensación corporal penosa y dolorosa. El hipocondriaco retira interés y libido de los objetos del mundo externo y los concentra sobre el órgano que le atarea. La relación con el órgano se constituye en la subrogación de todo el contenido de sus pensamientos, que tienen una estrecha relación con alguna excitación o acontecer de su vida amorosa. Además, a diferencia de la histeria -pensamiento inconsciente - el pensamiento sí es consciente sobre las acciones. En el psicósomático, el trastorno orgánico no tiene valor simbólico, transforma el objeto externo (madre) por una alteración interna.
2. En la Histeria se da una fijación a la etapa fálica y narcisista de la organización de la libido, el objeto de las tendencias pulsionales son los padres o sustitutos. Pudo haber surgido de las relaciones sexuales, donde hayan estado en juego irritaciones de las partes genitales. Entonces se podría decir que la experiencia pasiva antes de la pubertad constituye la etiología específica de esta psicopatología. La hipocondria, en cambio, pertenece a las neurosis actuales, por tal motivo se dice que es genital. Se le refiere a un estancamiento de la libido que se relaciona con trastornos de la vida genital, la excitación o el acontecer de la vida amorosa. La enfermedad psicósomática se origina, en cambio, a partir de fijaciones pregenitales, donde las pulsiones parciales cobran un papel trascendente, ya que quedan ligadas a ciertas partes del cuerpo y por consiguiente provocan su trastorno. Asimismo, tiene un origen primitivo, ya que se instala a partir de las primeras relaciones del niño con la madre.
3. En cuanto al afecto, Freud (1900) sostiene que la conformación de la descarga afectiva se realiza de acuerdo con una clave de inervación situadas en las representaciones inconscientes. Luis Chiozza, por su parte, sostiene que la clave de inervación del afecto es una idea inconsciente que determina la cualidad particular de cada una de las distintas descargas motoras vegetativas; es así que cuando un afecto se conserva íntegro, es posible reconocer la coherencia de su clave, como una determinada emoción.²⁹ Parte de esta noción para establecer una distinción nodal para el propósito de nuestra investigación, dado que establece que a diferencia de las neurosis y psicosis, en las que el afecto se conserva, en el psicósomático se produce una descomposición patosomática de él. Es decir, el desplazamiento de la investidura se realiza dentro de la misma clave de inervación, de modo que algunos elementos de esta clave reciben una carga más intensa en detrimento de otros.²⁸ Esto hace que desaparezca el afecto como tal y que sus manifestaciones sean percibidas por la conciencia como fenómenos somáticos, físicos, sin sentido primario, que podrán ser resignificados secundariamente.

4. Otro punto importante donde se diferencian estas tres entidades es en cuanto a la elección de la zona corporal que se compromete. En la histeria, la focalización somática no es elegida al azar, sino que es designada por el valor simbólico. Esto es, el síntoma representa y simboliza el recuerdo de una situación traumática de la historia particular del individuo. Es por esta cualidad que Chiozza le atribuye una fantasía específica a esta psicopatología. Además, el nivel de la lesión somática según la mayoría de los autores revisados, se encuentra en el sistema nervioso central y periférico. En cambio, en el psicósomático, los órganos dañados serían aquellos que están comprometidos con las funciones vitales del individuo. Para fundamentar tal situación, es necesario volver a recordar que la madre de un psicósomático únicamente ve en el niño un cuerpo que: respira, con funciones intestinales y come, pero no decodifica las necesidades afectivas de éste, y sólo lo escucha cuando magnitudes de intensidad han alcanzado un nivel hipertrófico, es decir, cuando tiene un trastorno orgánico. Tal ocasión no puede dar origen más que a un código filogenético; Chiozza en esta misma línea le atribuye a los trastornos psicósomáticos, fantasías universales. Asimismo, el nivel de las lesiones de esta estructura se ubican en el sistema neurovegetativo.
5. El grado de la lesión también constituye un eje diferencial entre estas tres entidades psicopatológicas. Jean Guir propone un argumento bastante claro en cuanto a este aspecto, dado que alude que la enfermedad psicósomática implica una lesión, cuya reversibilidad o sucede nunca en forma instantánea, en cambio, la conversión histérica puede ser prescrita mediante la interpretación.²⁹ Otro es el caso de la hipocondria, en donde únicamente se manifiesta la representación del órgano (delirio o alucinación) pero no existe daño material.
6. Un último punto que diferencia a estos tres padecimientos es en cuanto a los mecanismos de defensa. Teniendo así que: la hipocondria utiliza los mecanismos de represión y de introyección; la histeria de conversión con su formación sustitutiva hace uso de mecanismos como la represión, la regresión y la negación del daño somatizado no del conflicto; en cambio, la entidad psicósomática emplea los mecanismos de represión primordial, negación del conflicto más no del daño somatizado y la regresión.

