

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

**La enfermedad psicosomática en un caso de
dermatitis en la infancia**

Autor: Julio Israel Carranza Plancarte

**Tesis presentada para obtener el título de:
Maestro en Psicoterpia Psicoanalítica de la Infancia y la Adolescencia**

**Nombre del asesor:
Enrique Murguía Diaz Muñoz**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.



UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

DEPARTAMENTO DE POSGRADOS PSICOLOGIA

MAESTRIA: PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE LA INFANCIA Y LA
ADOLESCENCIA

**“LA ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA EN UN CASO DE
DERMATITIS EN LA INFANCIA”**

**PROYECTO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE:
MAESTRO EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE LA INFANCIA Y LA
ADOLESCENCIA.**

P R E S E N T A

JULIO ISRAEL CARRANZA PLANCARTE

Asesor:

MTRO. ENRIQUE MURGUÍA DIAZ MUÑOZ

MORELIA, MICHOACAN SEPTIEMBRE 2010

Dedicatorias y Agradecimientos,

Este trabajo ha sido como un viaje en el cual he visitado distintos lugares y cada uno ha puesto una pieza importante para esta historia.

Hace más de un año conocí al pequeño ser que me dio la energía para terminar este trabajo. Iker me impulsas a ser mejor y esforzarme cada día más por ti.

Claudia, mi compañera en este viaje. Juntos atravesamos distintos paisajes y estoy seguro nos faltan muchos por visitar, sin tu apoyo y compañía este viaje pudo haber sido muy complicado.

El Mtro. Enrique Murguía, asesor de este trabajo y guía de este recorrido, gracias por mostrarme la forma en que se debe transitar por este sendero. Haz sido un gran ejemplo para mí.

Mtra. Lila Madrigal y Mtra. Laura I. Ortega, sus comentarios al revisar esta tesis permitieron obtener nuevas percepciones de este viaje para llegar a un mejor destino.

Mariana Mejía, aunque en viajes distintos fue enriquecedor conocer tu proceso y sentirme acompañado en el mío.

Mtra. Claudia Aguirre, sin duda alguien que me ayudó a descifrar el mapa y me ayudó a salir de los terrenos complicados que encontré en este recorrido.

Mis hermanos, Oscar y Daniel, quienes han estado al tanto haciéndome saber su apoyo en todo momento, gracias.

Mamá, gracias por tu cariño y porque en este transcurso sabía que iba siempre acompañado por tu bendición, lo que me dio la seguridad para avanzar con paso firme.

Finalmente dedico este trabajo a mi Padre, quien me enseñó a hacer frente a los retos, a disfrutar las alegrías, a trabajar y a querer a mi familia, gracias papá por estar tan presente en mi vida.

ABSTRACT¹

This investigation deals with an essential aspect in the psychoanalysis: the body. The body, imagined, feared, desired and represented. But more specific in trying to comprehend the relationship between the body and the unconscious, crossing that is in the psychosomatic illnesses.

The psychosomatic illnesses are those where the physical symptoms do not have a etiology organic, but have a psyquical etiology. Can have a journey from childhood to adulthood, if not receiving treatment, or whether it is the subject is another manifestation. These diseases, both in childhood as in adulthood, can be very varied, however, for purposes of this investigation will be reviewed aspects around the dermatitis appears as a disease psychosomatic.

One of the main objectives of this study is to understand the dynamics of psychosomatic illnesses through a case study. Is performed on diagnosis and treatment of the same, identifying that a psychosomatic illness in its etiology involves a number of aspects of both the external environment and individual personality characteristics.

Previous to focus attention on the dermatitis are explained aspects that may be general to all psychosomatic illnesses. Is subsequently presented the case study of a girl that is seven years old that presents dermatitis, its evaluation process, treatment and evolution with the aim of identifying the psychoanalytic aspects referred to in around the psychosomatic.

It conclude that there is no disease that has only organic compounds or disease that has only psychological components, so it is recommended that both medicine specialist and the specialist in psychotherapy keep their mind open in order to identify those issues likely to encourage health of the patient.

¹ Keywords: Body, Psychosomatic Illness, Childhood, Case Study

RESUMEN²

Esta investigación aborda un aspecto esencial en el psicoanálisis: el **cuerpo**. El cuerpo, imaginado, temido, deseado y representado. Pero más en específico se trata de comprender la relación entre el cuerpo y el inconsciente, cruce que se encuentra en las **enfermedades psicosomáticas**.

