

# EL MEDICO, EL PSICOANALISTA Y LO PSICOSOMATICO

Jorge C. Ulnik\*

## Resumen

*A pesar de reconocer la importancia de los factores psicológicos en las enfermedades somáticas y resaltar la importancia de la calidad de vida para cada enfermedad, los médicos no han cambiado la forma de tratar a los pacientes. El psicoanálisis y el enfoque psicosomático podrían contribuir a que se produzcan cambios, pero para eso también el psicoanalista debe cambiar. El abordaje psicosomático implica una actitud del psicoanalista que no retrocede frente a la enfermedad somática y que lo ayuda a reconocer en dichos trastornos tanto la ruptura de un eslabón simbólico como el pasaje a otro nivel de expresión simbólica, preverbal. El autor propone ampliar el campo de lo psicosomático y reconocer ciertas características que se repiten con frecuencia en este tipo de pacientes, como por ejemplo, las dificultades de simbolización, el desfasaje entre las ideas y los afectos, los excesos pulsionales, los problemas de identidad y la ambivalencia y la fragmentación de la personalidad. El problema exige una adecuación de la técnica: la participación más activa del analista y una escucha que debe funcionar “como si” los órganos fueran representaciones, y que debe favorecer el acceso a la simbolización pasando de nivel en nivel y estableciendo cortocircuitos entre esos niveles para favorecer el tránsito entre ellos. Como si se pudiera pasar de la escena de los órganos a la escena de las cosas, y de allí a las escenas de la vida, con las consecuencias e implicancias afectivas que ello conlleva.*

**Palabras clave:** *psicosomática, técnica psicoanalítica, simbolización, rasgos de personalidad.*

## Summary

*Medical scientific community lays emphasis on the central role of psychological factors on the etiology, evolution and treatment of some somatic diseases and we can find Quality of Life studies in a wide range of medical journals. However, there is no correspondence between these data and the current reality of the doctor-patient relationship at the hospital and the private offices. Psychoanalysis can offer new points of view and promote changes, but in order to do that, psychotherapy with*

---

\* M.D. (UBA); Ph.D. (UBA) (UGR), psiquiatra, psicoanalista didacta (A.P.A.), profesor titular de Enfermedades Psicosomáticas en Universidad Abierta Interamericana (UAI), director del posgrado “Psicología aplicada al Campo de la Medicina” de la Universidad R. Favaloro. E-mail: ulnik@commed.com.ar

*psychosomatic patients must also change. The author proposes a wider field of psychosomatics, and technical modifications in order to develop psychoanalytical skills to treat the most frequent personality traits of somatic patients characterized by symbolization difficulties, lack of coherence between the affective development and the intellectual one, manifestations of drive excesses, identity problems, ambivalence and personality splitting.*

**Key words:** *psychosomatics, psychotherapy, symbolization, personality traits.*

### **Introducción**

Un alto porcentaje de consultas que recaen sobre el médico general y también sobre el especialista se acompañan de problemas emocionales no declarados o inadecuadamente diagnosticados, y el manejo efectivo del desorden orgánico por el cual el paciente consulta solo se logra incluyendo la consideración de los factores emocionales asociados.

Muchos médicos reconocen este hecho y lo aceptan, pero no encuentran la forma de modificar su conducta terapéutica de un modo que resulte práctico y acorde a la realidad del hospital y las consultas, o a la presión asistencial.

Por lo tanto, no hay una correspondencia entre la afirmación de la comunidad científica acerca de la importancia de los factores psicológicos (Sampogna, F. et al. (2007); Dubertret, L. (2006a, 2006b) Feldman, S. et al., (2005); Wahl, A.K. et al. (2006), los estudios de calidad de vida tan difundidos en todas las especialidades (Katugampola, R.P. et al. (2005); Schmitt, J.M. et al. (2006); Pearce, D.J. et al. (2006) y la realidad actual de la relación médico-paciente o la metodología habitual de trabajo (duración de las consultas, características de los tratamientos, etc.).

La mayoría de los pacientes que concurren al consultorio del médico no tienen conciencia de sufrimiento psicológico y presentan sus quejas exclusivamente referidas a su cuerpo. Los que aceptan que “los nervios” o alguna situación psicosocial afectan su enfermedad a veces no quieren hablar de esos problemas o temen descompensarse o quedar rotulados como enfermos psiquiátricos. Esto suele plantear dificultades en el mecanismo de derivación, cuando esta es necesaria. El paciente no colabora porque no tiene conciencia de enfermedad o sufrimiento psicológico y no acepta su diagnóstico psicológico o la derivación al psicoterapeuta ni siquiera para una interconsulta. Cuando esta derivación se produce, es habitual que el paciente “se pierda en el camino”, y comience la típica deambulación de médico en médico. Es frecuente que el paciente piense que lo derivan porque no se hacen cargo de él y que tome la recomendación de una consulta psicológica como una forma de rechazo en vez de ayuda.

La desconcertante afectuosidad y amabilidad que muestra hacia el médico el paciente crónico, cuya enfermedad va de mal en peor, o la constancia en los controles y consultas de pacientes que no cumplen con las indicaciones médicas y parecen tener solamente el objetivo de quejarse, desaparecen de inmediato cuando son derivados al psiquiatra o al psicólogo. Como sedimento de esa acción solo queda el enojo y el abandono, a la búsqueda de un nuevo médico.

En definitiva, el médico en su consultorio es depositario frecuente de una demanda de atención psicológica y cuando logra detectar la patología mental de base se transforma en un agente de atención primaria en salud mental.