Hasta aquí damos término a nuestro último aspecto que fue el de oponer a la enfermedad psicósomática con la hipocondria y la histeria de conversión, porque para configurar nuestro objetivo de investigación y para cumplir con los requerimientos de un análisis estructural, se volvió trascendente tal articulación, ya que ello permitió establecer las diferencias entre aquellas entidades que se consideran vecinas, además de establecer los límites espaciales y dinámicos para la conceptualización de la enfermedad psicósomática como categoría psicopatológica estructural.

Citas

1. Jean Bergert. La Personalidad Normal y Patológica, México, Gedisa, 1983, p. 17.
2. José Ferrater Mora. Diccionario de Filosofía, Buenos Aires, Alianza, 1990, p. 1044.
3. Lucien Goldman, et.al. Las Nociones de Estructura y génesis, Vol. I, Buenos Aires, edisa, 1975, p. 26.
4. Jean Bergeret. Op. Cit. p. 98.
5. Sigmund Freud. Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. Conferencia No. 23., en: Obras Completas, Vol. XVI, Amorrortu, Buenos Aires, 1976 (c 1917). p. 329.
6. Ibid. p. 331.
7. Vid. Apartado de Pierre Marty en este trabajo.
8. S. Freud. Interpretación de los Sueños, en: Obras Completas, Vol. V, Amorrortu, Buenos Aires, 1976 (c 1905), p. 557.
9. S. Freud. Proyecto de Psicología, en: Obras Completas, Vol. I, Amorrortu, Buenos Aires, 1976 (c 1895), p. 362.
10. S. Freud. Inhibición, Síntoma y Angustia, en: Obras Completas, Vol. XX, Amorrortu, Buenos Aires, 1976 (c 1925), p. 128.
11. Ibid. p. 130.
12. Vid. Apartado de Pierre Marty en este trabajo.
13. Vid. Apartado de Sami-Ali en este trabajo.
14. S. Freud. Inhibición, Síntoma y Angustia, Op. Cit. p. 90.
15. S. Freud. Lo Inconsciente, en: Obras Completas, Vol. XIV, Amorrortu, Buenos Aires, 1976 (c 1915), p. 178.
16. S. Freud. La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis, en: Obras Completas, Vol. XI, Amorrortu, Buenos Aires, 1976 (c 1910), pp. 212-213.
17. S. Freud. Tres ensayos de Teoría Sexual, en: Obras Completas, Vol. VII, Amorrortu, Buenos Aires, 1976 (c 1905), p. 166.
18. Vid. Apartado de David Liberman en este trabajo.
19. Vid. Apartado de Sami-Ali en este trabajo.
20. Vid. Apartado de Sami-Ali en este trabajo.
21. Vid. Apartado de Pichón-Riviere en este trabajo.
22. Vid. Apartado de Luis Chiozza en este trabajo.
23. Vid. Apartado de Sami-Ali en este trabajo.
24. Edgardo Korovsky. Psicosomática Psicoanalítica, Montevideo, Roca Viva, 1990, pp. 44.
25. Vid. Apartado de Pierre Marty en este trabajo.
26. Vid. Apartado de Sami-Ali en este trabajo.
27. Vid. Apartado de David Liberman en este trabajo.
28. Vid. Apartado de Luis Chiozza en este trabajo.
29. Jean Guir. Psicosomática y Cáncer, Barcelona, Paraíso, p. 13.

