



**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**"ANÁLISIS DE LOS CONCEPTOS DE FENÓMENO PSICOSOMÁTICO, HISTERIA
DE CONVERSIÓN E HIPOCONDRIASIS EN CASOS DE PSORIASIS"**

**Trabajo de titulación presentado en conformidad a los requisitos
establecidos para optar por el título de Psicólogo Clínico.**

**Profesora Guía:
Magister. Ligia Yolanda Vega Castellanos**

**Autor:
Manuel Alejandro Estrella Guerrero**

2012

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

.....

Ligia Yolanda Vega Castellanos.

Magister en Filosofía.

1708679343.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”

.....

Manuel Alejandro Estrella Guerrero.

1713579983

AGRADECIMIENTOS

Mis agradecimientos sinceros a mis padres Ramiro y Alicia, a mis hermanos Vale y Rami por su apoyo incondicional.

A la Msc. Yolanda Vega por su tiempo y guía en esta investigación.

Y a Viviana por ser inspiración y compañía en todo este camino.

DEDICATORIA

A Dios, a mis Padres, y con total gratitud a Ramiro por ser inspiración y guía en mi vida. A mis Hermanos, por creer en mí. Y a Viviana por darme las fuerzas para continuar.

RESUMEN

Este trabajo pretende mostrar los resultados preliminares de una investigación que se realizó en seis pacientes con afección psicosomática dermatológica (psoriasis), en la Fundación Ecuatoriana para la Psoriasis (FEPSO) en Quito, desde la perspectiva del Psicoanálisis con orientación freudiana y lacaniana.

El uso de la palabra psicosomática está muy extendido en el campo de la psicopatología y la clínica psicológica y lleva consigo una pesada carga semántica. El eje central de esta investigación fue realizar una revisión teórica, de los distintos significados que se han venido otorgando al término psicosomática, y contrastarla en los pacientes observados desde tres posturas distintas en las cuales la relación soma-psyche está presente: La Hipocondría, la Histeria de Conversión y el Fenómeno Psicosomático.

En el marco de esta investigación nos centramos en diferenciar las tres distintas entidades descritas anteriormente y que en los casos presentados mostraron un tipo de alteración corporal.

La Psicosomática parte de sus inicios con Hipócrates y Galeno, alcanzando con La Medicina Psicosomática una postura con fundamentos médicos que le dan validez dentro del campo clínico, hasta llegar a la Psicosomática con orientación psicoanalítica (freudiana y lacaniana), lo que implica un análisis de la interpretación de la psicosomática como un lenguaje de expresión de un malestar psíquico y la distinción del síntoma conversivo (lo que habla el cuerpo) y el fenómeno psicosomático (lo que calla el cuerpo)

De esta forma hemos podido determinar que cada paciente psicosomático entiende, vive y habla de su enfermedad de una manera particular, y de esta manera particular y la escucha del profesional “psi” se puede concebir la enfermedad y su cura.

Palabras Clave: Psicossomática – Síntoma Conversivo – Fenómeno Psicossomático – Hipocondría – Somatización – Psicoanálisis – Psoriasis.

ABSTRACT

This paper aims to show the preliminary results of an investigation that was conducted in six patients with psychosomatic dermatological disease (psoriasis) in the Ecuadorian Foundation for Psoriasis (FEPSO) in Quito, from the perspective of psychoanalysis with Freudian and Lacanian orientation.

The use of the word psychosomatic is widespread in the field of psychopathology and clinical psychology and carries a heavy load semantics. The focus of this research was to review the theoretical, the various meanings that have been giving the term psychosomatic, and contrast observed in patients from three different positions in which the soma-Pisque relationship is present: hypochondria, conversion hysteria and psychosomatic phenomenon.

As part of this research we focus on differentiating the various entities described above after which the cases presented alterations showed a type of body alteration.

The Psychosomatic part of its beginning with Hippocrates and Galen, reaching with Psychosomatic Medicine posture with medical foundations that give validity in the clinical field, up to the Psychosomatic oriented psychotherapy (Freudian and Lacanian), which involves an analysis of the interpretation of the language as a psychosomatic expression of mental distress and symptom distinction conversive (which speaks the body) and the psychosomatic phenomenon (which shuts the body)

Thus we have determined that each patient understands psychosomatic, lives and speaks of his illness in a particular way, and in this particular way and listen to the professional "psi" can conceive of the disease and its cure.

Keywords: Psychosomatics - Symptom conversive - Psychosomatic Phenomenon - Hypochondria - Somatization - Psychoanalysis - Psoriasis.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
1. Breve Historia de la Psicología.....	3
1.2. Somatización.....	4
1.3. Psicología.....	8
1.3.1. Medicina Psicología.....	10
1.3.2. Escuela Norteamericana.....	12
1.3.3. Escuela de París.....	15
1.3.4. Escuela de Heidelberg o Alemana.....	18
1.3.5. Escuela Argentina.....	20
1.4. Psicoanálisis y Psicología.....	24
CAPÍTULO II.....	29
2. Psoriasis.....	29
2.1. Antecedentes.....	29
2.2. Etiología.....	30
2.3. Descripción Clínica – Localización y Diagnóstico Diferencial.....	32
2.4. Tratamiento.....	33
CAPÍTULO III.....	35
3. Diferencias entre: Hipocondría, Síntoma.....	35
Conversivo y Fenómeno Psicología.....	35
3.1. Hipocondría.....	35
3.1.1. El Síntoma y el Síndrome hipocondríaco.....	37
3.1.1.1. El Síntoma.....	37
3.1.1.2. El Síndrome.....	38
3.1.2. División de las Hipocondrías.....	39
3.1.3. Hipocondría y Psicoanálisis.....	41

3.2. Histeria de Conversión.....	43
3.3. El Fenómeno Psicosomático.....	49
3.4. Las diferencias: Hipocondría - Síntoma Conversivo Fenómeno Psicosomático en las enfermedades de la Piel.....	54
CAPÍTULO IV.....	60
4. Estudios de Casos.....	60
4.1. Caso "A".....	61
4.2. Caso "B".....	64
4.3. Caso "C".....	65
4.4. Caso "D".....	67
4.5. Caso "E".....	69
4.6. Caso "F.....	71
CAPÍTULO V.....	73
5.1 Conclusiones.....	73
5.2 Recomendaciones.....	75
REFERENCIAS.....	76
ANEXOS.....	83

INTRODUCCION

“El que tenga ojos para ver y oídos para oír se convencerá de los mortales no pueden guardar ningún secreto. Aquel cuyos labios callan, se delata con las puntas de los dedos; el secreto quiere salirse por todos los poros. Y por eso es muy posible dar cima a la tarea de hacer consciente lo anímico más oculto.” (Sigmund Freud, 1905).

Al ir indagando la definición del término psicósomática, nos hemos dado cuenta de que ha sido y que aún puede ser fuente de confusión, esto por las múltiples teorías y escuelas que abordan el tema. Pero lo que hemos concluido con esta investigación es que entre todas estas se puede mencionar un principio en común y este es: La relación entre la aparición del fenómeno corporal y lo emocional.

En esta investigación haremos un recorrido por la historia de la psicósomática, desde sus inicios con la Somatización, La Psicósomática y la Medicina Psicósomática con sus Escuelas, cada una con una posición particular para explicar el fenómeno corporal y su relación emocional.

Para este estudio también fue relevante hacer una revisión de la *psoriasis* desde la perspectiva clínica dermatológica, profundizamos sus antecedentes, etiología, descripción clínica, localización, diagnóstico diferencial y tratamientos. Dentro de los tratamientos cabe mencionar que de la revisión bibliográfica que se utilizó para este estudio, se marca con mucho énfasis un tratamiento multidisciplinario en el cual la terapia psicológica tiene mucho peso en la cura del paciente.

El Capítulo III, va profundizar y separar las distintas entidades en las cuales se puede encasillar a la psoriasis, puesto que como patología psicósomática se la puede tratar como una Hipocondriasis, un Síntoma Conversivo o un Fenómeno Psicósomático.

Profundizaremos y daremos relevancia a separar estas tres entidades por la forma del discurso del paciente en torno a cómo siente, vive y habla de su enfermedad.

En la observación clínica de los pacientes estudiados se realizó una escucha detenida de 15 sesiones en las cuales se pudo concluir que cada paciente psoriásico es diferente, y esta diferencia está marcada en su discurso, discurso que permitirá tratar de asociar al paciente psicósomático con cada una de las tres entidades descritas en estudio para poder tratar de manejar una cura más asertiva con el paciente.

CAPITULO I

1. Breve Historia de la Psicósomática.

Como M.Farré C. Marcet. M. Rigo. dicen (p. 127) “Al ir rastreando la definición del término psicósomática, nos hemos dado cuenta que ha sido, y puede ser que aún lo sea, fuente de gran confusión entre las múltiples elaboraciones de teorías y escuelas”. Sin embargo sí podemos establecer un principio en común: la relación entre la aparición del fenómeno corporal y lo emocional.

Empezar a relatar los orígenes de la práctica psicósomática nos remonta a los inicios mismos de la medicina, como ciencia y práctica clínica y a todas las derivaciones que dentro de su evolución ha sufrido, debido a las peculiares características sociales, culturales y científicas en las que se ha desenvuelto el ser humano.

Al ir investigando el surgimiento del concepto de psicósomática, debemos remitirnos a un término anterior, ya utilizado en la medicina egipcia y griega: la “somatización”. Término que fue utilizado por primera vez en un contexto científico por Stekel, a principios del siglo XX para referirse “al proceso en el que una neurosis profundamente asentada podía producir trastornos corporales” (García, 2001 p. 1). Esta idea que se encontraba profundamente influenciada por las doctrinas psicoanalíticas, tenía un significado similar al concepto de *conversión* de Freud, “el de un mecanismo que convierte la energía psíquica en síntomas psicógenos”. (López y Belloch, 2002, p. 74).

El presente trabajo no tiene el propósito de comprender las diferencias o semejanzas entre psicósomática y somatización. Esta investigación no expone la psoriasis como una enfermedad biológica o un trastorno psicológico, Lo que se pretende es que a través de una revisión teórica bibliográfica, dar una visión de las posturas psicológicas que hacen referencia a la psoriasis desde la psicósomática. Y para esto profundizaremos: la hipocondría, la histeria de

conversión y el fenómeno psicosomático. Es importante para este trabajo establecer diferencias en estos conceptos, ya que de la manera como se concibe la enfermedad, se va a plantear la curación

1.2. Somatización.

Al buscar un concepto de somatización nos encontramos con una infinidad de explicaciones para este término. Para este estudio nos guiaremos por las formulaciones teóricas de Gaedicke y González (2010, p. 1), las cuales describen a la somatización de la siguiente manera: “es la tendencia de algunos individuos a experimentar y manifestar el malestar psicológico en la forma de síntomas somáticos y buscar ayuda médica por ellos”. Esta tendencia según los autores da lugar a ciertas clasificaciones, las que presentan características fundamentales que comprenden signos y síntomas somáticos que no pueden ser explicados por alguna enfermedad conocida y que resultan en un deterioro social y ocupacional. Esta postura puede ser simplificada desde un punto de vista psicopatológico ya que “la presencia de somatizaciones constituye el denominador común de un grupo de trastornos, incluidos en las actuales clasificaciones nosológicas de la CIE-10 y del DSM IV, bajo la denominación de Trastornos Somatomorfes.” (López y Belloch, 2002, p. 73 - 74).

Para empezar a introducirnos en el tema de la somatización es importante aclarar que en occidente ha sido y es un tema difícil de manejar, debido a la manera mecanicista de ver el cuerpo humano, pues esta postura, “integra con dificultad conceptos tales como espíritu y materia o mente y cuerpo, y las enfermedades psíquicas y físicas permanecen a menudo como entidades cuyo abordaje médico especializado adolece de necesaria visión integradora” (Giménez, 2001, p. 1.), lo que contrasta con la visión holística de las medicinas tradicionales o primitivas.

La presentación de la somatización incluye múltiples quejas atribuidas a un sin número de dolores y fatigas difíciles de “clasificar” para el médico, por lo cual los manuales DSM y CIE buscaron una solución “práctica” que consistió en que ciertos síntomas que antes no tenían explicación se podrían clasificar por la ausencia o presencia de otros. Así se podría decir que “los conceptos y clasificaciones actuales de las enfermedades psiquiátricas evolucionaron rápidamente en este sentido. Según sus alteraciones físicas sean objetivables o no, las enfermedades físicas de causa psicológica las agrupamos en Enfermedades Psicosomáticas o Trastornos Somatomorfes.” (Giménez, 2001 p.1).

Pero esta forma práctica, no es siempre la mejor, como nos dice J. Giménez (2001) en su artículo “La somatización y la enfermedad psicosomática a luz de la medicina tradicional china”, esta postura de clasificar las enfermedades acarrea una importante pérdida en la calidad de vida de los pacientes.

Y si bien este estudio no pretende emitir un juicio acerca de la forma de manejar cada enfermedad, trataremos de desligarnos de esta postura clasificatoria y nos acercaremos más a la conceptualización primaria de Stekel, quien a partir de los años ochenta, pierde sus iniciales primicias psicodinámicas

En la actualidad, son aceptadas definiciones como “la articulación de problemas emocionales y estrés psicosocial por medio de síntomas físicos” o “la expresión del malestar personal y social en un idioma de quejas corporales con búsqueda de ayuda médica” (García, 2001, p.1.).

Es importante indicar que la utilización del término somatización está bastante extendido por parte de los profesionales de la salud mental. Se podría decir que la palabra somatizar tiene una acepción tan generalizada y tan común en el lenguaje cotidiano, que el diccionario de mayor uso, el DRAE (Diccionario del Real Academia de la Lengua), define al término “somatizar” como “Transformar

problemas psíquicos en síntomas orgánicos de manera involuntaria” (Diccionario de la Real Academia de la Lengua, p.70).

De esta manera tan “simple” de tratar a la somatización se pueden generar todas las dificultades o conflictos que trae conceptualizar la somatización, esto sumado a todo lo que implica que en el paciente somatizador con psoriasis su enfermedad se pueda “etiquetar como una queja tal, que puede invitar a pensar que ésta es imaginaria, o que de un modo más o menos consciente es provocado por la persona que la refiere.” (López y Belloch, 2002, p. 75). Como se describe en el artículo de López y Belloch (2002, p.75), es probable que muchos síntomas y síndromes en la somatización sean debidos a pequeñas lesiones o sutiles alteraciones, difíciles de detectar por pruebas convencionales de laboratorio. Y aunque la somatización se distingue claramente de la simulación, “es muy frecuente que en los medios sanitarios, e incluso en opinión general, se tiende a estigmatizar a aquella persona que presenta frecuentes quejas físicas sin una clara justificación médica” (López y Belloch, 2002, p. 76).

Un primer paso para esta investigación será ubicar a la psoriasis dentro de esta amplia postura ya que varios autores quieren incluirla dentro de ésta perspectiva clasificatoria, para la cual la psoriasis aparece como un tipo de somatización.

“Somatización y psicósomática son conceptos íntimamente relacionados, ambos hacen referencia a manifestaciones generalmente bien diferenciables, pero que en ocasiones son confundidas o tomadas como sinónimos”, (López y Belloch, 2002, p. 76), sin embargo los dos términos hacen referencia a una relación entre físico y lo psíquico. Las diferencias pueden estar marcadas en cuanto a la manifestación de esta relación. Así podríamos decir, tomando de referencia a López y Belloch, (2002.), que el término psicósomático indica una relación mente – cuerpo, pero que en ésta existe un proceso psicofisiológico como el de una enfermedad física que puede estar influida por

factores psicológicos, en este caso podríamos tomar a la psoriasis como ejemplo. “Los síndromes o trastornos psicosomáticos son enfermedades físicas en las cuales los procesos emocionales pueden jugar un papel en algunos pacientes” (López y Belloch, 2002, p. 76). Por lo tanto la diferencia fundamental radica en que en los trastornos psicosomáticos sí se constata una dolencia física, junto con la posibilidad de que factores psicológicos puedan vincularse con su aparición, sustento y agravamiento. “Por su parte, en la somatización no aparece un claro diagnóstico médico (orgánico) que pueda justificar esos síntomas” (López y Belloch, 2002, p. 76).

Tomando la perspectiva de otro autor, (Giménez 2001), mantendríamos la coherencia en la forma de ver la somatización (Trastorno Somatomorfo) y la enfermedad psicosomática, si bien las dos según el autor mantienen una estrecha relación psique-soma o mente-cuerpo, la diferencia entre una y otra radicaría en la manera como ésta se manifiesta.

Así los trastornos psicosomáticos se contemplan en dos grandes grupos:

- 1) Aquellos que cursan con patología somática subjetiva, y por tanto no demostrable tras las pertinentes exploraciones complementarias los cuales se engloban en el concepto de Trastorno Somatomorfo.
- 2) Aquellos que cursan con trastornos físicos demostrables, de mayor o menor gravedad, cuya causa se acepta de índole psicológica y que constituye el grupo de las Enfermedades psicosomáticas (Giménez, 2001, p. 4)

Desde esta perspectiva se podría decir que los pacientes con psoriasis mantendrían una relación más inmediata o más “justificada” con las enfermedades psicosomáticas ya que ésta, según los autores nombrados anteriormente, presenta un tipo de trastorno físico demostrable.

1.3. Psicopatología.

La OMS (1964, p4.) en el “Décimo Tercer Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental” realizado en Ginebra en 1964 con el título “Los Trastornos Psicopatológicos”, planteaba que “Aunque la expresión “trastornos psicopatológicos” se haya incorporado al uso general, apenas hay por el momento unidad de criterio acerca de su significado”; en resultado a esta discrepancia de pensamientos hacia este término, se reúne el comité de expertos en salud mental de la OMS (1964), con el objeto de precisar el alcance de esta noción, que hasta la actualidad sigue con fuertes divergencias acerca de su conceptualización.