Aunque advierta que los motivos de sufrimiento de los pacientes son múltiples, su tiempo es limitado y se ve exigido a obtener resultados visibles y tangibles. Adicionalmente, los factores económicos, la presión asistencial, la inserción en sociedades y mutualidades, y la resistencia de los pacientes obran en contra de sus buenos propósitos. A la falta del hábito al trabajo interdisciplinario con profesionales del área “psi”, se agregan dificultades administrativas o las características estructurales de ciertos servicios de psicología y psiquiatría organizados de un modo tal que ni el médico ni el paciente pueden elegir el profesional a quien derivar o con el cual atenderse, respectivamente.

Finalmente, cuando la relación médico-paciente se ve afectada, y la patología se cronifica, el paciente adopta conductas que despiertan sentimientos negativos (odio, miedo, aversión, fastidio, aburrimiento) en el médico, y se transforma en un “paciente difícil”<sup>1</sup> (Gupta, M. y A.; 1996).

### **Ansiedad, depresión, estrés y abordaje psicosomático**

La ansiedad y la depresión suelen ser el “metro patrón” con el que muchos médicos evalúan y tratan de medir si un paciente está afectado psicológicamente.

Como complemento, la consideración del estrés, en la medida en que es una reacción biológica cuyas manifestaciones se pueden medir (presión arterial, niveles de cortisol, etc.), también está a la orden del día.

Sin embargo, hay una dimensión del sufrimiento humano que es difícilmente mensurable y que tiene que ver con la forma singular de vivir y de enfermar. Por ello, la herramienta más importante para que un médico pueda abordar más exitosamente a su

---

<sup>1</sup> Gupta llamó “paciente difícil” a aquel que no responde a la terapéutica estándar o al que no logra una relación satisfactoria con el médico por presentar querellas infundadas, enojo injustificado y dificultades para establecer una relación de confianza interpersonal (Gupta, M. y A., 1996).

paciente es que lo pueda conocer mejor como persona y para ello es necesario que posea una concepción psicossomática del enfermo.

### *¿Qué es lo psicossomático?*

Teniendo en cuenta la magnitud de las variantes puestas en juego, es menester que contemos con ideas claras acerca de nuestra función cuando atendemos pacientes con patologías somáticas, especialmente en lo que se diferencia y lo que se acerca a la tarea del médico. También necesitamos una definición del campo “psicossomático” que nos permita orientarnos en cada situación.

Psicossomático no es sinónimo de psíquico.

La cantidad de cambios que se logran con medios sugestivos, terapias de autoayuda de un simplismo terapéutico que espanta, medios e intervenciones médicas de dudosa eficacia y a veces hasta de cuestionable moral, etc., por más deplorables que nos parezcan, no dejan de poner en evidencia lo moldeable e influible que es el cuerpo “real” mediante estímulos de acción psicológica. Basta con leer cualquier estudio a doble ciego de nuevas drogas para constatar que el efecto terapéutico de un placebo ronda el 30%, lo cual es altísimo. Por lo tanto, cuando decimos que un padecer es “psicossomático”, eso no quiere decir necesariamente que no hay alteraciones físicas. El enfoque psicossomático de un paciente puede ayudar a elegir los medios farmacológicos o quirúrgicos con los cuales tratarlo, basándose no solo en los datos de laboratorio o el examen físico, sino también en sus creencias, su historia personal, sus sueños y sus deseos inconscientes. Por ejemplo, si un paciente no mejora con una determinada medicación, eso puede ser porque la madre, que padecía la misma enfermedad, fue tratada con el mismo producto sin éxito.

Psicossomático tampoco es sinónimo de psicógeno, porque no todo lo psicossomático es “de causa psíquica”. Un trastorno hereditario, una enfermedad infecciosa, cualquier enfermedad cuya etiología orgánica sea indudable puede ser desencadenada por una situación vital determinada. Es bien sabido que los soldados que pierden una guerra se enferman más o evolucionan peor de sus heridas que los que la ganan. El agente etiológico de la infección seguirá siendo una bacteria, y la causa de la herida será el disparo que lo produjo, pero eso no le quita importancia a lo que genéricamente llamamos “terreno del enfermo”, en el cual tenemos que incluir su posición subjetiva y su deseo.

Cabe aclarar que existen muchas “psicossomáticas”: en congresos internacionales de distintas especialidades se agrupan como “psicossomática” trabajos que estudian la ansiedad y la depresión, la calidad de vida, moléculas de neurotransmisores involucradas en la fisiopatología de los trastornos, etc. Por lo tanto, de aquí en adelante me referiré a la psicossomática psicoanalítica.

Desde mi punto de vista, la psicósomática psicoanalítica es una disciplina que estudia los factores psicológicos conscientes e inconscientes que intervienen ya sea en la etiología, el desencadenamiento, la evolución o el tratamiento de las enfermedades somáticas. También estudia la intervención o articulación del inconsciente en el funcionamiento normal o patológico del cuerpo. Intenta describir las formas de encuentro e interacción de lo psíquico y lo somático y genera una actitud terapéutica que frente a una enfermedad somática nos lleva a pensar qué particular relación tiene su aparición en ese lugar y en ese momento con la vida del sujeto que la padece (Ulnik, J. y López Sánchez, J.; 2002). La misma actitud terapéutica promueve el desarrollo de equipos interdisciplinarios.

Los términos “paciente psicósomático” o “enfermedad psicósomática” están muy difundidos, y se suelen utilizar con poco rigor cada vez que alguien padece una enfermedad desencadenable o influible por factores psicológicos o cuando el paciente tiene ciertas características de personalidad, independientemente de la enfermedad que padezca.

La variedad de enfermedades somáticas que existen y la gama de personas susceptibles de enfermar es tan grande, que es evidente que no podemos hablar de “el paciente psicósomático” para referirnos a un tipo particular de personalidad o de estructura, dado que “pacientes psicósomáticos” podemos ser todos.

