

Medicina Psicosomática

Ana Spagnuolo de Iummato

“La salud es un hábito psicosomático al servicio de la vida y de la libertad de la persona que consiste en la capacidad física para realizar con la mínima molestia y si fuese posible con gozo, los proyectos vitales del sujeto”
Lain Entralgo

HISTORIA DEL CONCEPTO

Psicosomático es un término relativamente nuevo pero que, según Weiss y English⁵², describe una aproximación a la medicina tan vieja como el mismo arte de curar: “No es una especialidad sino más bien un punto de vista que se aplica a todos los aspectos de la medicina y de la cirugía. No significa estudiar menos el cuerpo; significa estudiar más la psiquis. Es una reafirmación del viejo principio de que la mente y el cuerpo son uno, que funcionan como órganos interactivos e interdependientes –un principio que siempre ha guiado al médico práctico inteligente. Como ciencia, la medicina psicosomática se orienta a descubrir la naturaleza precisa de la relación entre emociones y función corporal¹. La investigación en este terreno se apoya en la convergencia de la moderna investigación fisiológica, según fuera desarrollada por la ciencia de laboratorio y la experimentación animal, y de los descubrimientos del psicoanálisis, ambos desarrollos dinámicos de la medicina”².

En las antiguas civilizaciones de Oriente, la medicina primitiva se confunde con la magia: los primeros médicos eran sacerdotes; las primeras clínicas, templos. Las causas de las enfermedades no residían en el organismo de los pacientes sino en acciones de seres sobrenaturales, dioses o demonios. Resultaba lógico por lo tanto, que se buscara curar mediante prácticas religiosas: encantamientos, exorcismos, sacrificios expiatorios, etc. Mucho antes que los países orientales, Grecia supo liberarse, gracias a su espíritu realista, de supersticiones y prejuicios, adquiriendo así un concepto concreto y racional de la salud y la enfermedad. La profesión médica pasa a manos laicas, la observación se vuelve guía en el estudio de las enfermedades y el arte de curar se transforma en ciencia experimental. A partir del siglo VI a.C. surgieron centros médicos como la célebre Escuela de Cos, encarnada en el gran maestro Hipócrates que floreció alrededor del 400 a.C., y a quien la Historia confirió el título honorífico de padre de la medicina.

¹ En sus aplicaciones, podemos diferenciar la Psicosomática como ciencia básica, como orientación médica y práctica clínica. Como ciencia básica, la Psicosomática tiene por objetivo la observación e interpretación de las relaciones entre estados, procesos y acontecimientos psicológicos y biológicos, tal como son influenciados por el entorno que rodea al sujeto, en la salud como en la enfermedad. Pertenece al grupo de las ciencias naturales, tributaria del método experimental y abrevia a nivel teórico de los sistemas conceptuales provenientes de la Psicología y la Biología. Como orientación médica, la Medicina Psicosomática surge como reacción a las tendencias reduccionistas de la medicina, encarnando una actitud que comprende al paciente en su totalidad, atendiendo no sólo a los datos biológicos sino también a los factores sociales y psicológicos que lo afectan a fines de lograr un más eficaz diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad.

² “...en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Munich, se exhibe en una vitrina especial, junto al microscopio de Alois Alzheimer una carta manuscrita de Freud en la que éste le agradece a Emilio Kraepelin la derivación de un paciente... Una vez más podemos apreciar cómo los grandes hombres en vez de disentir, se complementan”: Prof. Dr. Jaime Smolovich (Psiconeuroinmunoendocrinología, Prólogo,³⁰)

Hipócrates (460-377 a.C.) sostenía que encontrar la causa de la enfermedad y prever su evolución son las primeras tareas del médico y las condiciones previas del arte del curar. Su búsqueda de integración entre lo psíquico y lo somático se basaba en la concepción de la patología humoral, que relacionaba las cualidades y elementos de **Empédocles** (504-443 a.C.) con los cuatro humores, de cuya armonía dependía la salud: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema y los cuatro temperamentos correspondientes: el sanguíneo, el melancólico, el colérico y el flemático. Además describía casos de locura que encontraban alivio con una disentería y establecía correlación entre los tipos físicos muscular y fuerte – habitus apoplecticus-, propenso a la apoplejía y el delicado y débil –phyhisicus- con tendencia a la tuberculosis. (PAPP, ³⁹)

Platón (429-347 a.C.) enseñó que el equilibrio entre el cuerpo y el alma es el elemento importante en la salud y que los desórdenes mentales pueden deberse a trastornos morales o corporales³. Expresó el punto de vista de que cuando las pasiones no son inhibidas por las altas facultades, como ocurre en el estado de sueño, los deseos tienden a ser satisfechos en la fantasía: “el punto que deseo hacer notar es que en todos nosotros, aun en los hombres buenos, hay una naturaleza de bestia salvaje que persiste en el sueño”⁴.

Los términos "psicosomático" y "somatopsíquico" fueron utilizados, respectivamente, por primera vez, por **Johann Christian Heinroth**⁵ (1773-1843), en 1818, y por **Maximilian Jacobi** (1775-1858) en 1822. Siguiendo este recorrido histórico de precursores, hallamos a **Carl Gustav Carus** (1779-1868), médico y amigo de Goethe, a quien se le atribuye el mérito de describir por primera vez el cuerpo humano en su totalidad, como campo expresivo⁶.

En 1876, el médico inglés H. Maudsley (1835-1918) que obtuvo gran prestigio por una clasificación de las psicosis etiológica y somatológicamente orientada, ya decía que “si la emoción no se libera, se fija en los órganos y trastorna su funcionamiento”⁷.

Aún cuando el término psicosomático genera malentendidos, dado que en ciertas oportunidades se refiere a una aproximación holística médica y otras a un grupo diferenciado de dolencias, lo conservaremos en este recorrido como un intento abarcativo de referirnos a aquella zona de confluencia de las disciplinas médicas

³ “Si no debe descuidarse la cura de los ojos sin la cabeza, ni la de la cabeza sin el cuerpo, tampoco debe tratarse el cuerpo sin el alma; si muchas enfermedades se resisten a los esfuerzos de los médicos helenos, procede de que desconocen el todo... Pues es un error entre los hombres, en estos tiempos, el intentar ser médicos para una de las dos cosas (la templanza del alma o la salud corporal) separadamente”. Platón ‘*Cármides*’ 156 e, 157 b)

⁴ En esta descripción observamos como las ideas de Platón acerca de los sueños se anticipan a la teoría freudiana.

⁵ El primer trabajo de este psiquiatra alemán, profesor de Leipzig- inscripto en la corriente vitalista de Xavier Bichat, es un artículo sobre la influencia de las pasiones en la epilepsia y en la tuberculosis. Esta nueva corriente vitalista tenía por objetivo introducir en el pensamiento organicista y experimental de la medicina del siglo XIX, factores de orden psíquico para dar cuenta de la etiopatogenia de ciertas enfermedades.

⁶ Para Carus, las enfermedades del alma proceden del inconsciente o de la conciencia. Entre las primeras se encuentran las enfermedades corporales, en las tres formas primordiales de fiebre, inflamación y deformación. El segundo grupo de enfermedades, que se manifiestan fundamentalmente en el espíritu consciente, son llamadas enfermedades del alma o enfermedades psíquicas. (Lolas Stepke³⁷). Según expresó Sir William Osler, es importante conocer tanto lo que está pasando por la cabeza del hombre como en su pecho, para pronosticar el resultado de una tuberculosis pulmonar. El célebre fisiólogo británico George Day manifestó que “los factores psicológicos, sucedidos entre 18 y 24 meses antes de la aparición de la enfermedad, pueden tener influencia en el curso de la tuberculosis y, una vez que está establecida, la enfermedad puede ser minimizada si el paciente tuvo la oportunidad de ser escuchado por alguien durante un razonablemente largo período”. Day, G. (1951) The psychosomatic approach to pulmonary tuberculosis. Lancet. May 12, 1025-1028

⁷ Tanto la sabiduría antigua como la premoderna reflejaron el conocimiento de la unidad cuerpo-mente en interacción bidireccional. **Aristóteles** dijo, “Psique (alma) y cuerpo reaccionan complementariamente una con otro, según mi entender. Un cambio en el estado de la psique produce un cambio en la estructura del cuerpo, y a la inversa, un cambio en la estructura del cuerpo produce un cambio en la estructura de la psique”.

tradicionales. Atrapado en el dualismo soma – psique, iniciado en el planteo cartesiano, el pensamiento psicossomático también pendula entre enfoques que destacan *la especificidad del enfermar* – con el supuesto básico de que ciertas estructuras de carácter o determinada conflictiva, determinan ciertas dolencias u otros que enfatizan la concepción del proceso patológico, como un *fenómeno “biopsicosocial”*, que en numerosas oportunidades comprende un listado de factores, sin terminar de explicar su imbricación en el resultado final que constituye el proceso patológico.

El psicoanálisis freudiano, según Haynal y Passini²¹, proveyó la primera reflexión sistemática y el primer modelo etiológico para explicar síntomas corporales de tal modo que ya en 1913, **Paul Federn** presentaba un caso de asma estudiado mediante el psicoanálisis.⁸

La expresión *Medicina psicossomática* fue introducida en el psicoanálisis por el discípulo de Freud, **Felix Deutsch**, quien en 1922 publicó el artículo “El campo de la psicoterapia en la medicina interna” y en 1928, “La posición del psicoanálisis en la clínica interna”.

Thure von Uexküll, uno de los pioneros de la psicossomática en Alemania, ha descrito de una manera simple lo que significó la asociación de psicoanálisis y medicina psicossomática en Alemania. Sugiere la existencia de tres fases, la *primera*, que estaría caracterizada por **Georg Groddeck** (1866-1934)⁹, considerado por muchos como el padre fundador de la medicina psicossomática moderna, quien extendió el andamiaje de la metapsicología freudiana a las enfermedades orgánicas y manipuló símbolos y analogías con inimitable desenvoltura. Groddeck estaba convencido que la distinción entre cuerpo y psique era sólo verbal, no sustancial, que ambos constituían un todo único, negando la distinción entre enfermedades físicas y psíquicas. (GRODDECK¹⁹).

La *segunda fase* se habría caracterizado por la introducción de métodos psicofisiológicos, con experimentos de hipnosis que habrían demostrado los condicionantes psicológicos de manifestaciones fisiológicas pero sin indicar una

⁸ Sintéticamente podríamos decir que la psicossomática psicoanalítica parte del hombre enfermo y de su funcionamiento psíquico, para comprender las condiciones en las cuales ha podido desarrollarse una enfermedad somática y, en cambio, la medicina tradicional parte de la enfermedad y busca los factores etiológicos ya sean biológicos o psíquicos. Según Laín Entralgo³⁵, quien sepa prescindir de todo dogmatismo de escuela –sea ésta “freudiana” o “antifreudiana”-, pronto advertirá que la contribución del psicoanálisis a la medicina puede cifrarse en cinco puntos principales: 1) el descubrimiento de la *rigurosa necesidad del diálogo con el enfermo*, así para el diagnóstico como para el tratamiento de su enfermedad (...) La palabra dejará de ser puro instrumento de pesquisa y se convertirá en agente terapéutico. 2) la estimación diagnóstica y terapéutica del *componente instintivo de la vida humana*. 3) el descubrimiento de la existencia y de la significación que en la vida del hombre tienen los *diversos modos de la conciencia psicológica* (inconsciente-preconsciente-consciente). 4) una decisiva aportación al conocimiento cabal de *la influencia que la vida anímica ejerce sobre los movimientos del cuerpo*, y éstos sobre aquélla (correlaciones psicossomáticas). 5) la preocupación por ordenar comprensivamente en la biografía del enfermo el suceso de la enfermedad. Freud supo demostrar que la patografía es y debe ser biografía, en el más plenario sentido de esta palabra.

⁹ Groddeck había tomado el concepto de Ello de Nietzsche para denominar un campo más amplio que el que Freud describía para el inconsciente. Opinaba que el hombre estaba animado por lo desconocido, por un Ello que regula todo lo que hace y le sucede, sintetizando su idea en la frase “el hombre es vivido por el Ello”. Este concepto fatalista no era totalmente aceptado por Freud, que consideraba que las fuerzas del Yo permiten un dominio aunque sea parcial de sí y del mundo exterior. El Ello de Freud es un concepto tópico y un polo opuesto al Yo. Para Groddeck, que no acordaba con tales oposiciones, el Yo es una forma de expresión del Ello. Consideraba que los síntomas orgánicos se desarrollan de un modo similar al trabajo del sueño y a la dinámica de las neurosis y que son accesibles a la influencia psicoterapéutica. Dentro de su concepción, siempre que el Ello no llega a la satisfacción libidinal en razón de una censura severa, se manifiesta bajo la forma del sueño o de un síntoma; si por medio de dicho síntoma no se aporta ninguna satisfacción a la pulsión reprimida, el síntoma se repite, manteniéndose hasta la aparición de la enfermedad. “El síntoma como patofisiología es, cual lenguaje del Ello, por así decir, el balbuceo de la impotencia humana. Comprender su significado, aceptar al hombre en su debilidad, y esto siempre recordando la propia humanidad, es la posición médica básica de Groddeck”. (CLAUSER¹⁰).

especificidad que permitiera predicciones. Los intentos de Félix Deutsch por introducir el psicoanálisis en la clínica médica –a principios de la década del 20- corresponderían también a este período.

La *tercera fase* –una fase de creciente conciencia metódica¹⁰ - se caracterizaría por el intento de aportar comprobaciones empíricas a las numerosas generalizaciones teóricas. Aquí se ubica a Flanders Dunbar y su estudio sobre los tipos de personalidad, y a Franz Alexander, con la teoría del conflicto psicodinámico específico. Thure von Uexküll tampoco olvida a **Michael Balint**, cuya duradera contribución residió en investigar la estructura de la relación médico-paciente. Balint acuñó para esa época una curiosa idea: planteó que la medicina más frecuentemente utilizada en la práctica médica es el propio médico. Pero que todavía no existía una farmacología para esa tan importante droga: ni dosis, ni frecuencia, ni indicaciones ni contraindicaciones. Y concluyó que lo más riesgoso era que la droga "médico" se administraba frecuentemente sin saber siquiera que se la estaba administrando ya que, aunque cada profesional piense que en su tarea produce solamente acciones técnicas, en realidad en cada acto o decisión médica hay necesariamente una interrelación entre acciones técnicas, imperativos ideológicos y condicionantes emocionales.

El renovado interés por lo psicosomático corresponde a un genuino afán científico por superar el dualismo cartesiano que separa la "psiquis" de la "materia" y también, al mecanicismo subyacente en ciertas explicaciones de la medicina tradicional que, más allá del progreso que acarreó en muchas áreas de la investigación, redujo la visión y la interpretación de los fenómenos humanos de su riqueza y complejidad a una peligrosa explicación causalista.

La mayoría de las concepciones causalistas diferencian a los trastornos en:

Trastornos psicogénéticos: aquellos provocados por fantasías que se expresan simbólicamente a través de una alteración orgánica.

Trastornos organoneuróticos: las funciones orgánicas pueden ser influidas fisiológicamente por actitudes instintivas inconscientes, sin que por ello los cambios que se produzcan tengan siempre un significado psíquico definido.

Trastornos somatogénéticos: son las llamadas patoneurosis y comprenden los trastornos psíquicos provocados por una enfermedad orgánica o investidos de significación psicológica "a posteriori".¹¹

Desde nuestro enfoque de la medicina psicosomática, compartimos la definición de **Lain Entralgo**³⁵ⁱ como *"la orientación de la medicina que se caracteriza por incluir en cada acto médico y en cada juicio clínico, la consideración de las emociones inconscientes que contribuyen a que cada paciente, configure una persona enferma en una situación particular siempre diferente"*, que comprende, además, las vicisitudes de sus relaciones con el médico, la familia y la sociedad.

ESCUELAS Y ENFOQUES DE LA MEDICINA PSICOSOMATICA

¹⁰ El órgano de difusión pionero en los Estados Unidos *Psychosomatic Medicine* fundado en 1939, anunciaba que sus páginas estarían destinadas a "publicaciones que trataran primordialmente de fenómenos observados concomitantemente desde ángulos psíquicos y somáticos en lugar de uno de ellos por separado" y señalaba como áreas de énfasis los "cambios fisiológicos que acompañan a la emoción... y los aspectos psiquiátricos de problemas médicos generales y específicos". (Nemiah, J.C. Denial revisited: reflections on psychosomatic theory. *Psychother. Psychosom.* 26:140-147, 1975). Cabe recordar también como hecho histórico significativo que en el año 1946 surge la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en su carta fundacional define a la salud "como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección".

¹¹ Lo opuesto, según Otto Fenichel, sería la pato-curación, en donde una neurosis desaparece con la irrupción de una enfermedad orgánica.

Hemos elegido para este capítulo, presentar algunas de las líneas de pensamiento que denominamos, dado sus lugares de nacimiento, norteamericana, francesa, alemana y argentina, presentando a modo de ejemplo, algunas interpretaciones de patologías orgánicas estudiadas por los investigadores de las mismas, a fin de poder comparar los distintos enfoques teóricos. Asimismo incluimos, dada la importancia de sus aportes, la escuela cognitiva, sistémica, los desarrollos de la psiconeuroinmunoendocrinología y el estudio del estrés

Escuela Norteamericana (Dunbar, Alexander, Deutsch, French, Weiss y English)

Se caracteriza por la búsqueda de los "perfiles psicológicos" correspondientes a las enfermedades que su grupo de investigadores considera típicamente psicosomáticas¹²: asma bronquial, úlcera péptica, rectocolitis ulcerohemorrágica, neurodermatosis, hipertensión arterial, artritis reumatoidea, tirotoxicosis. Los investigadores de esta línea, intentan establecer para cada caso una reconstitución muy completa de "patterns of behavior" y de "reactions of stress" que se han sucedido o combinado su acción a lo largo de toda la existencia del enfermo. Alexander enumera los puntos de la historia individual que deben ser explorados con vistas a obtener una "patobiografía" correcta: constitución hereditaria, traumatismos obstétricos, enfermedades de la infancia, accidentes físicos y afectivos traumáticos de la infancia, clima afectivo familiar, rasgos específicos de los padres y del ambiente, traumatismos físicos y experiencias afectivas ulteriores (relaciones interpersonales y profesionales). Tales observaciones permiten establecer correlaciones entre ciertas enfermedades y determinados *perfiles psicológicos*. (EY¹⁶).

Félix Deutsch¹² escribía en 1933 que "toda enfermedad orgánica está acompañada por una pequeña neurosis (donde) las energías instintivas derivadas del inconsciente forman la base para el curso de una enfermedad orgánica". Según Deutsch, en una época anterior a la evolución completa de la vida instintiva, un trastorno orgánico se unió a un determinado conflicto psíquico, creándose así una *unidad psicosomática*. Luego cuando el antiguo conflicto psíquico se torna activo, el órgano asociado originariamente con el conflicto es el que produce los síntomas. Esta fusión tiene una energía potencial, de modo que reaccionará como una unidad siempre que se estimule un elemento de tal unidad.