CAPITULO IV
CONCLUSIONES

CAPITULO IV CONCLUSIONES

Después de haber realizado el presente trabajo de investigación, admitimos abiertamente que para llegar a nuestra propuesta nos hemos guiado por juicios y predilecciones. Más esperamos que encuentren una aceptación para todos los que no solo aprecian el rigor lógico y deductivo, sino la libertad para la especulación; para los que se sienten atraídos por la aventura de la ciencia que una y otra vez nos enfrenta con situaciones nuevas e inesperadas, que nos desafían a ensayar audaces respuestas.

Una vez hecha esta advertencia, podemos concluir que *la enfermedad psicosomática es una categoría psicopatológica estructural* específica, que se constituye y rige con sus propias leyes y momentos de estructuración; es decir, como tal se define y se delimita porque le corresponde un inicio que tiene que ver con los orígenes del psiquismo, donde participan una serie de elementos como: la relación primaria con la madre, la cual no decodifica las necesidades del bebé, por lo que se provoca la presencia de magnitudes hiperintensas que rompen la barrera de protección anti-estímulo, causando una especie de *corto circuito* en los sistemas fisiológicos. En esta constitución cabe aclarar que los estados originarios tienen una dificultad para delucidarse, por lo que siempre son asunto de construcción; de ahí que podemos deducir que en la suposición anterior también ejerció su imperio la represión primordial, dadas las ocasiones continuadas de presencia de magnitudes hipertróficas. También tenemos que en un momento de constitución tan arcaico como el que le suponemos a esta estructura, los mecanismos defensivos no pudieron ser otros que los dos destinos de pulsión: la mudanza contra sí mismo y la vuelta hacia la persona propia. Esto nos lleva a conjeturar que los desenlaces hasta aquí marcados se asientan en el cuerpo, constituyéndose el órgano dañado en fuente, objeto y meta de la pulsión.

En esta estructura, el cuerpo responde por sí mismo ante la ausencia de satisfacción de deseos y necesidades propios, por lo que se constituye únicamente como vía de descarga de tensiones y/o angustias. Dichas fallas en el maternizaje temprano impiden la configuración del proceso de simbolización, dado que para que éste se establezca, es preciso que se marquen los límites psíquicos entre esa unidad diádica (madre/hijo). De esta forma el trastorno fisiológico viene a ocupar el lugar de medio de expresión, pero sin que por ello posea una significación simbólica, tomando en cuenta las fases del desarrollo en que se instaura. Finalmente se presenta una descomposición del afecto, donde el trastorno somático no tiene lugar en la conciencia, por la mencionada falta de simbolización.

Lo anteriormente descrito constituye el basamento sobre el cual las etapas pregenitales se irán configurando y además aportarán los matices de sus apuntalamientos, para posteriormente organizarse en las fases del desarrollo subsiguientes, donde se evidencian las fijaciones y regresiones propias de una personalidad así constituida.

De esta manera podemos identificar la dinámica del Edipo-Castración en una muy particular forma de instalarse, puesto que es clara aquí una negación de las relaciones tripartitas (madre-hijo-padre), puesto que está fijada a una relación diádica, pero sin que la madre logre la identificación con el niño, ya que no percibe las necesidades del bebé, y su propio cuerpo viene a fungir como el único medio de comunicación entre ambos. A partir de ese entonces, el mismo niño bloquea sus percepciones propias para abrir paso a la receptividad de las de su madre, ya que la intención principal radica en evitar su rechazo y el desarrollo de su angustia. La angustia de castración por su parte, no se instala en el momento de la prohibición, sino cuando el individuo se permite desear; por lo que podría llamarse post-castración y queda instalada sobre el cuerpo con un corte sado-masoquista primario, donde el exceso de angustia podrá suscitar un trastorno orgánico.

