

Psicosomática y Adolescencia

Psychosomatic and Adolescence

Alba Gasparino
Quipu

Resumen. El presente artículo hace referencia a los fundamentos de la psicosomática a través de varios autores y a un caso clínico de un adolescente en el que se comprueban sus puntos de fijación traumáticos y cuya defensa somática es una sacralgia. Se menciona especialmente el miedo al derrumbe ante situaciones repetitivas, que explica las características de esta patología originada en la pérdida de un ambiente afectivo contenedor, y se incide en la importancia del mantenimiento del encuadre en los tratamientos de pacientes psicosomáticos. Se discurre sobre las dificultades de médicos, educadores y padres para comprender los cambios corporales y emocionales de la pubertad, que repercuten psicológica y socialmente en el adolescente que debe tolerar las pérdidas infantiles de su metamorfosis y la incompreensión del entorno adulto. Se plantean, además, sugerencias para la formación de los especialistas médicos y educadores en grupos operativos, grupos Balint y de supervisión.

Palabras claves: psicosomática, fijación al trauma, adolescencia, adolescentización parental, derrumbe.

Abstract: This paper reviews the grounds of psychosomatic principles held by different authors and analyzes the clinical case of a teenager with a number of traumatic characteristics and a sacralgia as somatic defence. A special emphasis is placed on the fear of collapse in front of repetitive circumstances –a fear that explains the characteristics of this pathology resulting from a loss of an emotionally supportive environment. The paper also shows the relevance of keeping a setting in psychosomatic patients' treatment. It also reflects on the difficulties experienced by doctors, teachers and parents in understanding body and emotional changes in adolescence that have a psychological and social impact on teenagers –who have to face a metamorphosis and the misunderstanding on the side of adults. Suggestions for the training of specialized doctors and teachers in operational, Balint and supervision groups are made.

Key words: psychosomatic principles, trauma characteristics, adolescence, parental difficulties, emotional collapse.

“Las personas mayores nunca comprenden nada por sí solas, y es agotador para los niños tener que darles siempre y siempre explicaciones”
(Saint-Exupery, 1953, p.10)

La discusión sobre si *la Psicosomática* es una estructura nosológica autónoma o un *fenómeno psicosomático*¹ ubicado tanto en el grupo de las neurosis como en el de las psicosis y en el síndrome *borderline*,

ha sido larga. El Psicoanálisis actual le da categoría de *estructura psicosomática*. Muchos autores aconsejan una revisión bibliográfica básica para aclarar el tema. En Sigmund Freud (1905/1978) se aprecia la importancia del concepto de *Yo corporal* en el inicio del desarrollo humano. *La fijación al trauma* es otro enunciado trascendente que informaría sobre el origen de la patología

La correspondencia sobre este artículo dirigirla a la autora a C/ Marcelo T de Alvear 2349 1ºA . C.P.1122 Buenos Aires. Argentina. E-mail: albagasparino@gmail.com

¹ Fain, Kreisler y Soulé (1999) dicen que nuevas ciencias como la psiconeurobiología, la psiconeuroinmunología y la psicobiología han unido las posturas extremas. Además, existen investigaciones sobre el sistema inmune que lo definen como un sexto sentido capaz de ligar la percepción corporal con la respuesta mental y viceversa.

pregenital caracterizada por su persistencia en el tiempo. Posteriormente, el autor (Freud 1917/1979a), sitúa en la fijación la etiología de la *somatización* y las perversiones sexuales derivadas de particulares situaciones infantiles. La *fijación* es una estrecha ligazón de las pulsiones libidinales a personas o imagos, y además, una defensa. Ligazón conectada a las fases evolutivas más primitivas: orales y anales. La satisfacción obtenida es manifiesta y actual o virtual, otorgando al ser maduro una posibilidad futura de *regresión*. Enfoque que será completado en “Más allá del principio del placer” (Freud, 1920/1979b), al explicar la fijación al trauma como un hecho *repetitivo* que requiere un grado de *compulsión a la repetición* para presentarse. Más adelante, en la *regresión* a una fijación, actuaría un proceso de *represión*, defensa neurótica, que excluiría toda aquella experiencia que permanece inscrita en el inconsciente de la etapa preverbal sin sufrir ningún cambio en el tiempo y manteniendo la unión con la pulsión. Hecho encubierto que surge, sin embargo, en toda terapia profunda. Lo genético, la predisposición constitucional y lo histórico individual unidos a la falta de verbalización y de inscripción en un aparato mental, indica la satisfacción libidinal primitiva que adopta el paciente. Se descarta así la regresión como causa de trastornos somáticos o de las perversiones². Es necesario conocer el origen, duración y repetición de los traumas pregenitales, preverbales o prepsíquicos. De no investigarlos, se impediría la formulación del diagnóstico psicosomático, y el paciente no superaría las regresiones, que lo llevarían otra vez a las mismas fuentes traumáticas y a su indefensión total.