Franz Alexander³ fue el primer teórico de orientación psicoanalítica que trató los procesos fisiológicos en forma algo más diferenciada que las usuales metáforas o analogías. "Consideramos la aproximación psicosomática –escribía en 1948– como el comienzo de una nueva era en la medicina. Se trata de una orientación que intenta comprender las enfermedades no como procesos locales aislados sino como perturbación de la coordinación total de los procesos orgánicos. Debido a que las funciones de la personalidad constituyen precisamente las más elevadas actividades de coordinación del organismo, esta nueva orientación incluye el estudio de la participación de la personalidad total en los procesos patológicos". En su artículo de 1943, Alexander⁴ definió tres conceptos fundamentales para la investigación psicosomática: *psicogénesis*, *conversión* y *especificidad*: "Cuando hablamos de *psicogénesis* nos referimos a procesos fisiológicos consistentes en excitaciones en el sistema nervioso que pueden ser estudiadas mediante métodos psicológicos debido a que ellas son percibidas subjetivamente bajo la forma de

¹² Comúnmente denominadas las "Siete de Chicago"

emociones, ideas o deseos. La investigación psicosomática trata de tales procesos, en los cuales ciertos eslabones de la cadena causal se prestan, en el estado actual de nuestro conocimiento, más fácilmente a su estudio mediante métodos psicológicos en lugar de fisiológicos, ya que la investigación detallada de las emociones como procesos cerebrales no está lo suficientemente avanzada". Vemos como para Alexander la característica distintiva de los factores psicogénicos –emociones, ideas, fantasías- consistía en la posibilidad de estudiarlos mediante la introspección y la comunicación verbal.

Este autor menciona tres categorías de procesos somáticos influenciados por factores psicológicos: a) la conducta voluntaria, que se supone motivada por fines y cuya característica es ser adaptativa; b) las inervaciones expresivas, "fenómenos de descarga que alivian (expresan) tensiones emocionales específicas" y c) las respuestas vegetativas a estados emocionales, que contribuyen a superar condiciones a las cuales está expuesto el organismo. Aquí cabe distinguir entre dos tendencias generales: la preparación a la *lucha* o la *huida* en situaciones de peligro y el retraimiento de todo contacto con el mundo exterior, orientando la energía hacia el propio organismo. Alexander identificará estas tendencias con la función de las dos divisiones del sistema nervioso autónomo.¹³

Alexander ha separado completamente, dentro de su concepción, las afecciones psicosomáticas de la neurosis: la *histeria* pertenece a la patología de la expresión voluntaria, de la que los músculos estriados, que permiten la "vida de relación", son los órganos, mientras que los hechos psicosomáticos pertenecen a la patología de las reacciones vegetativas, expresadas por los músculos lisos que aseguran la armonía interna de las funciones vitales. El síntoma de *conversión* histérica es el equivalente de una tensión emocional con una expresión simbólica; en la cronología del desarrollo corresponde a una organización ya evolucionada, que incluye el lenguaje y el gesto; mientras que la enfermedad psicosomática representa una "conversión" mucho más profunda y mucho más radical del conflicto en el plano de las funciones y de las alteraciones tisulares¹⁴.

La tercera idea central en el edificio teórico de Alexander, la *especificidad*, asume en su obra caracteres distintivos. En primer término, se trata de la observación de que diferentes estados emocionales poseen un síndrome vegetativo específico. Esto es, la ira y la alegría difieren en cuanto a sus concomitantes fisiológicos. Los síntomas neuróticos gástricos tienen una diferente "psicología" que los de la constipación o la diarrea emocional, las enfermedades cardíacas difieren en su trasfondo emocional de los casos de asma. "Esta especificidad emocional puede precisarse sólo mediante detallada y cuidadosa observación, para la cual el mejor

¹³ Con respecto a los mecanismos de producción de síntomas vegetativos, la teoría de Alexander descansa sobre la complementariedad y el antagonismo de los sistemas nerviosos simpático y parasimpático. Apoyándose en los trabajos de Cannon, sostiene que la principal función del sistema nervioso simpático consiste en la preparación de los procesos internos para afrontar demandas del exterior. A través de una exacerbada actividad simpática se prepara el organismo para la lucha o para la huida (tradicional patrón de respuesta "**fight or flight**"). En cambio, cuando predomina el sistema parasimpático, el individuo, por así decir, se "retira" de las demandas externas y se recoge a su pura existencia vegetativa, anula o inhibe la orientación hacia el ambiente y dedica sus energías al control de su ambiente interno. De estas dos tendencias deriva Alexander una nosología, que se basa en el predominio relativo de una u otra de ellas en situaciones de conflicto. Así, por ej., los deseos de dependencia y protección se identifican con el deseo de ser alimentado y se expresan en una hiperfunción del sistema parasimpático.

¹⁴ Al respecto nos dice: "Mantengo mi sugerencia original de restringir los fenómenos de conversión histérica a los síntomas de los sistemas neuromuscular voluntario y perceptivo-sensorial y diferenciarlos de los síntomas psicogénicos que ocurren en los sistemas viscerales, que están bajo el control del sistema nervioso autónomo". Se trataría, en el segundo caso, no de expresiones sustitutivas de emociones reprimidas sino de acompañantes fisiológicos normales de la emoción. Así, los procesos fisiológicos que acompañan la ira y el miedo no alivian ni una ni otra sino son corolarios normales de tales estados emocionales. De esta forma, en base al eje simbólico-no simbólico, podría distinguirse entre un síntoma de conversión y una neurosis vegetativa. (Alexander,⁴¹)

método disponible es la prolongada técnica de entrevista del psicoanálisis”. En distintas oportunidades se le ha objetado a Alexander, que los procesos psicológicos enumerados, tales como ira, culpa, dependencia y otros, aparecen prácticamente en todas las personas, objeción a la que Alexander responde: “no se trata de la presencia de uno o varios de estos factores psicológicos... la especificidad debe ser buscada en la situación de conflicto en que estos diferentes factores aparecen”¹⁵.

El programa de investigación de Alexander y colaboradores se orientó a intentar el diagnóstico de dolencias somáticas sólo en base a la constelación psicodinámica. Estos estudios, continuados a su muerte por Pollock y otros, demostrarían que en ciertas dolencias –sobre todo en las famosas siete de Chicago- existe una configuración conflictiva característica, si bien no única.

Alexander con suma cautela indicó además, que era necesario profundizar los estudios para determinar el rol de otros factores en la patogénesis de los trastornos somáticos. Concretamente, ellos fueron enumerados en una famosa fórmula, según la cual la enfermedad es función de numerosos factores: predisposición hereditaria; traumas del nacimiento; enfermedades de la temprana niñez que incrementan la susceptibilidad de ciertos órganos; características del cuidado del niño y su educación; vivencias traumáticas accidentales de la niñez; clima psicológico familiar y rasgos específicos de personalidad de padres y hermanos; lesiones físicas posteriores; vivencias emocionales tardías en relación a personas cercanas y relaciones laborales.

El clásico trabajo sobre las relaciones entre el “*perfil de personalidad*” –en un sentido dinámico- y determinadas afecciones somáticas lo constituye la investigación de **Flanders Dunbar**, en la que principalmente sobre la base de instrumentos psicométricos fue posible describir distintos “tipos” de reacción. Estas tendencias a reaccionar de una u otra manera podían estudiarse en la historia vital de los sujetos. Después de su formación analítica en Viena y Berlín, Dunbar desarrolló la tesis de que los sucesos vitales, sobre todo en la temprana infancia, son decisivos para el desarrollo del carácter y por lo tanto para la forma de enfrentar el ambiente. De manera que la hipótesis fue suponer que junto con ello se modificaría también la sensibilidad corporal, por así decir, y surgiría una predisposición a enfermar.

En la búsqueda de un grupo control, Dunbar llegó a estudiar pacientes que habían sufrido accidentes, es decir, eventos puramente físicos impredecibles pero no inevitables. Curiosamente, también en este grupo pudo Dunbar comprobar la existencia de un perfil de personalidad por lo menos en un 80% de los sujetos. Se trataba de individuos impulsivos, desordenados y vitales, ansiosos de aventura. Les habían ocurrido accidentes más a menudo que a otras personas. Tenían una tendencia al autocastigo. Este “accident prone patient”, se podía comparar con el perfil de personalidad de los sujetos afectados de angina pectoris e infarto del miocardio. (Lolas Stepke, 1995).¹⁶

¹⁵ El compara esta forma de especificidad con la que se describe en la estereoquímica. Los elementos constituyentes de los distintos cuerpos químicos son siempre los mismos, pero sus fórmulas estructurales difieren y son en buena medida responsables de sus propiedades específicas. Se trataría de una “isomería psíquica”: los mismos elementos ordenados de formas diferentes, llevarían a formas diferentes de trastorno.

¹⁶ En nuestro país, el Dr. Granel ¹⁸ aborda los accidentes desde una perspectiva donde una realidad latente subyace a la aparente. En esta “otra realidad” ocurren fenómenos no visibles ni directamente tangibles y mensurables donde se gesta el accidentarse. Ocurren en el sujeto una serie de situaciones internas, desconocidas para él, que se ordenan y encadenan en una secuencia convergente, no lineal, desembocando en un accidente que aparece como si éste se hubiera producido súbitamente, y fuera del contexto manifiesto de la persona que lo padece. Es un proceso con un origen, un desarrollo, una finalidad y un sentido. En él participan *Sistemas Coordinados de Causas en Interacción Recíproca y Circular*

La personalidad de estos enfermos es extrovertida, con esfuerzos para resolver sus conflictos con las personas de autoridad mediante una identificación con ellas, pero con el propósito de sobrepasarlas. Esto se refleja en el curso de toda su vida, obligándoles a adoptar una conducta de trabajo constante y extenuadora, que los lleva a conseguir posiciones elevadas con buenos ingresos, siempre con vista al futuro. Suelen contraer matrimonio a menudo y tienen más hijos que cualquier otro grupo de enfermos. Dominantes, aparentemente buenos maridos, pero con poca satisfacción genital en el matrimonio, buscan a menudo relaciones extraconyugales. En su infancia sienten hostilidad hacia un padre severo y tienen una actitud más afable hacia su madre, también severa. Los sujetos con oclusión coronaria suelen tener una historia personal con enfermedades frecuentes y operaciones. Sufren a menudo de trastornos vegetativos. El café y el tabaco son usados como estimulantes del trabajo. Muestran interés por la filosofía y escaso por la religión. Socialmente parecen distinguidos, poco emotivos, sin la tensión aparente de los hipertensos, satisfechos de sí mismos y con tendencia a dominar, empleando argumentos. Es importante en ellos la existencia de vivencias, de haber sido testigos de algún accidente cardiovascular o de muerte de personas relacionadas con ellos, sucesos que necesariamente dejaron huellas en su psiquismo. Además del trabajo extenuante, sin vacaciones, la causa desencadenante de la enfermedad coronaria puede ser un fracaso profesional o la ruina súbita. Una vez enfermos procuran disminuir la importancia de los síntomas y no hacen caso a los consejos médicos, relativos al reposo y a evitar preocupaciones. A pesar de tales inconvenientes, al revés de los predispuestos a accidentes, estos enfermos coronarios son a veces personas propicias a la psicoterapia, consiguiendo buenos resultados. Pero hay que evitar su tendencia a tomar a broma lo ocurrido; tampoco hay que limitar demasiado sus actividades habituales, al revés de lo que generalmente se hace. Estas consideraciones no deben servir para generalizar la tesis de que la asociación 'perfil de personalidad / determinada dolencia', signifique una relación causal. Los rasgos en cuestión pueden haber aparecido a posteriori. Por ejemplo, rasgos de personalidad y enfermedad coronaria pueden ser sólo manifestaciones de un tercer factor no dilucidado. La relación con la patogénesis queda en todo caso por aclarar.¹⁷

donde lo azaroso no funciona como causal único sino que se incluye como un elemento más, dentro del conjunto en el que se produce el accidentarse. El accidente externo es la realización dramática y escenificada en el mundo exterior de un accidente interno. Si en el conflicto ante el cambio, el sujeto se ha disociado entre dos sistemas enfrentados entre sí en forma violenta, no representables y sin atenuantes; se producirá el accidente. Este choque interno, previo y subyacente, es el encuentro entre las *configuraciones nuevas*, que pugnan por imponer el cambio y la *resistencia*, de las *configuraciones antiguas*, que tienden a conservar la situación preexistente. El accidente, en la medida en que implica una nueva movilización de contenidos y de fuerzas internas, si bien tiene todas las características del caos, es un *caos determinado*, del cual emergerán las líneas de un nuevo ordenamiento.

¹⁷ A tal fin, puede ser útil recordar las preguntas que formulara Halliday ²⁰ ¿Por qué enfermó este paciente en la forma en que lo hizo?, ¿qué clase de persona es, para comportarse en esta forma?, ¿por qué enfermó cuando lo hizo?. También Halliday presentó la noción de qué tipos específicos de personalidad pueden asociarse a un cierto grupo de enfermedades a las que llamó psicósomáticas. En la úlcera duodenal se encontraría frecuentemente un tipo de individuo con actividad superficialmente exagerada y deseo de independencia. En los pacientes con artritis reumatoidea describe la reserva emocional y la tendencia al sacrificio. Enfoques posteriores como el de Rosenman y colaboradores han dado nueva vigencia a la noción de un factor de personalidad, sugiriendo que el riesgo de infarto crece en una forma proporcional al número de factores involucrados. La personalidad llamada tipo A (individuos que trabajan bajo un intenso y constante deseo de éxito con la mira puesta en elevadas metas, con profundos deseos de reconocimiento de los

Escuela Psicosomática de París (Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Christian David, Michel Fain, Joyce McDougall)¹⁸

Encabezada fundamentalmente por Pierre Marty, es una escuela que surge ante la dificultad diagnóstica y terapéutica que les presentaban cierto grupo de pacientes que no encuadraban en el marco de la conversión histérica ni de las neurosis actuales y que presentaban alteraciones como cefaleas, raquialgias, alergias y asma. Así dibujaron el perfil de un tipo particular de enfermos, "el *psicosomático*", caracterizado por una "insuficiencia en la mentalización" que le impide la expresión psíquica de sus conflictos. Al hallarse privados de esta posibilidad, drenan en el cuerpo sus excedentes excitatorios, no ya como modo de expresión, sino como producto del déficit mismo. Esta insuficiencia en la mentalización de los conflictos, equivale a decir que éstos dejan de ser psíquicos y poseer un sentido, transformándose en algo somático, material, asimbólico, proceso denominado por los integrantes de esta línea, *somatización*. Para que se produzca una somatización se postula un esquema evolutivo en el cual se habrían producido determinadas fijaciones somáticas que precedieron a las fijaciones mentales. En el extremo opuesto y antagónico se halla el grado de mentalización del cual un sujeto es capaz, dado que este proceso, ligado a lo representacional y significativo, supone un nivel evolucionado que, como producto del desarrollo alcanzado, determinará la expresión de los conflictos de un sujeto en el plano mental. La somatización, en cambio, será una "vía residual" que testimonia un déficit evolutivo. Un conflicto que no pueda expresarse a nivel mental, iniciará un camino de retorno, regresión somática, hacia esta vía arcaica en la cual ya no interesarán los significados, sino que, sencillamente se evidenciará la compulsión del primitivo terreno corporal. Se establece de este modo una proporcionalidad directa entre el nivel de la mentalización y la salud y una proporcionalidad inversa entre el nivel de mentalización y la somatización.

La insuficiencia psíquica de estos enfermos se manifestaría en un síntoma básico y característico denominado "*depresión esencial*" que consiste en una depresión sin objeto, ni autoacusación, ni siquiera culpabilidad conciente, donde el sentimiento de desvalorización personal y la herida narcisista se orienta electivamente hacia la esfera somática. Tampoco se observa pesadumbre mental previa a la manifestación corporal. La falta de desarrollo psíquico se manifestará, también de una manera particular, en otros dos terrenos: en los afectos y en los pensamientos. En el terreno del pensamiento, la supuesta incapacidad evolutiva presupone la ausencia de la dimensión simbólica, en la medida en que ésta representa el coronamiento de la secuencia evolutiva.

Los psicoanalistas franceses, al acuñar la expresión "*pensamiento operatorio*", querían dar a entender una estructura psíquica peculiar caracterizada por su ligazón a lo técnico-concreto, a la cotidianidad de lo pragmático desprovisto de fantasía, sin "dimensión histórica". Por fijación a ciertas etapas del desarrollo, existiría una incapacidad para relaciones transferenciales reales (las relaciones "objetales", en general, son descritas como "relation blanche"). Otras características, como la llamada "reduplicación proyectiva" -el sujeto ve a los otros como una imagen de sí mismo-, explicarían los riesgos que para tales personas involucra la separación. (MARTY, ³¹)

que los rodean) es menos importante que el nivel de colesterol, pero algo más importante que la presión arterial diastólica. (ROSENMAN,⁴²)

¹⁸ Esta síntesis refleja el pensamiento sostenido por el Dr. Luis Barbero y el Lic. Horacio Corniglio en sus conferencias (7)

En cuando a los afectos, estos pacientes presentarían una imposibilidad en la expresión de los mismos ya que carecerían de los correspondientes engramas verbales para dar cuenta de ellos. Los discípulos de esta escuela llaman a esta dificultad "*alexitimia*"¹⁹ caracterizada por un conjunto de rasgos de comportamiento muy semejante al *pensamiento operatorio*. Esta dificultad se hace extensiva a la discriminación entre las distintas cualidades afectivas. **Kristal** describe esta realidad como un fenómeno de "anhedonia", que consiste en una incapacidad para experimentar bienestar y placer. La incapacidad para verbalizar adecuadamente emociones, la deficiente fantasía y otra serie de particularidades observadas frecuentemente en personas con sintomatología somática, han llevado a proponer que la verbalización de los afectos podría ser un medio importante para contrarrestar la tensión. Tales sujetos, por un déficit hereditario o adquirido, tendrían sus posibilidades de relación interpersonal señaladas por un persistente vacío y una constante superficialidad, además de ser incapaces de controlar (a través de identificar y nominar) los estados somáticos de tensión²⁰.

Según los autores de la escuela francesa el déficit patognomónico que caracterizaría a los enfermos psicósomáticos sería la construcción incompleta del aparato psíquico, surgida de un desamparo inicial producto del vínculo con una madre narcisista que promueve un vacío psicológico, en el cual se impide el despliegue del espacio simbólico de la fantasía y abre el camino a la acción directa corporal. Al no ser atendidas las señales indicadoras de sus deseos, el bebé las paraliza y produce respuestas corporales patológicas que equivalen a los primeros síntomas psicósomáticos²¹.

Sintetizando, la enfermedad actual se vincula con una situación conflictiva, traumática, asociada a las vicisitudes de la situación edípica. Lo que debió haber sido "mental" y tramitado simbólicamente deja de serlo, pierde dicha cualidad y se transforma en somático. La cualidad simbólica, que sólo puede ser "mental" se ha perdido y en su lugar aparece el cuadro orgánico, exento en sí mismo de significado²².

Los conceptos de la escuela francesa y la noción de alexitimia no proponen conflictos específicos ni estructuras de personalidad típicas para determinados cuadros clínicos. El énfasis no se coloca en la presencia de excesivos "conflictos intrapsíquicos" sino justamente en su ausencia, en la incapacidad para elaborar adecuadamente -y "defenderse"- de la activación somática. La mayoría de los autores de esta línea de pensamiento, concuerdan en que los enfermos psicósomáticos desarrollan una especie de coraza contra el dolor psíquico al precio de una profunda ruptura consigo mismos.

¹⁹ término que toman de los psicoanalistas bostonianos Sifneos y Nemiah. Dicha palabra deriva del griego, y significa *falta de capacidad para verbalizar afectos y sentimientos*.

²⁰ Entre las etiologías posibles de tal déficit se han señalado alteraciones bioquímicas en los haces dopaminérgicos, desconexión entre los hemisferios cerebrales (que poseen especialización funcional en relación a la experiencia y la expresión emocional) o bien perturbaciones en la dinámica temprana de las relaciones madre-hijo.