El Comité de la OMS de 1964 (p.4) dice; “en todo tiempo y lugar los sentimientos han tenido en el ser humano manifestaciones corporales y han encontrado, en símbolos verbales y de otra índole, expresiones físicas y mentales”. Las palabras griegas *psyche* y *soma* significan, respectivamente, mente y cuerpo, de ellas deriva el término *psicopatológico*, utilizado para describir la influencia de la mente sobre el cuerpo.

Las consideraciones en torno al concepto psicopatológico nos remitirán entonces a una contextualización histórico–filosófica en cuanto al problema de la relación mente y cuerpo. Entre las primeras conceptualizaciones están las platónicas que afirmaban la separación del alma y el cuerpo como realidades de naturaleza distinta y las describían de la siguiente manera;

“una imperfecta, material y mortal (el cuerpo) y otra perfecta divina e inmortal (el alma); por el contrario, la teoría hilemórfica de la tradición aristotélica afirma que la naturaleza del hombre es el resultado de la unión substancial del alma y el cuerpo por lo cual el hombre constituye una realidad psicopatológica.” (Hoyos, Restrepo, Londoño, 2008, p.138).

Siglos después Descartes asienta su dualismo ontológico y epistemológico, en el cual plantea que; “mente y cuerpo son dos sustancias distintas e independientes, cuya interacción se explica a través de su teoría de la glándula pineal, así esta corriente ha conducido a la ciencia por el camino del reduccionismo fisicalista para explicar los fenómenos” (Hoyos y otros 2008, p.137). Esto con la intención de explicar a la enfermedad como una relación causal determinada que define de manera lineal la concatenación entre las causas y las consecuencias, “quedando lo psicológico por fuera de cualquier dominio explicativo” (Hoyos y otros 2008, p.137).

Así el:

El concepto “psicosomático” trae consigo una pesada carga semántica que tiene sus raíces en el dualismo filosófico, acentuado en la propuesta cartesiana, que ha permeado la racionalidad moderna y con ella la concepción de la enfermedad, tanto en el campo de la medicina como de la psicología” (Hoyos y otros 2008, p.137).

Al pasar los años las conceptualizaciones van cambiando y surgen nuevas ideas y perspectivas de estudiar a la psicosomática, entre estas ideas están las de Spinoza y Leibniz, los cuales mantienen la idea tradicional de separación e independencia entre mente y cuerpo pero agregan nuevos aspectos. Spinoza propone una teoría en oposición a Descartes, según la cual, “mente y cuerpo son aspectos distintos pero de la misma sustancia, desde esta perspectiva, los fenómenos mentales sólo pueden determinar acontecimientos mentales y los acontecimientos físicos solo pueden determinar acontecimientos físicos” (Hoyos y otros 2008, p.138), sin embargo, existe una coordinación entre mente y cuerpo dependiente de una esencia divina, “con lo cual el problema del dualismo llega a otro punto muerto como el del dualismo cartesiano” (Hoyos y otros 2008, p.139).

Leibniz por su parte trata de sortear el problema de la relación mente y cuerpo a través de su paralelismo psicofísico, según el cual “los fenómenos mentales y

los fenómenos físicos funcionan de manera independiente, pero paralela, por lo tanto no puede establecerse ningún tipo de relación causal entre mente y cuerpo” (Hoyos y otros 2008, p.139).

Esto conlleva a la idea de “causalidad psíquica regida por sus propios principios y expuesta posteriormente por Wundt, según la cual existen conexiones causales que permiten la explicación de los psicológico” (Hoyos y otros 2008, p.140).

“Pero en la actualidad el concepto psicosomático ha sido calificado como reduccionista por suponer la fragmentación entre la mente y el cuerpo” (Hoyos y otros 2008, p.141). Por todo esto, esta investigación intentará delinear a la psicosomática en dos partes. La primera, como orientación médica desde la Medicina Psicosomática que es una manera de hacer medicina, desde esta postura hay muchos pacientes cuyas enfermedades no son causadas de modo exclusivo o prevalente por factores orgánicos sino que su proceso patológico no es más que el reflejo de un sufrimiento psíquico, emocional, afectivo, personal o social; y una segunda en relación a la Psicosomática que implica un enfoque bio-psico-social del enfermar de cada paciente, ya que esta considera que hay que tener en cuenta los factores psicológicos y ambientales que rodean al hombre, no de una forma aislada sino interrelacionados y en interacción. Estas dos posiciones tomadas con su base psicoanalítica, siempre con el afán de buscar una relación sustancial con la psoriasis su aparición y su mantenimiento.

1.3.1. Medicina Psicosomática.

Como ya habíamos planteado la “cuestión” psicosomática es un tema tan antiguo como el mismo arte de curar, el cual como plantea Spangulo A. en su libro Medicina Psicosomática (2003), concluye que hablar de psicosomática no significa estudiar menos el cuerpo. Significa estudiar más la psique, lo cual es una reafirmación del viejo principio de que la mente y el cuerpo son uno, y que

funcionan como órganos interactivos e interdependientes. “La medicina psicosomática se orienta a descubrir la naturaleza precisa de la relación entre emociones y función corporal.” (Spangulo, 2003, p. 3).

Al pasar los siglos la medicina ha evolucionado como el hombre mismo, pero ciertas enfermedades o dolencias han quedado en “el aire”, por ejemplo y en particular la psoriasis, de la cual se sabe muy poco. Muchos médicos, psiquiatras y dermatólogos tratan de establecer una equidad de conceptos, misma que hasta nuestros días no se concreta. La medicina psicosomática ha tratado de establecer ciertas conceptualizaciones acerca de la psoriasis.

La medicina psicosomática ha pasado por muchos malentendidos desde su comienzo con los griegos y Galeno hasta las posturas en el siglo XX de las escuelas francesas, alemanas y americanas: no obstante la medicina psicosomática es una disciplina joven, con no más de algunas décadas de existencia. Sin embargo;

“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”.
(Spangulo, 2003, p. 4).

La medicina psicosomática se aparta de la somatización (Trastornos somatomorfes), en cuanto a su teorización, conceptualización y práctica frente a las dolencias y enfermedades que presenta el paciente psicosomático.

La medicina Psicosomática tiene su origen como ya lo habíamos mencionado desde los mismos inicios del curar médico, pero en el transcurso de los años esta práctica médica se ha ido separando de la somatización y se ha

influenciado por algunas teorizaciones e investigaciones. Así podemos dividir y diferenciar a la psicósomática en 4 grupos o escuelas, dado sus lugares de nacimiento: La Escuela Americana, La Escuela psicósomática de París, La Escuela Alemana y La Escuela Argentina.

1.3.2. Escuela Norteamericana.

Para referirnos a esta corriente nombraremos a grandes exponentes y pioneros de la investigación psicósomática como: Dunbar, Alexander y Deutsch.

La Escuela Americana se caracteriza por la búsqueda de “perfiles psicológicos” correspondientes a las enfermedades que su grupo de investigadores considera típicamente psicósomáticas”. (Spangulo, 2003, p. 7). Los investigadores de esta corriente, intentan establecer para cada caso una “reconstrucción” muy completa de *patterns of behavior* (patrones de comportamiento) y de *reactions of stress* (las reacciones del estrés), que han sucedido o combinado su acción a lo largo de toda la existencia del enfermo. Como describe Spangulo, (2003, p.7), Félix Deutsch, uno de los principales exponentes de la Escuela Americana o de Chicago como también ha sido conocida, es quien escribiría 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” (Spangulo, 2003, p. 7). Tomando conceptualizaciones psicoanalíticas según las cuales estas energías del inconsciente eran la base para el origen de ciertas enfermedades orgánicas, años después F. Deutsch daba la pauta para que otros investigadores, mantengan esta línea; así Franz Alexander fue el primer teórico de orientación psicoanalítica que trató los procesos fisiológicos de una forma diferenciada a las que se planteaban como paradigmas médicos en esa época, y priorizó el enumerar los puntos de la historia individual que deben ser explorados para obtener una “patobiografía” correcta del enfermo, para poder realizarla se deberá tomar en cuenta: la constitución hereditaria, traumatismos obstétricos, enfermedades de la infancia, clima afectivo familiar,

rasgos específicos de los padres y del ambiente, traumatismos físicos y experiencias afectivas ulteriores. Estas observaciones permitirán establecer correlaciones entre ciertas enfermedades y determinados perfiles psicológicos.

Por todas sus investigaciones y teorizaciones a F. Alexander se lo puede considerar “casi como el fundador de la Medicina Psicosomática” (Roca, 2003, s/p). Sin embargo lo importante de la orientación médica psicosomática de Alexander es que ésta intenta comprender las enfermedades “no como procesos locales aislados sino como perturbaciones de la coordinación total de los procesos orgánicos. Debido a que las funciones de personalidad constituyen precisamente las más elevadas actividades de coordinación del organismo” (Spangulo, 2003, p. 7).

En 1943, Alexander “definió tres conceptos fundamentales para la investigación psicosomática: psicogénesis, conversión y especificidad” (Spangulo, 2003, p.8), así cuando se refiere a psicogénesis, Alexander hace referencia a procesos fisiológicos consistentes en excitaciones en el sistema nervioso que pueden ser estudiadas mediante métodos psicológicos y que ellas son percibidas subjetivamente bajo la forma de emociones, ideas o deseos.

De esta conceptualización tan importante se deriva que “la característica distintiva de los factores psicógenos –emociones, ideas, fantasías- consistían en la posibilidad de estudiarlos mediante la introspección y la comunicación verbal” (Spangulo, 2003, p. 8). Es importante resaltar esta postura ya que Alexander con sus ideas intentó fusionar la concepción psicoanalítica con los métodos científicos. En su obra plantea introducir el pensamiento psicoanalítico en el discurso psiquiátrico, con el afán de aplicar los efectos psicoterapéuticos sobre las enfermedades del cuerpo y las alteraciones de sus funciones, “logrando con esto que la llamada medicina psicosomática hiciera un cierto lazo entre la psiquiatría americana y el psicoanálisis europeo”. (Montero, 2006, p. 4).

Alexander 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”.
- c) las respuestas vegetativas a estados emocionales, que contribuyen a superar condiciones a las cuales está expuesto el organismo. (Spangulo, 2003, p. 8).

Para lo cual Alexander separó completamente, dentro de su concepción, las afecciones psicósomáticas de la neurosis ya que:

“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 psicósomáticos pertenecen a la patología de las reacciones vegetativas, expresadas por los músculos lisos que aseguran armonía interna de las funciones vitales”. (Spangulo, 2003, p. 8)

y el síntoma de “**conversión**” “es el equivalente de una tensión emocional con expresión simbólica, en la cronología del desarrollo corresponde a una organización ya evolucionada, que incluye el lenguaje y el gesto” (Spangulo, 2003, p. 8), mientras que “la enfermedad psicósomática representa una conversión mucho más profunda y mucho más radical del conflicto en el plano de las funciones y de las alteraciones”. (Spangulo, 2003, p. 8).

Otro punto importante de las aportaciones de Alexander es la “**especificidad**”, la cual en un primer término, “trata de la observación de que diferentes estados emocionales poseen un síndrome vegetativo específico” (Spangulo, 2003, p. 9), esto sería la ira y la alegría, que difieren en cuanto sus referentes fisiológicos.

Así “los síntomas gástricos tienen diferente “psicología” que los de la constipación... y las enfermedades cardíacas difieren en su trasfondo emocional de los casos de asma” (Spangulo, 2003, p. 9).

Otro de los conceptos importantes que se le atribuye a la Escuela Americana, es que en ella se plantea un concepto muy importante para las enfermedades llamadas psicósomáticas, y es el concepto de *Alexitimia*, concepto que desde su base etimológica quiere decir “sin palabras” y que lo ampliaremos en el capítulo Psicoanálisis y Psicósomática, ya que esta sería una característica de la personalidad psicósomática.

1.3.3. Escuela de París.

Esta corriente de estudios psicósomáticos, con la Escuela de Chicago es una de las dos instituciones más importantes de Medicina Psicósomática de orientación psicoanalítica. La Escuela de París (1947) surge ante sus ricos referentes históricos psicoanalíticos como Lacan y Dolto; bajo este contexto la Escuela de París aparece mediando “la dificultad diagnóstica y terapéutica que presentaban algunos pacientes que no encuadraban en el marco de la conversión histérica ni de las neurosis actuales y que presentaban alteraciones... Así dibujaron el perfil de un tipo de enfermo, *el psicósomático*” (Spangulo, 2003, p.11).

La Escuela de París encabezada por su fundador Pierre Marty, mantiene el criterio de que el enfermo psicósomático tiene una característica propia y ésta es, la insuficiencia en la mentalización, “que le impide la expresión psíquica de sus conflictos” (Spangulo, 2003, p.11), y estos al hallarse privados de poder expresarse, drenan en el cuerpo sus excedentes excitatorios, “no ya como modo de expresión sino como producto del déficit mismo” (Spangulo, 2003, p.11).

La Escuela de París, “considera al psicossomático como muestra de una estructura clínica diferente de la neurótica, psicótica y la perversa, y agregaba que en esta estructura que era diferente en el psicossomático se presentaba y debería estar plantada alguna falla en su mentalización” (Roca, 2003 s/p). Así esta insuficiencia “de mentalización de los conflictos, equivale a decir que estos dejan de ser psíquicos y poseer un sentido simbólico, transformándose en algo somático, material, asimbólico, proceso denominado por los integrantes de esta línea, *somatización*” (Spangulo, 2003, p.11). Si no se puede representar verbalmente, si no se elaboran mentalmente entonces se somatizan. Además podríamos decir que,

“hay como una organización jerárquica en nuestra mente que cuando se desorganiza pasa a un nivel inferior, que funciona en el neurótico porque tiene un pre-consciente fuerte, pero si no es así falla la mentalización y entonces pasamos al registro somático, que implica un grado más profundo de desorganización mental que el del anterior” (Roca, 2003 s/p),

Marty refiere que esta estructura es propia de un tipo de personalidad que “es de tipo depresiva, que es hiperadaptable, que presenta un tipo de pensamiento operatorio muy concreto y que está desconectado de sus emociones” (Roca, 2003, s/p).

Años más tarde Marty cataloga este tipo de estructura de los psicossomáticos como “depresión esencial”, este término hace referencia a “una depresión sin objeto, ni autoacusación, ni siquiera culpabilidad consciente, donde el sentimiento de desvalorización personal y la herida narcisista se orienta electivamente hacia la esfera somática” (Spangulo, 2003, p.11), esta falta de desarrollo psíquico (mentalización), también se manifestará de una manera particular en el enfermo psicossomático y se representará en dos terrenos, en los afectos y en los pensamientos. En el terreno de los pensamientos, se marca una “supuesta incapacidad evolutiva que presupone la ausencia de la dimensión simbólica, en la medida en que ésta representa el coronamiento de

la secuencia evolutiva” (Spangulo, 2003, p.11); sin embargo lo relevante de la Escuela francesa se mantuvo en relación al terreno de los sentimientos, ya que en las investigaciones de pacientes psicossomáticos se planteó que, “estos 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*”. (Spangulo, 2003, p.11), que etimológicamente quiere decir “sin palabras para los sentimientos”, este término será muy relevante en cuanto al manejo de los pacientes psicossomáticos, y podemos decir en que es uno de los conceptos más importantes que nos dejó la Escuela Americana y que la francesa lo difunde con más ímpetu.

Es importante recalcar que este descubrimiento en los pacientes investigados por esta corriente, se concatena con una característica que se presenta en el paciente psicossomático y es que estos presentan una 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 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 somáticos”. (Spangulo, 2003, p.12).

Sintetizando estos conceptos en referencia al pensamiento y los sentimientos en relación con la noción de alexitimia, La Escuela Francesa, propone que estos conflictos que suceden en los pacientes psicossomáticos, no son 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” (Spangulo, 2003, p.12).

Así la mayoría de autores de esta corriente concuerdan en que “los enfermos psicósomáticos desarrollan una especie de coraza contra el dolor psíquico al precio de una profunda ruptura consigo mismo” (Spangulo, 2003, p.12). Esta hipótesis se relaciona directamente con la psoriasis y como ésta se podría representar como una coraza (placas psoriásicas) que crea el sujeto frente a su incapacidad de expresar sentimientos o malestar psíquico.

1.3.4. Escuela de Heidelberg o Alemana

Cuando hacemos referencia a esta corriente debemos resaltar que su principal aporte para la investigación psicósomática, fue la “patología biográfica”, en la cual;

“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 “compresión”, 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 padece. (Spangulo, 2003, p.13).

Dentro sus principales expositores tenemos a Viktor Von Weizsäcker, Bilz, Hantel, Von Bergeman, para esta investigación nos referiremos a los estudios de Weizsäcker ya que es el máximo exponente en la historia de la Medicina Antropológica:

“la medicina antropológica es denominación ambigua. Como concepto se sitúa entre la llamada psicósomática, una integración de técnicas diagnósticas y curativas y la antropología médica, una concepción global

del hombre con base en la medicina. No debe confundirse este concepto con el más habitual en la literatura anglosajona de antropología cultural de las creencias y prácticas de la salud” (Fernando Lolas Stepke, 2007.p.270).

Y si bien la medicina de la época en la cual se desarrollaba la Escuela de Heidelberg era una corriente de medicina positivista, esta escuela se mantenía neutral y “frente a esta forma de medicina, generalmente denominada medicina científico-natural, se levantó una resistencia con diversas formas de expresión. Una fue la llamada medicina psicosomática. Desde la patología de Von Bergerman hasta el psicoanálisis de Groddeck y Freud” (Fernando Lolas Stepke, 2007.p.273).