Si -en cambio- queremos aislar un tipo de personas que tienen la tendencia a reaccionar con somatizaciones frente a situaciones de conflicto que no pueden elaborar de otra manera, o como consecuencia de no poder expresar con palabras los afectos, podemos realizar descripciones enriquecedoras, y hasta llamar “pacientes psicósomáticos” a este tipo de personas, pero estaremos dejando afuera nuestro campo de estudio -y de tratamiento- a quienes, no presentando esas características, súbitamente enferman luego de algún episodio traumático que los ha descompensado o de algún hecho vital que sin resultar necesariamente desagradable, implique un grado sustancial de cambio en sus vidas llevándolos a una situación de crisis.

El recurso de llamar “fenómeno” (Lacan, J.; 1964) a lo psicósomático, para resaltar su carácter transestructural, y su diferencia con el síntoma neurótico en lo referente a su modo de producción y sus características, en mi criterio es válido pero en la medida en que estemos dispuestos a decirlo en plural, dado que los “fenómenos” psicósomáticos no son todos iguales.

De acuerdo con Sami Ali, opino que “un modelo de somatización solo puede ser multidimensional. Que debe permitir una lectura sistemática de los fenómenos, sin encerrarse en un sistema. Que es indispensable que sea empírico, igualmente capaz de

captar lo que confirma y lo que invalida. Que en él, el nivel descriptivo debe ser distinto del nivel explicativo. Y que, por fin, es necesario que esté, en la medida de lo posible, exento de contradicción” (Sami Ali, M.; 1987).

*¿Cuál es la función del psicoanalista en el caso de un paciente que consulta por enfermedades somáticas?*

El sufrimiento del cuerpo está relacionado no solo con la enfermedad y sus modificaciones somáticas, sino con la movilización del mundo arcaico del sujeto (Benoit, P.; 1988). Y esto es válido para cualquier enfermedad somática y para el uso de cualquier medicamento.

Entonces, lo que el psicoanálisis del paciente somático viene a proponer no es la suspensión del medicamento que sin duda necesita, sino que “una simple moderación, una simple suspensión del activismo médico basta para crear un lugar vacío que el paciente vendrá a ocupar tomando espontáneamente la palabra” (Benoit, P.; 1988).

Y una vez que aparecen esas palabras se despliega una historia, a veces nunca contada pero consciente y otras veces nunca contada porque es inconsciente, cuyo escenario es el cuerpo.

Lo que el psicoanálisis escucha del cuerpo es lo que de él se inscribe en la palabra o en su defecto, lo que a modo de un parche -hecho de un material heterogéneo a la palabra- viene a ocupar el lugar de una laguna del recuerdo, una detención en las asociaciones o una falla en la identidad. El elemento heterogéneo es la enfermedad somática.

Ya en la descripción de las vivencias de satisfacción y de dolor, Freud nos provee ejemplos de asociación de elementos heterogéneos en el psiquismo, configurando huellas mnémicas complejas. Por ejemplo, en la vivencia de satisfacción movimientos digestivos del estómago quedan asociados con el recuerdo del pecho materno y su reactivación por la renovación del estado de necesidad (hambre) (Freud, S.; 1895).

En su descripción de los “camino de influjo recíproco”, Freud describe cómo esos elementos heterogéneos se influyen entre sí (Freud, S.; 1905). Allí dice que toda modificación que se efectúe en el campo de las necesidades y funciones biológicas puede tener una incidencia en la erogeneidad vinculada con el órgano que cumple dichas funciones. Y recíprocamente, toda modificación en la erogeneidad de un órgano puede afectar sus funciones biológicas (Freud, S.; 1905 a: 1214). Si tomáramos como ejemplo la piel, podríamos decir que una piel seca que no recibe la humectación que necesita, o una piel quemada que no recibe la protección solar necesaria, podría participar de un modo diferente de la piel normal en lo que Freud llama la corriente general del instinto

sexual. Y viceversa, una piel muy erotizada o por el contrario, poco estimulada, podría enfermar de diversas formas: generar prurito, infectarse con un herpes, ampollarse, y hasta eczematizarse (Spitz, R.; 1965.; Schur, M.; 1955; Ulnik, J.; 2004).

Decir “esto es un fenómeno psicossomático” por un vistazo, o porque el médico diagnostica una enfermedad somática, o porque los análisis de laboratorio y radiografías son patológicos es tan inadecuado como decir que estamos frente a un paciente psicossomático porque padece una enfermedad y no asocia espontáneamente o porque no encontramos nada orgánico.

*¿Es pertinente analizar un problema somático como si fuera un síntoma con raíces en el inconsciente o más bien debemos considerar que se trata de una especie de “irrupción” que lo puentea?*

Para contestar esta pregunta debemos deshacer el prejuicio de la organicidad de la lesión y “lo real del cuerpo”. En primer lugar, la gravedad clínicamente manifiesta de una enfermedad y su compromiso del cuerpo “real” no son directamente proporcionales. Gran cantidad de personas tienen casi tapadas sus arterias coronarias o cerebrales y no sufren infartos ni tienen problemas de memoria. Otras tienen cálculos renales o vesiculares y no tienen un cólico en su vida. El compromiso del cuerpo “real” no siempre se acompaña de enfermedad clínica, y hasta se podría discutir si debería considerarse siempre enfermedad. J.D. Nasio cuenta el caso de una paciente a la que él le detectó una exoftalmia y la envió a un neurocirujano que finalmente la operó luego de diagnosticarle un tumor meníngeo. A partir de esa experiencia, afirma que frente a esos fenómenos “reales” el analista puede reconocer la enfermedad como un exceso de goce, formación de objeto a, libido estancada, orgasmo inconsciente, etc., y que pensar así es intervenir como analista. En su opinión, descubrir la exoftalmia fue una consecuencia de la escucha y no de una visión de médico. Lo atribuye a su actitud analítica de receptividad, de dejar venir, de algo casi equivalente a haber entrado en el ojo de la paciente, destacando que la actitud analítica implica reconocer el hecho de que un síntoma forma parte de un eslabón simbólico (Nasio, J.D.; 1984). Podríamos agregar que, en el caso de la enfermedad somática, también se puede pensar que la actitud analítica implica reconocer el hecho de una ruptura en un eslabón simbólico, o de un pasaje a otro nivel de expresión simbólica, preverbal.