²¹ Continuando con la línea teórica de Donald Winnicott, Pelorosso⁴¹, afirma que la enfermedad crónica psicósomática, representa y encubre conductas regresivas, que le permiten a la persona mantener una imagen unida y entera, no emocional frente al mundo externo. La regresión es a etapas de dependencia con los vínculos primarios. El desarrollo emocional es normalmente penoso y está signado por el conflicto, por lo que el cuerpo debe padecer aunque no sean enfermedades físicas. El desarrollo somático es un logro que tiene su propio ritmo y que se alcanza a través de lo que llama la función del "maternaje", una serie de procesos ineludibles, por su necesidad, y que debe cumplir la madre para que el bebe obtenga una unidad, una integración psicósomática.

²² El psicósomático es, entonces, un enfermo con una adaptación social correcta, y aún excelente, que no presenta organización neurótica o psicótica propiamente dicha y en el cual la desviación respecto a la norma parece exclusivamente ligada a las anomalías somáticas.

Interpretación de la cefalea.

Seleccionamos el caso de la cefalea, de los estudiados dentro de esta escuela, y vemos como sus investigadores hallaron un sistema de defensa parecido a las defensas neuróticas clásicas, que sin embargo hace intervenir mecanismos de orden somático (cerebro-vasculares). El síntoma no aparece como una pantalla neurótica, sino como la traducción de una "dificultad de pensar", como un miedo a la realización verbal del pensamiento, como un bloqueo de la conciencia en el sentido amplio de la palabra, promovido por la irrupción de un conflicto edípico. Esto diferenciaría a esta patología de la conversión histérica, alteración que se centra en la simbolización de un conflicto a través del cuerpo que, para ese fin, es utilizado como una "pantalla proyectiva", donde el cuerpo no sufre una alteración orgánica "real", sino que, sencillamente, es el psiquismo quien se aprovecha de él para expresarse. Dentro de esta concepción, el abordaje terapéutico se centraría en darle el marco al sujeto para restituir sus capacidades faltantes o dañadas en lo referente al campo fantasmático. **Marty**³² dice: "La psicoterapia de los enfermos somáticos se realiza casi siempre al ritmo de una sesión por semana, dos sesiones por semana son excesivas en la mayoría de los casos por la dificultad que supone para muchos pacientes tolerar la intrusión del psicoterapeuta y asimilar el efecto terapéutico, y respecto del terapeuta, la capacidad que tenga de tolerar a los múltiples pacientes desprovistos básicamente de facultades relacionales atractivas". Marty prefiere realizar la psicoterapia cara a cara, para ofrecer al paciente, a través de la experiencia gestual del analista, las connotaciones afectivas de las que el paciente carece y como medio evitativo de las situaciones regresivas que facilita el diván. Una primera etapa en la terapia analítica consistiría en construir una red o andamiaje básico que le permita al paciente descubrir la ventaja vital de verbalizar sus emociones²³.

Escuela Alemana de Heidelberg o de Medicina Antropológica (Viktor von Weizsäcker; Paul Christian; von Bergman; E. Marx; Bilz; Hollmann; Hantel)

Esta escuela que comienza su actividad científica alrededor de 1925, desarrolla la denominada "*patología biográfica*" donde la génesis y la configuración del proceso morboso son comprendidos desde el punto de vista de su "sentido" en la biografía del enfermo: el patólogo se propone según el método de la "comprensión" aprehender el "sentido" de la enfermedad –así en cuanto a su génesis como en cuanto a su configuración psicósomática y biográfica-, dentro de la existencia humana que la padece²⁴.

²³ A propósito de esto, Winnicott sostenía que el terapeuta necesitará ser un "paciente artesano" para reconstruir el tejido conectivo entre cuerpo, emoción y pensamiento, suturando la herida de una desilusión precoz que el paciente ignora.

²⁴ En la escuela preponderante en Estados Unidos, conductista, el patólogo aspira a determinar la relación entre la conducta biográfica del enfermo y la índole de su enfermedad. La existencia humana es contemplada y descrita "desde fuera", a diferencia de lo que sucede en la patología psicósomática comprensiva, cuya meta es contemplar y describir la enfermedad "desde dentro" del paciente, estudiándose de este modo la enfermedad de un hombre y en el conductista, un modo típico de enfermar. O sea, que la forma comprensiva de la patología psicósomática propende al estudio individualizador, y la conductista, al sociológico. Ambas formas pueden ser armónicamente complementarias. (LAIN ENTRALGO,³⁵)

Viktor von Weizsäcker (1881-1957) es la máxima figura en la historia de la Medicina Antropológica. Su pensamiento de inspiración biológica y filosófica, es el paso a la medicina de ciertas doctrinas neokantianas. Como kantiano, en el enfermo distingue un aspecto cognoscitivo o fenoménico y otro misterioso o nouménico. Para Weizsäcker, la salud y la enfermedad humanas no deben ser entendidas en términos de normalidad - anormalidad, sino en términos *de verdad - no verdad* (salud: realización de la verdad de cada hombre); de ahí que la enfermedad tenga sentido vital, y que éste, puesto que es un hombre el sujeto afectado por ella, haya de expresarse biográficamente.

La Medicina Antropológica “*introduce al sujeto* en la ciencia médica comprendiendo las relaciones de causa - efecto entre lo que constituye el sujeto humano, a saber, sus pasiones, su vida emocional e instintiva, sus conflictos escondidos, sus tensiones insatisfechas, en una palabra, la vicisitudes de su existencia, las periferias de su destino y la forma de su enfermedad. El enfermar humano está preparado, desde la infancia, por el caudal hereditario y además, por *su biografía personal*” (ROF CARBALLO, 43ⁱⁱ). Este enfoque de la Medicina clínica supone una escucha del enfermo minuciosa y prolongada, penetrando en su intimidad por medio de una anamnesis profunda. Ante un enfermo el médico debe de tratar de resolver estas tres cuestiones: “*¿por qué aquí?*” (localización orgánica); “*¿por qué ahora?*” (puntualización biográfica); “*¿qué verdad del paciente tiende a evidenciar la no verdad de su proceso morboso?*” (esclarecimiento existencial). El adecuado conocimiento del cuadro de la enfermedad exige así que la relación médico-enfermo no sea mera relación sujeto-objeto sino un “*compañerismo itinerante*” entre personas y ante el mismo objetivo a la vez somático y psíquico²⁵. Weizsäcker piensa además, que toda persona enferma se encuentra en una situación particular siempre diferente, que comprende e integra las vicisitudes familiares y sociales, lo cual varía el abordaje terapéutico²⁶.

Escuelas Argentinas

El grupo psicoanalítico argentino inicial, contó con eminentes representantes como Angel Garma, Arnaldo Rascovsky, Arminda Aberastury, Enrique Pichón Riviere, Marie Langer, David Liberman, quienes manifestaron ya desde la década del 50, un profundo interés y dedicación por la investigación psicosomática. A partir de la fructífera obra de estos maestros, numerosos investigadores psicoanalíticos se dedicaron a la profundización del significado del enfermar orgánico.

David Liberman ³⁶ en su libro “La comunicación en terapéutica psicoanalítica” habla de cierto tipo de pacientes con características semejantes a la persona

²⁵ Para Laín Entralgo la relación transferencial y la relación amistosa con el médico son dos tipos de vinculación distinta. La transferencia es un fenómeno instintivo y la amistad es un fenómeno personal. El modo específico de la amistad del enfermo con el médico es la *confianza*.

²⁶ Según Weizsäcker la meta de la medicina antropológica comprende una triple tarea, la política, la humana y la científica. El elemento político será alcanzado cuando impere el principio de la solidaridad y la mutualidad; el humano, con la transferencia y la relación psicoanalíticas; el científico, con la modificación de los conceptos fundamentales acerca del hombre y de la naturaleza. De ahí que el esfuerzo deba ser proseguido a lo largo de sendas de muy diversa apariencia. (Weizsäcker, citado por LAIN ENTRALGO³⁵). Para Gustav von Bergmann, la enfermedad es un documento histórico de un proceso ya pasado. La patología funcional intenta comprender no las enfermedades, sino las manifestaciones morbosas del hombre. En la enfermedad se entrelazan lo anímico y lo corporal. Para lo anímico se dispone de la experiencia introspectiva y la empatía; para lo somático, el método científico-natural o positivo. Lo que muchas veces llamamos enfermedades son “manifestaciones parciales de estar enfermo”.

depresiva, que localizan sus conflictos a nivel del sistema nervioso autónomo, medio por el cual los expresan. Los denomina “*persona infantil*”²⁷ por sus características de comunicación verbal, dado que no han logrado en el curso de la infancia un buen desarrollo en la capacidad de simbolizar, donde ciertos acontecimientos se convierten en estímulos fisiológicos que configuran una respuesta somática sintomática. Suelen ser muy sensibles, pero piensan poco o nada acerca de lo que sienten. En el material verbal pueden llegar a expresarse con cierta objetividad pero esto ocurre siempre y cuando se refieran a situaciones concretas y objetivas. Son personas que han establecido una fisura entre pensamiento autónomo y realista, entre el principio del placer y el de realidad, entre proceso primario y secundario, entre consciente e inconsciente. Mientras la persona esquizoide fue en su infancia un niño silencioso y observador que contemplaba el grupo familiar desde la periferia, y sin poder participar, la persona infantil en su niñez se caracterizó por un comportamiento opuesto, con mucha cercanía y apego a su grupo familiar y con una fuerte participación emocional en el mismo. La persona infantil se halla en el polo opuesto al esquizoide; éste se interesa por sí mismo en cosas simbólicas, moviéndose en un mundo de abstracciones; en cambio la persona infantil utiliza el pensamiento y la acción como medio significativo. El síntoma somático constituye a la vez pensamiento, sentimiento y acción.

En el trabajo realizado por Liberman²⁸ y colaboradores, los describen como personas que, por lo general, llegan a la consulta psicoterapéutica enviados por un médico clínico y no por propia iniciativa (“mi médico me dijo que viniera porque esto me va a hacer bien”), profesional que ha registrado lo que el sujeto no puede expresar con palabras, sino con signos corporales, por lo tanto son pacientes que requieren del terapeuta la suficiente flexibilidad para contenerlos hasta la toma de conciencia del mensaje expresado en su síntoma. Tienen la prodigalidad del melancólico, presentando una generosidad patológica, si bien lo que brindan al objeto en parte redundante en su propio beneficio, puesto que necesitan obrar así para realimentar su autoestima y sienten que no se los quiere por ellos mismos sino por los servicios que prestan. Se presentan como personas exitosas, que pueden adscribirse al grupo descrito por Fenichel como “adictos al trabajo”. Desde el punto de vista del observador desprevenido, estas personas parecen tener una gran capacidad de sublimación pero en realidad hacen formaciones reactivas respecto de la pasividad. Llevan a cabo una conjunción particular entre autoplastia y aloplastia. La autoplastia deviene en aloplastia cuando consiguen una actividad productiva real en la cual insertarse; en estos casos modifican las condiciones del medio siguiendo el modelo autoplástico, razón por la cual no pueden delegar y a todo le imprimen su sello personal. Al no disponer de un espacio psíquico interno, utilizan el espacio de la realidad externa como equivalente de aquél. Establecen una “adicción” a la realidad externa, consiguiendo modificaciones y efectos eficaces de esta realidad que son valorados socialmente, pero a expensas de un alto costo psíquico y corporal. Lo que impresiona como más “normal” en estas personas es lo que corresponde a la parte psicótica de su personalidad: la *sobreadaptación*²⁹ a la realidad externa, su

²⁷ Liberman ha sido influido por las ideas de Ruesch, las cuales desarrolla en ciertos aspectos e integra en su nosografía junto a otras, como las de Fenichel, al igual que los aportes de la teoría de la comunicación.

²⁸ “Sobreadaptación, trastornos psicósomáticos y estadios tempranos del desarrollo” Elsa Aisemberg, Rodolfo D’Alvia, Julia Dunayevich, Octavio Fernández Moujan, Vicente Galli, Alfredo Maladesky y Augusto Picollo, (APDEBA).
Intenet: <http://www.cuerpocanibal.com.ar/lecturas/sobreadaptacion.htm>

²⁹ En la sobreadaptación, la realidad es forzada hasta el límite de la mayor exigencia posible. Aparece una adecuación exagerada, en relación a la cual el paciente crea un uso abusivo de la realidad externa en detrimento de la realidad

trastorno del sentido de la realidad, en tanto que su somatización, tomada como señal de alarma, es la denuncia adecuada de sus necesidades renegadas. En estos casos, el cuerpo es "sabio" y da un aviso expresando emociones que aún no han encontrado su inscripción mental. En lugar de experimentar emociones, sufren modificaciones corporales. Por ejemplo, en lugar de encolerizarse, tienen solamente una fuerte descarga adrenalinica que provoca una crisis hipertensiva, sin que experimenten ningún malestar de otra índole.

La escuela de **Luis A. Chiozza** desde la década del 60 hasta la actualidad, se ha caracterizado por la investigación ininterrumpida, publicando los resultados de las investigaciones psicosomáticas de cuadros de trastornos respiratorios, óseos, cardiovasculares, renales, accidentes cerebrovasculares, leucemia linfoblástica aguda, psoriasis, herpes ocular, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad, cefaleas, cáncer, entre otros (CHIOZZA,⁹) y ha desarrollado un procedimiento clínico-psicoterapéutico para el tratamiento de los trastornos somáticos, denominado *Estudio Patobiográfico*. Las teorías desarrolladas por Chiozza se fundan en el pensamiento de Freud y en la obra de autores como Groddeck, Weizsäcker, Racker, Rascovsky y Cesio. Fundamentalmente su teoría comprende a la *enfermedad orgánica como una forma de lenguaje*, el cual, una vez aprendido a descifrar, ya no se presenta como un accidente indeseado sino como un capítulo de una biografía, o sea que el padecimiento orgánico ocultaría una historia cuyo significado le es insoportable al hombre, hallando en la enfermedad una "solución" para ese drama (CHIOZZA, ^{9iv}). Si se entiende esta "función" que cumple la enfermedad, se deduce que su simple desaparición, mediante el "combatirla" puede reestablecer el problema inicial o incluso agravarlo³⁰.

En la conceptualización de Chiozza la relación psicosomática no implica necesariamente una relación de causa-efecto, en la medida en que "psíquico" y "somático", ambas categorías que establece la conciencia, equivalen a dos caras de una misma moneda. Lo inconsciente no reprimido es incognoscible por definición, y por lo tanto no posee, o no se le puede atribuir, existencia o cualidades psíquicas o somáticas. Estas categorías derivan de que el conocimiento consciente se estructura alrededor de dos organizaciones conceptuales. Una "física", que da origen a las ciencias naturales, y la otra "histórica", que sustenta las ciencias que toman por objeto al espíritu o la cultura. Si se estudia a un enfermo desde su "cara física" mediante su historia clínica que consigna los síntomas, signos y la evolución de su enfermedad y desde su "cara biográfica" que atiende a los episodios y acontecimientos de su vida, se comprueba que la superposición de ambas historias revela que aquello que las personas callan con los labios, no sólo suelen expresarlo con gestos o actitudes, sino también con el mismo funcionamiento de sus órganos. Se deduce de este planteo que para Chiozza, lo somático no es una realidad primaria sobre lo que asienta todo lo demás, ni lo psíquico un emergente de la materia, sino que, siguiendo a Weizsäcker, *todo lo corporal posee un sentido psicológico y todo lo psíquico un correlato corporal*, lo cual no presupone que un fenómeno psíquico se *convierta* en corporal o viceversa, sino que la existencia misma del fenómeno somático está dotada de ese sentido y la existencia misma del fenómeno psíquico

psíquica, constantemente saboteada. Es de subrayar el uso del proceso del pensamiento, en general son ejecutivos, empresarios o profesionales de alto nivel, que permanentemente están tomando decisiones trascendentes.

³⁰ Weizsäcker lo señalaba diciendo que la actitud del médico frente a la enfermedad, que podría resumirse en la expresión "fuera con ella" debería ser reemplazada por otra acorde con el pensamiento "sí, pero no así, sino de esta otra manera".

posee un aspecto corporal. Este investigador denominó *fantasía específica* a la relación unívoca existente entre ambas realidades, somática y psíquica. La investigación de los significados inconcientes en las distintas enfermedades somáticas revela que cada una de ellas "oculta" una historia propia, específica, típica y universal que difiere de las otras, tanto como difieren entre sí los trastornos que la medicina ha logrado tipificar³¹.

En el modelo que Chiozza desarrolla, el modo somático del enfermar, deviene resultado de una particular tramitación del afecto comprometido en el conflicto. Plantea, siguiendo a Freud, que en el aparato psíquico "lo único que paga derecho de aduana" son los afectos, es decir, son aquello que importa y deben ser restringidos en su tránsito hacia la conciencia. Junto a las modalidades de "ocultarlos" neuróticas y psicóticas, Chiozza describe otra forma que denomina "*desestructuración patosomática del afecto*". Los afectos, dice Chiozza sustentándose en Freud, arraigan en lo inconciente en calidad de "estructuras disposicionales", "claves de inervación", que, al ser actualizadas devienen en la expresión "coherente" del afecto de que se trate. Puede suceder que para evitar su desarrollo y la consiguiente emergencia en la conciencia, la investidura completa recaiga en un aspecto parcial de la mencionada clave, descomponiendo consecuentemente dicha coherencia y, por lo tanto, "la figura" que el afecto, de no haber sido descompuesto, debía haber representado. Ese aspecto *sobreinvertido* aparecerá en la conciencia como una "alteración somática", una enfermedad orgánica, despojada del sentido originario³².

Interpretación del infarto de miocardio

³¹ Se podría sintetizar lo antedicho en los siguientes puntos:

1. Interpretar el significado de un síntoma no implica postular una causa.
2. La existencia psíquica, y con ella el terreno de los significados, constituye una realidad tan primaria como la realidad material que constituye el mundo en el cual rigen las leyes de la ciencia física. Se trata de una realidad "histórica", cuya organización conceptual, como la de la física, se rige por sus propias leyes y posee sus propios derechos.
3. Del mismo modo que la comprensión del significado inconciente inherente a un determinado trastorno corporal no excluye la posibilidad de explicarlo como el efecto de una determinada causa, la percepción de una causa eficiente no excluye la posibilidad de interpretar el significado inconciente específico de un determinado trastorno.
4. Del mismo modo que la imposibilidad de explicar una causa eficiente no implica haber demostrado su ausencia, la imposibilidad de comprender un significado inherente no implica haber demostrado su ausencia.
5. Cuando se admite que un determinado trastorno corporal es un signo que expresa o representa un particular significado inconciente, se admite también que toda transformación de ese significado llevará implícita una transformación del trastorno que constituía su signo.

³² Cabe agregar también que en la consideración de Freud que Chiozza retoma, los afectos son "ataques histéricos universales y congénitos", es decir, residuos de situaciones ancestrales vividas "realmente" por la humanidad primitiva y que, en su momento, se enlazaban a sucesos dramáticos, plenos de sentido; eran, en consecuencia, *acciones justificadas*. Cuando, entonces, en nuestras vidas, nos convoca una situación dramática, revivimos en ella una temática ancestral y la reactualizamos a través del afecto que otrora fue "un acto necesario y valedero". En la tarea de trazar un encuadre teórico para la psicósomática, Chiozza parte de la metapsicología de los afectos. Freud sostenía que el verdadero motivo de la represión era el de impedir el desarrollo de un afecto que generaría placer en un sistema y displacer en el otro. En el caso de las neurosis la transacción se logra desplazando al afecto de una a otra representación; en el caso de las psicosis se altera el juicio de realidad a los fines de sustituir un afecto por otro. Tanto en las neurosis como en las psicosis, los afectos que se descargan son siempre reconocidos, por la conciencia como tales, porque continúan manteniendo la coherencia de la clave de inervación. De modo que cuando un afecto conserva íntegra la coherencia de la clave es posible reconocerlo como una determinada emoción. La teoría que propone Chiozza surge, entonces, de considerar que el desplazamiento puede transcurrir "dentro" de la misma clave de inervación de los afectos, sobrecargando alguno de sus elementos en detrimento de otros. Cuando ocurre esta deformación "patosomática" de un afecto (por ej. el de tristeza-llanto), se pierde la conciencia de su significado afectivo, o sea, la conciencia ya no percibe una emoción y el afecto deformado pasa a ser categorizado como un síntoma somático - epífora en el ejemplo citado- precisamente porque la cualidad psíquica, el significado afectivo de ese fenómeno, permanece inconciente. La descomposición patosomática del afecto no nace de una discapacidad "a priori" del aparato anímico, sino que, así como se describe un "núcleo neurótico" y "psicótico" de la personalidad, Chiozza señala la existencia de un "*núcleo patosomático*" constituido por el conjunto de afectos "descompuestos".