Así la visión del hombre se mantenía como una unidad, que se resume como la totalidad de lo fenoménico con la totalidad de lo temporal a modo de una constitución de la vida humana. Con estas referencias la psicosomática “representa una formulación pragmática de problemas eternos a los que no da sino una solución encubridora. Y propone por ejemplo, la integración de la psicoterapia al arsenal de recursos terapéuticos” (Fernando Lolas Stepke, 2007.p.271).

Se debe señalar que la psicosomática no fue una especialidad de la Escuela de Heidelberg, pero Viktor Weizsäcker es quien se apropia del término y declara a la psicosomática “un estadio transitorio en el camino hacia una medicina antropológica y una antropología médica. En ese camino, la medicina empieza incorporando lo psicológico, especialmente el psicoanálisis, el cual puede ser llamado, escribe Weizsäcker una « ciencia moral (*Moralwissenschaft*)»” (Fernando Lolas Stepke, 2007.p.272).

Este enfoque de la medicina antropológica supone una escucha minuciosa y prolongada del enfermo, penetrando en su intimidad por medio de una anamnesis profunda.

De esta manera 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, sus conflictos escondidos, las periferias de su destino y la forma de su enfermedad” (Spangulo, 2003, p.14). Con este enfoque se propone al médico que su visión frente al enfermo debe tratar de resolver tres cuestiones fundamentales: “¿Por qué aquí? (localización orgánica), ¿Por qué ahora? (puntuación biográfica), ¿Qué verdad del paciente tiende a evidenciar la no verdad de su proceso morboso? (esclarecimiento existencial)” (Spangulo, 2003, p.14). Con todas estas conceptualizaciones se reafirma la visión de ésta escuela frente al paciente, una posición que le exige al médico una relación compenetrada médico-paciente y no una mera relación sujeto-objeto.

Además Weizsäcker piensa que “toda persona enferma se encuentra en una situación particular siempre diferente, que comprende e integra las vicisitudes familiares, sociales, lo cual varía el abordaje terapéutico que se posicionaba en esa época” (Spangulo, 2003, p.14).

1.3.5. Escuela Argentina.

Es de conocimiento general que Argentina es uno de los países con más influencia psicoanalítica, y que posee grandes referentes como; Ángel Garma, Arminda Aberastury, Enrique Pichón Riviere, David Liberman, por esto no es de asombrarnos que también sea una fuente de referencia en los estudios sobre psicopatología.

Así podemos decir que desde los inicios del movimiento psicoanalítico sus integrantes se interesaron y profundizaron las investigaciones acerca de los pacientes psicopatológicos. “El origen médico de los pioneros del psicoanálisis en Argentina permitió el enlace entre lo somático y lo psíquico en ese terreno de frontera que es la medicina psicopatológica”. (Rascovsky A. Asociación Psicoanalítica Argentina/Departamento-de-psicopatología).

Como habíamos mencionado el Dr. David Liberman es uno de los pioneros en tratar a los pacientes psicossomáticos desde una postura psicoanalítica en Argentina. Son relevantes todos sus estudios en especial el de "Semiología Psicossomática" que es el primer trabajo sobre psicossomática aceptado como Tesis Doctoral en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Liberman también nos habla en su libro "La comunicación en terapéutica psicoanalítica" de cierto tipo de pacientes con características semejantes a

"la persona depresiva, que localizan sus conflictos a nivel nervioso autónomo, medio por el cual los expresan. Les denomina "*persona infantil*", por sus características de comunicación verbal. Dado que no han logrado en el curso de la infancia un buen desarrollo de simbolizar, y en 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" (Spangulo, 2003, p.14).

Según Spangulo, (2003, p14), Liberman se referirá al paciente psicossomático como enfermos que han establecido una fisura entre pensamiento autónomo y realista, entre el principio de placer y el de realidad, entre proceso primario y proceso secundario, entre consciente e inconsciente.

Liberman recalca dos características importantes para el paciente psicossomático, las que vienen dadas por su "sobreadaptación" y postula que sobreadaptación y enfermedad corporal son dos aspectos de una misma patología. Pero que paradójicamente el síntoma orgánico es una señal de alarma que emite el cuerpo del sujeto indicando el momento de ruptura con la realidad exterior. En este sentido la enfermedad orgánica constituye en el paciente psicossomático la noción freudiana de "Angustia Señal" por contraposición a la angustia automática presente en los mecanismos defensivos. Así lo que "impresiona como más "normal" en estas personas es lo que corresponde a la parte psicótica de su personalidad; esta sobreadaptación

a la realidad externa, su trastorno del sentido de la realidad, en tanto que su somatización, tomada como señal de alarma, es la denuncia adecuada de sus necesidades renegadas” (Spangulo, 2003, p.15). De manera que el paciente psicósomático es hiperadaptado al mundo externo, adaptado a normas que le sirven como sostén. La imagen corporal configura lo que Liberman llama "símbolo fachada", que no es un verdadero símbolo y se logra por "adhesión mimética" a los datos de superficie. En este sentido en el paciente psicósomático no hay ningún proceso de interioridad. Y plantea ciertas representaciones corporales que indican la falla en la “función piel continente materna”: Cuerpo en Carne Viva, Cuerpo Amurallado, Cuerpo Bolsa y Cuerpo Esfínter. Representaciones que serán tomadas en cuenta en el estudio de casos de los pacientes psoriásicos presentados en esta investigación.

Sobre esta adaptación que presentan los pacientes psicósomáticos, como cita Spangulo, (p,15) el cuerpo es “sabio” y da un aviso expresando emociones que aún no han encontrado su inscripción mental, así en vez de experimentar emociones, sufren modificaciones corporales, por ejemplo, en lugar de encolerizarse, tienen solamente una fuerte descarga adrenalínica que provoca una crisis hipertensiva, sin que experimenten ningún malestar de otra índole.

También es importante resaltar que Liberman había advertido que estos pacientes psicósomáticos, son personas que, por lo general, llegan a consulta psicoterapéutica enviados por un médico clínico y no por su propia iniciativa, puesto que el paciente no ha registrado que su padecimiento pueda deberse a “algo” psicológico, este 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”. (Spangulo, 2003, p.14).

Otro de los grandes referentes de la Escuela Argentina es el Dr. Luis Chiozza, que es miembro fundador del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicósomática y Director del Centro Weizsaecker de Consulta

Médica. Chiozza ha estado presente en los estudios sobre psicósomática desde la década de los 60 hasta la actualidad y ha publicado numerosos libros sobre los significados inconscientes de los trastornos orgánicos y sobre la técnica psicoanalítica.

Así

“las teorías desarrolladas por Chiozza se fundan en el pensamiento de Freud y en la obra de autores como Groddeck, Weizsäcker, entre otros. Fundamentalmente su teoría comprende a la *enfermedad orgánica como una forma de lenguaje*, el cual es, 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. (Spangulo, 2003, p.14).

Chiozza ha desarrollado un procedimiento clínico-terapéutico para el tratamiento de los trastornos somáticos, denominado “Estudio Patobiográfico”, en el cual “la relación psicósomática no implica necesariamente una relación causa-efecto, en medida en que lo “psíquico” y “somática”, ambas categorías que establece la consciencia, equivalen a dos caras de una misma moneda (Spangulo, 2003, p.14).

Estas dos categorías, “psíquico” y “somático”, se estructuran por medio de dos categorías, una “física” y una “histórica”, por esto el nombre del estudio patobiográfico que se plantea con el paciente psicósomático. La primera categoría la “física” tiene su origen en las ciencias naturales, y la “histórica”, que se sustenta en 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.” (Spangulo, 2003, p. 15).

1.4. Psicoanálisis y Psicopatología

Freud, fundador del psicoanálisis, tuvo una formación científicista y como neurólogo, en su *Proyecto de una psicología para neurólogos*, “intentó fallidamente explicar el funcionamiento psíquico en términos neurológicos. Esto le llevó a crear una teoría metapsicológica, que es una construcción conceptual que no tiene verificación empírica directa pero que puede contrastarse a través de casos clínicos” (Roca, 2003, s/p).

Lo que tratamos de decir con esta introducción es que, a través de los años y desde los inicios del psicoanálisis, el mismo ha traído grandes dificultades ya que ha quebrantado paradigmas médicos y científicos, las cuales se han transmitido al estudio de la psicopatología.

Si bien el psicoanálisis freudiano no se involucró directamente ni en la teoría ni en la práctica psicopatológica, esta dio el pie para que psicoanalistas posteriores a Freud, entre ellos Lacan con su “Fenómeno psicopatológico” se involucren más en este tema. Freud desde sus inicios intentó explicar el funcionamiento psíquico normal, con esto llevó a la práctica algunos “tratamientos” que no eran convencionales en la época, los mismos que demostraron logros y acercamientos a una cura, punto que la medicina tradicional no encontraba.

Así podemos tomar como antecedentes para iniciar esta relación “psicoanálisis – psicopatológica”, el tratamiento de algunos pacientes del Dr. Breuer y del Dr. Freud, entre ellos los casos de “Anna O”, “Dora” y la obra “Estudios sobre la Histeria” de Breuer y Freud (1893-1895). Pero ya años atrás Freud había tenido un acercamiento a la “Histeria” con su maestro J. Charcot, quien le confió la labor de hacer un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e

históricas (1885-1886). Este estudio estaba basado en observaciones en el Hospital de Salpêtrière con el objetivo de descubrir algunas características generales de la neurosis y puntualizar la naturaleza de la enfermedad.

En este primer acercamiento, Freud distinguía desde la anatomía del Sistema Nervioso el recorrido de las fibras conductoras motrices y diferenciaba dos tipos de parálisis motrices; la parálisis periférico-espinal (o bulbar) y la parálisis cerebral. A través de estos estudios y con las aportaciones de la histología nerviosa de Golgi y de Ramón y Cajal, Freud establece que se puede distinguir una parálisis total y una representacional en la cual “la histeria no simula jamás las parálisis periférico-espinales y de proyección; las parálisis históricas comparten tan sólo los caracteres de las parálisis orgánicas de representación” (Freud, 1888-1893, p.4).

Así para Freud, “la característica distribución de las alteraciones históricas demostraba que podían deberse a ningún tipo de lesión orgánica transitoria o permanente, y más bien respondía a la lógica de otra anatomía diferente a la anatomía del sistema nervioso, lógica que si situaría en lo que denominó originariamente “segunda consciencia”, apoyándose en un concepto de Charcot y finalmente, inconsciente” (Moreno, 2006, p. 4).

En Estudios sobre la Histeria (1893-1895), Freud estudia el caso de una paciente (“Anna O”), el cual les parecía interesante, si bien en esa época Breuer se interesa en tratar enfermedades nerviosas por medio de métodos tradicionales, en unas de sus conversaciones con W. Fliess, este le manifiesta un tratamiento alternativo que le había dado algún resultado; este tratamiento nuevo era la hipnosis, método que Breuer toma, pero “con otro fin además de la sugestión hipnótica. Ese otro fin, era el método catártico” (Freud, 1893-1895, p. 5).

En la paciente Emmy Von N. será donde Freud utilice el método catártico en profundidad. Continuando con el rastreo de los inicios del tratamiento de la histeria, tenemos también el caso de Elisabeth von R,

“iniciado en el otoño de 1892 y que Freud describe como su «primer análisis completo de una histeria». Pronto le siguió el de miss Lucy R., comenzando a fines del mismo año. El caso restante, el de «Katharina», no tiene una fecha precisa, pero en el intervalo entre 1889 y 1892 Freud tuvo sin duda experiencia con otros casos. En particular, el de la señora Cecilie M.” (Freud, 1893-1895, p. 5).

Como habíamos mencionado Freud, no trata el tema de las enfermedades psicosomáticas en su obra, pero podemos tomar como un antecedente todo lo relatado en estos párrafos y

“prueba de ello es que es en el marco del psicoanálisis es donde se desarrolla la medicina psicosomática actual. Y señalamos a Freud y su análisis del texto *Perturbaciones psicógenas de la visión* en donde marca la diferencia entre los trastornos neuróticos y los psicógenos los que hoy llamaríamos psicosomáticos.

Y cómo en *Inhibición, Síntoma y Angustia* (1925) Freud sistematiza varias observaciones anteriores sobre trastornos orgánicos y de qué manera el inconsciente los utiliza; en *Compendio del psicoanálisis* (1935) considera que las perturbaciones somáticas cierran a veces la brecha de una cadena inconsciente. Son en todo caso antecedentes de las enfermedades psicosomáticas porque lo corporal Freud únicamente lo trata explícitamente desde la hipocondría y sobre todo la conversión histérica, que es lo que Freud descubre y elabora en su teoría.” (Roca, 2003, s/p).

Para el siglo XIX, interesados por este fenómeno, médicos de la talla de Briquet, Bernheim, Charcot y Janet,

“ya habían apuntado que el sufrimiento corporal de la histeria resultaba de la encarnación plástica de una idea, o más exactamente, de la traducción a la lengua del cuerpo de una idea, siendo considerada una “enfermedad por representación. Pero para Charcot, esa idea era implantada desde fuera a raíz de un incidente traumático, mientras que Bernheim consideraba que la representación aparecía por autosugestión. Y Janet pensaba que la dificultad estriaba en una debilidad del Yo para hacer una síntesis mental entre la sensación inconsciente y el reconocimiento por el pensamiento consciente. (Moreno, 2006, p. 4).

Estos inicios y acercamientos del psicoanálisis a la psicósomática, se fueron expandiendo a través de la historia y a través de las investigaciones de algunos post freudianos, así “La expresión *Medicina psicósomática* fue introducida en el psicoanálisis por el discípulo de Freud, Félix 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”. (Fernando Lolas Stepke, 2007.p.270). También es importante en este capítulo nombrar a G. Groddeck:

“personaje inclasificable en la medicina y en el psicoanálisis, pero ocupa, sin duda un lugar fundamental en la medicina psicósomática con influencias psicoanalíticas.

Él decía de sí mismo que practicaba un *psicoanálisis salvaje*, mientras mantenía con Freud una relación ambivalente, de admiración y de crítica al mismo tiempo. Igualmente Freud sentía hacia él repulsión y fascinación. El término *Ello*, el propio Freud lo incorporó del lenguaje grodckiano.” (Roca, 2003, s/p).

Groddeck se introduce al medio psicoanalítico con su obra “El libro del Ello”, (1923), el mismo año que apareció la obra “El Yo y el Ello” de Freud, y si bien Groddeck era médico se interesó profundamente por investigar enfermedades poco comunes,

“así su hipótesis era radical: cada enfermedad orgánica es expresión del inconsciente, cuya fuerza constitutiva viene del *Ello*, que tiene un poder incluso más intenso que el que le da Freud. Dice literalmente que el *Ello inconsciente* es el que tiene el deseo de enfermar y el que elige la enfermedad” (Roca, 2003, s/p).

Con estas bases y estos antecedentes, el psicoanálisis freudiano dejó su sello, pasando sus saberes a otros psicoanalistas que se interesaron e investigaron desde esta perspectiva el intenso y amplio mundo de la psicósomática. Este interés de estudiar a la psicósomática desde el psicoanálisis fue tomada por Jaques Lacan, psicoanalista francés que en 1975, menciona que el “Fenómeno psicósomático FPS es un terreno importante y poco explorado. Pero lo que deja claro a lo largo de su obra es que es totalmente distinto de la conversión histérica” (Roca, 2003, s/p).

CAPITULO II

2. Psoriasis.

2.1. Antecedentes.

La relación entre las enfermedades de la piel y los factores psicológicos ha sido ampliamente documentada en la literatura científica. Y dentro de las enfermedades de la piel con claro componente psicológico se encuentra la psoriasis.

Para este estudio nos referiremos a la piel como un órgano de expresión, el cual manifiesta sensaciones y percepciones desde el interior hacia el exterior; estas sensaciones y percepciones pueden ser convertidas por el psoriásico en mensajes “codificados” como en los casos de enfermos psicósomáticos o “descodificados” como en los enfermos que presentan fenómeno psicósomático. (Ramón, Berná, Redondo, Ramírez 2010, p. 335)

El término “psoriasis” deriva del griego. “psor” que etimológicamente significa prurito y “iasis” que significa estado. La psoriasis como patología dermatológica no ha encontrado un origen a su proceso patológico y mucho menos un tratamiento, al parecer fue Galeno (133 – 200 d, C.), quien fue el primero en utilizar el término psoriasis al describir un cuadro de eczema seborreico.

La psoriasis como patología dermatológica ha generado mucha confusión y ha sido mal descrita como impétigo, lópio, usagro y hasta confundirlo con la lepra, los psoriásicos fueron tratados del mismo modo que los leprosos, aislados, desterrados y hasta quemados en la hoguera. En el siglo XVIII el médico inglés R. Williams (1808), hizo la primera descripción clínica de la enfermedad. Pero fue Ferdinand Von Hebra en 1841, quien con sus investigaciones pudo separar totalmente a la psoriasis de la lepra. (FEPSO. 2002).

2.2. Etiología.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de la piel, de etiología desconocida y curso crónico, con gran variabilidad clínica y evolutiva, que se caracteriza por la erupción bilateral y simétrica de placas rojas cubiertas de escamas, bien delimitadas, que son la base del diagnóstico.

La psoriasis presenta como característica un inflamación cutánea eritematoescamativa, que se identifica por lesiones con escamas blanco-nacaradas infiltradas, con una gran variación en la duración, severidad y morfología.” (FEPSO. 2002). La psoriasis presenta una distribución universal, que afecta al 1-2% de la población mundial, pero existe una prevalencia del 0.1 al 6% especialmente en los países escandinavos.