Para Pierre Marty (1963) la *organización psicosomática* es individual pero con amplios rasgos comunes a todos los sujetos. La filogenia, a partir de los primeros trabajos de Freud, dio relevancia a los trastornos hereditarios y a la ontogenia, que define caracteres individuales. Transmite Marty que en la vida intrauterina hay distintos niveles sensorio-motrices determinantes en el recién nacido: en

su piel y en el funcionamiento respiratorio, vinculados con la madre que, a veces, padece graves perturbaciones dañinas para el bebé o el niño pequeño. Como es inmaduro psíquicamente se expresa en el soma, pero los sistemas defensivos ante esas *funciones psicosomáticas desorganizadas* serán más tarde variados, por ejemplo: frenar su desarrollo, derivarlas hacia otras inesperadas, detener u obstaculizarlas por un lapso en su movimiento ahora “*desorganizado*” diferente en cada persona, que, indefectiblemente, se hace total. La falta de defensas válidas conduciría a la muerte del ser.

André Green (2005, p.124) estudia, “*atento al lenguaje*”, las ideas de Marty, “*que pasó por alto las estructuras no neuróticas*”, y critica el término “*psicosomático*”. Emite una hipótesis de lo “*prepsíquico*” que asimila a lo preconsciente, susceptible de transformarse o no en psíquico. Ello se relaciona con la opinión de Marty de describir lo perteneciente al orden de un “*ante psíquico*”. Ve esa teorización como una biologización del pensamiento psicoanalítico que entonces sería un modelo somático del funcionamiento psíquico. Tampoco Donald Winnicott (2000) es partidario de la palabra *psicosomática* pues implica una disociación, que no es clínicamente mente/cuerpo, sino “*una verdadera enfermedad es la persistencia de una escisión en la organización yoica del paciente o de disociaciones múltiples.*”

Todos los argumentos científicos disponibles conducen a que el adolescente no es un ser “diferente”. Sí es imprescindible conocer los cambios del esquema corporal ocurridos en el púber y su detonancia psicológica en el adolescente. Sus transformaciones son físicas, psíquicas, fisiológicas, de personalidad y sociales. Es indispensable atender las consecuencias edípicas de la adquisición de la capacidad reproductiva. Respecto a los trastornos psicosomáticos, Françoise Dolto (1990) ve un perfil común a todos los varones que, más que las chicas, consultan por alteraciones somáticas: problemas de crecimiento, acné, escoliosis, astenia. Peter Kutter (Citado en Fain, Kreisler, y Soulé, 1999) denomina las *siete enfermedades sagradas* del adolescente al asma, la úlcera, la colitis, el eccema, el hipertiroidismo y los trastornos alimenticios, bulimia y anorexia, condi-

² La carta a Fliess (1896/1986) marca un hito en la psicopatología psicoanalítica al valorar al trauma o al abuso sexual en la infancia, aunque los considera, en su mayoría, *fantasías histéricas*, cuyo estudio le abrirán a Freud nuevos caminos en el psicoanálisis.

cionados psicósomáticamente³. En dichas enfermedades hay lesiones estructurales orgánicas. Los síndromes funcionales están entre las psicopatosis y las neurosis (Freud, 1905/1978).

El siguiente caso clínico dará pautas para profundizar en la complejidad del tema. Un paciente de 17 años, *Mariano*, de alta estatura y aspecto corporal armonioso y actitud tímida y reservada, fue traído por su madre a la consulta, en el momento que él expresaba, como motivo manifiesto, “*serias dudas*” sobre la elección de profesión que “*le definiría la vida*”. En la entrevista previa con la progenitora, viuda al año de edad de su hijo, se recogen datos sugestivos que se mencionarán a medida que sean esclarecedores de la patología del paciente. Él agregó que padecía una sacralgia diagnosticada en su pubertad y además, un acné facial pronunciado. Mariano “confesaba” dificultades para comunicarse verbalmente, pero pensaba que las superaba comunicándose por medio de sus dibujos, “*¿tal vez porque me interesa la arquitectura?*”, se interrogó. La madre refirió que su marido era arquitecto y que su deceso se produjo en un accidente en la obra en construcción que él dirigía. Se le administró a Mariano una batería de tests: el *HTP* y *Mi familia y yo*, que ofrecieron la posibilidad de un diagnóstico presuntivo junto a lo recogido en las entrevistas. Llama la atención en el dibujo de la *casa*, la curvatura en la mitad de su estructura, asociada a la postura curva que adopta su cuerpo cuando se presentan sus repetidas crisis de dolor. Esa impresión estaría apoyada en las voluminosas columnas que *sustentan* su arquitectura, y por la fachada con un frontispicio de aspecto *sacro*. A través de las ventanas, se ve que el interior de su vivienda exhibía signos de un mundo de tendencias artísticas. El color -azul claro- habla de una sensación corporal aún más arcaica, líquida, intrauterina, que primaría en su intimidad. Una fuente situada en el jardín muestra la ambigüedad de su identidad sexual. Idea inferida de la répli-