Finalmente, nos es preciso enfatizar que cuando la estructura psicosomática ha quedado instaurada adquirirá una solidez y relativa fijeza de los mecanismos mentales que sólo se manifestará según las encrucijadas de las múltiples relaciones que emanan de ella.

El proponer a la enfermedad psicosomática como categoría psicopatológica estructural, lo que resulta aquí modificado es la concepción misma de los trastornos somáticos, pues tiene la pretensión de establecer los límites y la dinámica bajo los cuales una enfermedad puede ser considerada como tal. Con esto, de ninguna manera tuvimos la pretensión de incluir, clasificar y explicar todo, ya que nuestro propósito fundamental fue el precisar una visión metapsicológica de esta entidad. Es por esta situación que sin desdeñar al aspecto dinámico y tópico que fueron incluidos sin nombrarlos, se dio privilegio al factor económico como el eje que organiza a esta estructuración.

Tampoco nuestra pretensión fue el de efectuar un análisis y configuración estructural comparable a los que existen de las dos grandes super-estructuras de base: neurosis y psicosis. Sin embargo, podemos permitirnos una especulación más al suponer que la estructura psicosomática gravita de manera autónoma entre estas dos líneas. De lo anterior, ya algunos autores han hablado, por lo que nuestra referencia no tiene un fundamento que nos haga responsables originales de semejante comentario.

Así pues, esperamos que la presente investigación ofrezca al lector una perspectiva de la psicosomática más amplia, dado que persiste a través de ella una versatilidad en la construcción de la misma, el cual permite ir bordeando los puntos clave que a nuestro criterio, consideramos relevante y que indudablemente sustenta el diseño de nuestra propuesta: *"la enfermedad psicosomática como categoría psicopatológica estructural"*.

GLOSARIO

EL SENTIDO DE LOS TERMINOS

1. CATEGORIA:

Es la finalidad en todo sentido central, de manera que se entienda a la vez la historia y la estructura en un sentido nuevo. Permite ligar ciertos fenómenos a otros, de tal modo que se puedan formular leyes universales y necesarias (Bloch, en L. Goldmann, 1975, p. 30-32).

2. CUERPO:

El cuerpo propio y sobre todo su superficie es un sitio del que pueden partir simultáneamente percepciones internas y externas. Es visto como un objeto otro, pero proporciona al tacto dos clases de sensaciones, una de las cuales puede equivaler a una percepción interna. La psicofisiología ha dilucidado suficientemente la manera en que el cuerpo propio cobra perfil y resalto desde el mundo de la percepción. También el dolor parece desempeñar un papel en esto, y el modo en que a raíz de enfermedades dolorosas uno adquiere nueva noticia de sus órganos, es quizá arquetípico del modo en que uno llega en general a la representación de su cuerpo propio, quedando definido desde el psicoanálisis, como el asiento de fijaciones e inscripciones de las zonas erógenas (Freud, 1923, T. XIX p. 27).

3. ENFERMEDAD:

Este concepto, tomado de la medicina refiere una alteración en la salud, ya sea por su causa cuando ésta es conocida, o bien, cuando fuera desconocida, por manifestaciones semejantes que crean una entidad clínica. La enfermedad es diferente del síndrome, de la afección, de la lesión, pero todos ellos forman, o pueden formar parte de la enfermedad. (Dicc. Larousse, 1985, p. 399).