“En el Ecuador no existen datos estadísticos adecuados sobre la incidencia y prevalencia, el último dato del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos, reporta 86 casos de los egresos hospitalarios en el año 2000.” (FEPSO.2002). Y en el Hospital Carlos Andrade Marín, durante 7 años (1995 – 2002), se registraron 290 pacientes, con una prevalencia de 1.1% de las consultas nuevas.

En el 2004, la Fundación Ecuatoriana de la Psoriasis (FEPSO) realizó un estudio observacional, descriptivo, encuesta de prevalencia de la psoriasis, persona-persona, en un universo de todos los niveles socioeconómicos de la ciudad de Quito, en 1000 familias, escogidas aleatoriamente, de acuerdo a los planos oficiales de distribución de la ciudad de Quito, seleccionando unidades primarias (Parroquias), secundarias (Barrios, Manzanas, casas) y finales (pacientes). De 4.911 personas encuestadas, se encontraron un total de 29 pacientes diagnosticados de Psoriasis que corresponden al 0.59%. La FEPSO reporta 300-400 casos nuevos por año (en los últimos 3 años). (FEPSO.2002.)

La psoriasis se puede presentar desde el nacimiento hasta la adultez mayor, es un tipo de patología que no discrimina edad ni género, pero es más frecuente en las mujeres en la edad infantil. Afecta a todas las razas, pero es menos frecuente en las razas, amarilla, negra, mongoloide, y muy rara en los indios. En nuestro país existe un predominio en la raza mestiza. (FEPSO.2002).

En la clínica dermatológica de la psoriasis, se la puede describir de diez formas diferentes: psoriasis vulgar, invertida, pustulosa, artropática, eritodérmica, vulgar pustulosa tipo Von Zumbusch, psoriasis por mucosas, palmo – plantar, por pliegues y psoriasis gutatta. (FEPSO. 2002) Para este estudio nos ocuparemos solo de la forma vulgar, la cual es la más común y se presenta en los pacientes investigados.

La psoriasis vulgar es “una enfermedad crónica de la piel que evoluciona por brotes separados, con períodos de latencia inconstantes, en forma caprichosa e impredecible y con momentos de remisión total” (L. Chiozza, 1991. p. 168).

Así cuando se habla de las causas del desarrollo de la psoriasis no hay nada concreto. “Investigaciones (...) ponen de relieve que la piel humana parece ser un órgano mucho más complejo que lo que hasta ahora se consideraba” (L. Chiozza, 1991. p. 168).

Según estas investigaciones, la causa estaría marcada, en que “algunas funciones metabólicas de las células de la epidermis se vinculan estrechamente con las defensas del sistema inmunológico”. Desde estas investigaciones la psoriasis está considerada como una patología inmunológica. Otras posturas (FEPSO 2002), describen a la psoriasis como una enfermedad hereditaria aunque no se conoce todavía el modo de herencia.

Como habíamos explicado la etiología de la psoriasis es desconocida, algunos estudios también “respaldan la herencia multifactorial, que requiere la participación de factores poligénicos y ambientales” (Fitzpatrick 1979 y

Paconesi 1984), citados por (L. Chiozza 1991.p.168). Con esta teoría se resalta la importancia de los principales antígenos humanos de histocompatibilidad leucocitaria (HLA), localizados en el cromosoma 6 (L. Chiozza, 1991. p. 168).

2.3. Descripción Clínica - Localización y Diagnóstico Diferencial.

Desde la perspectiva clínica se manifiesta con placas con una forma casi circular, eritematosas (término médico dermatológico para un enrojecimiento de la piel condicionado por una inflamación debida a un exceso de riego sanguíneo mediante vasodilatación), descamativas e infiltradas, de color rosado o rojo, cubiertas de escamas.(Schanke A. 2007).

La psoriasis también se caracteriza en su forma clínica por hiperplasia epidérmica (consiste en el acortamiento del período de tiempo en que se dividen las células de la epidermis.) En la piel sana, el período en que una célula asciende desde su división en la capa basal hasta su exfoliación en el estrato córneo dura semanas; pero en la piel psoriásica este período se acorta a 3 días. (FEPSO 2002).

Su localización, se puede ubicar en cualquier parte del cuerpo y casi siempre simétrica, tiene una predisposición a aparecer en el cuero cabelludo en su brotes (sin producir alopecias), en codos y rodillas, región sacro – coxígea, uñas de manos y pies. Afecta al tronco y a las piernas o cualquier zona cutánea, pero respeta la cara y las zonas seboreicas (L. Chiozza. 1991. p. 169).

En cuanto a su diagnóstico diferencial, se lo realiza con “el raspado con cureta que permite obtener un dato apreciable ya que las escamas y las demás capas se desprenden de distinta manera en cada una de ellas” (L. Chiozza. 1991. p. 169). A este método se lo conoce como el raspado de Brocq.

2.4. Tratamiento.

“No existe todavía ninguna terapéutica que conduzca a la curación definitiva del proceso” (L. Chiozza. 1991. p. 170). Es común que dentro del tratamiento de la psoriasis se involucren diferentes tipos de terapéuticas. Desde su primera descripción clínica hace más de 200 años se han producido diferentes avances en el tratamiento de la patología. Con los diferentes métodos de tratamiento se ha concluido que el tratamiento del paciente psoriásico debe ser individualizado, particular y específico para cada caso.

“El primer aspecto clave en el manejo de un paciente con psoriasis es una buena y clara relación médico – paciente, pues es una entidad dependiente de factores ambientales y psicológicos” (FEPSO. 2002). Este aspecto de la relación del paciente con sus terapeutas es fundamental, ya que la psoriasis nunca llegará a ser curada, solo controlada.

Los posibles tratamientos están determinados por el tipo de psoriasis que presente el paciente; la gravedad, extensión, localización, sexo, edad, actividad profesional – social y patologías comorbidas existentes. Los tratamientos según el tipo de psoriasis que presenta el paciente varían desde tratamientos tópicos con corticoides, alquitranes y ditranol entre otros. Los tratamientos sistémicos son de uso exclusivo dermatológico y entre las más conocidos están; fototerapia y fotoquimioterapia en la cual se utiliza radiación de tipo UVB y UVA, retinoides sistémicos, ciclosporina y metotrexato. (FEPSO. 2002).

Pero si bien hay muchos tratamientos que se pueden utilizar según el paciente, los dermatólogos coinciden (FEPSO. 2002) en que todo paciente psoriásico, sin importar el tipo de psoriasis que presente debe tener una evaluación y acompañamiento psicológico, ya que la calidad de vida del paciente se ve muy deteriorada por su enfermedad. Dentro de las enfermedades cutáneas asociadas a la Psicósomática se incluyen todas aquellas que teniendo una base dermatológica, están influenciadas por factores psicósomáticos, como la

psoriasis, que teniendo un componente inmunológico, en su aparición influyen factores psicológicos, (FEPSO, 2002).

La manera en que se ve afectada la calidad de vida del paciente es muy individual, pero está asociada a sentimientos de vergüenza, inferioridad, incluso asociada con ideas de suicidio debido a su adversa imagen corporal. El impacto social y psicológico de la psoriasis puede ser enorme, los factores psicológicos son de gran importancia en la calidad de vida de los pacientes.

En un estudio realizado por la FEPSO en 130 pacientes, se determinó la prevalencia de ciertos trastornos afectivos mediante el DSM IV, test de Beck para la depresión y escala de Hamilton para la ansiedad, con el apoyo del departamento de psiquiatría y se encontró: “Baja autoestima en 43 pacientes, (...), ansiedad en 42; complejos en 4 pacientes, el resto se siente conforme con la psoriasis” (FEPSO 2002).

Con estos resultados, la FEPSO considera relevante mantener en sus instalaciones un departamento de ayuda psicológica para sus pacientes.

CAPITULO III

3. Diferencia entre: Hipocondría, Síntoma Conversivo y Fenómeno Psicosomático.

3.1. Hipocondría.

Así como muchos términos en psicología, la hipocondría tiene sus raíces en la terminología griega, que proviene de la voz *hypokhondrion*, palabra formada por el prefijo (*hypo*) debajo y (*khondros*) cartílago.

Para los griegos, la “hipocondría” era la región baja de las costillas y los órganos en esta zona influían en el estado mental y generaban un malestar que no presentaba causas “reales”. Este malestar no “real” en los pacientes que presentan hipocondría ha hecho que, tanto psicólogos como psiquiatras se planteen algunas interrogantes que han sido fuente de confusión.

Entre las preguntas que se han planteado para la investigación de la hipocondría podríamos tomar las propuestas de Villavella M. (2011, p.1) quien en el 12do. Congreso Virtual de Psiquiatría pregunta: “¿Pero qué es la hipocondría? ¿Una enfermedad, es una categoría nosográfica como lo son las neurosis obsesivas o la histeria? o ¿es una encrucijada?”.

Villaseñor, Rojas y Garrabé (s/a. p.409) nos dicen que “La hipocondría, cuya historia se inicia con Galeno, desaparece como entidad nosográfica a comienzos del siglo XX, desplazada por las neurosis: la neurastenia (Bernard’1880), la psicastenia (Janet-1894), la neurosis de angustia (Freud-1895)”. Así la hipocondría declina de enfermedad a síndrome y de síndrome a síntoma y como no se puede determinar una sola definición de hipocondría, esta se ajustaría al autor y a su corriente, y al establecer un punto más o menos común para los investigadores del tema hipocondriaco, diríamos que la mayoría de éstos concuerda en ver a la hipocondría como: “La hipocondría

está caracterizada por la preocupación excesiva de la salud y del estado de los órganos y que esta preocupación es con frecuencia el resultado de sensaciones subjetivas más o menos anormales” (Villaseñor y otros. s/a. p.409).

Así, desde la primera mitad del siglo XX existe una gran controversia sobre la ubicación nosológica de los hipocondríacos. Dependiendo de los autores puede ser clasificada como una neurosis o como una psicosis:

- “La hipocondría debe englobarse dentro de las psicosis: esta es por ejemplo la opinión de Kraepelin (1919) que considera que se trata de un síntoma dentro de un síndrome psicótico (depresión, demencia o paranoia); compartida por Bleuer quien dice que la hipocondría es parte de un síndrome esquizofrénico. Por otra, parte Offenkranz (1962) sugiere que generalmente se va a tratar de síntomas prodrómicos de esquizofrenia”
- “La hipocondría es una neurosis. Freud (1912) clasifica a la hipocondría como una neurosis actual (junto con la neurosis de angustia y la neurastenia). El concepto de neurosis actual, con el que Freud nunca quedó satisfecho, se refiere a un proceso físico que se produce por el efecto tóxico de la libido reprimida y que por lo tanto no tiene un significado simbólico primario y no es susceptible de tratamiento psicoanalítico. Posteriormente algunos autores consideran que estas neurosis actuales se encontrarían en un lugar intermedio entre las psiconeurosis y las psicosis (Fenichel, 1945) y se plantean mecanismos psicodinámicos implicados en este trastorno: compensación masoquista, narcisismo infantil, erotismo anal, hostilidad o culpa inconsciente, ganancia secundaria.”
- “Finalmente, en las primeras clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales, la hipocondría aparece clasificada junto con las psiconeurosis”

- “A modo de resumen debe destacarse que a lo largo de la historia el concepto de hipocondría ha tenido múltiples acepciones, existencia como un trastorno independiente o bien su agregación con otros trastornos, situándolo en punto intermedio entre la histeria y la psicosis. (Ríos, Espiño, López, Varela, 2008. p.3)

3.1.1. El Síntoma y el Síndrome Hipocondríaco.

3.1.1.1. El Síntoma.

“El síntoma hipocondríaco que es el rasgo esencial y el síntoma común a todos los hipocondríacos, puede definirse como la preocupación excesiva por la salud, sostenida por el temor a la enfermedad” (Villaseñor y otros. s/a. p.410). Este temor a la enfermedad y a la muerte es un temor común del ser humano el cual enfrenta a lo largo de su vida y que en las personas “normales” sólo aparece en circunstancias de riesgo. ¿Pero cómo poder diferenciar el temor “normal” del “hipocondríaco” de enfermarnos o morirnos?,

“La observación permite distinguir actitudes que las personas adoptan respecto a las enfermedades. El hombre, diremos normal, vive absorbido por el mundo (intereses, placeres, pasiones) y empeñado en subsistir y prosperar, trabaja, lucha, ama, sin preocuparse por la salud. Cuando enferma, resiste lo más posible sin modificar su *modus vivendi* y sólo se entrega cuando ya no puede más, cuando la enfermedad es evidente.

Otros se dan a la vida sin ser absorbidos por ella, siendo prudentes y equilibrados. Saben que puede enfermar y apreciando su salud es capaz de sacrificar pequeños placeres; cuando el riesgo es grande toma precauciones llamando al médico a las primeras manifestaciones de la enfermedad. Hay también temerosos, aprensivos, alarmistas y pesimistas que viven en continua zozobra consultando a menudo por afecciones leves, temiendo estar amenazados por graves

enfermedades. No son raras personas excesivamente precavidas que cuidan celosamente una salud excelente, pero que suponen precaria, sometiéndose a regímenes higiénicos más o menos severos y extravagantes.... Esas diferentes actitudes permiten clasificar a las personas en varios grupos: primero, la inmensa mayoría de los normales son más o menos desaprensivos, segundo, el numeroso grupo de los prudentes, tercero, en los límites imprecisos de la patología, los temerosos: luego, ya en plena hipocondría, los fanáticos cultores de la salud y por último los enfermos, en gran parte, imaginarios” (Villaseñor. s/a. p.410)

Así todas las actitudes hipocondríacas “están sostenidas por la hipertrofia patológica del mismo sentimiento, del temor a la enfermedad (asociado a la idea de salud) y del temor a la muerte (asociado a la idea de vida)” (Villaseñor. s/a. p.410).

Cada individuo según sus características se inclina a uno u otro polo, a veces un fanático de la salud y otras de la enfermedad. De esta manera en los hipocondríacos “estos sentimientos hacia la enfermedad pueden concentrar gran parte de las fuerzas afectivas y constituir una tendencia que gobierna la actividad mental y orienta la conducta”. (Villaseñor. s/a. p.410).

3.1.1.2. El Síndrome.

La hipocondría es un síndrome constituido por manifestaciones psíquicas, somáticas y anomalías del comportamiento. Los síntomas psíquicos están constituidos por un temor más o menos intenso de la enfermedad y por los juicios que el enfermo se hace respecto a ella, que varían según el grado de angustia, de creencia, de lógica y de desarrollo. De esta forma el temor oscila de un simple miedo a una convicción absoluta, del juicio más o menos legítimo, hasta llegar a una afirmación delirante y absurda.

“Las reacciones intelectuales y afectivas se presentan combinadas. El temor dirige el pensamiento y prepara la creencia, la duda es angustiante, la idea obsesionante, la creencia es racional pero sobrevalorada. Cada hipocondríaco expresa el pensamiento hipocondríaco a su modo: el ansioso con fobias ansiosas, el obsesivo con fobias obsesionantes, el pasional con certidumbres mortales, el esquizofrénico con ideas enigmáticas, etc.” (Villaseñor. s/a. p.411).

Tratar de enumerar los síntomas físicos sería interminable, ya que tendríamos que hablar de cada sujeto hipocondríaco pues los síntomas corresponden a diversas sensaciones y trastornos anormales de sus funciones. Entre los más comunes podríamos nombrar: dolores de la piel, de los músculos, ardor, picazón, hormigueos, toda clase de sensaciones viscerales, etc., “La observación evidencia que es conveniente separar las sensaciones verdaderamente hipocondríacas de los trastornos funcionales provocados por la emoción... (falta de aire, mareo, palpitaciones, etc.)” (Villaseñor. s/a. p.411). Y también convendría distinguir, “- a pesar de la dificultad que implica- las ideas hipocondríacas de las sensaciones hipocondríacas. “Mi sangre no circula”, “mis órganos están entreverados”... no corresponden a sensaciones, ni tampoco interpretaciones delirantes de sensaciones, sino verdaderas ideas hipocondríacas” (Villaseñor. s/a. p.411).

Pero el trastorno hipocondríaco, su manifestación y localización no es obra del azar. La mayoría de las quejas se hacen en zonas erógenas, “predilección de la razón a los que piensan que ella representa una tendencia sexual reprimida” (Villaseñor. s/a. p.411).

3.1.2. División de las Hipocondrías.

Una vez planteado de manera más o menos clara, el cómo y el porqué de las manifestaciones hipocondríacas, los investigadores del siglo XIX ya hablaban de una división de estas, según sus ideas y estados hipocondríacos

sintomáticos de melancolías, de locuras periódicas, de locuras razonantes y de parálisis. “Durante ese siglo se habló de la hipocondría como una entidad mórbida, una unidad dividida según sus grados (hipocondría menor y mayor) y su evolución (aguda y crónica)”. (Villaseñor. s/a. p.412).

Villaseñor. (s/a. p.409) “Nosotros creemos que la hipocondría debe ser dividida en dos agrupaciones. En el conjunto de los casos clínicos que tienen en común el tema hipocondríaco se impone la división de hipocondrías agudas e hipocondrías crónicas, separadas por la diferente etiología, sintomatología y evolución”.

La *hipocondría aguda* también conocida como hipocondría ansiosa (de los emotivos, de los neuróticos ansiosos o psicasténicos, de las depresiones reactivas, de la melancolía con consciencia).