Una experiencia similar relata P. Montagna, atendiendo a un paciente con queratocono y rechazo inmunitario a los trasplantes de cornea. Luego de relatar una historia épica, cuyo protagonista era tuerto y tenía un duelo sin elaborar, el paciente pudo introducir en el análisis y en la relación transferencial temas que hasta entonces no había podido, y su evolución somática se modificó de modo que un nuevo trasplante fue efectuado con éxito (Montagna, P.; 1999).

Poner el acento en la “realidad” del cuerpo lleva a pensar que lo psicossomático son las enfermedades, y a confundir lo psíquico con lo psicógeno. Siguiendo este criterio, se suele tildar como psicossomáticas a las enfermedades que la medicina aún no puede comprender bien o tratar con eficacia.

Que la medicina conozca bien una enfermedad y mal otra no cambia en nada nuestra posición como analistas frente a esas enfermedades. No obstante, antes de considerar un problema somático como si fuera un síntoma, hay que tener en cuenta su relación con la conversión histérica.

En este tema los psicoanalistas pensamos con un prejuicio implícito: mientras que no dudamos en interpretar el contenido latente de los relatos que un paciente hace en sesión sobre aquello que le sucedió en la realidad, descalificamos la actitud interpretativa cuando dicha realidad es una enfermedad somática, como si hubiera realidades más “reales” que otras. Es por este prejuicio que nos esforzamos por encontrar el sentido de la conversión histérica, aun en los casos en que no es para nada evidente, y desoímos el sentido cuando aparece vinculado con una enfermedad somática aunque su papel simbólico es fácil de deducir.

Un fundamental aporte hace López Sánchez (2002, pág. 246), cuando observa el sentido de la enfermedad desde ópticas o niveles diferentes: Un primer sentido es el que el paciente introduce con su teoría ingenua de la enfermedad. Un segundo nivel de sentido es el que la enfermedad introduce por sí misma, marcando un antes y un después en la vida del paciente, por las limitaciones y precarizaciones que produce y los beneficios secundarios. Un tercer nivel de sentido procede de los efectos de la enfermedad en el entorno familiar y profesional. El cuarto nivel se relaciona con la noción de patoneurosis de Ferenczi (1922). Se trata de una especie de neurotización secundaria, cuyos síntomas se suman y confunden con la semiología de la enfermedad originaria. Y por último, habría un nivel de sentido inconsciente o al menos oculto, que algunos autores consideran el sentido oculto de la enfermedad y lo vinculan con su naturaleza misma (Chiozza, L.; 1980) y otros en cambio lo relacionan con el “encuentro” (*entgegenkommen*) y la influencia recíproca (*Gemeinsamkeit*) entre lo psíquico y lo somático (Ulnik, J.; 2000).

A pesar de tratarse de un concepto aceptado con gran consenso, lo cierto es que el salto de lo psíquico a lo somático no resulta un proceso claro y más bien sobrepasa nuestra capacidad de entendimiento transformándose en un problema “imposible de resolver” en la medida en que “asocia dos términos que oponen una diferencia de esencia” (Benoit, P.; 1985). Tampoco es exclusivo de la histeria, porque se pueden hallar conversiones en neurosis fóbicas y obsesivas. Y por último, la idea de que en toda conversión histérica existe una

base de “complacencia somática” (Freud, S.; 1895a) que se debe a una enfermedad somática padecida previamente, sugiere que el límite entre lo psíquico y lo somático no está tan definido, en la medida en que ambos campos se encuentran, se intersectan, se articulan y se prestan dicha “complacencia”<sup>2</sup>.

Una vez aceptado que el límite entre psíquico y somático no está tan definido, encontramos en Freud conceptos teóricos acerca del desarrollo del yo que han sido retomados y continuados, por ejemplo por Maldavsky, quien enfatiza desde hace años que los problemas psicossomáticos se relacionan con el yo real primitivo y el lenguaje del erotismo intrasomático (Maldavsky, D. y col.; 1999, 2001, 2005), en el cual las inversiones recaen sobre los órganos internos.

Quizá aún queda sin contestar la pregunta que encabeza esta sección. El problema consiste en que, cuando se analiza a pacientes con enfermedades somáticas, es frecuente escuchar y observar consecuencias del “encuentro” al que nos referíamos antes. Pero ese encuentro entre lo psíquico y lo somático no parece ser sencillo de explicar. Si lo explicamos en términos de relaciones simbólicas, debemos ampliar mucho el concepto de simbolismo y establecer diferentes niveles de simbolización funcionando en paralelo.

Si en cambio nos ponemos de acuerdo con la idea de irrupción del soma que puntea al inconsciente, es muy probable que dejemos de escuchar la relación que se presenta tan frecuentemente entre “la situación actual y el estado orgánico” (Maldavsky, D.; 2005) del paciente.

Sin dudas, el problema exige una adecuación de la técnica siempre y cuando esa adecuación, que implica muy fuertemente la participación más activa del analista, no sea a costa de la escucha. Una escucha que debe funcionar “como si” los órganos fueran representaciones, y que debe favorecer el acceso a la simbolización pasando de nivel en nivel y estableciendo cortocircuitos entre esos niveles para favorecer el tránsito entre ellos. Como si se pudiera pasar de la escena de los órganos a la escena de las cosas, y de allí a las escenas de la vida, con las consecuencias e implicancias afectivas que ello conlleva.