Como resultado de la investigación psicoanalítica de las cardiopatías isquémicas, Chiozza ^{9iv,vii,viii} y colaboradores, establecen algunas conclusiones que podemos resumir así:

Cabe hacer una primera distinción entre aquellos afectos inefables que la conciencia no puede nominar y los sentimientos, hasta cierto punto tipificados, a los cuales se hace referencia mediante la palabra. Puede establecerse luego una segunda distinción, en los afectos inefables, entre aquellos que, aun sin poder ser nominados, poseen una clave típica y coherente y los que no cumplen con esa condición. Estos últimos constituyen un *estado afectivo* conflictivo en el cual diversas claves se disputan la descarga. O sea, conforman un *des-concierto* afectivo. Cuando este tipo de des-concierto se presenta en alguna persona, tiende a configurarse, en condiciones normales, adquiriendo la coherencia de un sentimiento *nuevo* para esa persona.

La emoción, como descarga motora vegetativa, es un proceso en el cual el elemento vasomotor tiene una participación tan preponderante que, de acuerdo con las leyes inconcientes que rigen a los procesos de representación, este elemento vasomotor puede, y suele, arrogarse la representación de la emoción completa.

El corazón, por su origen, es un vaso modificado hasta el punto de llegar a ser el que más complejamente se ha desarrollado. Por este motivo el corazón es el órgano más adecuado para arrogarse la representación de las emociones, cuya representación particular otros órganos se adjudican. Su ritmo se presta especialmente para otorgar un "tono" afectivo, o importancia, a cada instante que se vive. En otras palabras: el "tono" del afecto que se está viviendo, se asocia a la percepción inconciente de un particular ritmo o "marcapaso" cardíaco. El corazón, por lo tanto, se arroga la representación *general* de los afectos, pero, sobre todo, la representación del *tiempo primordial*, que es el tiempo del instante cualitativamente teñido por un tono afectivo que le otorga importancia. Los investigadores concluyen por lo tanto, que *el corazón es, respecto al tiempo, lo que el ojo respecto al espacio*.

Si el corazón -debido a su importante participación en la conmoción vegetativa que llamamos *emoción*- se arroga la representación general de los sentimientos, puede también, por la misma razón, representar, en general, los *proto-afectos*: aquellos estados afectivos inefables que denominamos des-concierto afectivo. *Cuando decimos que el corazón "recuerda" o pre-siente, es porque le adjudicamos la representación de un protoafecto*. Dado que los protoafectos, en condiciones normales, tienden a desarrollarse como sentimientos que son nuevos para la persona que experimenta ese proceso, podemos decir también que el corazón puede representar esa particular integración por la cual "nacen" los distintos afectos.

La coronariopatía representaría el proceso por el cual el corazón, simbólicamente, se "estrangula a sí mismo" en el intento de evitar el nacimiento de un afecto nuevo que, de llegar a configurarse, conformaría una *ignominia* (algo que "no tiene nombre"). Así como el rubor, en general, representa la emoción, la palidez (anemia o isquemia) representa su inhibición.

Los cinco parámetros necesarios para que se configure una "*ignominia*" son:

- 1) Es algo inefable en el sentido indignante e insoportable de algo que se halla más allá de cualquier nominación imaginable.
- 2) Exige perentoriamente una solución, no es posible soportar su permanencia y evitar "tomarlo a pecho".

- 3) No se le encuentra solución, se presenta como un dilema insoluble.
- 4) Existe el sentimiento de una culpa que no puede ser claramente atribuida a uno mismo ni tampoco adjudicada a algún otro.
- 5) Implica siempre una situación pública desmoralizante (en el sentido de desánimo e in-moralidad), degradante. Es lo contrario de la colación de grados, que también es una ceremonia pública, o de la condecoración (que se coloca sobre el pecho, en la región precordial).

De acuerdo con la teoría sabemos que el afecto se descarga siempre. Aquello que denominamos "afecto retenido", desde el punto de vista de la economía de la libido, es sólo una metáfora. Alude a que la descarga "pendiente" nunca se ha realizado bajo la forma de la configuración original reprimida y es derivada por otros caminos.

¿Cómo se descarga entonces la ignominia? Dado que esta ignominia no puede "ni debe" vivirse, "permanece" como un afecto "retenido" que se descarga derivado a través de la isquemia miocárdica. Se trata de un protoafecto que "no se configura" como ignominia, dado que se descarga a través de un derivado que tiene "la particular figura" patosomática de la cardiopatía isquémica.

Terapéutica de las enfermedades psicosomáticas^{9v}

Así como existe una cirugía menor que se puede realizar en el consultorio y una cirugía que requiere un quirófano y un cirujano avezado, existe una psicoterapia menor, que puede realizar todo médico y una psicoterapia mayor, que requiere la presencia del especialista. El psicoanálisis de los enfermos con trastornos somáticos, tal como ocurre en el caso del psicoanálisis de niños, o de enfermos psicóticos, requiere asimismo de un encuadre y un procedimiento llevados a cabo por un profesional con una adecuada comprensión del lenguaje de órganos implícito en la enfermedad somática. Pero a pesar de dicha formación puede, al hallarse frente a la emergencia de una enfermedad que exige una resolución inmediata, necesitar una intervención inmediata para la protección de su paciente. Chiozza y su equipo, diseñaron el *Estudio Patobiográfico* cuya finalidad específica es intervenir con prontitud y eficacia en la enfermedad somática. De este modo el psicoanálisis "longitudinal" puede mantenerse libre de la responsabilidad, y del deseo, de cuidar el destino de una complicación orgánica. Podemos decir que este Estudio es un procedimiento "transversal", no sólo porque se orienta hacia un fin premeditado e inmediato, sino porque lo hace mediante el esfuerzo conjunto de un equipo interdisciplinario, concentrado en contemplar ese particular momento de la vida de un paciente. Dicho Estudio Patobiográfico³³ tiene como meta obtener un cambio en la significación de una historia, lo cual equivale a una resignificación de los hechos, y está diseñado para lograr una experiencia emocional mutativa en el corto tiempo que la necesidad impone.⁹ⁱⁱⁱ

El "material" que durante la realización del Estudio Patobiográfico, será objeto de la interpretación psicoanalítica se constituye, fundamentalmente, a partir de 4 fuentes: 1) Un interrogatorio acerca de la enfermedad actual y de los recuerdos, deseos y circunstancias que conforman una biografía esquemática; 2) Un diagnóstico clínico de su estado físico general y del estado actual de la enfermedad por la cual consulta; 3) Algunas fotografías del enfermo en los distintos períodos de su vida, y de las personas allegadas más significativas. Además el enfermo debe redactar un cuento corto, relatar uno de sus sueños y

³³ Patobiografía: biografía centrada en el pathos, del griego: sentimiento, pasión, padecimiento.

narrar una película cinematográfica y una novela libremente elegidas; 4) La observación del paciente y del vínculo que establece con el equipo que realiza el Estudio, durante las entrevistas.

Una vez reunido y procesado el material, que consta de una historia clínica tradicional más una parte biográfica que ocupa unas treinta o cuarenta páginas dactilografiadas, deberá ser estudiado por un grupo de psicoanalistas para establecer las conclusiones que se comunicarán al paciente en las dos entrevistas finales. Estas entrevistas apuntan a dos objetivos coincidentes, una orientación terapéutica en cuyo criterio interviene lo que el psicoanálisis puede ofrecer, y un esclarecimiento acerca de la relación inconsciente que existe entre la enfermedad por la cual el enfermo consulta y el drama, más o menos oculto, que se encuentra en su historia³⁴.

Rubén Zukerfeld y **Raquel Zonis Zukerfeld** han realizado valiosos aportes a la investigación psicosomática. Uno de ellos es el especial desarrollo que le dan al concepto de *vulnerabilidad* que adquiere la importancia que en otras épocas tuvo la noción de especificidad. La vulnerabilidad es un concepto interdisciplinario que permite el estudio de los factores predisponentes, desencadenantes o que exacerben tanto los trastornos psicopatológicos como los somáticos y la repercusión de estos últimos. Existe en todos los seres humanos y se revela en épocas de crisis, estrés o tragedias. Representa la tendencia a angustiarse y a mostrar extremos emocionales mientras se intenta lograr la adaptación a dichas situaciones - reflejo de una dificultad cognitiva - y a la vez predispone a reacciones neurovegetativas, autonómicas y a lesiones tisulares. Para Zukerfeld⁵⁴ "en condiciones ambientales para el desarrollo de una vida digna, entendemos como "vulnerabilidad somática" al resultado del predominio de una forma de funcionamiento psíquico que implica en el nivel metapsicológico:

- a) una insuficiente organización representacional
- b) una carencia de recursos mentales
- c) una tendencia a la descarga

Y en el nivel clínico:

- a) una dificultad en el enfrentamiento de las situaciones estresantes
- b) una baja tolerancia al desamparo o a pérdidas significativas
- c) una significativa presencia de cogniciones y comportamientos de riesgo.

El término "vulnerabilidad" quedó en principio asociado a la noción evolutiva de "puntos de fijación", éstos, a su vez, de acuerdo a ideas como las de Marty, funcionan como un palier frenador de la eventual desorganización somática. De acuerdo a esta concepción cuando se produce una situación traumática se altera

³⁴ El Estudio Patobiográfico, que se substancia en el plazo aproximado de unos cuarenta días, progresa, desde las distintas fuentes, para converger en un procedimiento interpretativo que podemos describir, esquemáticamente, en cinco parámetros:

- 1) Identificar una temática, típica y universal, que pueda otorgar unidad a la biografía del paciente. En el desarrollo de ese "argumento", se deben ubicar los distintos personajes que conforman el drama que ha hecho crisis, y pensar en cada uno de ellos como versión de los personajes de su infancia.
- 2) Ubicar el "mapa" que el enfermo utiliza para recorrer el territorio de su vida, e identificar el "estilo", adquirido en la infancia, con el cual lo ha trazado.
- 3) Comprender cuál es "la parte" que el trastorno "habla" dentro del drama nodal que ha entrado en crisis.
- 4) Encontrar los motivos por los cuales no puede soportar esa historia, para lograr que la interpretación del drama que se hallaba encubierto, permanezca en la conciencia del enfermo acompañada de su auténtico afecto.
- 5) Re-significar la historia del paciente, hasta el punto en que el conflicto de significados contradictorios que sostiene su enfermedad, incluido en una unidad de sentido trascendente y más amplia, adquiera la forma de un malentendido (malentendido que puede ser interpretado como el producto de un mapa fragmentario) En ese punto desaparece la necesidad que sostenía a la enfermedad del cuerpo.

el principio de programación donde lo primero que se pierde es lo último que se adquirió³⁵.

Mc Dougall considera que la presencia de alexitimia sería el punto de partida de la vulnerabilidad somática, en un psiquismo que solo cuenta con palabras escindidas, representaciones de cosa sin valencia afectiva. La evocación de “estos registros psíquicos primitivos” se realiza con riesgo de descarga corporal. La dificultad en la elaboración de las situaciones de sufrimiento implica un incremento de la vulnerabilidad somática y es un intento de defensa frente al dolor psíquico. Todo síntoma – en este sentido – es un intento de autocuración. Weisman⁵³ en un estudio con pacientes neoplásicos entiende que la vulnerabilidad es una insuficiente capacidad de “afrontamiento” y una distorsión cognitivo – emocional asociada a actitudes poco esperanzadas de recobrar la salud, así como también a la falta de apoyo social. Otros autores desarrollan una definición relacional de la vulnerabilidad (Kaplan,²⁶) considerando que la insuficiencia de recursos es condición necesaria pero no suficiente para desarrollar vulnerabilidad psíquica ó somática. Se requiere además que el hecho sufrido haga referencia a algo que realmente le importe al sujeto, que se trate de un vínculo significativo³⁶. La vulnerabilidad dependería entonces, del interjuego del modo de afrontamiento de los problemas, de la naturaleza traumática y/o estresante de esos problemas, de la *red social de apoyo* con que cuenta el individuo (RV) y de la *calidad de vida* (CV) del sujeto. El modo de afrontamiento a las situaciones estresantes, depende de factores constitucionales y de los recursos aprendidos por cada sujeto. *Afrontar* remite a la idea de conducta resolutive de problemas, encaminada a proporcionar alivio, recompensa, reposo y equilibrio. El término proviene de la psicología cognitiva. Implica un proceso amplio y recurrente de introspección, aprendizaje, ensayo, autocorrección y aplicación de pautas recogidas de fuentes externas. Las personas con modos inadecuados de afrontamiento:

Son rígidos en sus planteos, sus expectativas sobre sí mismos son exageradas y son renuentes a comprometerse con otros o a solicitar ayuda.

Tienen opiniones absolutas sobre cómo deben comportarse los demás, con poco margen de tolerancia.

A pesar de seguir firmemente ideas prejuiciosas, pueden mostrar sorprendente sumisión o resultar muy sugestionables.

Tienden a la negociación excesiva, con incapacidad de centrarse en los problemas principales.

Suelen ser más pasivos de lo habitual careciendo de iniciativa propia

En ocasiones ceden en su rigidez emitiendo juicios aventurados o adoptando conductas atípicas.

El desarrollo de sistemas grupales y comunitarios para tratar crisis vitales y enfermedades crónicas, permite inferir la jerarquía que ha adquirido el concepto

³⁵ El mecanismo de desorganización puede ser regresivo o progresivo, es regresivo cuando puede ser detenido por los sistemas funcionales ó puntos de fijación, verdaderos reservorios de energía con producción sintomática reversible. En la desorganización progresiva no hay detención psíquica y se produce la caída o el derrumbe somático.

³⁶ Dentro de este modelo de comprensión es muy importante el papel que juega el grado de compromiso que el sujeto tiene con una determinada situación; cuanto mayor sea el compromiso, mayor será su percepción de stress psicológico y su vulnerabilidad en relación con el mismo.

Según Sivak en “Clínica de la vulnerabilidad” (en <http://www.gador.com.ar/iyd/vulner/sivak.htm>) se podría señalar el paralelo con el perfil de tipo A de personalidad en las coronariopatías (desafiantes, omnipotentes, con conductas de riesgo) o el tipo C (evitadores de conflicto, pasivos, sumisos) que se ha relacionado con la predisposición al cáncer y a las enfermedades autoinmunes).

de *red vincular* (RV) en cualquier abordaje terapéutico: toda la actual crisis de los modelos de solidaridad social y su conexión con el incremento de determinadas patologías expresa claramente esta concepción. Entendemos como RV a la presencia e interiorización de relaciones significativas que se traducen en una percepción subjetiva de sostén y/o de stress de magnitudes variables. El concepto de *sostén* incluye tener tanto a quien recurrir, como en quién pensar para sentirse reconfortado, apoyado o motivado; el concepto de stress incluye tanto los vínculos hostiles, exigentes ó confusos, como la sensación de no tener a quién recurrir. Esta variable incluye las relaciones que establece el sujeto en su ámbito familiar pasando por todos los distintos niveles de pertenencia intermedios, (barriales, laborales, etc.) hasta su pertenencia a determinada clase social. Esta definición intenta jerarquizar la importancia del intercambio generador de apoyo ó perturbación y la existencia de una trama intersubjetiva que ofrece también distintos modelos de identificación. Las características de la RV -más “sostenedora” o más “estresante”- las consideramos de gran importancia para: a) la regulación de la autoestima y de la identidad, b) la elaboración de duelos, c) la constitución de valores y proyectos vitales, d) el afrontamiento de situaciones traumáticas (sucesos externos, enfermedades orgánicas, etc.). En este sentido una RV crónicamente estresante quedaría asociada a un funcionamiento preconciente que tiende a ser repetitivo en su afán por ligar las magnitudes traumáticas, y su expresión predominante estaría caracterizada por distorsiones cognitivas con un fuerte sentimiento de desesperanza y ansiedad difusa. Obsérvese que estas son manifestaciones que se incluyen en la definición de vulnerabilidad y que son sostenidamente impermeables a las interpretaciones que intenten develar algún contenido reprimido, independientemente de que coexistan con soluciones neuróticas. Es también importante distinguir *percepción de apoyo* de *existencia de red social*. Existen ciertas condiciones básicas generales del contexto cuya ausencia será estresante (falta de libertad, de justicia, de trabajo, de parámetros éticos, de solidaridad) y en general toda aquella situación que medida desde el ideal del Yo se evalúe como deficitaria. Todo psicoanalista actual que trabaja dentro de las llamadas configuraciones vinculares conoce de estos problemas y alcanza a valorar en su actividad clínica el poder patógeno o reparador que tienen las distintas relaciones interpersonales”.

La calidad de vida del sujeto es la surgida del conjunto de cogniciones, sentimientos y conductas del sujeto. Esto constituye hábitos y estilos de vida que incrementan la vulnerabilidad (factores de riesgo) o la disminuyen (factores protectores). Para apreciarla debe evaluarse el grado de satisfacción o insatisfacción en diversos aspectos: 1) percepción de salud y bienestar; 2) responsabilidad familiar; 3) papel marital y sexual; 4) empleo y dinero; 5) autoimagen y sentimiento de inadecuación; 6) expectativas y grado de aprobación del entorno social; 7) aspectos existenciales

Según Zukerfeld y Zukerfeld⁵⁵ el interjuego de una pobre red social de apoyo y un mayor grado de vulnerabilidad conducirá a la mayor eficacia traumática de un hecho vital que en otras circunstancias no hubiera tenido valor patológico. Del mismo modo una menor vulnerabilidad y un mejor estilo de afrontamiento, asociados a la percepción de un efectivo apoyo social hará más tolerable una situación imprevista y difícil.