Las enfermedades psicosomáticas son aquellas en donde los síntomas físicos no tienen una etiología orgánica, sino psíquica. Pueden tener un trayecto desde la **infancia** hasta la adultez, si es que no reciben tratamiento, o si es que el sujeto no encuentra otra manifestación. Dichas enfermedades, tanto en la infancia como en la adultez, pueden ser muy variadas, sin embargo, para fines de la presente investigación se revisarán aspectos en torno a la dermatitis que aparece como enfermedad psicosomática.

Uno de los principales objetivos de este trabajo es comprender la dinámica de las enfermedades psicosomáticas por medio de un estudio de caso. Se realiza el diagnóstico del caso y el tratamiento del mismo, identificando que una enfermedad psicosomática implica en su etiología una serie de aspectos tanto del medio exterior como características de personalidad individuales.

Previo a focalizar la atención en la dermatitis se explican aspectos que pueden ser generales a todas las enfermedades psicosomáticas. Posteriormente se presenta el **estudio de caso** de una niña de siete años de edad que presenta dermatitis, su proceso de evaluación, tratamiento y evolución con la finalidad de identificar los aspectos psicoanalíticos referidos en torno a la psicosomática.

Se concluye que no hay enfermedad que tenga sólo componentes orgánicos ni enfermedad que tenga sólo componentes psíquicos, por lo cual se recomienda que tanto el especialista de la medicina como el especialista en la **psicoterapia**

² Palabras Clave: Cuerpo, Enfermedades Psicosomáticas, Infancia, Estudio de Caso.

mantenga apertura en su mente para lograr identificar los aspectos que puedan favorecer la salud integral del paciente.

INDICE

CAPITULO I. PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Introducción	6
1.2 Problema de Investigación	9
1.2.1 Ejes o Categorías	9
1.3 Objetivos	10
1.4 Importancia del Estudio	11
1.5 Tipo de Estudio	13
1.6 Teoría Metodológica	13
1.7 Limitaciones	14
1.8 Antecedentes	15

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 El Cuerpo en Psicoanálisis	20
2.1.1 El Cuerpo y su Relación con el Inconsciente	27
2.1.2 El Lenguaje del Cuerpo	30
2.1.3 El Cuerpo en el Tratamiento Psicoterapéutico	35
2.2 Psicosomática	38
2.2.1 Psicología Psicosomática	42
2.2.2 Concepto de Enfermedad	43
2.2.3 Psicopatología, Estructura y Psicosomática	45
2.2.4 Elección de Órgano	52
2.2.5 Psicosomática y Conversión	54
2.2.6 Tipos de Enfermedades Psicosomáticas	57
2.2.6.1 Psicosomática y Aparato Digestivo, o de Cómo se Traga el Coraje	57
2.2.6.2 Psicosomática del Aparato Respiratorio, o de Cómo Asfixia el Control	64
2.2.6.3 Desordenes Cardiovasculares y Psicosomática, o de Cómo Hierve la Sangre	66
2.2.6.4 Sexualidad y Psicosomática, o de Cómo la Pasión Muere o Mata	69
2.2.7 La Piel	73
2.2.7.1 El Psicoanálisis y la Piel	75
2.2.7.2 La Piel del Psicoanálisis Freudiano	76
2.2.7.3 Didier Anzieu y su Yo Piel	81

2.2.7.4 Cuando Grita la Piel. Psicosomática Cutánea	86
2.3 Psicosomática en el Niño	88
2.3.1 Desarrollo Psicológico del niño	88
2.3.1.1 Desarrollo Temprano	93
2.3.1.2 Desarrollo del Niño en Periodo de Latencia	95
2.3.2 El Niño y su Cuerpo	100
2.3.3 La Enfermedad Psicosomática en el Niño	102
2.3.3.1 Dermatitis en el Niño	105
2.3.4 El Tratamiento de la Enfermedad Psicosomática	107
CAPITULO 3.	
TRABAJO DE CAMPO	
3.1 Participante.....	110
3.2 Escenario	110
3.3. Técnicas de Recopilación de Datos	111
3.4 Manejo de los Datos	112
3.5 Esquema del Perfil Diagnóstico	113
3.6 Reporte de Sesiones	141
CAPITULO IV.	
RESULTADOS	
4.1 Integración Global de las Sesiones	188
4.2 Análisis de los Resultados	191
CAPITULO V.	
APORTES Y CONCLUSIONES	
5. Aportes y Conclusiones	199
REFERENCIAS	209

CAPITULO I

PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

El presente trabajo trata de comprender aquellas enfermedades para las cuales el médico no encuentra un motivo en el plano de lo fisiológico ni lo anatómico y que cede terreno al campo del psicoanálisis para su estudio y tratamiento.