### *¿Existe una personalidad psicossomática?*

No se ha demostrado que exista una personalidad psicossomática, aunque muchos autores coinciden en que hay ciertas características de personalidad que aumentarían la

---

<sup>2</sup> En realidad, el término complacencia somática es una traducción de la expresión alemana “*Somatisches Entgegenkommen*” que más que “complacencia” parecería sugerir un “ir al encuentro” de lo psíquico con lo somático (Ulnik, J.; 2002).

vulnerabilidad a padecer enfermedades somáticas como forma de respuesta a situaciones de crisis.

Describir dichas características en su totalidad excedería los límites de este artículo, por lo cual me restringiré a mencionar algunos de los temas en los que me parece necesario prestar atención.

### 1. Las dificultades de simbolización

Algunos pacientes tienen dificultades para adquirir la noción de ausencia, lo que les hace muy difícil soportar duelos y separaciones, así como utilizar el lenguaje verbal y las representaciones mentales para procesar de un modo abstracto los problemas que tienen que enfrentar en sus vidas. Este tipo de pacientes suele enfermar luego de la muerte o separación de seres queridos, y también suelen vivir atados al trabajo y a las obligaciones, sintiendo que no pueden faltar nunca (a clase, al trabajo, reuniones, etc.) porque así como no toleran la ausencia del otro tampoco pueden ausentarse ellos mismos, sintiendo siempre que lo necesitan o son imprescindibles. Las dificultades para simbolizar el tiempo y el espacio se compensan mediante enfermedades que a veces los obligan a organizarse temporalmente mediante rutinas obligatorias debido a las dietas o la toma de medicación.

En cuanto al espacio, sus dificultades simbólicas se pueden apreciar en la carencia de límites con los demás que se manifiesta mediante uniones simbióticas, o en la falta de nociones de continente y contenido que se acompañan de sensaciones de fragmentación o desorganización corporal de las que permanentemente se están defendiendo. Algunos encuentran en sus síntomas somáticos -dolor, ardor, heridas, úlceras, fisuras, etc.- una forma de materialización de ese tipo de sensaciones que los protege de la consecuencia enloquecedora que tendrían si les faltara esa referencia material.

### 2. El defasaje entre las ideas y los afectos

D. Liberman describió una conducta que llamó sobreadaptada, según la cual los pacientes se adaptan a las necesidades externas en detrimento de las propias, desarrollando un “*self* cultural sobreadaptado” a expensas de un “*self* corporal sojuzgado”. Esta conducta se originaría a partir de experiencias en la infancia en las que el paciente tuvo que aprender a detectar las necesidades de sus padres para poder atenderlas y calmarlas a los fines de lograr a posteriori ser atendido y cuidado por ellos. Una manera de lograrlo fue desarrollando una capacidad mental de anticipación y detección de los estados emocionales y las necesidades del otro, que trae como consecuencia el desarrollo de un falso sí mismo. De adultos, estos pacientes son grandes trabajadores, muy eficientes en sus tareas, ejecutivos o dirigentes, organizadores de actividades de los demás, pero con un pobre registro de su propio cuerpo, sus necesidades y sus emociones. Así se va generando un defasaje entre lo que el paciente puede comprender y pensar y lo que

afectivamente necesita para sí mismo o lo que puede soportar. Por ejemplo, alguien que se guía por sus principios -construidos férreamente en base a ideales familiares o institucionales- sin tomar en cuenta sus emociones propias o las de sus seres queridos. Siempre dentro del grupo de pacientes con un defasaje entre las ideas y los afectos se pueden encontrar los que padecen lo que Sifenos llamó “alexitimia”. Este término significa: “falta de palabras para los afectos”. Los pacientes con alexitimia se caracterizan por un pobre desarrollo emocional, pocas palabras para describir sus estados emocionales (confunden emociones con sensaciones corporales que pueden interpretar como patológicas), poca capacidad de abstracción, dificultad para la introspección, tendencia al conformismo social y poco desarrollo imaginativo.

En un trabajo anterior he señalado que la alexitimia no siempre es generalizada, dado que hay pacientes que son muy sensibles y expresivos, pero tienen dificultades solo con un grupo de afectos, como podría ser, por ejemplo, los afectos hostiles (enojo, bronca, resentimiento, agresividad en general). En otros casos, el “afecto problema” puede ser un cariño manifestado con caricias y abrazos. En otros, un orgullo debido a un narcisismo excesivo hace que no puedan arrepentirse o pedir perdón. En definitiva, podríamos decir que existe una alexitimia focalizada, que pasa desapercibida al analista, porque se hace evidente solamente cuando se pone en juego un estado afectivo particular.

Estos pacientes no deben ser tratados como si su dificultad fuera fácil de resolver. La situación puede ser aparentemente clara y, sin embargo, tener un sentido contrario del que parece. Por ejemplo, los pacientes que tienen problemas con la hostilidad no se curan si se les indica que se suelten más para ser más agresivos. A veces el problema es que su agresividad está dirigida hacia su propio cuerpo y, más que “volcarla hacia fuera” (con lo que podrían volverse antisociales), deberían aprender a mitigarla, luego de reconocer que ya está en juego su propio padecer.

Un aporte fundamental para comprender esto es el de considerar ciertas defensas, características del yo real primitivo, como son la “*introyección intracorporal*”, por la cual una investidura cualquiera, en lugar de dirigirse hacia el mundo recae sobre los órganos internos” (Maldavsky, D.; 2005), la *proyección defensiva patógena*, que puede pretender expulsar fuera inclusive al conjunto de los órganos en los que ha despertado una tensión de necesidad improcesable mediante la alteración interna (Ibid.), y la *desestimación del afecto* (Ibid.), que es la que más podemos relacionar con los estados de alexitimia, ya sea general o localizada.