Escuela Cognitiva

Los orígenes remotos de la psicoterapia cognitiva se remontan a la filosofía estoica y el budismo. La máxima de Epicteto "*Los hombres no se perturban por las cosas sino por la opinión que tienen de estas*" recoge uno de los primeros modelos cognitivos del hombre. El budismo por su lado, parte de la realidad como construida por el pensamiento y las valoraciones como generadoras de pasiones que pueden engendrar sufrimiento. Un pensador que destaca el papel de la cognición es Bertrand Russell (1873-1971) que en su obra "La conquista de la felicidad" (1930) describe cómo las creencias adquiridas en la primera infancia se hacen inconscientes y pueden adquirir un carácter perturbador en la vida posterior del sujeto. Desde la psicología individual, Alfred Adler (1897-1937) desarrolla un modelo cognitivo de la psicopatología y la psicoterapia. Para este autor, que para muchos es el fundador de las terapias cognitivas, el niño adquiere "esquemas aperceptivos" en su etapa infantil preverbal, esquemas que guían la dirección de su conducta en su vida posterior de modo inconsciente. La terapia intentaría hacer consciente esos esquemas y manejar sus aspectos disfuncionales. Los fundadores modernos de esta psicoterapia son Albert Ellis y Aaron Beck, ambos formados en el psicoanálisis. **Ellis** fue modificando gradualmente su modelo terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica más clásica, pasando por otra más "neofreudiana" hasta llegar a su propio modelo. En 1958 publica su famoso Modelo A-B-C para la terapia. En este modelo afirmaba que los trastornos emocionales (C) no derivaban directamente de los acontecimientos vitales de la vida actual o los acontecimientos pasados (A), sino de determinadas Creencias Irracionales o exigencias que el propio sujeto había adquirido y en las que se "autoadoctrinaba" (B). Paralelamente se acercaba a la terapia de conducta al proponer determinados métodos activos para modificar tales exigencias. Su terapia constituye la llamada "Terapia Racional Emotiva". **Beck** parte en su trabajo de la depresión. Observa que en este y otros trastornos emocionales la estructura de las experiencias de los individuos determinan sus sentimientos y conducta. Este concepto de Estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de "Esquema cognitivo" y en el ámbito clínico el de "Supuestos personales" que equivalen a las creencias irracionales. Estos supuestos son adquiridos en etapas tempranas de la vida, permanecen a nivel no consciente, activándose posteriormente por diversos eventos y generando determinadas interpretaciones subjetivas de los eventos que suelen ser distorsionados (distorsiones cognitivas) generando a su vez problemas emocionales, conductuales y relacionales. La detección por el propio sujeto de sus distorsiones cognitivas, sus efectos y el aprendizaje de su modificación y de los supuestos personales que la sustentan, constituye la "Terapia Cognitiva", propuesta por Beck.

Método terapéutico

El terapeuta cognitivo desarrolla su trabajo recorriendo un camino que va desde la Conceptualización a la Intervención en el caso concreto. Los terapeutas cognitivos suelen ser multimodales a nivel de selección de técnicas terapéuticas. Emplean procedimientos de orígenes diversos (cognitivos, conductuales, sistémicos) según el caso concreto. La finalidad de los mismos es producir una modificación de los significados personales. Los objetivos generales de la terapia estarán en función de las distintas disfunciones implicadas en el proceso psicosomático. Para cada componente disfuncional se propondrían una serie de

intervenciones³⁷ que, lógicamente, derivan del análisis médico y del análisis psicológico (análisis funcional-cognitivo) del trastorno que se trate.

Escuela Sistémica

Este abordaje terapéutico reconoce su origen en el modelo desarrollado a partir de 1966 por el Brief Therapy Center de Palo Alto (California) cuya premisa básica podría sintetizarse: en las 'soluciones' ensayadas por la gente con las que intentan rectificar un problema, existe algo que ayuda en gran medida al mantenimiento o exacerbación del problema. Para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse sólo dos condiciones: a) que se haga frente de forma equivocada a la dificultad; b) que cuando no se soluciona la dificultad se aplique una dosis más elevada de la misma 'solución'.

El desarrollo histórico de los modelos sistémicos va unido a la evolución de la terapia familiar. En la década del 1950-1960 algunos terapeutas formados psicoanalíticamente comenzaron a incluir a la familia en el tratamiento. Su propósito no era modificar el funcionamiento familiar sino aumentar la comprensión del paciente para mejorar su tratamiento³⁸.

La siguiente década, años 60, supone un alejamiento de los planteamientos psicoanalíticos y un predominio de la teoría de la comunicación. Por un lado el grupo de Palo Alto, a partir del estudio de Gregory Bateson sobre la comunicación entre el esquizofrénico y su familia, genera su teoría del doble vínculo que explica la esquizofrenia como un intento límite para adaptarse a un sistema familiar con estilos de comunicación incongruentes o paradójicos. Otros destacados terapeutas seguirán la línea comunicacional del centro de Palo Alto (Jackson, Watzlawick, Haley, etc.). Otro autor destacado es Minuchin que también en EEUU estudia el funcionamiento familiar de los jóvenes puertorriqueños emigrantes con problemas de delincuencia (Minuchin, 1967) y que le llevó a desarrollar su escuela estructural de terapia familiar.³⁹

³⁷ 1. Intervenciones sobre los agentes estresantes disfuncionales: intervenciones ambientales y relacionales (terapia familiar, terapia de pareja, intervenciones laborales-organizacionales). 2. Desconocimiento del desarrollo del proceso psicosomático: Clarifica las conexiones entre la experiencia pasada y el trastorno (historia personal e historia del problema). 3. Modificación de cogniciones disfuncionales: detección y modificación de cogniciones y significados asociados. 4. Reducción de la activación fisiológica disfuncional: Técnicas respondientes (relajación, exposición), técnicas operantes (biofeedback), medicación e intervenciones somáticas. 5. Estrategias conductuales deficitarias o disfuncionales: técnicas cognitivas (entrenamiento en detección y modificación de cogniciones disfuncionales, entrenamiento en autoinstrucción, inoculación al estrés y resolución de problemas), técnicas conductuales generales (p.ej. autoobservación y autocontrol) y técnicas de entrenamiento en habilidades sociales y asertividad. 6. Modificación de conductas malsanas: técnicas de autocontrol conductual (autoobservación, control de estímulos y control de contingencias). 7. Manejo sintomático del trastorno psicosomático: psicofármacos y otras intervenciones médicas.

³⁸ Ackerman estudió los problemas de los mineros y sus familias y cómo el desempleo del padre provocaba alteraciones en la vida familiar. Otro terapeuta, Bell citaba a la familia del adolescente para entender su problemática (en la misma línea Alfred Adler manejaba su consulta de problemas infanto-juveniles en los años treinta) y Bowen observaba las disfunciones relacionales madre-hijo en niños hospitalizados. La línea dominante en esta década era el neopsicoanálisis (Fromm, Sullivan, Horney) que ponía énfasis en el origen psicosocial de los conflictos psíquicos, y como la familia intermediaba la interiorización de determinadas orientaciones de valor "patológico" social en sus miembros. Desde esta perspectiva surgieron conceptos como el de la "madre esquizofrenógena" de Fromm-Reichman (1948) o "madre perversa" de Rosen (1953) para explicar la génesis y mantenimiento de psicopatologías como la esquizofrenia.

³⁹ En la misma década en Europa aparecen dos centros geográficos de fuerte influencia. En Inglaterra Laing, que tenía contactos con el grupo americano de Palo Alto, trabaja con familias de esquizofrénicos. El otro centro, más influyente a la postre, está en Italia. Es el llamado grupo de Milán (Mara Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata)

En la década de los años 70 se expande el modelo de terapia familiar sistémico-comunicacional y proliferan las escuelas y sus mutuos debates. Las principales escuelas de esta década son:

-La Escuela Interaccional del MRI (Mental Research Institute) que supone la segunda generación de la escuela de Palo Alto sucesora de Bateson. Su aportación más significativa se ve reflejada en la obra de Watzlawick, Weaklan y

El concepto central de las terapias familiares sistémicas es el de la familia como sistema. Este concepto deriva de la Teoría General de los sistemas. Se refiere a que la conducta de un miembro de la familia no se puede entender separada del resto de sus miembros. Esto lleva a su vez a considerar que la familia es más que la mera unión de sus componentes (el principio sistémico de que "el todo es más que la suma de las partes"). En concreto se asume que considerar a la familia como sistema implica: 1) Los miembros de la familia funcionando en interrelación donde las causas y efectos son circulares y 2) Cada familia tiene características propias de interacción que mantiene su equilibrio y matiza los márgenes de sus progresos o cambios.

Método terapéutico

Dentro de este enfoque se le ha dado gran importancia a los vínculos existente entre la enfermedad psicosomática y las relaciones vinculares, especialmente las familiares. Dentro de esta estructura, las afecciones psicosomáticas pueden ser vistas como un *síntoma cristalizado de las relaciones familiares*.

En primer lugar el terapeuta intenta hacer un diagnóstico del sistema familiar implicado en el paciente identificado. Unos terapeutas se centraran en el tipo de secuencia problema-solución intentada (por ej. Watzlawick) y quienes son los implicados; otros investigaran las alianzas o coaliciones familiares (Haley, Minuchin) y el grado en que la familia está desligada (límites rígidos entre sus subsistemas de componentes que conlleva una excesiva individualidad y una acrecentada dificultad para compartir la vida afectiva) o está aglutinada (límites muy difusos entre sus miembros donde es difícil mantener la individualidad de sus miembros y el compromiso con el mundo externo) y otros analizaran la demanda (quien y cómo se decide quién es el paciente) y la función que cumple el síntoma del miembro identificado para cada componente de la familia.(Selvini-Palazzoli).

Este proceso diagnóstico utiliza entrevistas con toda la familia (aunque a veces se considera de manera no rígida quien esta dispuesto a venir a terapia como información y elemento "comprometido"). La siguiente fase consiste en introducir un cambio en la estructura y funcionamiento familiar, que se supone aumentará

Fisch "Cambio"(1974). Para estos autores las soluciones intentadas por las familias para manejar determinadas situaciones suponen los auténticos problemas; y por consiguiente las intervenciones se dirigen a cortocircuitar el flujo problema-solución intentada. Para ello distinguen entre los llamados Cambios-1 (que supuestamente siguen la "lógica" intentado lo contrario al problema, pero que no cambian la estructura del sistema) y los Cambios-2 (que se centran en intervenciones paradójicas distintas al sentido común, pero que producen cambios en la estructura del sistema familiar).

-La Escuela Estructural-Estratégica alrededor de las obras de Haley y Minuchin. Se centra sobretodo en los llamados sistemas triádicos (relaciones con un mínimo de tres miembros). Postulan que en los sistemas familiares se organizan como alianzas o coaliciones. Las alianzas suponen la mayor cercanía afectiva entre dos miembros de la familia en relación a otro, y la coalición supone una variación del anterior con el relevante matiz que se constituye en contra de un tercero. Las coaliciones están formadas por miembros de dos generaciones (un progenitor y un hijo frente al otro progenitor). El resultado de las mismas es la disfunción familiar y el impedimento del desarrollo del sistema. Las intervenciones terapéuticas se centran en desafiar las definiciones de la familia del paciente-problema (redefinición), y la prescripción de tareas (a veces paradójicas) con el fin de desequilibrar el atolladero actual del sistema.

-La Escuela de Milán alrededor de la obra de Selvini-Palazzoli que estudia las familias muy rígidas llamadas de transacción psicótica (generalmente con problemas típicos de trastornos psicóticos o anorexia nerviosa). Un aspecto destacado de este enfoque es el llamado análisis de la demanda de tratamiento a través del cual el terapeuta elabora su primera hipótesis sobre el papel que cumple el llamado paciente identificado en el funcionamiento familiar. Las intervenciones intentan modificar la estructura familiar en base a intervenciones típicas como la connotación positiva del síntoma (a menudo en términos de "sacrificio" para un bien mayor", que viene a ser una redefinición del problema) y las prescripciones paradójicas.

la capacidad del sistema para manejar la nueva situación. Dicho cambio se dirige a modificar patrones de relación familiares disfuncionales⁴⁰.

Desde la perspectiva sistémica, por lo tanto, el tratamiento no se focaliza en el paciente portador del síntoma sino en todas las fuerzas que intervienen en su etiología y mantenimiento provenientes de la dinámica familiar.

Onnis³⁸ critica el concepto de "familia nociva" utilizado por algunos profesionales, quienes en la búsqueda de una explicación causal de la patología, atribuyen a la familia la «culpabilidad» de la enfermedad psicosomática. "Los autores que, apoyándose en conceptos de causalidad lineal, hablan de *familia nociva* hacen exactamente la puntuación contraria y a la inversa (la familia es causa de la enfermedad del paciente) respecto de la que habitualmente proponen los padres (el paciente es la causa de la enfermedad de la familia)". La lectura de la familia como espacio no lineal donde se origina la enfermedad es primordial para la terapia, así como eliminar el sentimiento de culpabilidad del grupo hacia el enfermo y asumir el de responsabilidad de participación en el proceso de la cura.

Descripción de las familias

Desde el enfoque sistémico, trataremos de construir una especie de marco que nos sirva de referencia a la hora de tratar e identificar familias psicosomáticas. Para nuestro cuadro utilizaremos los estudios realizados por Minuchin³⁴ en familias psicosomáticas y por Selvini⁴⁶ sobre la anorexia nerviosa.

Del estudio que se ha realizado con familias que tienen un miembro que padece un problema psicosomático, principalmente niños, se postula que se presentan determinados tipos de organización familiar que están estrechamente relacionados en el desarrollo y mantenimiento de síndromes psicosomáticos, en donde los síntomas, juegan un papel importante en el mantenimiento de la homeostasis familiar (Minuchin³³). Por lo tanto, el síntoma no puede ser definido solamente como la conducta de un miembro de la familia sino como producto de la interacción de todos los miembros del sistema. Desde esta óptica se establece la existencia de factores que, conjugados, facilitan el desarrollo de enfermedades psicosomáticas (Minuchin,³⁴) como ser: que el niño se encuentra fisiológicamente vulnerable, por una disfunción orgánica específica (esta vulnerabilidad se encuentra relacionada a factores hereditarios en la familia) y en segundo lugar, que la familia de estos niños presentan pautas transaccionales que proveen el contexto para utilizar la enfermedad como un modo de comunicación y protección de la homeostasis:

⁴⁰ Para ello el terapeuta dispone de una serie de recursos técnicos, como ser: 1) *La reformulación del problema*: Se trata de explicar, adaptándose al lenguaje de la familia y sus creencias, de un modo diferente lo que está sucediendo en la secuencia de relaciones familiares, de modo que posibilite un cambio. 2) *El uso de la resistencia*: Si el terapeuta intenta de manera lógica persuadir a la familia a cambiar una secuencia, se puede encontrar con una oposición de esta debido a su propia homeostasis. 3) *Intervención paradójica*: Consiste en proponer de manera controlada aquello que constituye el problema con ciertos matices, de modo que se rompa la secuencia habitual. Puede tomar la forma de pedir un cambio lento, el peligro de cambiar y la prescripción del síntoma. 4) *Prescripción de tareas*: Consiste en pedir y modelar con la familia determinadas pautas conductuales. 5) *Ilusión de alternativas*: El terapeuta sugiere que sólo hay dos posibilidades de manejo de un problema, indicando que no son posibles otras vías. 6) *Uso de analogías*: El terapeuta expone un caso similar mediante una metáfora al problema de la familia que esta tratando para observar sus reacciones y abordar la resistencia.

Con respecto a la influencia de la familia, Halliday ha hallado ocasiones en que en la conducta patológica es reforzada como también inducido el paciente a permanecer enfermo mediante gratificaciones y castigos, a veces muy sutiles. Las investigaciones de Halliday avalan la importancia de los *factores socioculturales en la estructuración de las afecciones psicosomáticas*. (HALLIDAY,²⁰ⁱ)

Se trata de una familia *aglutinada*: sus miembros están muy ligados entre sí, con roles individuales mal definidos y límites generacionales no bien demarcados.

Por dicho amalgamamiento, las familias presentan un problema de *sobreprotección* que alude al alto grado de preocupación de los miembros de la familia por el bienestar de todos. Dicho sentimiento de protección se agudiza con el síntoma sobre el paciente identificado.

Las actitudes y opiniones del grupo muestran gran *rigidez* que configura el núcleo de la *resistencia al cambio*. Afirman que no existe ningún problema en la familia, sólo el que presenta el enfermo, cuyo mal interrumpe la tranquila vida familiar. El terapeuta se encuentra ante una encrucijada: una armoniosa familia que viene a resolver la enfermedad de uno de sus miembros y niega la necesidad de un cambio en el interior de la familia.

La *evitación del conflicto* está muy ligada con la rigidez. La familia tiene muy poca tolerancia al conflicto. Al aparecer el conflicto ponen en marcha una serie de mecanismos para evitar y no agravar el desacuerdo, percibiéndose sólo una atmósfera de tensión latente.

Por lo tanto el niño, está envuelto en el conflicto parental negado. Su enfermedad protege y refuerza la estructura familiar patológica.

Ninguna de estas características sola parece suficiente para despertar y fortalecer los síntomas psicósomáticos. Sin embargo, este grupo de patrones es considerado como característico de un proceso familiar que estimula la somatización. Visto así, el síntoma del paciente adquiere un nuevo significado dentro del sistema, convirtiéndose en un regulador del sistema familiar. La efectividad del síntoma en la regulación de esta estabilidad interna refuerza tanto la continuación del síntoma como de los aspectos particulares de la organización familiar en el cual emergió⁴¹.

Interpretación de la anorexia

Para Selvini⁴⁶ existen reglas en las familias psicósomáticas con pacientes anoréxicos que complementan la anterior descripción de Minuchin. Estas reglas fundamentales son: 1) cada miembro rechaza los mensajes de los otros (ya sea a nivel de contenido, ya sea a nivel de relación) con una elevada frecuencia; 2) todos los miembros de la familia revelan grandes dificultades para tomar abiertamente el rol de líder; 3) está prohibida toda alianza abierta de dos contra un tercero y 4) ningún miembro se hace cargo de culpa alguna.

Stierin y Weber ⁵⁰ describen un tipo ideal de familia anoréxica que amplía esta tipología familiar. Describen unos supuestos básicos bastante específicos obtenidos de su larga experiencia terapéutica. Son familias con una insistencia en la cohesión familiar, el autosacrificio y la abnegación o renuncia personal. Todo esto para lograr la tan anhelada unión familiar, que es su característica principal. La familia está por encima de cualquier actitud personal que afecte al todo. Los ideales de logros siempre están presentes al igual que un alto sentido de justicia. Dichos ideales envuelven a la familia en una dinámica de competitividad, siguiendo de forma similar las mismas expectativas sociales. El sentido de justicia inculca en los miembros de la familia la idea de que todos somos iguales y por tanto tenemos los mismos derechos a la hora de repartir el amor y todo en la familia. Según Stierin y Weber, al aparecer estos elementos en la familia, se

⁴¹ En nuestras investigaciones sobre la enfermedad del niño como emergente del conflicto familiar (Spagnuolo,⁴⁹) denominamos "hijo fusible" al que presenta la enfermedad, niño que como eslabón débil de dicha estructura, escenifica simbolizando la conflictiva, a la vez que denuncia con su patología, la dramática familiar de la cual es depositario.

impide la individualización de los miembros y su consiguiente separación emocional. Están todos unidos en un sólo sentir en el cual aparecen en forma constante, contradicciones especialmente para los hijos. Siempre se les ha dicho que todos son iguales, que no hay preferidos, pero la realidad se muestra muy diferente. El paciente entiende que ese sentido de justicia tantas veces idealizado no es cierto. En estos casos el síntoma aparece como una forma de recobrar los derechos perdidos. La pareja dentro de ese tipo ideal de familias, suele tener un poderoso vínculo de lealtad que hace que los hijos se vuelvan susceptibles a ella. Así los padres esperan la misma lealtad por parte de sus hijos, a veces en situaciones que van más allá de las posibilidades de estos, haciendo de ellos sus confidentes y aliados adultos y formando de esta manera triángulos y coaliciones en contra de uno de los padres. En su estudio sobre anoréxicas, Stierin y Weber encontraron que con frecuencia los padres habían sido hijos muy preocupados por satisfacer las expectativas de sus padres. Siempre atendiendo al cuidado de sus padres y que suelen, cuando se vuelven ancianos y frágiles, llevar a vivir a sus casas. Suelen casarse bastante adultos. Al escoger pareja buscan un tipo muy específico de cónyuge. Es más importante para ellos ser buenos padres y buenos hijos de sus padres que buenos amantes el uno del otro. La pareja encarna la división de funciones tradicionales, en la cual el hombre se encarga de traer el sustento y la mujer de las tareas, problemas domésticos y el cuidado los hijos. La relación de la pareja es básicamente a través de los hijos y las relaciones sexuales pasan a segundo plano cuando no son totalmente nulas, manteniéndose unidos por sus hijos⁴².