ca en dos figuras de dos niños varones mirando sus genitales mientras orinan en dicha fuente. Una defensa frente a las omnipotentes fantasías de bisexualidad, quizás aumentada por la ausencia del modelo masculino paterno y su normal reactivación de lo edípico. Además de los cambios somáticos y funcionales de su sexualidad, que está metabolizando desde la pubertad, junto a las fantasías incestuosas, ahora físicamente *posibles*, de ahí los temores y la urgencia para renunciar a ellas. La repetición de elementos semejantes se percibe también en varios trazos del dibujo: faroles, tiestos, puertas, ventanas, columnas, cuadros, etc. El color del exterior de la casa es negro, un luto que no oculta al espectador. El acceso a la morada tiene la apariencia de ser imposible, ya que a la doble puerta, cerrada, la resalta con un color marrón, fecal, rechazable (no para él, fijado en una fase anal). Al *árbol* lo colorea también de negro, *vacío* de hojas (¿los amores muertos?) con un tronco todo tallado (¿cicatrices?), plantado en un suelo que lo soporta con firmeza, protegiéndolo de una probable *caída*. Las raíces resaltan por su gran tamaño y espesura, que representan sus insatisfacciones, más regresivas. En el test de la *persona*, él se dibuja de perfil, se muestra parcialmente a la mirada del otro. Está en la cúspide de un montículo de tierra vertical pero con una visible curva, (como en la *casa*) contemplando, solitario, con sus culposas manos en los bolsillos, a causa de la masturbación. Su aislamiento, dirá más tarde, se acentúa por lo representado en la piel, un acné revelador de un mandato superyoico sobre aquello que debe callar: la falta de contacto y caricias (árbol exfoliado) en la infancia, y su respuesta agresiva ante el abandono. Mariano se vale de sus sensaciones visuales más profundas al dibujarse con unos ojos negros y grandes que reflejan su intensa pena. Su mirada está dirigida hacia un futuro al que llegará impregnado de pérdidas y riesgos de *derrumbe*. El paisaje situado a su derecha está dividido, como él mismo, en tres partes muy diferenciadas: cielo, ciudad y profundidades subterráneas. Un cielo enmarañado (igual a las raíces del *árbol*) de trazos semejantes a los de *Vicent Van Gogh*, en colores rojo y amarillo, dirían de la confusión y agresividad de un espacio impenetrable que se repite, especularmente, en la base subterránea de una ciudad erigida en el medio, llena de

³ Fain, Kreisler, y Soulé (1999) excluyen de los trastornos psicósomáticos: las repercusiones psicológicas de enfermedades invalidantes y las minusvalías; las enfermedades orgánicas agravadas por conductas psicológicas anormales - por ejemplo, el epiléptico que no toma su medicación-; las histerias de conversión; los tics; las cinequinesias parádójicas; las catatonías; los trastornos mentales provocados por una agresión al SNC - sea traumática, inflamatoria, vascular o tóxica; los pseudo problemas que son el cortejo sintomático en niños con leves alteraciones, o normales.

modernas construcciones negras y vacía de seres vivos.

En el test de *Mi familia y yo*, cuatro personajes (madre, abuela, tía y él) en la cima de una isla, de rasgos similares a varias ilustraciones de *El principito*, huyen a grandes saltos, ante una cometa gigante, que nadie sostiene, librada al azar de las corrientes aéreas, aunque su dirección parece ser hacia el cielo, describiendo una enorme curvatura (rasgo repetido en todos los dibujos), sin rumbo, con un movimiento libre, total, que lo aleja del contacto con la tierra, la realidad. Al estar suelta la cometa, el riesgo es caer. Por eso su familia corre despavorida, presa de su neurosis, ante el despliegue psicótico de una *alucinada* libertad. Los cuatro familiares de Mariano, todos negros, como sombras o lúgubres espíritus, sus dobles, viven un mismo duelo o predicen un nuevo peligro de pérdida. Así están en medio de un alegre paisaje contradictorio o de opuestos, lleno de vivos colores e iluminados por un gran sol, símbolo paterno, aparentemente en caída. La familia, de modalidad esquizoide, dispersa, vive muy desconectada del ambiente exterior pero preocupada por Mariano y su dolorosa somatización y aislamiento. Ahora temen, según la madre, que la entrada en la facultad lo haga más indefenso y desprotegido, *si vuela*. Esa *fuga* daría más argumentos al adolescente para sentir muy exigentes los nuevos reclamos del entorno por el paso a una etapa, distinta y *definitiva de su vida*, hasta ahora de notoria dependencia. La ciudad, moderna pero tétrica (test de la *persona*), es totalmente negra, el mundo que percibe desde lejos es un abismo. Aquí se confirmaría la existencia de una fijación al momento de la muerte del padre, que coincide con su fase de bipedestación, en la que su madre, en plena depresión, por la pérdida sufrida, probablemente, abandonó el *holding* y el *handling* del bebé. Ella dice que a los 4 meses el bebé "*perdió*" interés por su pecho. Ayuda a comprender lo proyectado en los tests, la elección de dos personajes investidos de omnipotencia e idealización con los que Mariano se identifica narcisísticamente en varios aspectos estéticos y autobiográficos que traslada, encubiertamente, a sus dibujos. Estas identificaciones fueron tan masivas en el comienzo del tratamiento que las interpretaciones fueron obligadamente *extratransferenciales*. Uno es