Es una reacción emocional relacionada con las enfermedades o con la muerte, en la que predomina el trastorno afectivo (tristeza o ansiedad). “Generalmente son estados ansiosos con fobias de enfermedades: el hipocondríaco agudo es aquel que teme estar enfermo” (Villaseñor. s/a. p.412).

La *hipocondría crónica* por su parte, implanta en el sujeto la idea de estar enfermo. “Son enfermos tranquilos donde el trastorno patológico predomina sobre el afectivo, con una serie de creencias y defensas más o menos estereotipadas sobre su enfermedad.

Son neurasténicos, órgano-neuróticos, paranoicos, obsesivos o verdaderos hipocondríacos” (Villaseñor. s/a. p.412). “Y si bien admitimos la posibilidad de que la hipocondría crónica tenga ocasionalmente un acceso de hipocondría aguda, creemos que la hipocondría aguda es siempre secundaria y que la hipocondría crónica puede ser idiopática” (Villaseñor. s/a. p.412).

“Así las hipocondrías agudas o nosofobias son estados ansiosos, presididos por el temor de la enfermedad y de la evolución aguda; ahora las hipocondrías crónicas, son estados delirantes presididos por la creencia de enfermedad imaginaria y de evolución crónica. Son enfermos imaginarios como el de Molière, aunque sin embargo no tan imaginarios porque en realidad están más enfermos de lo que la gente piensa. El hipocondríaco agudo teme estar enfermo, mientras que el crónico cree estar enfermo” (Villaseñor. s/a. p.412).

3.1.3. Hipocondría y Psicoanálisis.

Como habíamos mencionado fue Hipócrates y siglos después Galeno en el siglo II quien creó la noción de “enfermedad hipocondríaca”, la cual tenía en su núcleo una gran cantidad de síntomas mentales.

A finales del siglo XIX, “exactamente en 1893, Freud, señaló que no se puede tomar el cuerpo como un orden natural ya que está afectado por la incidencias de la cultura y el lenguaje, ese es su medio ambiente y recibe permanentemente su impacto” (Villavella, 2011. p.2).

De esta manera cuando Freud habla de la hipocondría, manifiesta que es algo muy complejo, que nos enfrenta a un vasto territorio. Y quiere establecer un diagnóstico diferencial de la enfermedad orgánica frente a la enfermedad hipocondríaca, llegando a decir que la diferencia entre ambas es clara en cuanto a que; “la enfermedad orgánica dependerá de la existencia de algún tipo de lesión visible, “real” en los órganos de la persona afectada, a diferencia de la hipocondría en la cual; quizás la lesión (visible) no tenga ninguna importancia, ya que el paciente puede sentir una lesión así esta no esté presente en el órgano del cual manifiesta su queja. Cambiando así el foco de las disparidades entre esos cuadros” (Villavella, 2011. p.3).

“En los primeros escritos freudianos de fines del siglo XIX ya se plantea la viabilidad del término hipocondría ya que el hipocondriaco se perjudica por su referencia fija al síntoma del miedo a la enfermedad y por otra parte, Freud dice que la hipocondriasis demanda como condición previa, la existencia de parestesias y sensaciones corporales penosas. Así en “Introducción al Narcisismo” en 1914, diferenció a las Neurosis actuales en: Neurastenia, neurosis de angustia e hipocondría. Al mismo tiempo que marca una oposición entre la libido del Yo, con dominio de la angustia hipocondríaca y a la libido de objeto, con dominio de la angustia neurótica. También hablará de “rasgo hipocondríaco”, como una disminución del umbral de la sensación somática.” (Villavella, 2011. p.3)

Fenichel, también escribió sobre la hipocondría, y decía “que es un estado de transición entre las reacciones de carácter histérico y los delirios psicóticos” (Villavella, 2011. p.2).

Por otra parte Freud aclara que la hipocondría coincide con la enfermedad orgánica en la distribución de la libido,

“ya que retrae el interés y la energía psíquica de los objetos del mundo exterior y concentra a ambos en el órgano que le preocupa. La introversión de la libido recaerá sobre los objetos de la fantasía si hay representación o recaerá sobre el Yo a falta de una representación” (Villavella, 2011. p.2).

Así muchos autores van a coincidir en que la hipocondría no es un cuadro por sí mismo, afirmando que hay “rasgos hipocondríacos” tanto en la neurosis como en la paranoia y en la melancolía. “Esto se asocia a que se considera que en la hipocondría hay una falla en la cadena significativa, es decir, en la estructura simbólica, pero esta falla no es siempre la misma”. (Villavella, 2011. p.4)

Villavella, (2011. p.4), dice que, Freud descubre desde los comienzos del psicoanálisis que la gente se enferma porque se defiende de la sexualidad, pero no del saber de la sexualidad, sino de la relación del saber con la sexualidad, de un saber insabido. “En el caso particular de la hipocondría esto parece ser rechazado, negado. Insiste en hacer consistir todas las palabras, ya que está permanentemente atento a lo que el órgano le dice.”

“Desde el psicoanálisis diremos que el cuerpo tiene que ser libidinal, pulsional, objeto a, pero el hipocondríaco no tolera posicionarse como sujeto dividido, el cuerpo se opone a quedar marcado por el significante.” (Villavella, 2011. p.4).

El hipocondríaco parece dudar de su pertenencia al mundo del lenguaje, del cual el cuerpo será un significante más. “Padece del cuerpo para no padecer del lenguaje, prefiere estar preso de sus jugos orgánicos en lugar de aceptar que es un ser del lenguaje, siendo el lenguaje quien tiene la libertad de las combinatorias” (Villavella, 2011. p.4)

3.2. Histeria de Conversión.

La histeria para el psicoanálisis es un tipo específico de neurosis y fue relacionada desde sus inicios con la mujer, pero ahora en psicoanálisis es considerada como una estructura clínica compartida tanto por hombres como por mujeres.

El término histeria proviene del griego “hysteron”, que significa “útero”. Y así se consideraba la histeria en sus inicios, como una enfermedad del útero y por tanto sólo de las mujeres. Ya en los siglos XIX y XX se formaliza la histeria como un trastorno, siendo precursores en este proceso, los siguientes autores: Lassegue, Charcot, Babinsky, Freud, Krapelin, Briquet, Janet, Carballo, Breuer, entre otros.

“Charcot es el precursor de la psicopatología. Fueron especialmente relevantes sus estudios sobre la histeria y acreditó definitivamente la idea de la histeria masculina.” (Álvarez, 2010, p. 2). Freud siguió sus pasos, así, en sus estudios describe dos tipos de Histerias: la histeria de angustia y la histeria de conversión. Ampliaremos la segunda ya que es la que presenta relación con lo que pretende explicar en esta investigación.

En la obra de Freud la histeria ocupa un lugar de extrema importancia. Fue por esta estructura clínica que Freud da un viraje del campo de la medicina al del psicoanálisis. Freud define a la histeria como esta neurosis que tiene origen en un incidente sexual, cuyo recuerdo no ha podido ser elaborado asociativamente, transformándose en patógeno y provocando un síntoma.

Este incidente sexual se convierte en un recuerdo reprimido de una tentativa de seducción (fantasía de seducción) pero solo se vuelve traumático retroactivamente cuando acontece un segundo incidente que convoca al primero. En este momento es cuando el síntoma hace su aparición. (Saldías y Lora, 2006, p.2).

Así tratando de conceptualizar la histeria;

“la histeria es una neurosis en la que la ansiedad se “fija” en un objeto que resulta simbólicamente representativo del conflicto base inconsciente que se padece. El síntoma es una formación de compromiso entre el deseo y la prohibición. Y con frecuencia, un modo de eludir la veracidad y la responsabilidad. Pero no es histérico el que “quiere” sino el que “puede”. (Álvarez, 2010, p. 3)

Ahora, el término conversión según Laplanche y Pontalis en su Diccionario Psicoanalítico (p. 85), la conversión es un:

“Mecanismo de formación de síntomas que interviene en la histeria y, más específicamente, en la histeria de conversión y consiste en una transposición de un conflicto psíquico y una tentativa de resolución del mismo en síntomas somáticos, motores (por ejemplo, parálisis) o sensitivos (por ejemplo, anestесias o dolores localizados)”

La palabra conversión corresponde en Freud a una concepción económica: la libido desligada de la representación reprimida se transforma en energía que puede ser susceptible de inervación. Pero lo que caracteriza los síntomas de conversión es su significación simbólica: tales síntomas expresan, a través del cuerpo, representaciones reprimidas.

El término «conversión» fue introducido por Freud en psicopatología para designar este «salto de lo psíquico a la inervación somática» (Laplanche, Pontalis, 2004. p.85). Su sentido primario es económico: se trata de energía libidinal que se transforma, “se convierte”, en inervación somática.

“Esta interpretación económica de la conversión es inseparable, en Freud, de una concepción simbólica; en los síntomas corporales, «hablan» las representaciones reprimidas, deformadas por los mecanismos de la condensación y del desplazamiento. Freud señala que la relación simbólica que une el síntoma a la significación es tal que un mismo síntoma no solamente expresa varias significaciones a la vez, sino también sucesivamente: (Laplanche, Pontalis, 2004. p.86)

“Así en la histeria de conversión el conflicto psíquico se simboliza en los más diversos síntomas corporales, paroxísticos (ejemplo: crisis emocional con teatralidad) o duraderos (ejemplo: anestесias, parálisis histéricas, sensación de «bolo» faríngeo, etc.) (Laplanche, Pontalis, 2004. p.171)

Freud considera la histeria como una enfermedad psíquica bien definida, que exige una etiología específica. También existe la corriente que considera a la histeria como una enfermedad por representación. La histeria es una de las estructuras más estudiadas por Freud, “en ella el mecanismo de la conversión es central en la formación de síntomas somáticos, el cuerpo es en la histeria el escenario de representación psíquica, el síntoma es la actuación de una frase”. (Rojas y Menassa, 2011. p 3).

Freud como neurólogo trató de dar una visión médica de ciertos padecimientos en sus pacientes desde este punto y resaltaba la importancia del sistema nervioso somático y el sistema nervioso autónomo. El sistema nervioso somático está formado por neuronas sensitivas que llevan información (por ejemplo, sensación de dolor) desde los receptores sensoriales (de los sentidos: piel, ojos, etc.) fundamentalmente ubicados en la cabeza, la superficie corporal y las extremidades, hasta el sistema nervioso central (SNC), y por axones motores que conducen los impulsos a los músculos esqueléticos.

En la histeria, el sistema nervioso implicado es el “sistema nervioso somático, en el cual las alteraciones, cuando son con participación somática, son o bien motrices (parálisis de una pierna, un brazo, etc.) o bien sensitivas (neuralgias o dolores, anestias, parestesias). (Rojas y Menassa, 2011. p 3).

En las neurosis actuales y en la enfermedad psicósomática el sistema nervioso implicado es el nervioso autónomo o vegetativo. “Los síntomas son equivalentes al del ataque de angustia: palpitaciones, diarrea, taquipnea, que corresponden a funciones reguladas por el sistema nervioso autónomo” (Rojas y Menassa, 2011. p 4).

Es importante mencionar que dentro de la anatomía, la histeria no sigue o no coincide nunca con la anatomía “real”. Podríamos decir que la histeria no encuadra con los libros de anatomía. En la histeria se plantearía:

“una anatomía imaginaria, vulgar (de la concepción popular del cuerpo) en el sentido de que tiene que ver la imagen corporal. Si se paraliza el brazo, se paraliza lo que el paciente percibe como brazo, está en relación con la imagen del brazo y no con la disposición anatómica de los nervios del sistema nervioso somático. Para el paciente histérico el brazo es el brazo desde la sisa vestido hasta la mano. A diferencia del paciente psicósomático y orgánico, la anatomía afectada es la real.” (Rojas y Menassa, 2011. p 4).

Y así como su anatomía es imaginaria, la lesión que se produce en la histérica es funcional y no orgánica, es decir en la histeria la lesión no es médicamente objetivable como en la orgánica en dónde se puede observar la lesión en cuestión.

Freud decía que la historia del paciente histérico es una historia de deseos. (Rojas y Menassa, 2011. p 5). Es decir que los síntomas son satisfacciones substitutivas de deseos reprimidos. En el mismo síntoma está la realización del deseo y su castigo. “La histeria de conversión es por tanto la mostración de un deseo inconsciente y está sostenido siempre por una frase, por ejemplo “No puedo dar un paso más” (Rojas y Menassa, 2011. p 6) manifestando ya su deseo y su castigo. Vemos aquí la diferencia de la estructura psicósomática en la cual no existe tal realización de deseos, ni una frase que sostenga el síntoma, como sí la hay en la histeria.

Es importante mencionar como vive la angustia el paciente histérico.

“En Inhibición, Síntoma y Angustia, Freud diferencia una angustia automática, en relación con la necesidad de desamparo, donde la tensión de necesidad genera angustia y una angustia después de la constitución como sujeto deseante donde ya la angustia es señal de deseo” (Rojas y Menassa, 2011. p 8)

En la histeria, el afecto de la angustia queda derivado como inervación somática, el paciente histérico en general, “no siente angustia, de ahí lo que se ha dado en llamar la belle indifférence (bella indiferencia) de las histéricas” (Rojas y Menassa, 2011. p 8). A diferencia del paciente psicossomático en el cual la angustia es automática, es angustia flotante, “que se adhiere a cualquier representación (como en las neurosis de angustia), no es señal de ningún deseo, como lo es en la histeria (Rojas y Menassa, 2011. p 8).

Freud puso como relevante la sexualidad infantil como base de cualquier estructura psíquica, y los pacientes histéricos no son la excepción.

“En la histeria se actualiza la sexualidad infantil en el sujeto. En esta estructura, se produce una regresión a los primeros objetos incestuosos (por eso sexualidad infantil, porque está en relación como los primeros objetos incestuosos: el padre y la madre como objetos de amor y sus subrogados pero es la que está instalada hoy, actualmente en ese sujeto). Los deseos sexuales infantiles son deseos intolerables para el sujeto, de ahí que los reprima. Posteriormente a la represión, hay un retorno de lo reprimido en forma de síntoma, en el cual se realizan dos deseos: el deseo inconsciente deformado y por tanto, irreconocible, por medio del cual se alcanza una satisfacción sustitutiva y el deseo preconscious de castigo. (Rojas y Menassa, 2011. p 9)

Por último señalaremos cómo mantiene el discurso un paciente histérico; el relato del paciente histérico en psicoanálisis es un discurso pulsional, donde el paciente se implica y expresa sus sensaciones y emociones, así en el discurso del histérico siempre está implicado un otro, un semejante. A diferencia del paciente psicossomático el cual intentará separar lo psíquico de lo somático, quiere negar lo psíquico, se nos presenta como un cuerpo biológico, el discurso psicossomático incluye a él y al órgano, no hay otro. Pero en la histeria se observa la conducta opuesta “a pesar de conceder a sus dolores mucha importancia, su atención se halla retenida por algo distinto de lo cual los

dolores no son más que un fenómeno concomitante; esto es, por pensamientos y sensaciones enlazados a dichos dolores.” (Rojas y Menassa, 2011. p 10)

Así un paciente histérico que padece una parálisis braquial no habla del órgano afectado; lo que padece es que tiene reprimida la palabra, en lugar de hablar, hace síntoma.

De esta manera, a pesar de que Freud nunca mencionó el término de psicósomática es muy importante y necesario nombrar y entender que sin sus obras e investigaciones, desde la histeria y la conversión, ninguno de los posteriores desarrollos hubieran sido posibles, ya que es él quien da la importancia a los síntomas, síntomas que para el psicoanálisis son el conflicto psíquico y no el padecimiento corporal; es decir: “porque se producen malestares psíquicos que no se pueden tramitar con palabras, tenemos padecimientos corporales que no responden a causas biológicas” (Posadas, Rojas, Novoa, 2008, p. 67).

3.3. El Fenómeno Psicósomático

Como habíamos mencionado, al irnos introduciendo cada vez más en la psicósomática, su materia se puede volver más confusa, más crítica o más criticable. Pero dentro de toda esta “confusión” podemos encontrar un punto en común entre todas las teorizaciones. Y esta es la relación entre la aparición del fenómeno corporal y lo emocional.

Hemos descrito las teorizaciones de esta relación corporal – emocional, desde la hipocondría y la histeria de conversión, las cuales tienen su propio marco teórico, la hipocondría con un enfoque que incluye a la medicina y su nosología en los padecimientos del enfermo, la histeria de conversión en la cual se deja atrás al punto de vista médico, para volcarlo hacia la psicología y la importancia de la historia de vida del paciente y por último hablaremos del fenómeno psicósomático que,

“tiene un sentido más restringido, ya que son trastornos orgánicos cuya causalidad o evolución no responden a la lógica de las enfermedades orgánicas y tienen relación con los factores psíquicos, trastornos que no encuadran dentro del campo de los síntomas neuróticos.” (Farré, s/a p. 127).”.

“Para el humano, el cuerpo no coincide con su organismo. El cuerpo aparece como un esquema mental. Es algo que se construye a través del lenguaje y precisará de un organismo vivo y de una imagen, Gestalt visual, que le dará unidad” (Farré, s/a. p. 127)

Toda persona para poder tener una imagen de sí mismo debe recurrir, sin saberlo, al trámite simbólico, todos necesitamos de la presencia de personas a nuestro alrededor, éstos nutren con sus palabras y significantes ya desde mucho antes de nacer, y este circuito es el que le permitirá construir una imagen del cuerpo unificado.