4. ENFERMEDAD MENTAL:

Designa un estado de desadaptación visible, en relación con la estructura propia y profunda. Es una forma más o menos durable de comportamiento que emana realmente de la estructura profunda, como consecuencia de la imposibilidad de hacer frente a circunstancias nuevas, interiores o exteriores, que han llegado a ser más poderosas que las defensas movilizables habitualmente en el marco de los datos estructurales, y sólo en ese marco. En efecto, tal enfermedad sólo puede surgir sobre tal estructura y tal estructura no puede originar cualquier enfermedad. (J. Bergeret, 1983, p. 72).

5. EROGENEIDAD:

Propiedad general de todos los órganos de activar un lugar del cuerpo, el cual envía a la vida anímica estímulos de excitación sexual. (Introducción al Narcisismo, T. XIV, p. 81).

6. HIPOCONDRIA:

El hipocondriaco retira el interés y libido de los objetos del mundo y los concentra sobre el órgano que lo atarea. A éste le refiere sensaciones penosas y dolorosas (Freud 1914, T. XIV p. 80). Es decir, el hipocondriaco con su mecanismo no provoca una alteración real de la parte del cuerpo, objeto de su preocupación, sino que ésta representa un punto de fijación depresivo que se convierte en un mal objeto parcial narcisista. Freud la ubica dentro de las neurosis actuales.

7. HISTERIA DE CONVERSION:

Freud la define en el artículo "Las neuropsicosis de defensa" (1894) como el mecanismo por el cual se vuelve inocua una representación inconciliable al trasponer a lo corporal la suma de excitación. La conversión puede ser total o parcial, y sobrevendrá en aquella inervación motriz o sensorial que mantenga un nexo más íntimo o laxo con la vivencia traumática.

En la Represión (1915) afirma que lo más llamativo de la histeria de conversión es que hace desaparecer por completo el monto de afecto, por lo que la represión puede considerarse exitosa. A esta represión también la enuncia como fracasada, en la medida en que sólo se ha vuelto posible mediante extensas formaciones sustitutivas, es decir, que se trata de una transformación de los conflictos inconscientes en un síntoma corporal, que vienen a ser su expresión simbólica. Su control se realiza a través del sistema nervioso central, en el sistema neuromuscular y sensorial, como por ejemplo: parálisis, ceguera, convulsiones, etc...(Freud, T. XIV, p. 151).

8. NEUROSIS ACTUALES:

El origen de las neurosis actuales no debe buscarse en los conflictos infantiles, sino en el presente. Los síntomas no constituyen una expresión simbólica y sobredeterminada, sino que resultan directamente de la falta o inadecuación de la satisfacción sexual. Freud presenta tres formas puras de neurosis actuales: neurastenia, neurosis de angustia e hipocondria. (Laplanche, Pontalis, 1983, p. 240).

El mecanismo general de las neurosis actuales opera bajo una fuente de excitación somática, incapaz de encontrar su expresión simbólica. El conflicto bloquea la vía de una descarga real. Hay sí un conflicto causal, pero es externo a las neurosis. Por otra parte, la formación de síntomas es somática. Se trate de una transformación directa de la excitación en angustia o de una derivación de la angustia sobre ciertos aparatos corporales.

9. PSICONEUROSIS:

Son afecciones psíquicas cuyos síntomas constituyen la expresión simbólica de los conflictos infantiles, a saber, las neurosis de transferencia y las neurosis narcisistas. Estas se contraponen a las neurosis actuales. La causa hay que buscarla en el pasado, o al menos, en acontecimientos pasados reactivados en el presente. El conflicto se sitúa en el nivel psíquico.

Se trata de un conflicto esencialmente interiorizado, mucho más que un conflicto externo. Es un conflicto en el nivel de elementos ya altamente simbolizados, lo que implica por lo tanto, una vida fantasmática más rica. (Dicc. de Psicoanálisis, Laplanche, Pontalis, p. 320).

La formación de síntomas tiene un sentido preciso, en su ser mismo reflejan el conflicto que traducen bajo la forma de un compromiso.