Van Gogh cuyas líneas *curvas*, cortas, atormentadas, el chaval repite en los espacios celestes y subterráneos y también en el tronco del *árbol tatuado* con idénticos trazos. El otro, Saint Exupery, renegaba con acritud por la incompreensión del mundo adulto, que será un obstáculo tan grave para él como para cambiar su destino profesional. Del arte pictórico deseado, llegó a inscribirse en Arquitectura pero no fue aceptado y pasó a convertirse en un aviador que murió en un accidente aéreo. De Van Gogh se sabe, aparte de su talento, su patología psicótica (las consecuencias del alcoholismo o su demencia sifilítica), y que fue engendrado tres meses después de la muerte de un hermano que sólo vivió unos días. Se puede pensar que la madre estaba en un momento de duelo y que la negación del mismo se revela en la asignación de igual nombre al niño siguiente. Van Gogh se suicida a los 37 años. Los accidentes del padre y Saint Exupery y el suicidio del pintor despiertan la idea del suicidio en el adolescente que incluye siempre la fantasía de resurrección y cambio. Volver a ser un pequeño cuidado por los padres de la infancia y provisto de una conocida identidad. Su cuerpo, en la etapa de las transformaciones puberales, no pudo mantenerse enhiesto, porque la fijación tuvo su génesis en las pérdidas al año de su vida, coincidiendo con la fase motriz en que se adquiere la verticalidad. Pérdidas paterna y materna, que lo *encorvaron*, *torciendo* su destino, en una dolorosa somatización. René Spitz (1973) compara la relación madre/infante con la que el hombre establece con un animal doméstico, calificada de *dependencia total*, así definida por Winnicott (1993). Si bien es absoluta por la urgencia de sus necesidades yoicas, hace que el neonato sea muy receptivo y padezca, además de las propias, las ansiedades maternas. La madre de Mariano informó que el marido era un depresivo severo y alcohólico, desde varios meses antes de su deceso, aparentemente por una *imprudencia* del mismo... A medida que se desarrolla emocional y físicamente, equilibrio, tensiones, posturas, temperaturas, vibraciones, contactos, ritmo, gama de tonos, etc., son señales que recibe el bebé desde su vida intrauterina. Joyce McDougall (1991, p.11) crea el *teatro interno* infantil, metáfora de realidad psíquica que influirá después en ese ámbito, *en los síntomas* neuróticos y psi-

cosomáticos, si antes había padecido una *amenaza* psicológica o fisiológica. Dichos episodios serían causa de la *destrutividad emocional* de sus pacientes al presentarse situaciones, repeticiones de otras ya vividas, “*un telón de fondo*” emocional permanente. Drama interno, oculto; frente al desamparo, el individuo somatiza. Aquí habría una diferencia con el hipocondríaco en quien la amenaza se simboliza en una enfermedad corporal imaginaria, y también con aquellos que representan sus fenómenos mentales, por ejemplo, sus fantasías, en el cuerpo, como hace la histeria de conversión.

Separarse del “*pecho universo*” (McDougall, 1991, p.42) es en Winnicott el *proceso de discriminación Yo - No Yo de su maduración emocional* con un ritmo innato progresivo, que sólo se detiene en la actitud abandonica o intrusiva materna, que no es *suficientemente buena*. McDougall (1991) dice que al fracasar esos procesos, las amenazas reaparecen en la edad adulta ligadas a una imagen de “*madre mortífera*” y en trastornos unidos al sueño y la capacidad orgásmica. Winnicott comenta la *preocupación maternal primaria*, una identificación masiva de la progenitora con su hijo, presente ya en los últimos meses del embarazo y prolongada hasta los inicios de la vida infantil. Vínculo fusional de tensiones, reclamos y necesidades. Algunas son satisfechas normalmente, pero otras a través de la *ilusión* omnipotente, *mágica* del bebé. La comunicación de la dupla, reviste gran valor en la fase arcaica preverbal, cuando los cuidados de *sostenimiento físico y psíquico* de la madre o sustitutos son imprescindibles. De su falta emerge la *angustia inconcebible* que dirige al pequeño hacia las *sensaciones impenables* del caer interminablemente, tener el cuerpo fragmentado, perder la noción del mismo, del tiempo y del espacio, sensaciones detectables en muchos enfermos psicósomáticos, como Mariano, siempre situado contrafómicamente al borde del abismo (Dibujos de la *Persona* y *Mi familia* y yo). Winnicott (1991) opina que lo normalmente buscado es la realización de *integración del infante* entre sus partes constitutivas. Ello incide en la estructuración del *psicosoma*, que “*la psique habite al cuerpo*”. Una madre que no ha sido *suficientemente buena* (incluidos el padre y el ambiente externo) es motivo de la alteración psicósomática en el proceso innato de