“Es por lo tanto, necesario el mundo simbólico. Para poder llegar a la asunción de la vivencia del propio cuerpo, el sujeto-niño tiene que ser hablado por sus predecesores, formar parte del contexto familiar, de sus ideales o rechazos, de su medio social histórico, etc. Es a partir de este lugar simbólico a donde el niño llegará, rodeado de palabras, que su cuerpo tendrá un lugar en la humanidad, será nombrado e identificado con un nombre y persistirá después de su muerte en la memoria de los otros. Será pues el lenguaje el que nos atribuirá un cuerpo y después nos lo otorgará al unificarlo” (Farré, s/a, p.127)

En el *fenómeno psicósomático*, tenemos que incluir las incidencias del significante sobre el cuerpo, incidencias que muchas veces son poco claras y pueden generar gran confusión para médicos y psicólogos así;

“durante la consulta, ocurre con frecuencia que nos encontramos, sobre todo en el ámbito hospitalario, con pacientes que dicen sufrir alguna dolencia corporal o algún tipo de lesión en alguna parte de su cuerpo, agregando que vienen “porque los mandó el médico” y que, además “no entienden por qué los mandaron”. Estos pacientes no presentan, en su discurso, ningún signo que dé cuenta de alguna demanda de tratamiento. Sólo se limitan a presentarnos su síntoma, pero a la manera de quien le lleva un aparato descompuesto a un técnico y lo coloca sobre el escritorio para que se lo arregle, es decir, con una total ausencia de implicación subjetiva. Cuando nos hablan no pueden dejar de dirigirse a la figura del médico, a quien adjudican el lugar de un amo del saber sobre el cuerpo” (Larsen, 1999. p. 3).

Así durante las reuniones con el médico, muestran un discurso que se caracteriza por su sobriedad y pobreza de asociaciones, “como si estuvieran constantemente diciendo ¿y esto qué tiene que ver con mi úlcera? (Larsen, 1999. p. 3). Este discurso del paciente manifiesta un “no entendimiento” del porqué está en consulta psicológica, cuando él debería estar en consulta médica. Su cuerpo y su enfermedad no establecen una relación directa con lo que le está pasando a nivel psíquico. De esta forma el fenómeno psicósomático (su úlcera) no entraría en el discurso médico. Así diríamos que el cuerpo del enfermo psicósomático es un

“cuerpo imaginario, narcisista, representación especular de si-mismo, es el cuerpo del que se habla en el psicoanálisis. Este es el cuerpo del que se trata en el síntoma conversivo. Este es el cuerpo que sigue leyes de la anatomía. Este es el cuerpo que constituye una extensión del inconsciente freudiano y lacaniano... Me pregunto con qué frecuencia los colegas médicos toman en cuenta el hecho de que sus pacientes generalmente les hablan de su cuerpo imaginario, y no del cuerpo biológico que estudiamos en la Facultad de Medicina” (Sandoval, 2005. p.2).

Así para Lacan ese cuerpo unificado (cuerpo de la imagen), del que hablábamos anteriormente, surge como un efecto de lo simbólico (lenguaje) sobre lo real del cuerpo (organismo vivo). De esta forma:

“Habría en el cuerpo alguna parte resistente a la simbolización, algo no afectado por el lenguaje, fuera de la simbolización, a la que Lacan llama goce y es relación a él donde sitúa la psicósomática. Ya que Freud ubica el goce más allá del principio del placer, lo llama “el placer del displacer” (Farré, s/a. p.127)

Este cuerpo del que se habla en psicoanálisis y del que el paciente habla en consulta, es un cuerpo de signos y síntomas. ¿Y qué es un síntoma? “Es un hecho subjetivo y del lenguaje, pero además es una formación del inconsciente, pues Lacan nos enseña que el inconsciente está estructurado como un lenguaje”. Lenguaje que permitió a Freud descubrir las leyes del inconsciente y a Lacan establecer el estatuto del sujeto como dividido, separado entre las palabras y los significantes. (Sandoval, 2005. p.3).

En medicina, los síntomas son manifestaciones perceptibles de una enfermedad subyacente. “El concepto de síntoma se afirma entonces sobre una distinción entre los fenómenos (objetos que se pueden experimentar directamente) y sus ocultas, que no se pueden experimentar, sino que hay que inferir” (Farré, s/a. p. 127). Para el psicoanálisis los síntomas neuróticos son formaciones del inconsciente y siempre constituyen una solución de compromiso entre dos deseos conflictivos. “La represión que actúa como barrera del inconsciente desconocido, se hace accesible a través de las formaciones del inconsciente: los sueños, los lapsus, los actos fallidos, y los síntomas neuróticos.” (Farré, s/a. p. 127)

Sandoval (2005), dice que el fenómeno psicósomático es algo completamente diferente, “empezando por el hecho de que no podemos hablar de síntoma”, el fenómeno psicósomático no es articulable con el inconsciente estructurado

como un lenguaje, no se refiere al cuerpo imaginario, como representación yoica, no es un significante que representa al sujeto ante otro significante. Es un fenómeno emergente del cuerpo biológico y sujeto a sus leyes, no a las del inconsciente. Estas ideas se pueden articular con las de Farré, (s/a. p.127) el cual manifiesta que: “Lacan reformula los síntomas neuróticos en términos lingüísticos. Al incluir las leyes del lenguaje, traduce la condensación y el desplazamiento freudianos, en metáfora y metonimia, donde el síntoma está estructurado como un lenguaje que preexiste al sujeto, como una metáfora subjetiva”

Así, Larsen, 1999 (p.3), también toma las referencias de Lacan para sus estudios y prioriza la importancia del lenguaje y el discurso que mantienen los pacientes psicósomáticos y que en la “forma” del discurso es donde recaen las diferencias que marcan el *fenómeno psicósomático*.

“Ya que en el fenómeno psicósomático el síntoma somático no es un síntoma en sentido analítico, es decir, no es una formación de compromiso entre dos fuerzas opuestas, ni implica un retorno de lo reprimido; no es, en definitiva, un efecto de significación producido por la situación de un significante por otro. Es más bien del orden del trazo unario, un significante aislado que ha perdido su conexión con los otros significantes, un significante que no hace cadena, un S_1 que no se encuentra en relación con un S_2 . Para dar cuenta de este fenómeno Lacan toma prestado el término «holofrase» de la lingüística, en la que se utiliza para indicar que el sentido de una frase puede ser equivalente a una sílaba aislada o a una sola palabra.” (Larsen, 1999 p.3)

La holofrase, entonces, al reducir los significantes de una frase a uno solo, al unificarlos, al borrar sus diferencias, anula también al sujeto que sólo puede emerger de la relación de un significante con otro. “Así el fenómeno psicósomático es puro goce, goce autoerótico, un goce del cuerpo, no de la palabra” (Rojas y Menassa, p. 8). En este sentido, tanto el síntoma

psicosomático como el fenómeno psicosomático ponen de manifiesto estas dos dimensiones: por una parte el lenguaje (psique) y por otra el goce (el organismo).

De esta forma la importancia del habla está impresa en el fenómeno psicosomático, puesto que,

“Somos seres hablantes o, como solía decir Lacan, *parlêtres*. Esto implica, por lo menos, que nada en nosotros puede escapar a la influencia del significante desde el momento en que recibimos, al llegar a este mundo, como bautismo, el baño del lenguaje. La incorporación de la estructura del lenguaje produce, como primer efecto, la separación del cuerpo y el goce, en la medida en que opera un vaciamiento, una evacuación del goce del cuerpo. Por eso Lacan va hablar del cuerpo como desertificación de goce. A partir de entonces el goce tendrá que ser redistribuido *fuera del cuerpo*, bajo la forma de goce pulsional, o sea que se localizará en los bordes anatómicos del cuerpo, ligados al objeto de la pulsión, objeto perdido, imposible de recuperar, pero que se encuentra de alguna manera repositivizado en tanto restituye un cierto coeficiente de goce, una especie de compensación que Lacan denomina plus-de-gozar.” (Larsen, 1999. p.3)

3.4. Las diferencias: Hipocondría – Síntoma Conversivo – Fenómeno Psicosomático, en las enfermedades de la piel (Psoriasis).

La finalidad de esta investigación es proponer ciertos argumentos para distinguir estas categorías, y cómo estas se representan o se pueden representar dentro de las patologías dermatológicas en particular para este estudio, en la psoriasis.

Para este estudio tomaremos las experiencias de Jorge Ulnik, médico psiquiatra y psicoanalista. “Ulnik parte de una afirmación reconocida por los

dermatólogos, que es que aproximadamente un tercio de los pacientes tiene problemas emocionales no declarados o inadecuadamente tratados y que la solución sólo es posible considerando estos factores” (Roca, 2003, s/p).

Las diferencias entre cada postura; Hipocondría, Síntoma Conversivo y Fenómeno Psicosomático frente a la psoriasis estarán dadas por su aparición, percepción, manifestación y discurso.

De esta manera, la hipocondría como la habíamos conceptualizado es esa percepción subjetiva de estar enfermo o sentirse enfermo, y; “está caracterizada por la preocupación excesiva de la salud y del estado de los órganos y que esta preocupación es con frecuencia el resultado de sensaciones subjetivas más o menos anormales” (Villaseñor y otros s/a. p.409).

La psoriasis no encajaría dentro del concepto de la hipocondría ya que no se presenta como una sensación o una preocupación subjetiva exclusivamente. La psoriasis en el enfermo es “real”, es visible, no es solo subjetiva, sin tomar en cuenta cual sea el origen o el desencadenamiento para su aparición.

Así la psoriasis se ubica fuera del cuadro hipocondríaco y podríamos relacionarla mejor con el síntoma conversivo teorizado por Freud o con el fenómeno psicosomático formulado por Lacan.

En relación al síntoma conversivo, Freud (1893), plantea la hipótesis de que “no se puede tomar el cuerpo como un orden natural, más bien, hay que tomar al cuerpo como efecto de las incidencias de la cultura y del lenguaje –es decir, como una construcción por fuera de lo natural dado”. Así el cuerpo de la histérica/o cuando encarna un síntoma no es un objeto para mirar y diagnosticar, sino que hay que escuchar lo que quiere decir. “Freud empieza a escuchar el discurso que ellas emplean acerca de su cuerpo y su síntoma como si se tratara de un texto”. (Saldías y Lora, 2006, p.4).

De esta manera la psoriasis aparece en forma de brote cuando hay una situación personal de separación y por lo tanto una pérdida (por ejemplo un divorcio, una muerte, una migración forzosa) El cuerpo quiere “hablar”, decir algo acerca de lo que “siente” lo que se manifiesta y se expresa a través de la psoriasis en la piel. (Ulnik 2004, p. 30). Así las placas, los brotes, las descamaciones en el cuerpo y la piel del psoriásico, nos quieren decir algo; “nos hablan”.

Freud nos habla (1905), que la piel es la zona erógena por excelencia, la zona histerógena como Freud la llamó en un principio, “es aquella región del cuerpo en la que se engendra el síntoma, produciendo dolor, y en algunos casos también una descarga similar al placer sexual y al ser estimulada desencadenaba un ataque histérico” (Posadas, Rojas, Novoa, 2008, p. 70).

En el síntoma conversivo tenemos que hablar del “síntoma”, (recordemos que síntoma es “una expresión subjetiva del padecimiento morboso... y para el psicoanálisis es igualmente un hecho subjetivo y del lenguaje” (Sandoval, 2005. p.2). Este síntoma debe ser descifrado a través del lenguaje, “en la lógica del deseo y en la estructura del inconsciente. El síntoma es tan apalabrable y tan analizable como los sueños, las fantasías, los actos fallidos y el discurso mismo del sujeto”

Desde esta postura la psoriasis como síntoma conversivo, puede funcionar en el enfermo paradójica o metafóricamente como un caparazón, como una defensa ante el temor de ser dañado por el otro, como un intento simbólico de cicatrizar una herida emocional, entre otras numerosas hipótesis interpretativas acerca de lo que nos quiere “hablar” la enfermedad.

En el síntoma conversivo tenemos que tomar en cuenta la primera infancia como uno de los factores fundamentales en la constitución de la psique del paciente psoriásico. Así en 1914 en “Introducción al narcisismo”, da cuenta del cuerpo a partir de la constitución del Yo. Plantea que el Yo se constituye como

una instancia psíquica que se forma a partir de dos momentos, donde el primero adquiere significación a partir del segundo. Estos dos momentos serían el autoerotismo y el amor objetal. Desde el autoerotismo se agrega otro momento al que llama narcisismo, que tiene como característica fundamental que la libido se encuentra en el yo.

“Así mientras que el narcisismo inviste libidinalmente al cuerpo en su totalidad, el autoerotismo por su parte, concierne a partes del cuerpo que son tomadas por la libido” (Posadas, Rojas, Novoa, 2008, p. 71). De esta forma en la primera infancia el niño que ya distingue entre su madre y su yo, se encuentra en un estado en el que a través de los cuidados satisface sus necesidades y sus pulsiones, su yo está completo.

De esta manera Ulnik (2004, p54), reafirma la posición freudiana en la importancia que tiene la primera infancia y la satisfacción de sus necesidades y sus pulsiones. Ulnik plantea que en el paciente psoriásico hay un problema más profundo y este se relaciona con el apego y sus padres. Y manifiesta que

“en el paciente psoriásico los padres no han de dar el apego suficiente como el amor, confianza y seguridad, y que las patologías del apego entre ellas la psoriasis provienen del exceso o el defecto, de unos padres invasores y sobreprotectores que hacen vivir el apego como algo angustiante, o bien de unos padres fríos que provocan esta carencia emocional” (Ulnik 2004, p. 56).

Hemos descrito como se manifiesta la psoriasis desde la postura freudiana del síntoma conversivo. Ahora marcaremos las diferencias desde la postura lacaniana del fenómeno psicossomático.

Lacan hizo algunas referencias sobre el tema sin profundizar directamente en él: “En 1975, poco antes de su muerte, dirá que el Fenómeno Psicossomático es terreno importante y poco explorado. Pero lo que deja claro a lo largo de su

obra es que es totalmente distinto de la conversión histérica, que es un síntoma que tiene un valor simbólico que a través del cuerpo quiere decir algo” ” (Roca, 2003, s/p). Así en el fenómeno psicósomático tenemos algo “completamente distinto, empezando por el hecho de que no podemos hablar de “síntoma” en el sentido psicoanalítico del término.” (Sandoval, 2005. p.2).

Roca (2003), otro psicoanalista con postura lacaniana Massimo Recalcati, explica muy bien lo que significa el Fenómeno psicósomático y manifiesta que debe considerarse como si la parte lesionada se separa del conjunto del cuerpo, se esquivara de su carácter simbólico (que quiere decir que nuestro cuerpo es algo en lo que no nos podemos reconocer). La lesión se convierte entonces en un signo pero no tiene significado, esta embalsamado, congelado. Esto quiere decir que no hay transferencia posible en el psicoanálisis, ya que lo que expresa el cuerpo no tiene sentido y por lo tanto ni puede ser interpretado ni el analizado puede proyectar sus conflictos en el analista”

La diferencia es marcada con el síntoma conversivo, donde el discurso, sus dolencias y sus placas pueden ser interpretados. De esta forma el fenómeno psicósomático se aparta notoriamente, y esta diferencia recae claramente en que el síntoma conversivo el cuerpo del paciente psoriásico “habla” quiere manifestar algo, ya sea por múltiples cuestiones entre ellas la manipulación inconsciente al otro, en el fenómeno psicósomático el individuo sufre en su cuerpo por algo que no puede decir ni expresar.

Así el

“el fenómeno psicósomático no está a nivel del cuerpo imaginario sino del soma, del cuerpo biológico... Lacan propone que el fenómeno psicósomático no es un síntoma como el conversivo, no está en el registro del lenguaje, pero sí es una forma de escritura, algo así como un jeroglífico que se escribe en el cuerpo, pero sin que tengamos la posibilidad de hallar una clave para descifrarlo, porque no está en el orden simbólico, sino en el simple trazo o marca... Así el fenómeno

psicosomático no es analizable ni interpretable. El síntoma conversivo si.” (Sandoval, 2005. p.3).

Y si bien el discurso del paciente psoriásico varía según el paciente, debemos mencionar que en el discurso en lo que manifiesta y como lo manifiesta es dónde se pueden establecer las más claras diferencias. En los pacientes psoriásicos que los podemos relacionar con el síntoma conversivo, estos se interrogan sobre su síntoma. Si acuden al psicoanalista.

“sus preguntas les conducen a producir cadenas lingüísticas, relacionadas con su historia y sus mitos, con efectos positivos para su cura. Sin embargo, los pacientes psoriásicos que podemos relacionar con fenómeno psicosomático no se preguntan sobre su sufrimiento, enmarcándolo en su cuerpo, aislándolo por completo de cualquier relación con lo psicológico. Es por esto que los enfermos con psoriasis con fenómeno psicosomático suelen recurrir, una y otra vez, al médico, pasando de una cura a otra y buscando de forma fiel alguien que entienda sobre su cuerpo. (Farré, s/a p. 129).”.

CAPITULO IV

4. Estudio de Casos.

Este trabajo da cuenta de la investigación y los resultados preliminares de un estudio que se realizó en la Fundación Ecuatoriana para la Psoriasis (FEPSO) en Quito, acerca de las afecciones psicosomáticas dermatológicas (psoriasis, en algunas de sus formas) desde la perspectiva del Psicoanálisis de orientación freudiana y lacaniana.

Para este estudio se tomaron seis (6) casos clínicos dermatológicos derivados de los especialistas en dermatología de la FEPSO, con un diagnóstico clínico específico. Los seis casos derivados presentaron algún tipo de psoriasis de etiología desconocida sin ningún tipo de antecedente familiar – hereditario.