La familia psicósomática básicamente encierra un problema de fronteras. El afán por la unión familiar crea un ambiente de dificultad para espacios individuales. A esta dificultad, Minuchin³³ la llama *ausencia de distancia psicológica*. La define como el momento en que uno, o los miembros de la familia comienzan a funcionar en un "holón". Las alianzas, coaliciones, roles inadecuados y expectativas desmesuradas son algunas de las formas que diluyen o eliminan las fronteras entre los subsistemas y entre los miembros.

Todas las familias a lo largo de su historia, tienen algún problema de fronteras debido a las etapas evolutivas. En el caso de familias psicósomáticas el problema surge al no evolucionar positivamente en su momento. A las familias llamadas "normales" les cuesta trabajo el cambio, pero lo entienden como necesario y parte de la vida. En las familias psicósomáticas su afán cohesivo y su resistencia al cambio no les permiten una interpretación positiva de cualquier signo de individualización. Por el contrario, es entendido como signo de deslealtad hacia la familia. Los hijos de estas familias están sometidos a una especie de alineamiento comportamental en el cual están encajonados y obligados a mantener una dinámica familiar que persigue, a los ojos de los padres, la paz en la familia. En realidad no es otra cosa que una olla de presión con una válvula. Dentro de la olla están todas las tensiones que puede reunir una familia que considera una discusión como una alteración a la paz⁴³.

⁴² Para Onnis³⁸ la mayoría de las familias con problemas psicósomáticos encierran un problema de pareja muy serio. Por el tipo de pareja que describimos anteriormente es fácil comprender que su problemática parte desde el mismo momento de su constitución. En el vínculo que mantienen, la enfermedad del hijo constituye un elemento muy importante para que esta pareja no se disuelva o no caiga en contradicciones al enfrentarse como pareja. La enfermedad funciona como un distractor y da fundamento al hecho de estar juntos, ya que es su misión ser buenos padres antes que pareja

⁴³ Otro caso puede ser el de familias sobreprotectoras donde la autonomía de los hijos es nula. Stierin y Weber hacen una descripción de una familia de este estilo con una hija anoréxica. Describen como en una familia donde la autoridad de los padres está clara mente integrada en el credo familiar, la enfermedad se vuelve una forma de rebelarse contra ello.

En terapia una de las resistencias que nos encontraremos con mayor frecuencia es que la pareja vino a terapia a solucionar el problema de su hijo, no el de ellos. Al ser familias con gran resistencia al cambio, en cuestiones de pareja lo son más, que podríamos resumir en el planteo: "Como buen padre, vengo a terapia por la situación de mi hijo y sería mal padre si robo la atención que el terapeuta debía tener hacia mi hijo". Al hablar de ellos en terapia, pueden ver en peligro su frágil estabilidad familiar. Preferirán abandonar la terapia antes que sacrificar la paz y la unión familiar⁴⁴.

Como mencionamos, es común que el problema en las familias psicósomáticas sea de *fronteras*. Para esto nuestro trabajo debe centrarse en el fortalecimiento de los subsistemas, rompiendo alianzas y coaliciones existentes y haciendo que cada cual se ubique en el holón que le corresponde. Trabajar con la pareja a solas o con los hijos es una manera de trabajar con separaciones. Nuestro objetivo principal debe ser fomentar la individualización y evolución de los hijos en la familia sin dejar que los padres se valgan de ellos para evitar sus problemas de pareja. La terapia se dará por finalizada no con la desaparición del síntoma sino con la evolución positiva de la dinámica familiar.

Estrés

Dentro del capítulo de la medicina psicósomática, es necesario ocuparnos del estrés, ya que los desarrollos teóricos que se han realizado en el tema, constituyen una de las contribuciones más sólidas provenientes del ámbito de la biología a la teoría psicósomática.

La palabra estrés fue empleada por primera vez en un contexto científico en 1911, por Walter Cannon, quien descubrió la influencia de factores emocionales en la secreción de adrenalina. Cannon, estudiando este efecto, desarrolló el concepto de reacción de *lucha o huida* ante amenazas inesperadas, con sus correlatos fisiológicos, y el de *homeostasis*, basado en la ley fisiológica general que formuló Claude Bernard: "La constancia del medio interno es la condición indispensable de la vida autónoma". Cannon llamó homeostasis a los procesos encargados de mantener esa constancia, y estrés a todo estímulo susceptible de provocar una reacción de lucha o huida.

Fue Hans Selye (1907-1982) de Montreal, quien en 1956 estudió los procesos fisiológicos asociados a sobrecargas de mayor duración y definió el estrés como la respuesta inespecífica del organismo ante estímulos, tanto psíquicos como físicos, involucrando procesos normales de adaptación (eustrés) así como anormales

Al restringir la cantidad de alimentos que ingiere y negarse a comer, puede parecer que la joven rechaza esa expresión de amor, desafiando un principio central del credo familiar e iniciando su individualización contra los padres. Al hacerlo, sin embargo, no sólo da muestras de autonomía respecto de los progenitores, sino también respecto de su propio cuerpo. Ésta es otra posible lectura de la enfermedad psicósomática; la protesta o rebeldía contra la autoridad de los padres. Pero esto puede traerle consecuencias incontroladas para el propio paciente dado que lo que comenzó siendo una forma de protestar puede convertirse en su propia celda por haber caído en una contradicción o paradoja al provocar consecuencias contrarias a las que se proponía. Si lo que buscaba era una individualización dentro de la familia su enfermedad tiene una consecuencia contraria, ya que todo el mundo y la familia se vuelcan hacia él. El enfermo se vuelve el centro de la dinámica familiar y cae en la misma contradicción que menciona Watzlawick⁵¹ cuando el esquizofrénico trata de no comunicar pero se encuentra que es imposible no comunicar. Eso lo lleva a autocontradecirse y perderse en su propia definición.

⁴⁴ Dentro del enfoque terapéutico, lo primero que se debe intentar es crear un ambiente donde se le haga ver a la familia el papel que cada uno juega en dicho proceso a fines de abrirnos paso dentro de la unión cohesiva que presentan y la resistencia al cambio. Es importante prestar atención al paradigma de la circularidad para ir llevando a sus miembros hacia una nueva forma de ver la enfermedad: comprender que la familia puede ser muy útil para la recuperación del paciente sin pensar en ningún momento que ellos tienen la culpa de la enfermedad.

(diestrés), cambiando el concepto de Cannon que lo definía como estímulo y no como respuesta. El núcleo de su teoría consiste en un modelo homeostático de autoconservación y reubicación de recursos en respuesta a la adversidad: excesivas demandas al organismo, somáticas o psicológicas, producen una secuencia típica de respuestas fisiológicas, junto a una activación del simpático y del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal (HPA). Selye consideraba que era difícil definir el concepto de estrés y entre otros conceptos lo enunció como “*la velocidad de desgaste vital*”.

En sus estudios administró diversos tóxicos a animales de experimentación, observando una respuesta estereotipada y uniforme, consecuencia de la producción masiva de corticoesteroides. Así determinó que si el estímulo estresante persiste, aparece el *síndrome general de adaptación* (SGA)⁴⁵, definido como la suma de todas las reacciones inespecíficas del organismo consecutivas a la exposición continuada a una reacción sistémica al estrés⁴⁶.

También Selye comprobó que en el caso que la exposición al estresor se prolongara, aparecían signos de agotamiento donde los animales sometidos al experimento, tras denodada resistencia, “abandonaban” y dejaban de responder, incluso antes del agotamiento de los recursos fisiológicos, cayendo en un estado descrito como *desesperanza*. No es posible trasladar estos resultados automáticamente al hombre porque como sabemos por experiencias catastróficas (reclusión en campos de concentración, por ejemplo) se ha demostrado que la intensidad de la reacción fisiológica frente a un estímulo determinado no depende sólo de la intensidad de éste, sino de la forma en que es percibido y “evaluado”⁴⁷. Las respuestas de adaptación demostraron científicamente la participación de los procesos emocionales en la modulación de las respuestas a estímulos tanto internos como externos y a la posibilidad de desbordamiento de las capacidades de adaptación individuales.

Situación actual nosológica

Actualmente, tanto el CIE-10, como el DSM-R han incluido las reacciones al estrés dentro de los grupos F40-F48 (Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfias. CIE-10) y 309.89-T por estrés postraumático y T. adaptativo en sus diversas formas DSM-III-R.

Los síntomas que el DSM-IV-TR⁵ describe como pertenecientes al trastorno de estrés agudo comprenden:

Numbing o anestesia emocional: embotamiento, desapego o ausencia de respuestas emocionales o anestesia afectiva.

⁴⁵ En el SGA Selye describió 3 formas clásicas de la respuesta orgánica: la fase de alarma – primitiva respuesta de preparación para la lucha o la huida (shock y contrashock); la fase de resistencia (en la que se encuentra el síndrome de adaptación) y la fase de agotamiento neurovegetativo (la ruptura de los mecanismos regulatorios lleva a alteraciones irreversibles)

⁴⁶ Posteriormente, en diversas experiencias con monos, se comprobó que la activación de la corteza suprarrenal es secundaria a la reacción psicológica del sujeto frente a un estímulo desagradable y no necesariamente al estímulo en sí, o sea que es la interpretación de un estímulo como nocivo lo que determina la activación del eje simpático médula-adrenal y del eje hipofiso-cortico-adrenal. La secreción de catecolaminas desempeña un papel fundamental en la regulación general del organismo, y actúa como regulador del comportamiento, de la secreción neuroendocrina y del sistema circulatorio. También a nivel central se ve aumentada la secreción y metabolismo de diversas sustancias neurotransmisoras fundamentalmente por inhibición y activación de la MAO.

⁴⁷ Desde la perspectiva de la aparición de determinadas enfermedades como desadaptación frente a situaciones de demanda, se han desarrollado cuestionarios con listados de eventos vitales con capacidad patogénica como “muerte de cónyuge”, “divorcio”, “pérdida del trabajo”, que permiten proveer un nexo entre enfermedad y situación vital.

Amnesia disociativa: consiste en la inhabilidad para recordar una parte importante del trauma.

Desrealización: sensación de estar desconectado del mundo y tener la sensación de que el entorno es irreal.

Despersonalización: percepción distorsionada del propio cuerpo, y de la propia identidad como unidad coherente. Puede manifestarse a través de la sensación de estar "fuera" de sí mismo.

Reducción de la atención: pérdida o disminución de la capacidad atencional y aturdimiento.

Múltiples estudios clínicos en diferentes campos de la medicina han mostrado que la palabra más adecuada para describir la relación entre estrés y salud es *impacto*, pues los factores psicosociales no son causa de enfermedad, sino que desempeñan un rol en la alteración de la susceptibilidad del paciente a las enfermedades.

De acuerdo a Lazarus, en el proceso de evaluación de los estímulos participan variables de personalidad, mecanismos defensivos y de control, los cuales tienen la función de minimizar o eliminar el daño, real o anticipado. Los procesos de control dependen tanto de las actividades cognoscitivas como de los patrones conductuales aprendidos. Wolff introdujo el concepto de "life estrés" para resumir el conjunto de interacciones y adaptaciones de un individuo, incluyendo factores fisiológicos, sociales y psicológicos⁴⁸. Von Uexküll relata que durante la guerra los casos de afecciones psicosomáticas disminuyeron. No puede dudarse que esos fueron tiempos plenos de eventos sumamente tensionantes, de lo cual se deduce que el factor societario, de pertenencia al grupo, debe entrar en toda consideración patogénica.

Otra concepción que ejemplifica la noción de enfermedad como desadaptación – donde podría hablarse de teoría psicoanalítica del estrés– procede de G. Engel y A. Schmale⁴⁹ y parte de la observación de que un estado psicológico especial antecede a la aparición de muchas enfermedades cuyo momento desencadenante está señalado por una "pérdida" real o simbólica. Se produce primero un estado en el cual los mecanismos defensivos fallan, con incapacidad para recobrar sentimientos satisfactorios. La fase del "abandono" es el estadio terminal; en él se consolida la pérdida de "objetos psíquicos". En esta fase aparecen dos afectos principales: la desesperanza y el desamparo. En el desamparo predomina la convicción de haber sido abandonado por el medio, de no haber recibido suficiente apoyo, de carecer de ayuda. La desesperanza (o desesperación) refleja la propia incapacidad para procurarse la deseada satisfacción³⁷.

El concepto de trauma psíquico, que fue desarrollado desde un campo muy distinto, ha terminado por converger con el de estrés. Breuer y Freud⁸, lo definieron inicialmente como "toda experiencia evocadora de emociones desagradables". Posteriormente, en 1916, esta definición fue elaborada por Freud y expresada en términos más generales: "una experiencia es traumática cuando, en un corto lapso produce una sobrecarga de excitación neuronal que no puede ser disipada de la manera habitual, dando como resultado alteraciones

⁴⁸ Los pacientes de sexo masculino con enfermedad cardiovascular asociada a dificultades psicosociales experimentaron una reducción importante en su angina cuando tenían parejas que los amaban y apoyaban (Medalie, J.A. et al. Angina pectoris among 10.000 men: II Psychosocial and other risk factors as evidenced by a multivariate analysis of five year incidence study. Am. J. Med. 1976: 910-921)

⁴⁹ Estos autores interpretan la enfermedad en términos económicos. Sostienen la hipótesis de que el desfallecimiento de las defensas mentales tiene por efecto una activación de las defensas biológicas. La exacerbación de las defensas biológicas actúa entonces como un estrés suplementario y esta sobrecarga económica sobrepasa el umbral de la tolerancia del organismo, lo que tiene por consecuencia la aparición o la evolución rápida de una patología.

permanentes en la distribución de la energía psíquica". Con ligeras variantes y adaptaciones, la concepción freudiana del traumatismo psíquico es todavía válida, aunque es ampliamente reconocido que traumas mínimos, incapaces de desbordar aisladamente los mecanismos psicológicos de defensa, pueden conducir a efectos patógenos si se acumulan o actúan de manera repetida e insistente.

Además del estrés fisiológico descrito por Selye, otros autores como Engel¹⁵ se preocuparon de la definición del estrés psicológico, "un proceso originado tanto en el ambiente exterior como en el ambiente interior de la persona que implica un apremio o exigencia sobre el organismo cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo de los mecanismos psicológicos de defensa antes de ser activado ningún otro sistema".

En ocasiones un trauma puede no ejercer efectos inmediatos, pudiendo aparecer una intensa reacción tardía. Este fenómeno o trauma retrospectivo obedece a dos mecanismos fundamentales, el primero es la retención en la memoria de un significado que es comprendido más tarde; en el segundo mecanismo, los efectos del trauma son inmediatos, evocando una intensa acción defensiva del organismo, esta defensa se constituye en una regresión masiva de la calidad traumática del evento y hace que no aparezcan manifestaciones del estrés, excepto un aire distraído e indiferente que es fácilmente reconocible como patológico. Las representaciones mnémicas de la experiencia permanecerían encapsuladas fuera de la conciencia y un fallo en la represión enfrentaría al individuo bruscamente con los contenidos reprimidos⁵⁰.

La resistencia a las experiencias desestabilizadoras depende de un factor genético y de un factor adquirido, el primero está íntimamente ligado a la constitución del individuo. El factor adquirido se forja en las experiencias tempranas del individuo con el medio y la madre quien en los primeros meses de vida contiene las reacciones primarias del niño para, posteriormente, posibilitarle su adaptación al medio ambiente. Desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje las primeras percepciones infantiles determinarán como han de ser percibidos los sucesos posteriores de la vida, formándose también las pautas de respuestas psicofisiológicas que se repetirán posteriormente ante estímulos similares.

Dentro del enfoque evolutivo, las relaciones tempranas satisfactorias permiten la creación de una resistencia especial a la adversidad y las enfermedades, que Saul⁴⁴ llamó el *apoyo interno*. Este concepto es descrito por Juan Rof Carballo⁴³ como *urdimbre afectiva*⁵¹, ingrediente radical de la identidad, forjada por el amparo o el rechazo recibido en la infancia y que va a contribuir posteriormente a

⁵⁰ Este es el caso de ciertas reacciones de duelo que se presentan años más tarde cuando la reacción inmediata había sido mínima o ausente. También es interesante el conocimiento del estímulo simbólico en la formación del estrés psíquico, un estímulo indiferente puede adquirir cualidad traumática en virtud de su similitud o asociabilidad con otra circunstancia naturalmente estresante.

⁵¹ J. Rof Carballo denomina 'urdimbre afectiva' a ese intercambio de experiencias emotivas que caracteriza las peculiares relaciones de la madre con cada hijo durante los primeros años de su existencia. Es el entramado sobre el que se va a estructurar el carácter de la persona. No se trata únicamente de intercambios de naturaleza biológica, tendentes a satisfacer las necesidades de nutrición, de alivio físico, calor y estimulación sensorial, sino más bien del modo concreto con que la madre satisface tales necesidades básicas. La relación madre-hijo es una profunda relación psicobiológica en que el hijo es sentido como continuación vital de la madre: "... el hombre no sólo corre un gravísimo peligro en el momento de nacer, en la asfixia del parto o en sus peripecias sino que es aún mayor el riesgo que le acecha en los primeros meses de la vida... Es el momento en que va a realizar su encuentro decisivo, en la constitución física del cerebro, en sus neuronas y sistemas enzimáticos, la percepción y el afecto, la primera vivencia de lo temporal, las tensiones internas, el placer y el dolor. Lo que entonces ocurra puede ser tan irreversible como una lesión anatómica. En el alborear de la vida el mundo perceptivo requiere el hábito del amor, del afecto... Pero ya hemos visto que nuestra cultura se opone a esto por mil medios... (Rof Carballo⁴³)

la formación de una membrana social desde la cual actuamos en nuestro entorno y a través de la cual recibimos del mismo sus influencias⁵².

El enfoque de la enfermedad psicosomática como una patología de adaptación al estrés, se funda en las relaciones existentes entre el ambiente, las circunstancias sociales, los cambios vitales y el desencadenamiento de determinadas enfermedades. Los hechos que son aceptados en general como etiopatogénicos se los puede resumir como: 1) estímulos ambientales (excesivos, insuficientes, especiales); 2) constitución, predisposición genética; 3) experiencias tempranas y aprendizaje previo; 4) recursos personales frente a la agresión; 5) soporte social; 6) respuesta del ambiente al síntoma psicosomático (posibles ganancias secundarias, etc.).

Estos factores actuarían sobre diversas estructuras orgánicas (neuronales, metabólicas, bioquímicas y estructurales) que producirían los consiguientes cambios patológicos que en su conjunto son considerados como la enfermedad psicosomática.

Trastorno de estrés postraumático (SEPT)

En la forma crónica el SEPT es la situación clínica más característica de alteración psíquica producida por un episodio suficientemente estresante para alterar el equilibrio mental. La sintomatología, especialmente el entumecimiento psíquico puede presentarse poco después del suceso causal instaurándose los demás en forma progresiva, insidiosa o repentina, generalmente en un lapso no superior a unos pocos meses, el cuadro clínico completo se caracteriza por entumecimiento psíquico, tendencia involuntaria a revivir el trauma, hiperreactividad simpática neurovegetativa, anhedonia, alteraciones en la capacidad de respuesta al medio y evitación de situaciones y actividades evocadoras del trauma. En algunas ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico, agresividad generalmente desencadenada por estímulos que evocan un repentino recuerdo del trauma, o de la reacción original ante él.