maduración total. El autor discurre sobre el *derrumbe*, que surgiría de experiencias traumáticas muy primitivas del individuo. Su aparición depende de la fortaleza de las defensas. Algo más profundo actúa por debajo, por eso ocurre un fallo. En las psiconeurosis subyace la angustia de castración, pero en el derrumbe es una *dificultad para establecer el self unitario*. El Yo es capaz de organizar, con el tiempo, sus defensas, sin embargo, no siempre con éxito por la dependencia al mundo circundante. En las disociaciones graves, la esquizofrenia, hay una regresión en ese proceso. La palabra *agonía* es más exacta que *angustia* para definir el fenómeno. Retroceso a un estado de *no-integración*. La defensa es el *autososten*. Luego también dispondrá de defensas como la *despersonalización* y la pérdida del *sentido de lo real*, del *narcisismo primario*. La pérdida de la *capacidad para relacionarse* con los objetos conduce a *estados defensivos autistas*, vínculo exclusivo con los cambios del *self*. La enfermedad psicótica es la defensa. El *miedo al derrumbe* es por algo que “*ya ha ocurrido*”, y es escondido en el inconsciente de cuando el Yo del paciente era un Yo corporal arcaico con una dependencia absoluta. Detalle del pasado cuya búsqueda prosigue en el futuro. Será en la transferencia donde se analicen los fallos del ambiente primitivo, tarea lenta y ardua, un *new beginning*. Revivir en el presente, en la transferencia, en el *aquí* y *ahora*. En el tratamiento del cuadro psicótico, “*... cada presunto avance, dice Winnicott (1991, pp.116-117) acaba en una destrucción. El paciente lo rompe y se pregunta: ¿y ahora qué? No hay final posible a menos que se toque fondo, y que lo temido sea experimentado*”. Mariano decía: “*He caído en el fondo de un pozo, sólo usted me ve. ¿Qué haremos ahora?*”. Teórica y técnicamente se usaron los conceptos de Sándor Ferenczi (1929/1985b) que inspiraron a Winnicott. Fue necesario facilitar que, por un tiempo, Mariano actuara como un niño, para gozar, como si fuera por primera vez, de la irresponsabilidad de la infancia. Eso equivale a introducir en él un intento de vida positivo y razones para seguir existiendo. Así podría revivir su traumatismo en un medio terapéutico contenedor y adaptarse a las frustraciones de la realidad, lo que ayudó en la reestructuración de su psiquismo (Ávila-Espada, Gasparino, Rubí y Espinosa, 2003). El *miedo al derrumbe* es un

equivalente del miedo a la muerte fenoménica, un suicidio, un gesto desesperado de intolerancia a lo ya sucedido. Señala Ferenczi (1929/1985b, p.88): “*Los niños acogidos con frialdad y sin cariño es posible que mueran por propia voluntad. También puede ocurrir que utilicen numerosos medios orgánicos para desaparecer rápidamente, o si escapan a este destino, les quedará siempre cierto disgusto y pesimismo por la vida. El bebé está más cerca del no-ser individual, aun no tiene experiencias de la vida. Ir hacia el no-ser es más fácil para él*”. Al encarar los tratamientos de adolescentes *psicosomáticos* se hallan dificultades, pero hay un aspecto que debe considerarse en Medicina Psicosomática. Es la relación médico-paciente en la dimensión actual que el psicoanálisis le ha adjudicado. Se trata no sólo de la apreciación del enfermo como un ser total sino que además el médico lo es, y que su vida emocional está constantemente comprometida en su quehacer, cualquiera sea el trastorno de su paciente (Gasparino y Genovés, 1985). “*Si estoy analizando a un paciente psicossomático*- dice Winnicott (2000, p. 136)-, *lo que deseo es tener del otro lado a un científico que se haya tomado vacaciones de la ciencia. Lo que se precisa es más bien ciencia-ficción y no una aplicación rígida y compulsiva de la teoría sobre la base de la percepción de la realidad objetiva.*” Dolto (1990) comenta que los pediatras y los adultos creen que si el adolescente habla de sus deseos de suicidio, éste se anularía. Es que la formulación de la palabra no es suficiente, aquí es necesario la elaboración psicológica de dichas fantasías. Se sabe que también ocurre, paradójicamente, que la palabra del médico, que no siempre llega, es reemplazada por la medicación. Por ello la *medicalización* aumenta el riesgo de suicidio. Al angustiado o insomne se le recetan hipnóticos o ansiolíticos, para calmarlo, sin el uso previo de la palabra y poder, con “tranquilidad”, ocuparse del cuerpo del adolescente del que se sienten dueños. El joven vive la fantasía suicida, pero en forma metafórica. Los adolescentes hablan con dificultad y pocos se quejan del desinterés (o desconocimiento) de los adultos. Los pediatras se desorientan y no perciben que también hay un reclamo hacia ellos, por lo cual derivan dicho reclamo al psicólogo, fragmentando nuevamente al paciente en psiquis y soma. El médico ya no es con-