### 3. Los excesos pulsionales

A partir de aquí haremos una digresión, relatando el film *Pecados capitales* (en otros países conocido como *Seven*). Nuestro objetivo es brindar una aproximación más gráfica

al problema de las pulsiones y al tipo de trayecto regresivo que se pone en juego en este tipo de pacientes.

En dicho film, un psicópata cruel y asesino pretende ser el emisor de un mensaje y un castigo a los seres humanos por sus pecados capitales: la gula, la pereza, la avaricia, la soberbia, la lujuria, la ira y la envidia.

Su modo de administrar castigo consiste en obligar a los sujetos pecadores a morir víctimas de su propia pulsión y casi fusionados con el objeto relacionado con su actividad pulsional. Por ejemplo, su primera víctima es un sujeto obeso al que obliga a comer hasta morir. El “mensaje” aleccionador para la humanidad es hallado en el estómago de la víctima y la palabra *gula* se encuentra escrita con grasa detrás de la heladera.

El psicópata es perseguido por un detective bastante irascible, que tiene una hermosa mujer y está por tener familia. Mientras la persecución se desarrolla, el psicópata va castigando a sus víctimas una por una, y hasta llega a cruzarse con el detective, quien no advierte que ha tenido tan cerca al criminal.

En la fase final de la película quedan dos pecados por castigar: la ira y la envidia. La víctima elegida por el psicópata es el “iracundo” detective que lo persigue, a quien él envidia por su esposa embarazada y la familia que está por construir.

El castigo consiste en decapitar a la esposa del detective y enviarle como obsequio una caja conteniendo la cabeza. Al mismo tiempo, decide confesar y entregarse al detective.

En ese momento culmine del film, el detective debe decidir:

- Si lo mata, dejándose llevar por su ira, el delirio del criminal se hace verdadero y tiene un broche final: el mismo psicópata debe morir como castigo por su envidia, y el ejecutor debe ser el iracundo, quien ha sido castigado con la muerte de su esposa y la destrucción de su familia. El círculo se cierra y la profecía del criminal se cumple, porque todos los pecados capitales son castigados de un modo aleccionador, que se hará público ante todos.
- Si no lo mata, conteniendo la ira, el detective resistiría el embate pulsional, pero debería soportar dejar con vida a un asesino a quien odia porque mató a su mujer amada y destruyó su familia.

El film resulta útil para representar dos temas que a su vez están relacionados:

- La relación entre el sujeto, su pulsión y el **objeto** pulsional.
- La relación del sujeto con su **objeto** (aquí usamos el término objeto para referirnos al objeto de las relaciones objetales, y no al objeto pulsional).

Sabemos que la pulsión tiene una *fuerza*, que es una zona erógena del cuerpo, una *fuerza o perentoriedad*, que es una especie de empuje que pugna por el logro de la *meta*, que es su satisfacción, y un *objeto*, que es contingente, porque cualquier cosa que permita el logro de la satisfacción será el objeto de la pulsión (Freud, S.; 1915). Tanto es así que en el autoerotismo, objeto y fuente coinciden.

Esta coincidencia es de mucho interés para nosotros, porque está relacionada con la concentración de la libido en exceso en un órgano, y porque es lo que se manifiesta en los castigos horribles que plantea la película: cada uno muere “en su salsa”, por así decir.

Cuando este tipo de coincidencias entre fuente y objeto se manifiesta, el sujeto desaparece porque queda identificado con el objeto. Por ejemplo en el film, el obeso, de tanto comer, es como si terminara devorándose a sí mismo y es con su grasa con que se escribe la palabra **gula** detrás del aparato donde se almacenan y mantienen frescos los alimentos. El castigo del psicópata sugiere: ¿querías comer? Pues come sin poder parar hasta que la comida te haga explotar el estómago y tú mismo te conviertas en grasa hasta desaparecer como sujeto.

En estos casos en los que la fuente y el objeto de la pulsión coinciden, la pulsión sigue un trayecto regresivo. Nasio, siguiendo a Lacan, ejemplifica este trayecto regresivo tomando como ejemplo la pulsión escópica: mirar, mirarse, hacerse mirada (Nasio, J.D.; 1996).

Este mismo trayecto es válido para todas las pulsiones: pegar, pegarse, hacerse dolor, cagar, cagarse, hacerse mierda, etc.

El avance de algunas enfermedades (el cáncer, por ejemplo) sugiere algo similar: allí donde había un sujeto psíquico y un concierto de todos los órganos, aparece un tumor que crece a expensas del resto y sus metástasis colonizan como si la tendencia fuera a transformar el organismo entero en un solo órgano. Mientras el oncólogo trabaja con los órganos, tratando de que todas las funciones del organismo se restablezcan en un equilibrio homeostático, es importante que el terapeuta pueda trabajar con la **pulsión**, tratando que el sujeto reaparezca, para lo cual deberá salir de su identificación con el **objeto**: mirada, dolor, mierda, etc.

Un desarrollo quizá más elaborado de este mismo tema hace Maldavsky llamando a este proceso de desaparición subjetiva y repliegue narcisista, “autoerotismo intracorporal tóxico” (Maldavsky, D.; 2005).

#### 4. Los problemas de identidad

Mientras que en una neurosis podemos decir genéricamente que los problemas que se esconden mediante los síntomas son problemas de amor o consecuencia de la represión de la sexualidad, en muchos de los pacientes con enfermedades crónicas severas encontramos problemas más profundos que atañen al desarrollo de un sentimiento de identidad.