Frecuentemente se acompaña de alteración del sueño y estados depresivos ansiosos, la hiperactividad simpática se acompaña de aumento generalizado de la vigilancia, predisposición a las reacciones de sobresalto, dificultad para conciliar el sueño con despertares precoces añadidos, sensación de angustia y tendencia a las disfunciones vegetativas como diaforesis, taquicardia y diarrea. El diagnóstico no debe realizarse si la alteración es menor a un mes. Los traumas que desencadenan estas reacciones frecuentemente son amenazas graves para la propia vida o de hijos, cónyuges, etc., también la destrucción súbita del propio hogar (catástrofes naturales) o la observación de como otra persona se lesiona gravemente o muere como resultado de un accidente o violencia física.

La acción traumática se puede experimentar en solitario o en grupo, además la sintomatología puede variar dependiendo de la edad del sujeto expuesto, los niños pueden permanecer mudos o negarse a hablar del trauma, y también frecuentemente, pueden manifestar jaquecas o molestias abdominales⁵³.

⁵² La relación genuinamente microgrupal que se establece a través de las secuencias interactivas observables entre madre e hijo (grupo primario por excelencia), recíprocamente implicados en un lazo emocional que rebasa, con amplitud, la mera necesidad biológica de la nutrición y cuidados materiales que un lactante necesita, fue gráficamente definida por Rof Carballo como *útero social* o *vínculo primario*.

⁵³ SEPT atípico: Es una forma clínica de descripción reciente que solo se diferencia de la habitual en que los fenómenos de repetición involuntaria de la experiencia traumática no son de tipo cognitivo o emocional, sino somático. El trauma causante suele ser una intoxicación involuntaria severa, un accidente laboral o incluso la

En el proceso de respuesta habitual ante situaciones traumáticas intensas, la integración cognitiva de una situación altamente inusual se acompaña de unos instantes de inhibición, tras los cuales el sujeto despliega sus respuestas características que pueden ser apropiadas, inapropiadas o patológicas. En los traumas de efecto retardado la intensidad y duración del estadio inicial de shock son tan exagerados que el sujeto no parece reaccionar, adoptando un aire distraído e indiferente, que puede confundirse con valor y entereza. Esta situación es frecuente en momentos de duelo, pudiendo deberse a una inhibición del proceso de neutralización traumática. Las representaciones mnémicas de la experiencia permanecen encapsuladas fuera de la conciencia sin provocar ninguna reacción hasta que un fallo de los mecanismos de represión, enfrenta bruscamente al sujeto con los aspectos traumáticos reprimidos, desencadenándose la respuesta psicósomática de forma aguda y total.

Evolución, pronóstico y terapéutica

En los estudios de seguimiento de grandes masas de población sometidas a los efectos del SEPT se demuestra que la sintomatología va remitiendo con el tiempo, sin embargo en la clínica del paciente individual esta disminución no es tan clara, ya que un gran grupo de los que desarrollan este cuadro tienden a seguir un curso tórpido como se demostró en los estudios de seguimiento que realizó Kolb²⁸. Así las repercusiones del SEPT pueden llegar a ser absolutamente invalidantes, con altos índices de alcoholismo, adicción a drogas, suicidio, divorcio, complicaciones laborales y traumatofilia. Hearst en sus trabajos de 1986 demostró una mayor tendencia de los individuos afectados de SEPT crónico a los accidentes de tráfico, siendo esto una de sus mayores causas de mortalidad. Basándose en experiencias de tratamientos del SEPT en el frente de batalla en la Segunda Guerra, se han descrito pautas terapéuticas en términos que han llegado a ser clásicos:

El *principio de proximidad*. El paciente tiene que ser tratado lo más cerca posible del lugar donde ha experimentado la crisis emocional.

El *principio de prontitud*. Debe ser atendido de forma inmediata o lo más pronto posible después de la aparición de la crisis.

El *principio de expectación*. El paciente tiene que esperar (y se esperará de él) su reincorporación a sus anteriores funciones tras un corto periodo de recuperación de su equilibrio emocional.

Con estos principios resultó sensato y práctico ayudar a los soldados con alteraciones a soportar las exigencias del combate en vez de mandarlos a remotos hospitales con lo que se evitó la sensación de fracaso personal y el desarrollo de síntomas permanentes de evitación fóbica y la consiguiente incapacitación crónica⁵⁴.

exposición repetida pero poco intensa a tóxicos industriales (Scholtenfeld,⁴⁵). El paciente reexperimenta estados somáticos y síntomas físicos que estuvieron presentes en el momento de la intoxicación o lesión original, con frecuencia desarrollan una incapacidad laboral secundaria y son diagnosticados erróneamente de trastorno somatoforme.

SEPT retardado: En ocasiones la circunstancia traumática puede no ejercer efectos inmediatos provocando sin embargo una intensa reacción tardía con un periodo libre de síntomas que puede llegar a años, el mecanismo atiende a dos formas etiopatogénicas: en el primer caso denominaremos trauma retrospectivo a una situación consistente en la retención en la memoria de un suceso en apariencia banal, pero dotado de un gran poder traumatizante que permanece oculto y no es comprendido hasta más tarde; la segunda forma es lo que se denomina trauma pospuesto que consiste en la represión masiva, inmediata y persistente de la calidad traumática del acontecimiento. Aquí los efectos del trauma están presentes desde el primer momento, pero la reacción psicológica no será aparente hasta después de un cierto tiempo.

⁵⁴ Expresado en términos psicodinámicos, la organización y la administración del área psiquiátrica de vanguardia se esforzó por preservar la identificación del paciente con el grupo de combate, por disminuir la ganancia secundaria

El enfoque terapéutico por excelencia está conformado para la mayoría de los autores por una combinación de farmacoterapia y psicoterapia. Los clínicos han utilizado varios agentes farmacológicos en el tratamiento del SEPT, pero generalmente en estudios abiertos y sin un número suficiente de ensayos controlados, Kolb realizó ensayos con betabloqueantes a dosis de 120 a 160 mg diarios en veteranos del Vietnam afectados del síndrome, después de seis meses un 90% refirió mejorías en el sueño, reacciones impulsivas, pensamientos invasores, pesadillas nocturnas y estado de hiperactividad y alarma, otro grupo de autores realizó pruebas con clonidina (Agonista alfa-2-noradrenérgico) en nueve veteranos del Vietnam con SEPT con dosis de 0.2 a 0.4 mg diarios durante seis meses y obtuvieron resultados similares a los pacientes tratados con betabloqueantes, los autores llegaron a la conclusión de que los agentes bloqueantes adrenérgicos, atenúan los síntomas derivados de la somatización de las emociones de ira, temor y ansiedad. En la mayor parte de las publicaciones sobre el tratamiento del SEPT se han utilizado los antidepressivos, destacándose los efectos de la imipramina a dosis de 50 a 300 mg día en la reducción de los fenómenos de flashback y en los terrores nocturnos postraumáticos, mostrando mayor eficacia que los tranquilizantes mayores en la mejoría de los síntomas impulsivos y el alivio del insomnio²³.

Desde las primeras descripciones del SEPT se han utilizado numerosas variantes psicoterapéuticas, Se describieron éxitos con hipnosis o relajación, especialmente cuando resultaba favorecido el proceso de catarsis. Al parecer una vez que se instaura el SEPT crónico se producen alteraciones más o menos persistentes en los sistemas de neurotransmisión noradrenérgica que dificultan la acción beneficiosa de la catarsis (Kolb, 1987). Por esto si se realiza la intervención poco tiempo después del suceso traumático, probablemente puedan evitarse la evolución crónica o retardada. La psicoterapia breve psicodinámica es considerada como un buen método terapéutico.

Se ha postulado también que individuos con traumas psíquicos en el pasado tendrían predisposición a distintas reacciones desadaptativas o a reacciones disociativas que abarcarían de la despersonalización a la psicosis (Krystal,²⁹), por lo tanto sería útil intentar modificar los conflictos preexistentes, las dificultades del desarrollo y los estilos adaptativos que hacen más vulnerable al individuo ante una experiencia determinada.

Horowitz²⁴ propuso un modelo de tratamiento orientado respecto a las fases en el que se establece un equilibrio entre una intervención inicial de terapia de apoyo que atenúe el estado traumático y un tratamiento progresivamente más agresivo en fases más avanzadas. Los elementos terapéuticos más importantes durante el tratamiento son una relación segura, estable y comunicativa; la reexposición al suceso traumático, la revisión de la imagen del mundo y de la autoimagen que tiene el paciente y finalmente terminar con las experiencias subjetivas de pérdida. La terapia cognitiva ha mostrado ser de gran utilidad en el control de la actividad mental intrusiva del SEPT.

derivada de la neurosis y por evitar el atractivo de la enfermedad y la incapacidad, de esta forma los principios terapéuticos se ponían en práctica mediante la manipulación social o de grupo. Tales medidas constituyeron un éxito y fueron una de las más importantes lecciones médico-psiquiátricas de la II Guerra Mundial. Actualmente la evolución del tratamiento del SEPT ha tenido distintas contribuciones, manteniéndose en parte los principios fundamentales del tratamiento, dado que son difícilmente instaurables fuera del estricto y bien organizado medio militar.

Enfoque Psiconeuroinmunoendocrinológico (PNIE)⁵⁵

“La psiconeuroinmunoendocrinología es la rama de la medicina que tiene por objeto el estudio de las relaciones entre los cuatro sistemas de control y regulatorios, que tiene el organismo humano: el psicológico⁵⁶, el neurológico⁵⁷, el inmunológico⁵⁸ y el endocrinológico⁵⁹. La comunicación entre sus componentes es determinada por diferentes tipos de señalización molecular, conformando de esta manera distintos idiomas. De esta forma tendremos un idioma psíquico-neurológico dado por los neurotransmisores, otro inmunológico, dado por las interleuquinas, y otro endocrinológico dado por las hormonas. Hoy se sabe que cada uno de los componentes que forman la PNIE, es capaz de interrelacionarse con otro o bien actuar sobre sí mismo (automodulación) mediante todos los idiomas PNIE. Debemos conceptualizar entonces que citoquinas, neuropéptidos, neurotransmisores y hormonas, pueden actuar o ser sintetizados en cualquiera de los tres sistemas implicados (cerebro, hipófisis, tejidos glandulares y células del sistema inmune). Todos los órganos que forman el sistema PNIE poseen receptores específicos para las diferentes sustancias biológicas, que permiten la interrelación de los subsistemas implicados. (Marquez Lopez-Mato³⁰)⁶⁰.

Desde la PNIE se puede explicar la endogenización de las vivencias reactivas. Un hecho traumático externo puede quedar grabado en tres tipos de memoria: la sensorial que es corta, la límbico-temporal que es larga o la inmunoendocrina que es eterna. Por lo tanto, esté el desencadenante patológico en lo endógeno o en lo ambiental, se traducirá en más o menos tiempo, en rupturas de este sistema. Las reacciones vivenciales o las adaptativas a situaciones del medio pueden dejar

⁵⁵ Anteriormente **psiconeuroinmunología**, conocida por la sigla “PNI”, término inventado por el psicólogo Robert Ader a fines de la década del 70. (SOLOMON⁴⁸) Sabiendo hoy las interrelaciones de los ejes y conociendo la función secretora hormonal del cerebro, el término adecuado es el de PNIE.

⁵⁶ Esta área se encuentra expresada fundamentalmente por los circuitos límbico, paralímbico y pineal. Estas estructuras son las encargadas de la exteriorización de las conductas ante el procesamiento de las emociones

⁵⁷ Se expresa por el Sistema Nervioso Central y Periférico, fundamentalmente mediante neurotransmisores y neuroreguladores. Los neuroreguladores se encuentran en mayor número que los neurotransmisores e incluyen, entre otros, a los péptidos hipotalámicos, enterohormonas y citoquinas.

⁵⁸ El sistema inmune posee como principal función, la discriminación entre lo propio y lo ajeno. Destaquemos que el sistema inmune y el nervioso son los dos únicos sistemas del organismo con capacidad de memoria y de aprendizaje en sus funciones y regulan su proliferación clonal por el mecanismo de muerte por apoptosis.

⁵⁹ Es el sistema de control expresado por los distintos ejes hipotálamo-hipófiso-periféricos. Hace 30 años Schapiro lo llamó “hormonostato”. El hipotálamo, como principal estructura neuroendocrina de interés para la comprensión de los mecanismos de control superiores del sistema PNIE, está formado por la región cerebral que rodea el sector inferior del tercer ventrículo, extendiéndose desde el quiasma óptico a los cuerpos mamilares. Se encuentra conectado entre sí con la neocorteza, con las otras áreas cerebrales y con el sistema inmune. Produce factores de liberación, que son péptidos o glucopéptidos, que regulan en forma inhibitoria o estimulatoria la liberación de hormonas hipofisarias, las que a su vez regulan a las hormonas periféricas. De esta forma, se vinculan y regulan las conductas efectoras (endocrinas) con los estímulos viscerales (SNA) y/o emocionales. El Sistema Nervioso y el Sistema Endocrino tienen el mismo origen embriológico, por lo que no sorprende la producción de una misma hormona polipeptídica o esteroidea por células del cerebro y del ovario. Tampoco que una sustancia pueda actuar indistintamente como neurotransmisor u hormona.

⁶⁰ Interacciones inmunoneuroendocrinas: numerosos trabajos han mostrado resultados que pueden aceptarse como evidencia de una integración funcional entre el sistema inmune y el neuroendocrino.

La integración de estos sistemas se da a diferentes niveles, los cuales pueden resumirse de la siguiente forma:

- 1) las hormonas clásicas y neurotransmisores se unen a receptores específicos de las células del sistema inmune, regulando su actividad;
- 2) productos clásicos del sistema inmune como son las citoquinas pueden actuar sobre las células del sistema neuroendocrino, alterando su funcionalidad,
- 3) hormonas liberadas por el hipotálamo, así como estímulos inmunes, pueden actuar sobre linfocitos favoreciendo la liberación de neuropéptidos, los cuales podrían modificar la actividad del sistema neuroendocrino, y
- 4) algunas células del sistema nervioso producen citoquinas o péptidos semejantes a las citoquinas, las que son capaces de modular la función de las células del sistema inmunitario.

trazas de alteración bioquímica o metabólica que se independizan de la causa y persisten de por vida. Sin embargo, la repercusión metabólica excede a la orgánica. No respondemos todos del mismo modo al mismo estrés, ya que la respuesta multimodal al estresor no depende de la calidad del mismo sino de la evaluación cognitiva individual que cada uno hace sobre él, de acuerdo con el bagaje socio-genético-cultural que arrastra. La PNIE nos enseña lo errado del concepto de homeostasis. Lo normal es la adaptación circadiana, metabólica, endocrina y psicológica a cambios permanentes. La fluctuación y la adaptabilidad definen la salud. La pérdida de esta capacidad es la enfermedad.³⁰

La PNIE recupera la versión holística de la Medicina hipocrática pero sin olvidar la singularidad de cada ser. Sólo en la interacción del hombre biológico, psicológico y social con su medio, se entiende que no hay enfermedades sino enfermos. (...) Es en la PNIE donde la aseveración gassetiana de que “Yo soy yo y mis circunstancias” adquiere su real correlato biológico. Sólo con la comprensión psiconeuroinmunoendocrinológica puedo vivir en equilibrio conmigo mismo (sistema límbico), con el otro (sistema paralímbico) y con el ecosistema (sistema pineal).³⁰. Por lo tanto podemos concluir que la PNIE con sus estudios y aplicación clínica está disolviendo los dualismos mente-cuerpo, cuerpo-ambiente e individuo-población. La PNIE no sólo ayuda a entender la patofisiología y la psicofisiología de la enfermedad en el sentido de un sistema de orientación teórica, sino que valora también la relación médico - paciente y el propio rol del paciente en la superación de la enfermedad y mantenimiento de la salud. Así, la PNIE provee una base científica para la práctica de la medicina humanística por constituir una mirada integradora y dinámica de los procesos de Salud y Enfermedad.⁶¹.

El enfoque PNIE se nutre de las teorías de los Sistemas y del Caos, que constituyen una forma de pensar a la fisiología humana mediante complejas redes de comunicación bidireccionales, con mecanismos de retroalimentación positivos y negativos donde se busca el orden subyacente bajo el aparente desorden, dejando de lado por reduccionistas la etiología única y los fenómenos causa/efecto.

En la década del 80⁶² aparecen los principales artículos que conciben la enfermedad como resultado de un desequilibrio en la compleja red de mensajes, señales y respuestas, en la que las distintas moléculas y sustancias juegan un rol capital al aumentar o disminuir ante estímulos emocionales o electrofisiológicos. Ader (1998) había observado la interrelación entre sistema inmune y vulnerabilidad, inclusive en los estudios en animales⁶³ se evidenció como los

⁶¹ La primera relación del sistema endocrino con el inmunológico fue comunicada por Calzolari en 1898, quien observó en conejos castrados el aumento del timo, confirmado por Chillido en 1940; posteriormente Solomon en 1964 escribe sobre la integración entre inmunidad, enfermedad y cómo podrían influir los estados emocionales. Ader en 1975 escribe sobre la conducta y estados emocionales que pueden llevar a la inmunosupresión y Farrar en 1987 publica un interesante artículo sobre la relación del sistema inmune y el nervioso.¹⁴

⁶² No obstante, en 1926, Serge Metalnikov y colaboradores, que trabajaban en el Instituto Pasteur de París ya habían realizado el siguiente experimento: inyectaban bacterias a cobayas y a la vez, arañaban su piel. Como era de esperar, las cobayas desarrollaban una respuesta inmune. Pero lo sorprendente era que los animales seguían respondiendo sólo a la escarificación de la piel. Era como si las cobayas hubieran aprendido que la “escarificación” equivalía a “bacterias”, lo mismo que para los perros de Pavlov, la “campana” equivalía a “hueso”.

⁶³ Un estudio realizado en Texas a principios de 1979 por Robert M. Nerem y su equipo, llamado el experimento de los conejos mimados de Nueva Zelanda: un grupo de conejos neozelandeses fueron alimentados con una dieta rica en colesterol durante más de 5 semanas. Un investigador le tomó cariño a un animal. Cada día, durante media hora, le acariciaba, le hablaba e incluso jugaba con él mientras el alimentaba. Tiempo después los animales fueron sacrificados para estudiar el efecto del colesterol en sus arterias. Con sorpresa, se descubrió que el conejo en cuestión presentaba un 60% menos daño que el resto de sus compañeros. Los investigadores decidieron repetir la experiencia un par de veces más. Se hicieron dos grupos y en uno de ellos cada conejo tenía el mismo cuidador, que le visitaba cariñosamente 5

factores psicosociales y de comportamiento, incluyendo el sentimiento de bienestar así como los elementos estresantes de la vida, están asociados con alteraciones de la inmunidad humoral y de la inmunidad celular, y con una susceptibilidad alterada a las enfermedades infecciosas, autoinmunes y neoplásicas.