fiable, es represivo, indiscreto o está equivocado. Ellos piden más que una prescripción farmacológica sedante o una explicación técnica, una relación humana. Los adultos, profesionales y familiares, no reparan en la importancia de la verbalización⁴. En realidad se requiere la ayuda de alguien respetado e informado para la elaboración de los duelos, es decir, un adulto que no se angustie ante las fantasías de muerte. La condición humana, con sus límites de incompletud y finitud, exige saber que sus conocimientos nunca serán absolutos, no todo depende de su tarea específica; y que se debe solicitar la colaboración familiar y social para el tratamiento de sus pacientes. Debe insistirse en que la creciente especialización de la medicina aumenta el riesgo de creer que la Medicina Psicosomática es una especialidad más y no un conocimiento que todo médico, con independencia de su especialidad, necesita adquirir. Se hace imprescindible una formación específica para comprender e intentar la curación de sus pacientes, que su conocimiento no quede reducido a una mera formulación teórica que fragmentaría al enfermo y la relación humana con él. Sin olvidar que está situado en un medio familiar, social, económico, cultural y ecológico influyentes y determinantes de sus diferentes tipos de patologías y posibilidades de tratamiento. Se ha observado que la familia es un factor interviniente por su presencia tanto como por su ausencia. Habitualmente, la impotencia de médicos y familia se trasluce en la mutua proyección agresiva de la culpa. La familia no admitiría la muerte sin pensar que existe un culpable. En la de Mariano varias eran las muertes sucedidas que habrían originado una intensa culpa. Los grupos operativos, los grupos Balint, los de supervisión, son de participación indispensable en toda especialidad médica. Winnicott (1991) expresa que en la terapia analítica de pacientes regresivos es necesario seguir la teoría y la técnica freudianas. Enfatiza mantener el encuadre, en ciertos casos es más importante que la interpretación, así se evitarán fracasos. La experiencia con adolescentes hace útil estos consejos ante los ataques al encuadre: *acting outs*, por ejem-

⁴ En nuestro medio muchos neurólogos y psiquiatras han *medicalizado* los *síndromes de desatención y de hiperactividad* de los niños y adolescentes, bajo el desconcierto de muchos padres y educadores necesitados de información.

plo las ausencias a sesión o las intromisiones parentales en el proceso del tratamiento.

Una paciente anoréxica escribió⁵ con suma claridad sobre las vivencias de su patología y la relación iatrogénica que mantuvo con algunos médicos y enfermeros. Cuenta que confunde todos sus ingresos hospitalarios, los ve en una *nebulosa*. Se deduce que vivió lo mismo en todos ellos. Siempre rige la monotonía, pero admite, también, *satisfacción*... Agrega: *“Te han apartado del mundo. Han descubierto tus defectos y tus necesidades. Por mucho que protestes y te quejes a la anoréxica o bulímica no hay nada que le guste más que un mundo en el que todo, absolutamente todo, gira en torno a la comida. Y no hay nada que favorezca tanto los trastornos de la alimentación como el tratamiento”* (Hornbacher, 1999, pp.192-193). Se explyaba sobre la actitud *autoritaria y restrictiva* que soportan los adolescentes con trastornos alimentarios caracterizados por múltiples rituales y maniobras de disimulo y, aún de un alto grado de morbimortalidad. El comportamiento del grupo médico es *exagerado* por las muestras de rebeldía irritantes para el adulto, quien como los padres, desconoce el significado de esa etapa *“crucial”* (Aberasturi, 1971, p.15). Los pediatras no interpretan la aparente indiferencia de los chicos y menos aún, sus necesidades mudas.