La identidad se ve afectada cuando un sujeto no ha sido reconocido en su infancia en lo que respecta a su cuerpo, filiación, sexo y/o deseo. Daremos un ejemplo de cada situación:

- No reconocimiento del cuerpo: una paciente con lupus eritematoso sistémico contaba que cuando era pequeña su madre la hacía dormir con un broche de sujetar la ropa en la nariz, porque consideraba que ella tenía una nariz muy ancha.
- No reconocimiento de la filiación: José, un paciente con psoriasis, contaba que su padre, Alberto, había sido hijo de Víctor, un hombre de familia aristocrática y María, una mucama que había tenido relaciones sexuales con él. Cuando María quedó embarazada, Víctor la echó de su casa y ella, en venganza una vez que tuvo a su hijo Alberto, lo dejó abandonado en el umbral de la puerta de la casa de Víctor con una nota en la que lo identificaba como producto de la unión que habían tenido. Víctor decidió iniciar los trámites de adopción legal de Alberto, su propio hijo carnal, como si fuera ajeno. Mucho tiempo después, ya siendo adulto, Alberto realizó una gran estafa a los amigos de su padre, con lo cual “manchó” el apellido familiar que gozaba de reconocido prestigio en el pueblo donde vivían. Cuando Alberto se casó y tuvo hijos, uno de ellos, José, desarrolló psoriasis y se vio afectado por un problema en el ejercicio de su profesión que le impedía firmar con su propio nombre sus trabajos, y llamaba “manchas” a sus lesiones por las que se sentía estigmatizado. Todo ocurría como si en la mancha de José y en su problema profesional, estuviera condensada la historia de sus antepasados y el problema de filiación de su padre.
- No reconocimiento del sexo: un paciente que tenía una enfermedad dermatológica en la bolsa escrotal, contaba que su madre quería tener una niña y lo vestía con ropa de mujer, dejándole el cabello largo y haciéndole trenzas.
- No reconocimiento del deseo: este es el caso de todos aquellos que por presiones sociales y familiares deben estudiar o dedicarse a lo que no les gusta, o son obligados a casarse por interés o cualquier otra situación en la que su deseo no sea reconocido.

Frente a estas dificultades, la enfermedad puede funcionar como una marca de identidad y aparecer o ser reactivada cada vez que el paciente se vea enfrentado a una situación de la vida que le exija un grado sustancial de cambio o una respuesta que requiera una serie

de recursos simbólicos que no dispone. Estas situaciones de la vida exigen al paciente que “reseteo su sistema operativo”, como si tuviera que empezar de nuevo, poniendo en juego quién es, de dónde viene, cuáles son sus raíces. Es entonces cuando, queriendo partir de sus marcas fundamentales (represión primaria, identificación primaria, etapas del desarrollo del yo, etc.), aparece la enfermedad como una marca suplente.

##### 5. La ambivalencia y la división de la personalidad

Durante el examen físico y en sus motivos de consulta, es habitual que los pacientes dividan en partes su cuerpo. Por ejemplo, se refieren a “la parte más rebelde”, “la zona que está peor y la zona que está mejor”, etc.

También pueden presentar alteraciones del esquema corporal y vivencias de fragmentación del cuerpo relacionadas con las características de la enfermedad.

Del mismo modo, pueden dividir en sectores su mente y su actitud hacia el médico. Mientras que, por una parte, lo consultan y compran los medicamentos; por otra parte, desconfían o se rebelan y no toman la medicación, pero no se animan a decirlo por temor a que se enoje. Como consecuencia continúan el tratamiento pero con culpa de estar engañándolo. Frente a cada modificación del tratamiento propuesta por el médico surge la duda: ¿me haría la misma indicación si supiera la verdad?

La desconfianza aumenta y finalmente se produce el abandono. El paciente comienza a deambular por los consultorios y a acumular conocimientos hasta que se “gradúa” de su enfermedad crónica. En un sector de su mente siente saber tanto como el médico o más. Reclama atención, pero simultáneamente discute con el médico cada indicación, cuestionando su saber. “¿Quién va a saber más de la enfermedad que yo, ya llevo más de 30 años padeciéndola?” (Suárez Martín, E.; 1998). En otro sector de su mente sigue teniendo la necesidad de ver en el médico alguien superior, “limpio”, omnipotente y protector, y por eso sigue concurriendo a la consulta. Esto genera confusión, porque el médico recibe esa expectativa, pero enfrenta simultáneamente la desobediencia y desconfianza del paciente. Si la desconfianza aumenta, finalmente se produce el abandono.

El paciente comienza a deambular por los consultorios y a acumular conocimientos hasta que se “gradúa” de su enfermedad, -mucho más ahora con la información disponible en Internet- convirtiéndose en lo que Groves llamó “*entitled demander*” (diplo-mado quejoso) (Suárez Martín, E.; 1998).

Las formas de presentación más común de este tipo de problemas son:

Los pacientes que hacen varios tratamientos en paralelo, los que no registran su estado o necesitan estar graves para sentir su cuerpo, los que dividen su cuerpo en partes y los que compartimentan sus sentimientos y conductas rígidamente (estos últimos se suelen

diagnosticar como obsesivos, sin advertir que en última instancia utilizan defensas obsesivas frente al peligro de fragmentación).

### **Reflexiones finales**

Los médicos clínicos y los especialistas son quienes atienden primero a los pacientes con enfermedades somáticas y, por lo tanto, reciben una demanda de atención psicológica que aunque en muchos casos saben detectar, no logran encausar ni mucho menos satisfacer. De ahí que haya una incongruencia entre la aceptación de los “factores psicológicos” y la conducta posterior, tanto del médico como del paciente.