Janine Kiecolt-Glaser²⁷ y su equipo, describieron los cambios inmunológicos y endocrinológicos dependientes de la mayor armonía o infelicidad del vínculo matrimonial⁶⁴: “Iniciamos estos estudios en 1986, cuando nos comenzamos a preguntar si el divorcio iría o no, asociado a una función deficiente del sistema inmune. Cuando comparamos parejas casadas con personas que acababan de divorciarse, vimos que éstas últimas tenían un sistema inmune más débil. Pero dentro del grupo de casados resultó que los que eran más felices en su matrimonio, tenían un mejor funcionamiento del sistema inmunológico”. También se comprobó que ante las discusiones maritales, los aumentos en las hormonas del estrés (adrenalina, noradrenalina y ACTH) y la depresión del sistema inmune, era de una muy superior incidencia en la esposa que en el marido. Este estudio demostró que, incluso después de que las parejas hubiesen dejado de discutir, la batalla fisiológica continuaba alterando el cuerpo femenino.^{65; 66}

veces al día. Por el contrario, los animales restantes pasaron a constituir un grupo de control. Los resultados mostraron un abismo entre ambos grupos. Sacrificados los conejos, se vio que aquellos que recibieron más cariño frente al trato frío habitual de laboratorio presentaban nuevamente, un 60% menos de lesiones aórticas, aunque tenían la misma cantidad de colesterol en sangre, la misma presión y el mismo ritmo cardíaco que el resto de sus compañeros. Quedó bien claro que, de algún modo, los conejos mimados estaban más protegidos contra el infarto. (Luis Miguel Ariza “Psiconeuroinmunología”, Muy Interesante, Año VI, # 11)

⁶⁴ To assess endocrinological and immunological correlates of marital conflict and marital satisfaction, 31 older couples (mean age 67 years) who had been married an average of 42 years were studied. METHOD: Couples were admitted to the Clinical Research Center and a catheter was placed in each subject's arm. Blood was drawn on entry for immunological assays; for hormone analyses, five blood samples were drawn during a 30-minute conflict discussion and a 15-minute recovery session. The conflict session was recorded on videotapes that were later coded for problem-solving behaviors using the Marital Interaction Coding System (MICS). RESULTS: Among wives, escalation of negative behavior during conflict and marital satisfaction showed strong relationships to endocrine changes, accounting for 16% to 21% of the variance in the rates of change of cortisol, adrenocorticotropic hormone (ACTH), and norepinephrine (but not epinephrine). In contrast, husbands' endocrine data did not show significant relationships with negative behavior or marital quality. Both men and women who showed relatively poorer immunological responses across three functional assays (the blastogenic response to two T-cell mitogens and antibody titers to latent Epstein-Barr virus) displayed more negative behavior during conflict; they also characterized their usual marital disagreements as more negative than individuals who showed better immune responses across assays. CONCLUSION: Abrasive marital interactions may have physiological consequences even among older adults in long-term marriages.

⁶⁵ Estudios previos habían llegado a conclusiones que podrían explicar estos resultados: en las discusiones, el hombre trata de escapar del problema o renuncia a seguir dándole vueltas, hecho que resulta muy frustrante para la mujer. El trabajo de la psicóloga Dra. Kiecolt-Glaser -directora del departamento de Psicología y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ohio, junto con el inmunólogo Ronald Glase- demostró que las respuestas desagradables y las evasivas de los maridos -plasmadas en videos- marcaban los cambios en los niveles hormonales: cuanto más acusadas eran las reacciones hostiles, mayor era el incremento de hormonas del estrés en la sangre de las esposas. Obviamente, si estas hormonas se mantienen a un nivel elevado el tiempo suficiente, pueden producirse consecuencias inmunológicas negativas en la salud.

Según Ana Aslan, endocrinóloga de Rumania, que trabaja en su clínica de Bucarest, hay que valorar la química producida por la “voluntad de vivir”: ella afirma la existencia de una conexión directa entre una fuerte voluntad de vivir y ciertos balances químicos cerebrales que estimularían la glándula pituitaria, la cual dispara a su vez, una serie de efectos en la glándula pineal y en todo el sistema endocrino.¹¹

⁶⁶ En un estudio David Spiegel, psiquiatra de la Universidad de Stanford (California) intentó demostrar que el bienestar psicológico, claramente evaluable, no podía ayudar en ningún cáncer de mama en fase terminal. Para hacerlo, recurrió a un estudio que había realizado años atrás con el psiquiatra Irving Yalom, también de Stanford, destinado a mejorar el bienestar mental de mujeres con cáncer de mama. Comprobó que el grupo que había recibido psicoterapia, además del tratamiento estándar, había sobrevivido 36,6 meses; dos veces la media de supervivencia del grupo que sólo recibió el tratamiento estándar para el cáncer (18,9 meses). Impresionado, Spiegel pidió a más de 20 científicos escépticos, que estudiaran los datos antes de publicarlos. Ninguno de ellos detectó ningún error en el diseño de la investigación. (Mundo Salud, <http://www.el-mundo.es/salud/1994>).

A modo de síntesis

Hemos intentado mostrar como el pensamiento psicosomático trata de superar visiones parciales y reduccionistas, guiado por la búsqueda de integración de manifestaciones biológicas, psíquicas y sociales, en la comprensión del ser humano.

La diversidad de teorías que guían el modelo psicosomático nos dan cuenta de la complejidad del problema, verdadera encrucijada imposible de resolver con un único enfoque y necesitada de la visión interdisciplinaria. La función de tal perspectiva consiste en facilitar la *fertilización* cruzada entre ellas y proponer modelos para repensar relaciones, antinomias y convergencias.

Cuando uno se pregunta por qué tantos enfoques y líneas de pensamiento se han sucedido en la historia de la Medicina y la Psicología en estos intentos comprensivos, se hace evidente que para el hombre la integración mente – cuerpo despierta importantes resistencias ya que el concebir la enfermedad como un lenguaje, un mensaje que el otro puede decodificarnos, o que lo que ocurre en un vínculo de pareja o familia, puedan estar influyendo en nuestro padecimiento, son concepciones hirientes para el narcisismo que nos constituye. De allí que surge la disociación y proyección en el agente bacteriano, en la herencia o en cualquier otro depositario, que nos permita salir indemnes en nuestro ideal de perfección.

En el área de la biología aún hoy existen enfoques cartesianos que conciben los organismos vivientes como máquinas constituidas por diferentes partes⁶⁷. Sin embargo, los científicos actualmente conciben los organismos vivos como pertenecientes a los sistemas no-lineales, mundo impredecible donde un pequeño cambio en un parámetro puede virar hacia un suceso completamente nuevo, como cuando en la física cuántica se producen los “saltos cuánticos”, circunstancias novedosas que no se hayan controladas por las leyes causales sino solamente previstas por las leyes de la probabilidad. Estos sistemas desafían la lógica tradicional, reemplazando el concepto de energía por el de *información*, y el de causa – efecto por el de *estructura y realimentación*. Por lo tanto, si el valor de cada elemento de una estructura dinámica o sistema vivo, está íntimamente relacionado con los demás, y si cada elemento es necesario para definir a los

En nuestras investigaciones sobre cáncer de mama, hallamos siempre presente como antecedente a la aparición del cáncer de mama, una importante pérdida objetal (que confirma la hipótesis de LeShan) y la alta incidencia en la recuperación de la enfermedad (ausencia de recidivas y metástasis) si se entablan nuevos vínculos que resignifiquen dicha pérdida. (Spagnuolo,⁴⁹ⁱ)

Desde 1940, algunas observaciones psicosomáticas fueron hechas con respecto a factores emocionales en el inicio y curso de las enfermedades autoinmunes, principalmente la artritis reumatoidea, el lupus eritematoso sistémico (LES), el mal de Grave y otras. La observación más intrigante de este período, fue el hallazgo de que los parientes físicamente saludables de pacientes con artritis reumatoidea, quienes tenían en su serología las características del anticuerpo de esa enfermedad, el factor reumatoide (Anti-inmunoglobulina G) pero con superior adaptación psicológica que aquellos a los que les faltaba el factor, dejó planteado que el bienestar psicológico podría tener una influencia proteccionista ante una vulnerabilidad genética (Solomon, G.F and Moos, R.H. (1965) The relationship of personality to the presence of rheumatoid factor in asymptomatic relatives of patients with rheumatoid arthritis. *Psychosomatic Medicine* 27; 350-360.).

⁶⁷ De este modo, tres siglos después de Descartes, la ciencia de la medicina sigue basándose, como escribe George Engel¹⁵ⁱ en “el concepto del cuerpo como máquina, de la enfermedad como consecuencia de la avería de la máquina, y de la tarea del médico como la reparación de esta máquina”. La medicina tradicional tiende a considerar como “*psicosomática*” cualquier enfermedad cuyo origen y desarrollo no resulten comprensibles dentro de la estructura biomédica y a etiquetar como “*efecto placebo*” cualquier proceso de curación introducido por las expectativas positivas del paciente y por su fe en el médico y en el tratamiento, mientras que la curación que ocurre sin ninguna intervención médica se denomina “*remisión espontánea*”. Estas tres expresiones se refieren a los poderes curativos de la actitud mental del paciente que puede influir positivamente en la dinámica físico química de su cuerpo.

otros, no puede ser visto en forma aislada sino a través de la posición y la función que desempeña en la estructura total.

Consideramos que de la comprensión profunda de las circunstancias del padecimiento orgánico, surgiría la posibilidad de una eficaz prevención primaria⁶⁸ que se dirigiría hacia la identificación de los comportamientos nocivos implicados en el proceso patológico y procuraría su modificación, promocionando la adquisición de conductas bio-psico-sociales más saludables⁶⁹.

Deseamos como cierre, recordar las palabras de **Leopold Bellak** ⁶ “Todo ser humano tiene una básica necesidad de amor, que conserva en mayor o menor grado, a través de todas sus vicisitudes, su carácter pristino y original, de necesidad de ser amado por los progenitores. Todos los médicos –y la mayor parte de los pacientes- han tenido oportunidad de reconocer la eficacia que puede tener un placebo, además de la frecuencia con que los fármacos pueden producir resultados benéficos bastante lejanos de los que indican los textos de estudio y del hecho de que incluso una receta en el bolsillo del paciente puede producir una inesperada mejoría. Esto se debe a que, en la medida en que el mal de ese paciente representa una necesidad de carácter neurótico, ha recibido *amor*: alguien se ha ocupado de él y se preocupa por su bienestar. Puede no ser el caso de una receta. Puede tratarse nada más que del tiempo que se le dedica, o apenas de una benévola pregunta. La demanda infantil de amor no se supera a ninguna edad. Es reprimida, o lleva a la desesperación, se satisface en la fantasía o es obtenida de una u otra manera de un ambiente más o menos indiferente. En la relación ideal de médico y paciente esta necesidad se siente debidamente *satisfecha*, con la consiguiente euforia y el correspondiente efecto sobre los síntomas.⁷⁰

BIBLIOGRAFIA

Ackerman, N.W. (1961) Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires, Hormé

Ader, R. (1998) "Introducción", en Estrés y procesos de enfermedad. Psiconeuroinmunoendocrinología: modelos de integración mente-cuerpo. Arias P. et. alt. Tomo I. Ed. Biblos, Buenos Aires, 1998

Alexander, F., French, T. (1948) Studies in psychosomatic medicine. An approach to the cause and treatment of vegetative disturbances. New York, Ronald Press, 1948

Alexander, F. (1943) Fundamental concepts of psychosomatic research. Psychosom.Med., 1943, 5, 205

i. (1950) Psychosomatic Medicine. New York, Norton, 1950

⁶⁸ La prevención secundaria consistiría en el tratamiento de la problemática y la terciaria abordaría la reducción de los efectos residuales y perjudiciales que siguen al tratamiento, posibilitando la rehabilitación, la reinserción en el mundo social y laboral, la prevención de recaídas, etc. Por lo tanto podemos concluir que sólo la prevención primaria es estrictamente prevención.

⁶⁹ De este modo también se podría lograr el ideal de *salud* que propone Laín Entralgo cuando la describe como la capacidad del organismo para resistir, sin reacción morbosa, situaciones vitales intensamente esforzadas o fuertemente agresivas, donde la felicidad consiste en la vivencia de una plena posesión y una plena fruición de todo lo que uno es, puede ser y quiere ser.

⁷⁰ “Los médicos no deben actuar como meros técnicos del cuerpo, también deben arriesgarse a ingresar en la vida emocional y espiritual de sus pacientes... si se atreven a cruzar esos límites, conseguirán el máximo de visión e intuición y podrán prestar un máximo de ayuda” Víctor Frankl

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Revised Edition, Washington, 1987.
- Bellak, L. (1965) Psicología de las enfermedades orgánicas. Hormé, Argentina.
- Barbero, L., Corniglio, H.; *La teoría psicósomática de Pierre Marty y el psicoanálisis y Estudio comparativo de dos epistemologías diferentes para la comprensión psicoanalítica de la enfermedad orgánica*. Conferencias pronunciadas en el Centro de Consulta Médica Weizsäcker, Buenos Aires. 1993.
- Breuer J., Freud, S. (1893) Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar. Amorrortu Editores, volumen 2. Buenos Aires. 1980.
- Chiozza, L. (1996) Definiciones para un diccionario. Obras Completas. CD, In Context.
- (1991) Los afectos ocultos en...; Op.cit.
- (1993) Los sentimientos ocultos en..., y
- (1995) Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis. Op.cit.
- (1986) ¿Por qué enfermamos?. Op.cit.
- (1991) El problema de la operatividad en la medicina psicósomática. Op.cit.
- (1988) Lo psicósomático. Op.cit.
- (1980) Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar. Op.cit.
- (1982) Las cardiopatías isquémicas. Op.cit.
- (1995) Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis. Op.cit.
- Clauser, G. (1966) Selección y recopilación de "Escritos sobre lo psicósomático". Limes Verlag, Wiesbaden (Traducción de Ulrike Heuse de Hejt)
- Cousins, N. (1991) Anatomy of an illness. Nueva York. Bantam Books.
- Deutsch, F. (1933) Studies in pathogenesis: biological and psychological aspects. Psychoanal.Quart. 1933, 2, 225.
- Dunbar, F. (1943) Psychosomatic diagnosis. Ed. Hoeber, Nueva York, 1943.
- Eiguchi, K y Soneira, S. (2002) Psiconeuroinmunoendocrinología en enfermedades autoinmunes (LES). Volumen 33, Suplemento 1, Año 2002. S8
- Engel, G.L. (1962) Psychological Development in Health and Disease. Saunders, Philadelphia.
- i. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 196, 129 April. 8.
- Ey, H. (1969) Tratado de Psiquiatría, Ed.Toray-Masson. Barcelona.
- Freud, S. (1916) Conferencias de introducción al psicoanálisis. Amorrortu Editores, volumen 15. Buenos Aires. 1978.
- Granel, J. (1978) Sobre Accidentes y Accidentados. Centro de Investigaciones en Medicina Psicósomática, Buenos Aires.
- Groddeck, G. (1981) El libro del Ello. Ed. Taurus, Madrid, 1981
- Halliday, J.L. (1943) Concept of a psychosomatic affection. Lancet, 1943, 2, 692
- i. (1961) Medicina psicosocial. Eudeba, Buenos Aires.
- Haynal, A. y Passini, W. (1978) Abrégé de médecine psychosomatique. París, Masson, 1978.
- Hocking, F.H. (1971) Estrés and Psychiatry. Med. J. Aust.; 2:837-840.
- Hogber, G.L, Cornfield, R.B. (1981) Treatment of traumatic war neurosis with phenilzine. Arch. Gen. Psychiat.; 38: 440-445.
- Horowitz, M. (1974) Estrés response syndromes. Arch. Gen. Psychiat.; 31:768-781.
- Insua, J. (1974) Psicosemiología y psicopatología. Ed. Columba, Argentina.
- Kaplan, H.B. (1976) Antecedents of negative self - attitudes: Membership group devaluation and defensiveness. Social Psychiatry, 11. 15-25, 19

- Kiecolt-Glaser, J.; Glaser, R., y col. (1997) Marital conflict in older adults: endocrinological and immunological correlates. *Psychosom. Med.* 59: 339-349.
- Kolb, L.C. A neuropsychological hypothesis explaining posttraumatic estrés disorders. *Am. J. Psychiat.*, 1987; 144:989-995.
- Krystal, H. (1984) Psychoanalytic views on human emotional damages. En: B. A. Van der Kolk, (Ed.) *Post-Traumatic Estrés Disorder: Psychological and Biological Sequelae*. American Psychiatric Press, New York , 1-28.
- Márquez López Mato, A. y col. (2002) *Psiconeuroinmunoendocrinología. Aspectos epistemológicos, clínicos y terapéuticos*. Ed. Polemos. Buenos Aires.
- Marty, P., De M'Uzan, M., David, C. (1963) *L'investigation psychosomatic*. Paris, Presses Universitaire de France.
- Marty, P. (1992) *La psicósomática del adulto*. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Minuchin, S., Fishman, H.Ch. (1988) *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1990) *Familias y terapia familiar*. Barcelona, Gedisa.
- Lain Entralgo, P. (1961) *Enfermedad y pecado*. Ed. Toray. Barcelona
- i. (1950) *Introducción histórica al estudio de la patología psicósomática*. Paz Montalvo, Madrid.
- ii. (1985) *Historia de la medicina*. Salvat Editores. España
- Libermann, D. (1962) *La comunicación en terapéutica psicoanalítica*. Eudeba, Argentina
- Lolas Stepke, F., (1995) *La perspectiva psicósomática en Medicina. Ensayos de aproximación*. Editorial Universitaria. 2ª. Edición. Chile.
- Onnis, L., (1990). *Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos*. Barcelona, Paidós.
- Papp, D. (1988) *Breve historia de las ciencias*. Emecé, Argentina.
- Parry, C.H., (1978) *Collections from the unpublished medical writings*. En: Mayor RH, editor. *Classic descriptions of disease with biographical sketches of the authors* Springfield (Illinois): Thomas CC.
- Pelrosso, A. *Abordaje del paciente psicósomático. El Paciente psicósomático; Cabalgando sobre dos caballos. III Jornadas Universitarias de Psicósomática. Hospital Durand, setiembre 2003. Buenos Aires.*
- Rosenman, R.H. y col. (1964) A predictive study of coronary heart disease. *J.A.M.A.*, 1964, 189, 103.
- Rof Carballo, J. (1961) *Urdimbre afectiva y enfermedad*. Ed. Labor.
- i.(1984) *Teoría y práctica psicósomática*. Ed. Brouwer. Bilbao
- ii.(2003) *La paradoja epistémica*. *Revista Atlántida N° 8.- 1 julio 2003* Edición digital de Arvo Net. <http://www.arvo.net/>
- Saul, L.J. (1970) Inner sustainement: The Concept. *Psychoanal. Quart.*; 39:215-222.
- Schottenfeld, R.S, Cullen, M.R. Occupation induced posttraumatic estrés disorders. *Am. J. Psychiat.*, 1985; 142:198-202.
- Selvini, M. & otros, (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona, Paidós.
- Selye, H. (1950) *The Physiologie and Pathology of exposure to Stress*. Montreal. Acta Inc. Med. Publ.
- Solomon, G.F. (2001) *Psiconeuroinmunología: sinopsis de su historia, evidencia y consecuencias*. 2º Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2001. Mesa Redonda: Psicósomática, 1 Febrero – 7 Marzo, 2001

Spagnuolo de Iummato, A. (1993) La enfermedad del niño como emergente del conflicto familiar, presentado en el Encuentro Internacional de Psiquiatría de Lactantes, Niños y Adolescentes. Punta del Este. Uruguay, noviembre de 1993.

i. (1985) Un estudio psicoanalítico del cáncer de mama, presentado en el IV Encuentro Brasileño-Argentino de Contribuciones Psicoanalíticas a la Medicina Psicosomática, San Pablo. Agosto de 1985.

Stierin, H. & Weber, G. (1990). ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia? Barcelona, Gedisa.

Watzlawick, P. & otros, (1981). Teoría de la comunicación humana. Barcelona,

Weiss, E. y English, O.E. (1949) Psychosomatic Medicine. The clinical application of psychopathology to general medical problems. Philadelphia and London, w.b. Saunders Co., 1949. (2ª edición).

Weisman, AD. (1976) "Early diagnosis of the vulnerability in cancer patients". American Journal of the Medical Sciences, 271, 187-196

Zukerfeld, R. (1999) Psicoanálisis actual: Tercera tópica, vulnerabilidad y contexto social. Aperturas Psicoanalíticas, Revista de Psicoanálisis. Julio 1999 - No.2

Zukerfeld, R. y Zukerfeld, R. Z. (1999) Psicoanálisis, tercera tópica y vulnerabilidad somática. Lugar Editorial, Buenos Aires.