La muestra fue elegida dentro de los pacientes que asisten al departamento de dermatología de la FEPSO y que cumplan con los siguientes parámetros:

- Hombres comprendidos entre los 12 y 70 años de edad
- Mujeres comprendidos entre los 12 y 70 años de edad,
- Que sean atendidos en el departamento de Dermatología de la (FEPSO),
- Que sean derivados del departamento de Dermatología al departamento de Psicología Clínica.
- Permanencia mínima de quince sesiones terapéuticas.
- Que dentro de su patología dermatológica presenten Psoriasis.
- Que dentro de su historial clínico no se presenten influencias hereditarias.

Así lo que pretendemos con este trabajo es formular un desarrollo de algunas interrogantes que se han ido planteando en el transcurso de mi práctica clínica en la elaboración de esta investigación y aportar elementos para la comprensión de la terapéutica de los fenómenos psicosomáticos.

El objetivo principal de esta investigación es aportar con elementos de juicios teóricos para tornar más sustentables las ideas planteadas y no de categorizar ni enmarcar a la psoriasis en ninguno de los cuadros presentados en esta investigación.

El procedimiento para el estudio de casos se estableció en guiarnos, por el discurso manifiesto e implícito que el paciente mantiene en las sesiones. Este discurso consta de su propio nombre, su propia historia, sus particulares y exclusivas articulaciones simbólica, imaginaria y/o real. Este discurso tendrá o no en el cuerpo, los específicos efectos somáticos que serán tratados en terapia. Y en función del discurso particular y exclusivo de cada paciente psoriásico esta investigación no podrá encuadrar ni caracterizar a los pacientes estudiados. Algunos se los podría ubicar en la caracterización de un síntoma conversivo y a otros situarlos en un fenómeno psicosomático.

Por lo tanto no podemos decir que para el psicoanálisis toda psoriasis es psicosomática, hipocondríaca o fenómeno psicosomática. Es necesario el estudio “caso por caso”, para un mejor entendimiento, puesto que cada pregunta y cada demanda será diferente y particular para cada psoriásico.

4.1. Caso “A”

Paciente que llega al departamento de psicología clínica de la FEPSO, derivado por la dermatóloga, presenta un tipo de psoriasis vulgar. En su historial clínico no presenta antecedentes hereditarios de psoriasis.

El paciente tiene 36 años de edad, de profesión contador, está casado, tiene 2 hijos. Su hijo mayor no presenta psoriasis pero el menor presenta un tipo de dermatitis atópica.

El primer contacto con el paciente se puede calificar como “bueno” ya que se establece empatía y un buen rapport. El paciente se comunica con mucha

“soltura” y comenta que tiene muchos problemas y que hace algún tiempo quería venir donde el psicólogo pero le daba un poco de miedo y vergüenza contar sus problemas. Al hablar de ellos cambia su gesticulación y su tonalidad de voz, se expresa con preocupación, frente a sus tareas laborales ya que manifiesta que en el trabajo donde se encuentra el ambiente es muy “estresante”. Esta primera sesión se torna en una “descarga” verbal de sus problemas y se establece un compromiso en el cual el paciente se compromete a asistir una vez por semana durante 4 meses.

En la segunda sesión el paciente llega puntual y entra animado. Cuando se le pregunta ¿Cómo está? ¿Cómo ha pasado?, el paciente empieza a expresar de una manera explícita su malestar. “Me siento mal, mi jefe es un fastidio”, sigue hablando y en su discurso se incluye el “malestar” que tiene en su hogar, y en especial expresa su malestar frente a su esposa: “mi mujer siempre pasa malgenia, tenemos muchos problemas”. Y la sesión termina manifestando el malestar que tiene en su hogar.

En la tercera sesión el paciente está esperando, ha llegado minutos antes de la sesión. En esta se cumple con el protocolo de la toma de test para ansiedad y depresión. En la aplicación del Test de Hamilton para ansiedad, los resultados arrojan un promedio medio-alto de ansiedad (21 puntos), siendo más expresiva su identificación en cuanto a la sintomatología de: Ansiedad, Síntomas somáticos (musculares) y Síntomas genitourinarios. En el Test de Beck para depresión sus resultados no representan niveles de depresión altos, no manifiesta síntomas depresivos.

Lo relevante en cuanto a esta sesión es su preocupación en la sintomatología genitourinaria, específicamente sobre la eyaculación precoz. Acerca del cual manifiesta que es un “temita” que le tiene preocupado y que ya lleva algún tiempo sintiéndose mal con esto.

Cuando se le pregunta desde cuando se presenta el problema, el paciente se ríe y dice: “ya es algún tiempo pero que ha empeorado en este último año”. La sesión termina hablando de su malestar frente a su problema de eyaculación precoz.

En la cuarta sesión recién nos enfocamos en hablar acerca de su enfermedad (la psoriasis) y como se siente con ella y dice que le incomoda, que se siente mal con todo esto “imagínese, lo incómodo que me siento cuando estoy con mi mujer” y expresa su malestar al decir “¿cómo se sentiría Ud. teniendo esto en todo su cuerpo?” y señala sus brotes. Su diálogo sigue y en este expresa que este malestar no fue así desde el principio ya que “cuando me salió hace 2 años, yo pensé que era un hongo o una enfermedad de transmisión sexual, porque la primera “llaguita” que me salió fue en la zona de la ingle, me puse algunas cremas y desapareció pero volvió a salirme me fui donde un doctor y me dijo que tenía psoriasis”.

En la siguiente entrevista el tema central de su discurso es su psoriasis y como la ha vivido este último tiempo. El paciente, siempre expresa su malestar y conformidad frente a su enfermedad. Dentro de lo que dice, llega un momento en el cual se “abre” y expresa: “es que hay algo que no le he contado, hace 5 años tuve una relación fuera del matrimonio con una compañera del trabajo, pero no creo que sea por eso (lo de la psoriasis) porque eso fue hace 5 años y mi psoriasis en la ingle apareció hace 2. ¿Usted cree que ella me haya pasado esto?”

Le informo al paciente que no hay estudios que confirmen que la psoriasis sea un tipo de patología que se pueda contagiar por contacto, a lo que él responde: “Yo si me imaginaba eso, la Dra. Dermatóloga ya me había dicho eso, pero por si acaso le pregunto, a Ud. para estar más seguro”.

En las siguientes sesiones se trata de trabajar en los sentimientos y pensamientos que tiene el paciente frente a la situación de su relación extra matrimonial, ya que en su discurso manifiesta la “culpa” que todavía mantiene

por haber “fallado” en su hogar, y es muy expresivo al decir que lo que le está pasando “su psoriasis” es un “castigo” por todo lo que le ha hecho a su esposa.

En las últimas sesiones el paciente se siente más tranquilo mientras conversa del tema y manifiesta su satisfacción con frases repetidas como estas: “creo que esto era lo que me hacía falta, hablar con alguien que no me juzgue”, “siento que me he sacado un peso de encima”, “no he podido hablar con nadie de esto, imagínese lo que ha sido para mí, vivir con este secreto más de cinco años”.

En 15 sesiones terapéuticas y casi 4 meses de observación con el departamento de dermatología, se pudo considerar que su psoriasis no avanzó y hubo aplacamiento en sus brotes anteriores.

4.2. Caso “B”

Al departamento de psicología de la FEPSO, llega derivado del dermatólogo un paciente de 28 años de edad, nacido en la ciudad de Latacunga, de estado civil soltero, de profesión chofer.

En su historial clínico, el dermatólogo confirma que bajo reactivos positivos de KOH (examen dermatológico de raspado, para diagnosticar una infección micótica de la piel), lo que presenta el paciente es un tipo de psoriasis (no clara). En el diagnóstico del dermatólogo también se menciona que se ha utilizado todos los tratamientos que están al alcance de la FEPSO, (tratamientos tópicos, biológicos, fototerapia) pero el paciente no presenta ningún tipo de mejoría. Se pide que se haga una valoración psicológica de su vida afectiva ya que esta puede ser la razón (“directa-indirecta”) de la patología en el paciente.

Las sesiones terapéuticas con el paciente, fueron escasas ya que este se presentaba, negativo, reacio, con actitudes verbales y gestuales de

inconformidad por estar en el departamento de psicología. Esta actitud era muy notable con frases repetitivas como: “no sé qué hago aquí, yo ya le dije al otro doctor, que mi enfermedad no tiene nada que ver con un psicólogo, lo que yo necesito es un buen dermatólogo que me cure, pero como no tengo plata, tengo que venir a la fundación. No me parece justo gastar más plata en un psicólogo, ¿qué tiene que ver esto con mi enfermedad?”.

Al repetir estas frases, se trata inútilmente de explicar al paciente la relación que existe entre los “sentimientos” y las enfermedades de la piel, se le explica que lo único que pretende el departamento de psicología es brindarle ayuda para que pueda entender un poco más su enfermedad y darle un espacio para que pueda hablar y expresar sus sentimientos y pensamientos.

El paciente, es claro al referirse que sólo viene a consulta, porque si no regresa con “la receta firmada, el dermatólogo no le va a atender”, las sesiones se vuelven irregulares. El paciente es atendido por el departamento de psicología un total de 4 veces, en las cuales no se pudo establecer ningún tipo de información acerca de su vida afectiva, se puede tomar como relevante que el paciente fue atendido por los cinco dermatólogos, un médico general y la médica internista.

4.3. Caso “C”

En el siguiente caso se presenta al departamento de psicología, un hombre de 36 años de edad, de profesión mecánico, con un hogar conformado hace 12 años, con 2 hijos. El paciente es de la ciudad de Quito y no presenta antecedentes heredo familiares psoriásicos. Llega remitido por la dermatóloga ya que presenta un tipo de psoriasis vulgar en todo su cuerpo.

En el historial clínico del paciente se describe que su primer brote se presenta a los 14 años de edad, en la parte baja de la espalda, se describe también que

el paciente en su historial familiar su padre muere a causa de problemas hepáticos debido a la ingesta de alcohol.

En la primera sesión el paciente se muestra colaborador y se cumplen los protocolos para poder tomar los datos del paciente para esta investigación. Se efectúa la toma de Test para depresión (Beck) y de ansiedad (Hamilton), los resultados para depresión arrojan indicadores de un tipo de depresión moderada, y para los de ansiedad los indicadores no son relevantes. Para todo el protocolo el paciente se muestra interesado y expresa que si se siente “deprimido” ya que toda su vida ha sido “dura”.

En las siguientes sesiones llega puntual y su actitud siempre es participante. Se empieza a indagar su vida familiar, entonces este manifiesta su desagrado, su inconformidad frente a todo lo que ha vivido desde niño, con frases repetitivas como: “mi vida nunca ha sido fácil”, “me ha tocado sobrevivir”, “mi padre me hizo mucho daño”, “me tocó sacar a mi familia adelante”.

El paciente varía sus gesticulaciones y emociones frente a su discurso, ya que a veces lo narra con tristeza, otras con enojo, y algunas con resignación. En su diálogo hay una frase repetitiva que según él, es la que le ha dado la fuerza para continuar: “tengo que ser fuerte, por mi mamá y mis hermanos”. El paciente dice estar “consciente” de que hay algo en su cabeza que no está bien, y que él sabe que cuando esta “estresado” la psoriasis aparece con mucha más “fuerza” y por eso necesita ayuda de un psicólogo para que se pueda curar.

En las siguientes sesiones y reuniones, se pide al paciente que nos describa acerca de cómo vivió su infancia, su narración es una historia penosa con muchos antecedentes de violencia familiar, su padre era alcohólico, detalla su infancia llena de agresiones y maltratos: “tuve que aguantar golpes toda mi vida, y un día los golpes ya ni me dolían”. A los 14 años mi mamá me llevó a un hospital porque pensó que los golpes de mi papá se me habían infectado. Ahí

la doctora que me atendió dijo; “señora su hijo tiene psoriasis; y desde ahí he vivido con estas costras toda mi vida”

Las sesiones continúan con la misma predisposición, el paciente va “descargando” sus sentimientos frente a su situación actual en cuanto a su enfermedad no lo expresa con molestia, pero su discurso cambia radicalmente cuando nos referimos a su padre, se pronuncia con ira y desagrado, las sesiones siguen y el paciente se expresa con agradecimiento ya que piensa que todo lo que ha dicho le ha servido para entender algunas cosas y poder canalizar de mejor manera la ira y los resentimientos que mantenía frente a su padre.

Durante las 15 sesiones no aparecieron nuevos brotes, las observaciones por parte del departamento de dermatología continuaron. El paciente siguió en tratamiento tópico, biológico y psicológico durante más tiempo.

4.4. Caso “D”

En este caso describiremos lo trabajado en una mujer de 24 años de edad, nacida en la ciudad de Quito, soltera sin hijos, estudiante sin antecedentes de psoriasis en su entorno familiar. En el diagnóstico clínico elaborado por el dermatólogo la paciente presenta psoriasis de tipo guttata o gotular.

En el primer acercamiento la paciente se muestra colaboradora, llega al departamento de psicología acompañada de su madre, la paciente ingresa sola a consulta, al inicio la paciente no demuestra “mucho interés” pero colabora con todas las indicaciones.

La paciente expresa sentirse bien y que su vida es normal “no sabe porqué le mandaron donde el psicólogo, si lo que ella quiere es curarse de la psoriasis y no de su locura”. Se realiza el protocolo de la toma de Test para depresión y

ansiedad, en cuanto los indicadores de depresión no presenta resultados relevantes en cuanto a la ansiedad los resultados indican que la paciente presenta un tipo de ansiedad mayor, siendo los ítems de síntomas de miedos, psicosomáticos y de ansiedad los más importantes.

En el siguiente encuentro, la predisposición de la paciente cambia es evidente que no colabora como la primera vez y en su discurso manifiesta: “el dermatólogo me obliga a venir, dice que si no vengo él no me va a atender, “¿qué sentido tiene hablar con Ud. y mi psoriasis?”. Se le explica a la paciente cual es la función del psicólogo y los beneficios que podría tener si ella accede a trabajar sus conflictos emocionales.

La paciente accede a trabajar en terapia psicológica, en la tercera sesión se le pide que nos cuente algo más de su vida, a lo que ella accede con buena predisposición. Su discurso empieza describiendo su malestar frente a su enfermedad: “no soporto esta enfermedad, la psoriasis me ha cambiado la vida, ya no salgo, ya no me visto como antes, esto me ha afectado mi autoestima antes me sentía atractiva ahora me da vergüenza mi cuerpo siempre salgo tapada aunque haga calor”.

En su discurso además expresa sentirse “triste y mal” por la muerte de su padre y lo manifiesta con frases repetitivas “lo extraño, me hace mucha falta, me hubiera gustado pasar más tiempo con él”. Expresa también sentir “culpa”, porque pasaba mucho tiempo con sus amigas y fuera de casa y que “si pudiera cambiar las cosas, pasaría más tiempo con mi papá”. La paciente se “abre” en su discurso y nos cuenta haber discutido muchas veces con su padre, porque él le exigía pasar más tiempo en casa con su familia a lo que la paciente se reprocha: “ahora me arrepiento no haber escuchado a mi papá, tenía que haberle hecho caso y pasar más tiempo con él”

La paciente sigue asistiendo con irregularidad a terapia, en la última su discurso es claro y manifiesta “esta es la última vez que vengo, venir acá no me

ha servido de nada, lo que yo necesito es un médico de la piel y no una para contar mis problemas”

El seguimiento con la paciente terminan ya que ella dio por terminado y las entrevistas con el psicólogo y con el médico dermatólogo tratante también.

4.5. Caso “E”

En el siguiente caso nos referimos a un hombre de 54 años de edad, de profesión abogado, está casado y su hogar está conformado por 3 hijos. El paciente reside en la ciudad de Quito pero es de Ibarra, en su historial clínico no presenta antecedentes familiares de psoriasis.

Es remitido por el departamento de dermatología de la FEPSO, con un diagnóstico de psoriasis de tipo vulgar. En su historia clínica se describe que el paciente presenta psoriasis desde los 33 años aproximadamente y esta se exterioriza en manos, tronco y piernas.

Se realiza la primera entrevista, en la cual se genera buena empatía y rapport. El paciente como muchos de los entrevistados para esta investigación, no entienden el porqué visitar al psicólogo. En este primer acercamiento se muestra colaborador y participativo a todas las indicaciones y preguntas que se le hace.

Se procede a la toma de la batería de tests para medir sus niveles de ansiedad y depresión, los cuales no arrojan indicadores que sean relevantes para este estudio. En su discurso verbal y sus gesticulaciones el paciente manifiesta sentirse agotado, cansado y que su trabajo le tiene muy “estresado”. Esto lo recalca con frases como: “imagínese, trabajo desde los 12 años, ahora tengo 52 haga cuentas”, cuando se le pregunta por el hogar y su familia no expresa malestar, manifiesta tener un hogar estable y que ha formado unos buenos hijos.

Las sesiones continúan siempre con cierto malestar e inconformidad frente a su trabajo, esto lo demuestra con frases repetitivas que denotan su descontento: “no me gusta lo que hago, nunca me gustó, yo quería ser cualquier cosa menos abogado, pero como en mis tiempos se hacía lo que mi padre decía, él me obligó a estudiar esto, en cierta forma le agradezco porque nos ha dado de comer y vestir a mi familia”.

Cuando se le pregunta por su enfermedad, el paciente responde que su primer brote se presentó en su mano derecha, y que poco a poco se le fue extendiendo por otras partes del cuerpo, al indagar sobre su enfermedad el paciente expresa su disgusto y su vergüenza diciendo: “fue muy difícil al principio, en la oficina nadie quería estar a mi lado o eso es lo que yo creía, mis manos eran un desastre y como Ud. sabrá las manos para nosotros los abogados son nuestras herramientas de trabajo, así que renuncié, ahora que no escondo mis manos me siento más cómodo”

El paciente sigue asistiendo con regularidad a las sesiones, manifiesta que se ha sentido mejor desde que viene a contar sus “problemas”, esto lo ratifica con frases como: “desde que vengo me siento mejor”, “creo que sí me hacía falta venir donde un psicólogo ya que me ha ayudado a mejorar mi autoestima”.