La relación médico-paciente inoperante o agresiva es suplida por ciertas familias del adolescente, por rituales mágicos ejercidos por sanadores, curanderos, chamanes, etc. Personas enigmáticas, las que son respetadas por las proyecciones idealizadoras hechas sobre ellos. Así pues, dicen que entran en contacto con el alma y el cuerpo del enfermo. Sus éxitos se explicarían porque ambas partes actúan sus alucinaciones, la mutua transferencia de sus fantasías omnipotentes. Los rituales son prácticas llenas de simbolismos que exaltan la intensidad de las percepciones sensoriales de todos los participantes. Ellos hablan, cantan, recitan, dramatizan *“los males”* en danzas arcaicas, dan masajes y administran hierbas curativas y alucinógenas. Uno de los rituales más

impactantes es la representación de la muerte temida y la resurrección esperada. Aquí se podrían aplicar ciertos conceptos de W. R Bion (1974) cuando dice que si el terapeuta capta las alucinaciones y percepciones sensoriales de los pacientes, a él le será permitida su atención flotante a partir de las asociaciones libres por ellos formuladas. La labor analítica será entonces representar, reforzar el Yo, discriminar realidad exterior de realidad interior. De ser así, el paciente saldría de su alucinación estimulado por sus propias sensaciones corporales. Y con el *poderoso* chamán por el trabajo profundamente sensitivo realizado con él, el “enfermo” o “poseído” conseguiría corroborar lo que se le explica, y de tal manera lograría memorizar su dolor primitivo, en fin, curaría...

En el medio social y familiar, hay reacciones ambivalentes o de rechazo respecto a los hijos, *“los testigos más implacables de lo realizado y lo frustrado”* (Dolto, 1990, pp.164-165). Los progenitores sienten el devenir del tiempo ante el crecimiento del que fue un niño y comienzan a elaborar sus propios cambios, en su *crisis de la edad media de la vida*, si los niegan harán un proceso de *“adolescencización”*. Son los “padres amigos”, que intercambian vestimentas y acompañantes. Renegación del dolor causado por la separación de los hijos y la vacuidad o déficit del papel paternal futuro. Eso favorece la derivación de las culpas propias y transgeneracionales, que son importantes si el descendiente padece alguna enfermedad.

Existen progenitores que, como algunos médicos, se adueñan del cuerpo de sus hijos. Una interesante postulación de Ferenczi es que en el infante, la *ceguera parental* referida a la sexualidad del pequeño los priva de comprensión. Piden al hijo confianza *ciega* y desprecio por su sexualidad, provocando serias consecuencias con el paso del tiempo. En igual postura se verá, en su momento, a algunos educadores y médicos. Finalmente el adolescente desconfiará y se apartará del mundo de los adultos. Empiezan a vivir de noche para evadir el dominio y el contacto con los mayores, llegando a actuaciones patológicas, insomnio, alcoholismo, drogadicción, relaciones sexuales inseguras, embarazos precoces, etc. La búsqueda en las pandas de *iguales* para ser aceptados e informados, hacer proyectos, lamenta-

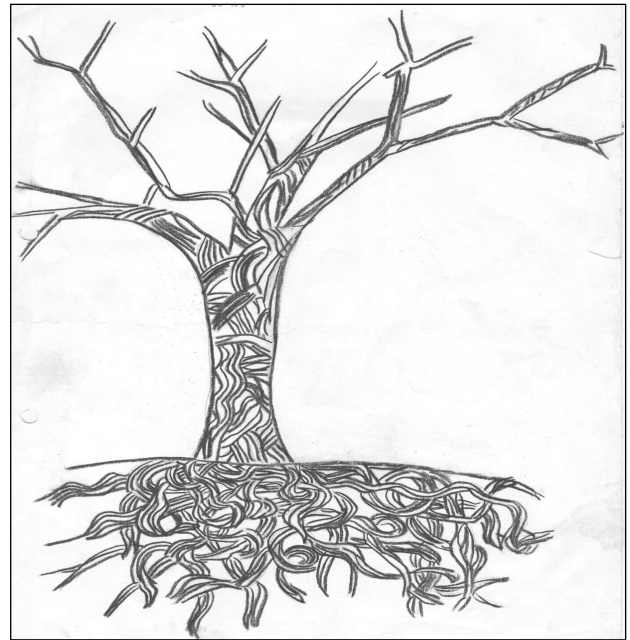
⁵ Escribe Marya Hornbacher en su obra *Días perdidos* (1999): *“Vaya, vaya, Herr Doctor./ Vaya, Herr Enemigo. / Soy su obra./Soy su tesoro, soy bebé de oro puro / Que se funde en un grito. /Me retuerzo y ardo / No crea que subestimo, su gran preocupación/Ceniza, ceniza./ Usted atiza y remueve /Carne, hueso, nada hay”* (p.192).

blemente caen en la destructividad. A lo descrito se debe unir el contexto social actual que resulta de factores que tampoco son inocuos. Por lo comentado se reitera el valor del conocimiento del medio

familiar y transgeneracional, sus secretos y mitos. Y en especial por ser el grupo un representante de lo social y cultural en sus aspectos positivos y negativos⁶.