10. PSICOPATOLOGIA:

Estudio de las enfermedades mentales. (Dicc. Larousse, 1985, p. 848).

11. PSICOSOMATICA:

Constituye un trastorno orgánico con una disfunción fisiológica manifiesta, que no tiene un sentido simbólico y donde cualquier conflicto se enfrenta por medios corporales.

12. SINTOMA:

Es indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es un resultado de la represión. (Freud (1926) en J. Bergeret, 1983, p. 17).

13. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

Conjunto de estructuras de naturaleza nerviosa contenidas en el encéfalo y la médula espinal. Está constituido por todos los centros y haces nerviosos, tanto de naturaleza sensitiva, motora, como vegetativa, que rigen el funcionamiento de músculos, vísceras y vasos. (Dicc. de Ed. Especial, 1985, p. 1843).

14. SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO:

El principal papel de los nervios viscerales, tanto aferentes como eferentes, es mantener el estado de homeostasis en el ambiente interno, para la mayor eficiencia corporal. Este fin se logra a través de la regulación de órganos y estructuras relacionadas con la digestión, circulación, respiración, excreción y mantenimiento de la temperatura normal del cuerpo. Además del papel regulador de los reflejos viscerales, la actividad de la musculatura lisa, de elementos glandulares y del músculo cardíaco, el sistema vegetativo se modifica por la influencia de estructuras más altas del encéfalo, especialmente en respuestas a reacciones emocionales del ambiente exterior. (Barr, 1974, p. 303).

15. TRASTORNO FUNCIONAL:

Perturbación que no está provocada por la afección de un órgano. Implica perturbaciones en la función (realización), pero no en la capacidad orgánica de base. (Dicc. de Ed. Especial, 1985, p. 1956).

16. TRASTORNO ORGANICO: (sin: trastorno somático).

Perturbación de un órgano o parte del cuerpo, quedando en consonancia alteradas de forma secundaria sus funciones. Se opone al trastorno funcional. (Dicc. de Ed. Especial, 1985, p. 1957).

17. ZONA EROGENA:

Todo lugar del cuerpo en el que se asienta la excitación sexual. (Tres Ensayos de Teoría Sexual, T. VII, p. 153).

BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER, Franz. et.al. Psiquiatría Dinámica. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1979.
- ALI, Sami. Cuerpo real, Cuerpo imaginario. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1989.
- _____. Pensar lo Somático. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1991.
- BARR L. Murray. El Sistema Nervioso Humano. Ed. Harla, México, 1975.
- BERGERET, Jean. La Personalidad Normal y Patológica. Ed. Gedisa, México, 1983 (c 1974).
- BEKEI, Marta. Trastornos Psicossomáticos en la niñez y la adolescencia. Ed. Nueva Visión, Argentina, 1984.
- _____. Lecturas de lo Psicossomático (compilación). Ed. Lugar, Buenos Aires, 1991.
- CHIOZZA, Luis, et.al. Los Afectos Ocultos en...psoriasis, asma, trastornos respiratorios, varices, diabetes, trastornos óseos, accidentes cerebro vasculares. Ed. Alianza, Buenos Aires, 1991.
- DAVISON, G., NEALE J. Psicología de la Conducta Anormal. Ed. Limusa, México, 1980.
- DE LA FUENTE MUÑIZ, Ramón. Psicología Médica. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1959.
- DIAZ BENAVIDES, Mariano. De la emoción a la lesión. Ed. Trillas, México, 1976.
- FENICHEL, Otto. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Ed. Paidós, México, 1986.
- FERRATER MORA, José. Diccionario de Filosofía. Ed. Alianza, Buenos Aires, 1990.
- FOUCAULT, Michel. El nacimiento de la clínica. Ed. Siglo XXI, México, 1963.
- FREUD, Sigmund. Inhibición, Síntoma y Angustia, Obras Completas. Vol. XX, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1976 (c 1925).
- _____. Lo Inconsciente, Obras Completas, Vol. XIV, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1976 (c 1915).
- _____. Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. Conferencia No. 23, Obras Completas, Vol. XVI, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1976 (c 1917).
- _____. La Interpretación de los Sueños, Obras Completas, Vol. V, Ed. Amorrortu, 1976 (c 1905).
- _____. Proyecto de Psicología, Obras Completas, Vol. I, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1976 (c1895).
- _____. La Perturbación Psicógena de la Visión según el Psicoanálisis, Obras Completas, Vol. XI, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1976 (c 1910).
- _____. Tres ensayos de teoría sexual, Obras Completas, Vo. VII, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1975 (c 1905).
- _____. La herencia y la etiología de las neurosis, Obras Completas, Vol. III, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1976 (c 1896).
- _____. Estudios sobre la histeria, Obras Completas, Vol. II, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1976 (1893-1895).
- _____. Fragmento del Análisis de un Caso de histeria, Obras Completas, Vol. VII, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1976 (c 1905).