Por parte del psicoanalista, la acentuación de las diferencias entre histeria y psicósomática y la utilización de frases hechas y eufemismos promueve la tendencia a dejar el problema psicósomático en manos del médico y en el campo de la medicina, o a encarar psicoterapias que abordan al paciente acertadamente en un plano superficial, pero que luego no avanzan a planos más profundos con la excusa teórica de los “déficits” que el paciente presenta.

Si bien se requiere un cambio en la técnica con una participación más activa del psicoanalista, este puede entrar “en sintonía” con el paciente, tanto más cuanto mejor aproveche su formación y su escucha psicoanalítica. Para ello, es de mucha ayuda ampliar el campo de lo que se considera psicósomático, aceptar -aunque resulta ominoso- que los límites entre lo psíquico y lo somático son difusos, y reconocer ciertas características que se repiten con frecuencia en este tipo de pacientes como, por ejemplo, las dificultades de simbolización, el desfase entre las ideas y los afectos, los excesos pulsionales, los problemas de identidad y la ambivalencia y la fragmentación de la personalidad.

Estas características, a pesar de su frecuencia, no configuran una personalidad psicósomática y tampoco son las únicas que podemos encontrar, pero reconocerlas permite orientar los cambios en la técnica que se hacen necesarios para lograr tratamientos eficaces y un verdadero trabajo interdisciplinario.

### **Bibliografía**

Benoit, Pierre (1985), “Le saut de psychique au somatique”. En: *Psychiatrie Française*, N° 5, 1985, pág. 739-751.

Benoit, Pierre (1988), *Crónicas médicas de un psicoanalista*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1990.

Chiozza, Luis (1980), *Trama y Figura del enfermar y el psicoanalizar*, Buenos Aires, Paidós.

Dubertret L., “Psoriasis: evolution and revolution”. En: *Med. Sci.*, 2006, Feb., 22(2): 164-71.

Dubertret L., “Patient-based medicine”. En: *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*, 2006, Nov., 20 Suppl., 2:73-6.

Feldman, S.; Behnam, S.M.; Behnam, S.E. y Koo, J.Y., “Involving the patient: Impact of inflammatory skin disease and patient-focused care”. En: *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2005, Jul., 53 (1 Suppl. 1): S78-85.

Freud, Sigmund (1895), “Proyecto de una psicología para neurólogos”. En: *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, Tomo I, 3ª edición,

Freud, Sigmund (1905), “Tres ensayos de teoría sexual”. En: *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Tomo 7, pág. 109.

Freud, S. (1895a), “Estudios sobre la histeria (en colaboración con Breuer)”, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 2, 1990, pág. 1.

Gupta, Madhulika A. y Gupta, Aditya K. (1996), “Psychodermatology: An update”. En: *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 34, 6: 1030-1046.

Katugampola, R.P.; Hongbo Y. y Finlay A.Y., “Clinical management decisions are related to the impact of psoriasis on patient-rated quality of life”. En: *Br. J. Dermatol.*, 2005, Jun., 152(6):1256-62.

Lacan, Jacques (1964), *Seminario XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1964.

Maldavsky, David (1998), *Lenguajes del erotismo*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1999.

Maldavsky, D.; Bodni, O.; Cusien, I.; Tamburi, E.; Roitman, C.R.; Tate de Stanley, C.; Tarrab de Sucari, E. y Truscello de Manson, M. (2001), *Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y Método: secuencias narrativas*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2001.

Maldavsky, David (2005), *Psicosomática 2005*.

Montagna, Plinio (1999), “Afecto, somatización, simbolización y la situación analítica”, trabajo presentado en el 41º Congreso Psicoanalítico Internacional de la *International Psychoanalytical Association* “Los afectos en la teoría y la práctica”, Santiago de Chile, 25-30 de julio de 1999.

Nasio, Juan David (1980), Ficha inédita de una conferencia en “Grupos clínicos de Buenos Aires”.

Nasio, Juan David (1996), *Los gritos del cuerpo*, Buenos Aires, Paidós.

Pearce D.J.; Singh, S.; Balkrishnan, R.; Kulkarni, A.; Fleischer, A.B. y Feldman S.R., "The negative impact of psoriasis on the workplace". En: *J. Dermatolog. Treat.*, 2006, 17(1): 24-8.

Sami, Ali (1991), *Pensar lo somático*, Buenos Aires, Paidós.

Sampogna, F.; Gisondi, P.; Tabolli, S. y Abeni, D., "Impairment of sexual life in patients with psoriasis". En: *Dermatology*, 2007, 214(2): 144-50.

Schmitt, J.M. y Ford, D.E., "Work limitations and productivity loss are associated with health-related quality of life but not with clinical severity in patients with psoriasis". En: *Dermatology*, 2006, 213(2): 102-10.

Schur, Max (1955), "Comments on the metapsychology of somatization". En: *Psychosomatic Study of the child*, 10: 119-164 (artículo de revista).

Suárez Martín, Emilio (1998), "*Síndrome de Groves*". En: *Piel*, 13: 63-68, Madrid (artículo editorial).

Ulnik, J.; López Sánchez, J.M. y otros (2002), *Monográfico de Medicina Psicosomática*, Granada, vol. VIII de la Unidad de Docencia y Psicoterapia de Granada, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, editado por el Servicio Andaluz de Salud, enero de 2002.

Ulnik, Jorge (2004), *El psicoanálisis y la piel*, Madrid, Síntesis.

Wahl A.K.; Mork, C.; Hanestad, B.R. y Helland, S., *Coping with exacerbation in psoriasis and eczema prior to admission in a dermatological ward*. En: *Eur. J. Dermatol.*, 2006, May-Jun., 16(3): 271-5.

*Fecha de recepción: 22/11/07*

*Fecha de aceptación: 04/01/08*