Se refiere a las enfermedades “psico” “somáticas” (*psico* = mente; *soma* = cuerpo). Enfermedades del cuerpo y la mente, o mejor dicho, enfermedades de la mente que se manifiestan en el cuerpo.

Para tal efecto se propone un trabajo primeramente teórico que facilite la comprensión del tema y abra un panorama de inquietudes a resolver y analizar en el caso clínico que en la investigación presenta.

Dentro del marco de la teoría, este trabajo muestra una definición más amplia y completa acerca de lo que a éstas enfermedades se refiere. Sin embargo es conveniente mencionar que la diferencia básica entre enfermedades psicosomáticas y conversiones radica en la capacidad de simbolizar que existe de forma más clara en las conversiones, donde el órgano o la función específica tienen un simbolismo para el paciente. Por su parte en las enfermedades psicosomáticas la capacidad de simbolizar está reducida y por ello, más que un síntoma se convierte en una enfermedad en sí.

Por lo anterior mencionado es interesante plantear algunas interrogantes acerca de lo que significa la enfermedad, el estar enfermo o el estado de salud. Para tal efecto se abordan aspectos de la psicología de la salud, brindando una comprensión más amplia de la situación del paciente.

En esta investigación se hace un esfuerzo por mediar entre dos posturas a las que se recurre con facilidad: considerar que todas las enfermedades son meramente fisiológicas y que lo psíquico no ejerce ningún tipo de función en tales situaciones, o por otro lado, el considerar que todas las enfermedades son originadas por cuestiones inconscientes, sin excepción alguna. Ambas posturas son los extremos de la misma línea. Más bien este trabajo pretende mostrar cómo es que en las enfermedades psicosomáticas se encuentran presentes cuestiones tanto físicas como psíquicas.

Ubicar estructuralmente a las enfermedades psicosomáticas no ha sido tarea fácil para los teóricos, más bien se ha llegado a la conclusión de que éstas aparecen tanto en trastornos neuróticos, borderline y psicóticos. Sin embargo, la clínica ha encontrado una mayor aparición en estructuras primitivas, puesto que se relaciona con un sistema defensivo insuficiente.

Otra característica de los desórdenes psicosomáticos es que en estas cuestiones puede lograrse incluso el daño de algún órgano o tejido. El paciente reacciona al estrés, a la tensión y a la ansiedad con un mal funcionamiento fisiológico. Y en esto se encuentra una diferencia fundamental con el paciente hipocondríaco, pues a diferencia del paciente psicosomático, el hipocondríaco no muestra síntomas físicos reales, sólo fantaseados inconscientemente.

Tras haber realizado un estudio teórico acerca de las enfermedades psicosomáticas, el presente trabajo centra su atención en un caso clínico. Una niña de siete años diagnosticada con dermatitis. Tras haber participado del tratamiento de tres médicos, los padres llevan a la niña a psicoterapia con la última esperanza de que mejore.

Se describe el caso y posterior a ello se da una explicación del mismo en base a la teoría expuesta. El tratamiento desde la postura de la psicoterapia psicoanalítica brinda importantes acciones para la mejora del caso por medio de la terapia de juego. Sólo comprendiendo lo que el paciente expresa con su

enfermedad es que se puede entonces indagar en algunas alternativas más sanas y funcionales de expresión para el sujeto.

Norman Cameron (1990) refiere que la piel es una paradoja. *Separa* al organismo del medio ambiente circundante, pero cuenta con un sin número de terminaciones que, junto con otros órganos, *Conectan* al organismo con su medio ambiente.

Y es por medio del psicoanálisis que se logra comprender de lo que en este caso nos “habla la piel” con ese extraño lenguaje del cuerpo. Lo que queda claro es que ya sea la piel o cualquier otra parte del cuerpo que nos hable, lo mejor será escucharla.

1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Es posible encontrar aspectos psicodinámicos y psicosomáticos en un caso de dermatitis en la infancia.