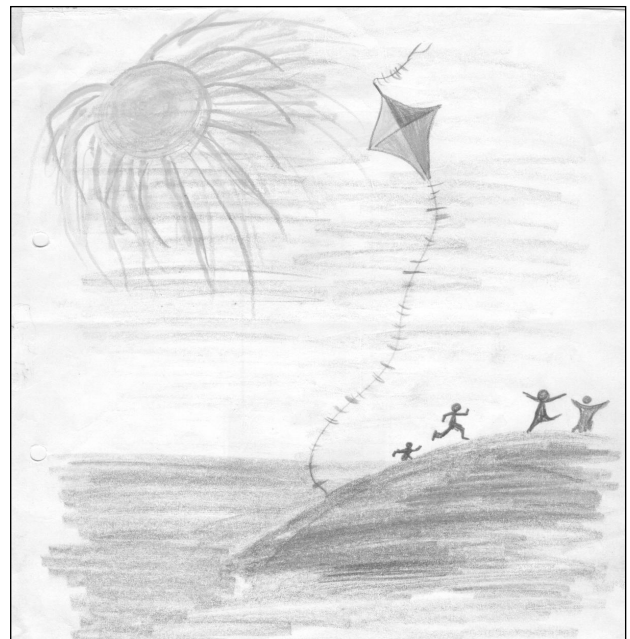
Casa



Arbol



Persona



Mi familia y yo

⁶ En países donde el analfabetismo, la desnutrición, las enfermedades endémicas y los grupos delictivos marginales han diezmado las posibilidades de maduración de los niños y adolescentes, por ejemplo, los *enanos nutricionales*, al tiempo que, en los países europeos la talla media de los jóvenes ha aumentado.

Referencias

- Aberasturi, A. (1971). *Adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Kargieman.
- Ávila-Espada, A., Gasparino, A., Rubí, M.L. y Espinosa, S. (2003). “Il nuovo inizio” e “la seconda opportunità di sviluppo”: un cammino tra alcuni concetti ferencziani e winnicottiani per presentare il lavoro psicoanalítico contemporáneo. En A. Boschirolí, C. Albasi y A. Granieri (Eds.), *Incontrando Sándor Ferenczi. Temi ferencziani nella pratica clinica contemporanea* (pp. 45-59). Bergamo: Moretti & Vitali ed. [Número especial de Radure. quaderni di materiale psichico, vol. I, anno VII].
- Bion, W. R. (1974). *Atención e interpretación*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Dolto, F. (1990). *La causa de los adolescentes*. Barcelona: Editorial Seix Barral.
- Fain, M., Kreisler, L., Soulé, M. (1999). *El niño y su cuerpo. Estudios sobre la clínica psicosomática de la infancia*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Ferenczi, S. (1985a). La adaptación de la familia al niño. En *Obras Completas, Tomo IV*. Buenos Aires: Editorial Paidós. (Original publicado en 1928)
- Ferenczi, S. (1985b). El niño mal recibido y su impulso de muerte. En *Obras Completas, Tomo IV*. Buenos Aires: Editorial Paidós. (Original publicado en 1929).
- Freud, S. (1978). Tres ensayos para una teoría sexual. En *Obras Completas, Tomo VII*, Buenos Aires: Editorial Amorrortu. (Original publicado en 1905).
- Freud, S. (1979a). Conferencias de introducción al Psicoanálisis. En *Obras Completas, Tomos X, y XVI*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu. (Original publicado entre 1915 y 1917).
- Freud, S. (1979b). Más allá del principio del placer. En *Obras Completas, Tomo XVIII*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu. (Original publicado en 1920).
- Freud (1986). *Cartas a Fliess*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu. (Originales escritos entre 1887 y 1904).
- Gasparino, A. y Genovés, A. (1985). *Investigación sobre la relación médico-familia en una UVI*. Conferencia presentada en las Jornadas de Psicosomática, Barcelona.
- Green, A. (1990) *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Green, A. (2005). Teoría. En A. Maladesky, B. Lopez y Z. López, *Psicosomática. Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Hornbacher, Marya. (1999). *Días perdidos*. Barcelona: Editorial Mondadori.
- McDougall, J (1991). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Editorial Julián Yébenes.
- Marty, P. y De M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue française de Psychanalyse*, 27, 345-356.
- Saint-Exupéry, A. (1953). *El Principito*. Buenos Aires: Editorial Salamandra.
- Spitz, R. (1973). *El primer año de vida del niño*. México: Editorial Fondo de Cultura Económico.
- Winnicott, D. (1991). *Exploraciones psicoanalíticas, Tomos I y II*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Winnicott, D. (1993). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Winnicott, D. (2000). El trastorno psicosomático En *Exploraciones psicoanalíticas, Tomo I*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Manuscrito Recibido: 05/09/2009

Revisión Recibida: 10/10/2009

Aceptado: 15/10/2009