- _____. Introducción al Narcisismo, Obras Completas, Vol. XIV, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1976 (c 1914).
- _____. El yo y el ello, Obras Completas, Vol. XIX, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1976 (c 1923).
- GARBORIAU, Marc., et. al. Estructuralismo. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1972.
- GARMA, Angel. Psicoanálisis del dolor de cabeza. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1969.
- GOLDMANN, Lucien, et. al. La nociones de estructura y génesis. Vol. I. Colección "Fichas", No. 46. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1983.
- GROODECK, Greg. Las primeras 32 conferencias psicoanalíticas para enfermos. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1983.
- GUIR, Jean. Psicosomática y Cáncer. Ed. Paraíso, Barcelona, 1983.
- KOROVSKY, Edgardo. Psicosomática psicoanalítica. Ed. Roca Viva, Montevideo, 1990.
- KREISLER L, FAIN M. y SOULE M. El niño y su cuerpo. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.
- LANGER, Marie. Maternidad y Sexo. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1992.
- LAPLANCHE, J; PONTALIS, J.B. Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor, Barcelona, 1983.
- LIBERMAN, David. La comunicación en terapéutica psicoanalítica. Ed. EUDEBA, Buenos Aires, 1962.
- LOWEN, Alexander. Bioenergética. Ed. Diana, México, 1985.
- LURAGUIZ, M. Entrevista al Dr. Angel Garma. En Revista Argentina de Psiquiatría. Vol. III, No. 8, VERTEX, Buenos Aires, 1992.
- MARTY, Pierre. La psicología del adulto. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.
- MILLON, Theodore. Psicopatología Moderna. Ed. Salvat, Barcelona, 1981.
- PIAGET, Jean. Biología y Conocimiento. Ed. Siglo XXI, México, 1987.
- PICHON-RIVIERE, Enrique. Teoría del Vínculo. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1985.
- REICH, Wilhelm. La función del orgasmo. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1988.
- SANCHEZ CERESO, Sergio. Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. Ed. Diagonal / Santillana, México, 1985.
- VALDES MIYAR, Manuel, et. al. Medicina psicósomática. Bases psicológicas y fisiológicas. Ed. Trillas, México, 1983.
- VIESCA TREVIÑO, Carlos. Estudios sobre etnobotánica y antropología médica. Vols. I y II. Ed. Instituto Mexicano para el estudio de las plantas medicinales, A.C. México, 1976 (Vol. I) 1977 (Vol. II).
- WINNICOTT, D.W. La familia y el desarrollo del individuo. Ed. Horme, Buenos Aires, 1980.
- _____. El proceso de maduración en el niño. Ed. Laia, Barcelona, 1981.
- WITTKOWER, Eric D. CLEGHORN R.A. et. al. Progresos en medicina psicósomática. Ed. EUDEBA, Buenos Aires, 1966.