1.2.1 EJES O CATEGORÍAS

La psicosomática centra su atención en aquellas enfermedades que manifiestan un conjunto de signos y síntomas físicos propios de una patología orgánica, sin embargo dentro de las causas se encuentra un predominio de factores psicológicos que influyen para el desarrollo y evolución del padecimiento.

Esta investigación se abordará desde la perspectiva del psicoanálisis y sus fundamentos teórico clínicos. De los aspectos médicos se retomarán únicamente las cuestiones necesarias como la sintomatología, las causas y los tratamientos, mismos que siguió la paciente previos al tratamiento psicoterapéutico.

La dermatitis es una reacción física que se caracteriza en la mayoría de los casos por brotes agudos de irritación de algunas zonas de la piel, y los sitios afectados varían mucho dependiendo de la edad de la persona afectada. En niños escolares tienden a aparecer más en los pliegues de la piel de cuello, brazos, y pliegues de rodillas.

1.3 OBJETIVOS

- Por medio de un análisis teórico y práctico identificar los aspectos psicodinámicos relacionados con las enfermedades psicosomáticas.
- Conocer lo que son las enfermedades psicosomáticas a través de una investigación sobre la información existente en torno a este tema para ampliar el marco de comprensión y brindar una referencia útil para futuras investigaciones.
- Comprender la dinámica de las enfermedades psicosomáticas por medio del trabajo con un caso clínico para ubicar en la realidad la información obtenida.
- En base a los hallazgos de la investigación y al modelo de trabajo expuesto poder integrar y proponer alternativas para el tratamiento de las enfermedades psicosomáticas en niños.

1.4 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

“El psicoanálisis, desde sus orígenes, ha incluido siempre una tarea difícil: ver y oír la voz del cuerpo. Bajo esta consigna, la preocupación por el cuerpo ha sido fundante de nuestra disciplina. Para Freud, el concepto alma, como función de lo psíquico es el polo opuesto a esas dos palabras empleadas para expresar la misma idea: lo somático o el organismo, y el cuerpo. Más adelante André Green estableció la distinción entre lo somático, que se relaciona con el organismo (una entidad biológica) y el cuerpo, que está vinculado con la investidura libidinal”³. Esto es referido por Teresa Lartigue en el libro “El Cuerpo y el Psicoanálisis” y denota la importancia del tema que se trata en la presente investigación.

Cuando los pacientes con enfermedades psicosomáticas recurren a atención psicoterapéutica, generalmente lo hacen como última salida o como último intento y por ello es preciso brindar la atención a este tema para que por medio del trabajo se contribuya a crear una conciencia distinta del recurso psicoterapéutico como apoyo para ésta cuestión.

Es importante que cuando algún paciente acuda a psicoterapia se preste atención a sus padecimientos físicos, pues aunque no siempre sea referido, la somatización suele ser más común de lo que se cree. La tendencia a lo biológico ha llevado a contemplar a las enfermedades como el resultado de un contagio, una alergia, un accidente o alguna malformación. Sin embargo no está de más analizar los aspectos psíquicos de la enfermedad física.

Parece ser que a pesar de los enormes avances en comunicación que ha tenido el ser humano han quedado aspectos en él imposibles de comunicar. En la psicosomática lo que no se expresa con el lenguaje verbal se expresa con el cuerpo y es preciso elaborar ese material.

³ LARTIGUE, Teresa; “El Cuerpo y el Psicoanálisis”. Asociación Psicoanalítica Mexicana. Editores de Textos Mexicanos. México D.F.

Finalmente hay que referir que la mayor importancia de este estudio radica en los hallazgos que sirvan para brindar una mejor atención al paciente que manifiesta una enfermedad psicosomática, sobre todo tratándose de una afectación en la piel.

1.5 TIPO DE ESTUDIO.

La presente es una investigación de tipo explicativo cuyo propósito es el establecimiento de relaciones entre concepto, entre enfermedad física y características psicodinámicas. Este tipo de investigación requiere un grado de estructuración basado en otros tipos de estudio puesto que implica la exploración, descripción y correlación de características. En el trabajo de campo se expone un caso clínico que se comprende con los sustentos teóricos expuestos dentro del marco teórico.

1.6 TEORÍA METODOLOGICA

Una vez realizado el planteamiento del problema y las vertientes metodológicas de la investigación se realiza un estudio teórico desde la perspectiva psicoanalítica revisando el papel del *cuerpo* en esta corriente, la psicosomática y la infancia correlacionada con los dos anteriores términos. Todo buen diseño incorpora una teoría, que sirve como plano general de la investigación, de la búsqueda de datos, y de su interpretación.