Las sesiones terminan con el paciente, dentro de las observaciones dermatológicas se presentaron 3 nuevos brotes, lo que no se podría tomar como relevante ya que en el paciente la aparición de nuevas placas psoriásicas eran continuas.

4.6. Caso “F”

Al departamento de psicología, llega remitida por parte de la médica dermatóloga una mujer de 18 años de edad, de la ciudad de Quito, en su historial clínico la paciente no presenta antecedentes familiares psoriásicos. En su diagnóstico médico, la dermatóloga expone que la paciente presenta un tipo de psoriasis vulgar, que se exterioriza en todo el cuerpo.

El primer contacto se realiza con cierta dificultad ya que la paciente se muestra poco colaboradora, y lo demuestra de forma muy expresiva tanto verbal como no verbal. Se realiza el protocolo de la toma de test para depresión y ansiedad, en los que se expresan indicadores relevantes tanto para depresión ya que los resultados demuestran un tipo de depresión moderada y en cuanto a la ansiedad los indicadores muestran que la paciente atraviesa sintomatología ansiosa considerable.

En el discurso de la paciente es evidente el malestar y lo expresa con frases repetitivas como: “yo ya le dije, a mí me obligaron a venir, yo no estoy loca, lo que tengo es psoriasis”, “yo no tengo porque contarle mis problemas a nadie”, “si nunca se preocuparon por mí, ahora ya no me importa lo que digan mis papás”.

Se pide a la paciente que se tranquilice, y se trata de explicarle que la única intención por parte del psicólogo es ayudarla. Las sesiones son irregulares y en su comportamiento muestra siempre hostilidad y descontento. Cuando se le pregunta por su enfermedad no responde y manifiesta: “no sé porque pregunta si Ud. no tiene el conocimiento, Ud. se encarga de tratar a los loquitos y yo no estoy loca, lo único que tengo son estas manchas”.

En la siguiente sesión se muestra un poco más colaboradora, y en su discurso expresa su malestar con frases repetitivas como: “mi vida es una basura”, “en mi casa nunca les importé”, “ahora que estoy enferma, tratan de ayudarme,

pero yo no quiero que nadie me ayude”. La paciente expresa que su vida era “normal” hasta que sus padres empezaron a pelear y se divorciaron. En su discurso la paciente también manifiesta haber tenido conductas de riesgo, como el consumo de alcohol y drogas.

En la última sesión que se mantuvo con la paciente su conducta fue insostenible, la paciente expresó directamente que no iba a regresar: “esta es la última vez que vengo, he perdido el tiempo, lo que yo necesito es que me den cremas, o que me operen para que definitivamente se me quite esto, yo no tengo porqué estar aquí”.

El proceso llega a su fin, las observaciones con el departamento de dermatología concluyen sin ningún tipo de mejoría, cabe recalcar que la paciente fue atendida por todos los médicos tratantes de la FEPSO.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES.

1. El objetivo general de esta investigación se centró en realizar una labor teórica por medio de la cual se pueda identificar las características y diferencias más relevantes de las distintas entidades que terminan mostrándose como una alteración corporal, para este estudio la psoriasis.
2. Este estudio se centra en un tipo de afección dermatológica (psoriasis) y se puede considerar que los resultados de esta investigación son satisfactorios en relación a las escasas investigaciones psicoanalíticas acerca de este tema en particular en nuestro país.
3. Podemos concluir que el enfermo psicossomático no puede ser considerado en ninguna de las tres categorías expuestas en este estudio. Y como tal el profesional "Psi", deberá según su criterio y formación establecer el mejor tratamiento ya que no se podría establecer para la mejora del enfermo psicossomático un único método de "cura".
4. Concluimos que en la idea freudiana del síntoma conversivo sería la base para éste estudio que abarca la Psicossomática, la medicina Psicossomática, la Hipocondría, y el Fenómeno Psicossomático.
5. Se concluye que dentro de la teoría psicoanalítica hay dos posiciones centralizadas, las cuales parten de lecturas diferentes de los antecedentes freudianos. La primera está enmarcada en una orientación más freudiana en la cual estaría vinculada la conversión histérica como referente de estudio para los enfermos psicossomáticos en la cual "el cuerpo habla" y la enfermedad sería simbólica y exteriorizaría "el inconsciente". Desde la otra

postura estaría el Fenómeno psicossomático; como habíamos dicho, si en la conversión histérica el cuerpo habla, en el fenómeno psicossomático “el cuerpo calla” y lo que manifiesta el enfermo psicossomático es lo que no puede ser representado ni a través de la imagen ni de la palabra.

6. Se concluye que desde la concepción psicoanalítica, expuesta en esta investigación, la lesión orgánica del paciente psoriásico puede ser la misma en un síntoma hipocondriaco, síntoma histérico o en un fenómeno psicossomático; pero está en el “discurso” del paciente y la manera de expresar su enfermedad ya sea como un mensaje cifrado en la histeria o como un goce “mudo” en el fenómeno psicossomático, lo que diferencia a cada una.
7. La investigación durante su proceso fue cumpliendo con todos sus objetivos, en cuanto esta investigación intentó presentar a la psoriasis desde una perspectiva psicoanalítica-psicossomática, tratando de desligarla de la conceptualización de la hegemonía médica occidental.
8. Podemos concluir que todas las teorías y escuelas expuestas en este trabajo marcan una diferencia ya sea desde su marco teórico o desde su práctica, pero podemos establecer un principio en común y este está dado en la relación entre la aparición del fenómeno corporal y lo emocional.
9. Se concluye que la muestra tomada para este estudio padecía un afección de tipo psicossomática y que un proceso de 15 sesiones y observaciones, solo puede darnos una pequeña referencia de como los enfermos psicossomáticos mantienen su relación con su enfermedad.
10. En el Ecuador es poca o escasa la investigación en el campo de la Psicossomática, las únicas referencias tomadas para este estudio es el artículo del Dr. Iván Sandoval y las estadísticas de la FEPSO.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que el profesional “Psi” tenga cierta preparación para tratar con enfermos psicosomáticos ya que estos son muy comunes y frecuentes. Y que la “cura” no debe estar orientada solo por los signos y los síntomas del enfermo psicosomático.
2. Se recomienda que al trabajar con enfermos psicosomáticos, a estos no se los incluya radicalmente en un marco o estructura específica ya que la estadística domina la singularidad de cada caso.
3. El trabajo multidisciplinario será siempre necesario para tener una mayor y mejor perspectiva y aproximación a una cura exitosa del enfermo psicosomático.
4. Generar mayor consciencia sobre los estudios psicoanalíticos ya que son aportaciones que se basan en una experiencia clínica válida y no son solo aportes especulativos.
5. Se recomienda incentivar a la investigación dentro del campo de la psicosomática ya que es una temática poco estudiada en nuestro país.

REFERENCIAS

Documentos Impresos.

- Ali, S. (2006). *Cuerpo Real, Cuerpo Imaginario*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Barlow, D. y Durand, V. (2006). *Psicopatología DSM IV – TR*. Buenos Aires: Thompson Editorial.
- Carballo J. (1984). *Teoría y Práctica Psicósomática*. Bilbao: Desclee De Brouwer Editorial.
- Chauchard P. (1960). *La Medicina Psicósomática*. Buenos Aires: Paidós.
- Chiozza L. (1991). *Prólogo de los afectos ocultos en Psoriasis, asma, trastornos respiratorios, varices, diabetes, trastornos, óseos, cefaleas y accidentes cardiovasculares*. Buenos Aires: Alianza Editorial.
- Chiozza L (1968). *Obras Completas Medicina y Psicoanálisis Indagaciones sobre el cuerpo y el alma*. Buenos Aires: Libros del Zoral.
- Chiozza L (1963 - 1997). *Obras Completas Metapsicología y Metahistoria, escritos de teoría psicoanalítica*. Buenos Aires: Libros del Zoral.
- Chiozza L (1980). *Obras Completas tomo IV El Problema de la Simbolización en la Enfermedad somática*. Buenos Aires: Libros del Zoral.
- Chiozza L (1980). *Obras Completas tomo V Acerca de la localización y el momento de la enfermedad somática*. Buenos Aires: Libros del Zoral.
- Cosentino J. (1992). *Lo real en Freud: sueño, síntoma, transferencia*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- De Cristóferis O. (2006). *Cuerpo Vínculo Lenguaje en el campo psicósomático*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua (2009). *Diccionario Práctico estudiantil*. España: Santilla Ediciones.
- Flanders, D. English, Henry, A. y Bunker, J. (1930). *Medicina Psicósomática y Psicoanálisis de Hoy*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Freud S. (1888 - 1893). *Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas*. Buenos Aires: Amorrortu Editorial.

- Freud S. (1901 – 1905). *Fragmento de análisis de un caso de Histeria (caso “Dora”), Tres ensayos de teoría sexual y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu Editorial.
- Laplanche, J. y Bertrand, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Maladesky, A. López, M. y Ozores, Z. (2005). *Psicosomática Aportes Teóricos – clínicos en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Pierre M. (2003). *La Psicosomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu. Quito.
- Schanke A. (2007). *Enfermedad Síntoma y Carácter*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.

Documentos Electrónicos.

Farré M., Marcet C. y Rigo M: ¿Qué es la Psicopatología para el Psicoanálisis?
Revista Internacional de Dermatología y Dermocosmética Clínica. Marzo
2001. Recuperado el 12 Marzo de 2012, Disponible en
<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/dermacosmetica2/SUMARIO.pdf>

Fernando Lolas Stepke: La Medicina Antropológica y Bioética. Viktor Von
Weizsäcker sobre el juicio de Nüremberg. Recuperado el 24 de Marzo
de 2012. Disponible en
http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=3146064.

García J. : INTERPSIQUIS. 2001, Efectividad de la psicoterapia analítica grupal
en enfermos somatizadores. Recuperado el 14 de Marzo de 2012,
Disponible en
http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/1750/1/interpsiquis_2001_1787.pdf

López S. , Belloch A. :Revista de Psicopatología y Psicología Clínica - Spanish
Journal of Clinical Psychology. RPPC Volumen 07, nº2 Agosto 2002.
Recuperado el 14 de Marzo de 2012. Disponible en
<http://www.aepcp.net/rppc.php?id=411>

Spangulo A. : Medicina Psicopatológica. Tratado de Psiquiatría. Publicado por la
Asociación de Psiquiatría. Recuperado el 17 de Marzo de 2012,
Disponible en http://www.slowmind.net/colombo_net/psicopatologica.pdf

Gaedicke H González-Hernández J.: Revista Memoriza.com 2010; 6:1-14,
Somatización y Trastorno Conversivo: Clínica,
Fisiopatología, evaluación y tratamiento. Recuperado el 17 de Marzo de
2012, Disponible en

http://memoriza.com/documentos/revista/2010/somatizafeb2010_6_1-14.pdf

Giménez A. INTERPSIQUIS. [15/02/2001] ; La somatización y la enfermedad psicosomática a la luz de la medicina tradicional china, Recuperado el 18 de Marzo de 2012, Disponible en http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/psicosomatica/1236/

Organización Mundial de la Salud Serie de Informes Técnicos No. 275: Los Trastornos Psicosomáticos. 13º informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. Recuperado el 12 de Marzo de 2012, Disponible en http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_275_spa.pdf

Hoyos M., Restrepo D., Londoño C. Revisión crítica del concepto “psicosomático” a la luz del dualismo mente-cuerpo Pensamiento Psicológico, Vol. 4, N°10, 2008, pp. 137-147 Grupo de Investigación Psicología, Salud y Sociedad. Recuperado el 15 Marzo de 2012, Disponible en http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/PS10_137-147.pdf

Roca L.: Psicoanálisis y Psicosomática. Recuperado el 22 de Marzo de 2012, <http://luisroca13.blogspot.com>

Montero V.: Breve Historia de la Psicosomática. Diferencias entre la concepción Médica y la Psicoanalítica. Ponencia para la Jornada del 16 de diciembre de 2006, organizada por Fort-Da, “Pulsió,cos i paraula”. Recuperado 28 de Marzo

Villavella M.: EL HIPOCONDRIACO, UN PERSONAJE DE NOVELA 12do.

Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado el 1 de Abril de 2012.

Disponible en

<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2394/1/11m1cofn1150501.pdf>

Villaseñor, Rojas, Garrabé.: Los Enfermos Imaginarios. Reflexiones acerca de la hipocondría

Rascovsky A.: Departamento de Psicopatología. Asociación Psicoanalítica Argentina. Recuperado el 21 de Marzo de 2012. Disponible en <http://apa.org.ar/departamentos/departamento-de-psicopatologia/>

Ríos R., Espiño I., López M., Varela P.: HIPOCONDRIA: NOSOLOGÍA Y MODELOS EXPLICATIVOS. REVISIÓN HISTÓRICA Y DE LAS CONTROVERSIAS ACTUALES. 9no Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado el 15 de Marzo de 2001. Disponible en http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/4495/1/interpsiquis_2008_34507.pdf

FEPSO (2002). Psoriasis. Recuperado el 17 de Marzo 2012. Disponible en <http://www.fepso.org.ec/>

Saldías, P. y Lora, M.: SÍNTOMA CONVERSIVO EN LA HISTERIA Ajayu, 2006 Vol. IV No. 2. Universidad Católica Boliviana. Recuperado el 18 de Marzo de 2012, Disponible en <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v4n2/v4n2a5.pdf>

Álvarez M.: HISTERIAS DE AYER Y DE HOY 11vo. Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010. Febrero-Marzo 2010. Recuperado el 17 de Marzo 2012. Disponible en <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/975/3/18cof1445614.pdf.txt>

Rojas P., Menassa A.: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA, HISTERIA Y ENFERMEDAD ORGÁNICA. 12vo Congreso de Psiquiatría Virtual. Recuperado el 26 de Marzo de 2012. Disponible en <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2384/1/11m1conf149903.pdf>

Sandoval I.: El Síntoma Conversivo y el Fenómeno Psicossomático. Algunas distinciones desde la teoría psicoanalítica. Asociación Lacaniana Internacional. Recuperado el 11 de Marzo de 2012. Disponible en http://www.freudacan.com/articles/article.php?url_article=isandoval170205

Posadas M., Rojas M., Novoa V.: La Conceptualización del cuerpo en Psicossomática. Recuperado el 11 de Marzo de 2012. Disponible en http://www.revistauaricha.org/Articulos/Uaricha_11_066-081.pdf

Larsen D.: El fenómeno Psicossomático en la clínica psicoanalítica. Recuperado el 17 de Marzo de 2012. Disponible en <http://www.psykeba.com.ar/articulos2/DL-El-fenomeno-psicosomatico-en-la-clinica-psicoanalitica.htm>

Szapito L., Reyes M.: Acerca de la Clínica de las Afecciones Psicossomáticas desde la perspectiva del Psicoanálisis de orientación lacaniana. anuario de investigaciones / volumen XII / año 2005. Recuperado el 22 de Marzo de 2012. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v13/v13a41.pdf>.

LIBROS ELECTRÓNICOS.

<http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v13/v13a41.pdf>

Sergio J. Villaseñor B. Rojas C. Garrabé J.: Textos clásicos de la psiquiatría

Latinoamericana. Hipocondría y manifestaciones Hipocondriacas Antonio Sicco. Recuperado el 25 Abril de 2012. Disponible en http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=villase%C3%B1or+hipocondr%C3%ADa&source=web&cd=5&ved=0CFwQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.gladet.org.mx%2Fes%2Finicio%2Fpublicaciones.html%3Fdownload%3D16%253Aantologia_textos_clasicos&ei=i93nT-XULYT-8ASM9_2JAQ&usg=AFQjCNEc5r3terhSDVvQKdO0Yo9op0GYNA&cad=rja

ANEXOS

Escala de Hamilton para Ansiedad		Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave
1 Ansiedad	Preocupación, Pesimismo, Miedo al futuro, Irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Tensión	Sensaciones de tensión, cansancio, sobresaltos, propenso al llanto, estremecimientos, sensación de irritación, incapacidad para relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Miedo	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a las aglomeraciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no reparador y sensación de extrañeza al despertar, pesadillas. Terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Intelecto	Dificultad de concentración. Falta de memoria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Humor Depresivo	Pérdida de interés, incapacidad de disfrutar con las aficiones, despertar precoz, alternancia diurna.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Síntomas Somáticos (musculares)	Dolores musculares, rigidez, contracciones clónicas. dientes apretados, voz trémula, aumento del tono muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Síntomas Somáticos (sentidos)	Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor o frío, sensación de debilidad, sensaciones perforación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Síntomas Somáticos cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, percordialgia, pulsaciones, sensación de desvanecimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Síntomas Respiratorios	Sentido de pesadez o constricción en el tórax, sensación de sofoco, suspiros, disnea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Síntomas gastrointestinales	Dificultades de deglución, flatulencia, dolor abdominal, ardor, sensación hartura, náuseas, vómito, borborigmos, meteorismo, pérdida de peso, estipsis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Síntomas genitourinarios	Micciones frecuente, amenorrea menorragia, frigidez., eyaculación precoz impotencia, pérdida de la libido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Síntomas del SN autónomo	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefalea, piloerección.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Comportamiento del paciente durante el examen.	Agitado, inquieto, avanza y retrocede, temblor de manos, suspiros o taquipnea, palidez del rostro, deglución constante, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PUNTUACION TOTAL						