Para el trabajo de campo se emplea como base el estudio de caso para integrar los componentes revisados en el seguimiento de la enfermedad psicosomática del sujeto de análisis. Robert Yin (1994) refiere algunos aspectos sobresalientes dentro del estudio de caso como medio para la investigación.

“Una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes. (...) Una investigación de estudio de caso trata exitosamente con una situación técnicamente distintiva en la cual hay muchas más variables de interés que datos observacionales; y, como resultado, se basa en múltiples fuentes de evidencia, con datos que

*deben converger en un estilo de triangulación; y, también como resultado, se beneficia del desarrollo previo de proposiciones teóricas que guían la recolección y el análisis de datos”.*⁴

En base a lo citado anteriormente se encuentran características interesantes para el abordaje del caso desde un enfoque científico y sustentable.

1.7 LIMITACIONES

La presente investigación tiene como principal limitante el riesgo que se corre en los estudios de caso al pretender de que esto se tome como una ley general para otros casos. Sin embargo cabe hacer la mención de que desde la perspectiva psicoanalítica cada caso es distinto por la mezcla específica de cuestiones estructurales, psicodinámicas e intrapsíquicas de cada sujeto.

La metodología del estudio de caso propone la generalización y la inferencia hacia la teoría y no hacia otros casos. El caso no permite generalizar sus conclusiones a toda una población, es decir que no es posible generalizar los hallazgos a otros “casos” que no fueran el estudiado.

⁴ YIN, Roberto. “Case Study Research: Design and Methods”. Sage Publications.1994. Citado por YACUZZI, Enrique en su trabajo “El Estudio de Caso como Metodología de Investigación: Teoría, Mecanismos Causales, Validación”. Universidad del CEMA.

1.8 ANTECEDENTES

Desde la antigüedad el ser humano ha buscado respuestas ante los hechos inexplicables. Uno de los puntos que ha centrado la atención del hombre es la enfermedad. Sentirse enfermo es sentirse diferente a la forma en que habitualmente se reconoce a sí mismo. En su búsqueda por entender la enfermedad el hombre recurrió a un proceso común en los procesos de comprensión o intento de asimilación, es decir, la escisión, el dividir para poder comprender. Es posible hacer una analogía entre la forma en que el bebé segmenta las partes para poder ir integrando, comprendiendo y a su vez madurando, a la forma en que el ser humano ha segmentado el cuerpo de la mente para en un principio pretender comprenderlos por separado. Se encuentra entonces con la postura dualista de la filosofía cartesiana.

En el siglo XVII René Descartes proponía que la mente (alma) y el cuerpo (soma) provenían de naturaleza completamente distintas. Sin embargo, el dualismo cartesiano no fue el primero en atender estas cuestiones. A principios de la Edad Media Platón hacía referencia a una dualidad entre alma y soma. *“La psique era la vida racional y tenía la misión de animar biológicamente al cuerpo. La psique era para Platón independiente del cuerpo y disfrutaba de una existencia propia”*⁵. Aunque antiguas, estas ideas formaron bases importantes para el conocimiento posterior.

A pesar de que existen referencias de que hay aspectos emocionales y psicológicos que enferman el cuerpo desde dos mil quinientos años antes de Cristo, es Sigmund Freud (1856-1939), quien enfatiza esta cuestión. A partir de entonces el estudio de las enfermedades psicosomáticas toma más auge y un carácter más científico. Distintas corrientes buscan dar explicación a las enfermedades físicas de origen psíquico.

⁵ FARRÉ M. y Otros. “Psicología para Todos”. Tomo 4, P. 726. Ed. Océano. Barcelona, España, 2008.

Escuela Fisiológica.- Walter B. Cannon (1871-1947) es el principal precursor de esta corriente, sin embargo los estudios de Hans Selye, son los que mejor muestran la relación entre el medio y las repercusiones fisiológicas. *“Según los precursores de ésta escuela, los trastornos psicosomáticos son producto de reacciones fisiológicas que se dan cita en un organismo que vive durante un tiempo prolongado bajo una situación que considera de amenaza”*⁶. Dentro de esta escuela esto recibe el nombre de Síndrome General de Adaptación. Por su parte, el DSM IV, refiere dentro de los trastornos somatoformos el trastorno de somatización y el trastorno somatoformo indiferenciado, aspectos que se vinculan con padecimientos físicos con etiología psíquica.

Escuela Conductual y Reflexológica.- Iván Pavlov (1972) demostró experimentalmente que las reacciones psicofisiológicas podían generarse al asociarse la reacción fisiológica normal con la aparición de un estímulo ambiental. Desde esta perspectiva la enfermedad psicosomática es comprendida como un “condicionamiento clásico”, en el cual cambios internos en el organismo podían asociarse con ciertas condiciones de su ambiente externo.

Escuela Sociológica.- Lo que aquí se denomina “acontecimientos vitales” desempeña un papel primordial en la psicosomática. Los cambios que ha vivido un sujeto en los últimos años, ya sean positivos o negativos, aumentan la posibilidad de enfermar.

Escuela Psicoanalítica.- Esta orientación clínica tiene como base las ideas de Sigmund Freud sobre el psiquismo. Sin embargo fue F. Alexander y F. H. Dunbar quienes proponen el término “paradigma psicosomático”, poco a poco se acuñaron términos como “neurosis de órgano” y “lenguaje de órgano”, con los cuales se manifiesta que los síntomas somáticos pueden representar conflictos psíquicos. *“Desde esta perspectiva teórica se considera que cada una de las alteraciones psicosomáticas está relacionada con un tipo concreto*

⁶ ÍDEM. Tomo 4, P. 729.

*de conflicto psíquico, las más de las veces en el plano del inconsciente*⁷. Es en esta corriente principalmente en la que la presente investigación fundamenta sus propuestas.

Dentro del psicoanálisis, desde hace mucho tiempo y hasta la actualidad ha habido muchos intentos teóricos por comprender la enfermedad psicosomática. Algunos ejemplos de éstos son las propuestas realizadas por *Piera Aulagnier, Joyce McDougall, W. Bion, D. Winnicott, P. Marty, G. Pankow* y más recientemente *David Liberman y Aurora Pérez*.

La Psicosomática.- Pierre Marty es el principal exponente de esta corriente que surge bajo el cobijo de la teoría psicoanalítica. Mediante la metapsicología del psicoanálisis se realiza una comprensión del paciente somático. *La relación de objeto alérgica* es una de las cuestiones que se proponen para el análisis, lo mismo que la mentalización. La psicosomática se plantea el objetivo de un tipo de medicina que integre mente y cuerpo.

Debido a que las características de la presente investigación vinculan a la psique con el soma sobre el escenario de la infancia es importante hacer referencia a los trabajos de Michael Fain, Michel Soulé y Léon Kreisler respecto a la clínica psicosomática en la infancia. Dichos trabajos fueron alentados por Serge Levobici en París, donde se analizaron múltiples casos de componentes psicosomáticos en la infancia.

En México, la Sociedad Psicoanalítica Mexicana celebró en el 2003 su Congreso Nacional de Psicoanálisis, en el cual psicoanalistas y psicoterapeutas aportaron sus hallazgos y reflexiones respecto a lo corporal en relación al psiquismo y viceversa. Posteriormente Teresa Lartigue, en el 2005, realiza una compilación de algunos de estos trabajos, publicándose un texto que lleva por título "El Cuerpo y el Psicoanálisis".

⁷ ÍDEM. Tomo 4, P. 728.

Con lo expuesto hasta el momento es posible identificar que hay un amplio camino recorrido en torno a este tema, sin embargo en cada caso se encontrarán particularidades que hacen única la comprensión dinámica del sujeto.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. El Cuerpo en Psicoanálisis.

*“Teniendo ojos para ver y oídos para escuchar, no tarda uno en convencerse de que los mortales no pueden ocultar secreto alguno”.*⁸

A principios del siglo XVII Descartes propone un dualismo que supone la separación mente-cuerpo. Actualmente, en pleno siglo XXI el Psicoanálisis sigue esforzándose por encontrar los lazos que unen ambos elementos, así como las líneas de relación entre ellos. Diversos autores han hecho aportaciones desde el psicoanálisis al estudio del cuerpo, y desde la lectura del cuerpo como aporte al psicoanálisis.

Nuevos caminos se han aperturado desde que Jean Charcot inició la era de la Histeria, destacando en su etiología la importancia del factor psíquico. En aquellos momentos era admitido que las enfermedades ginecológicas somáticas podían influir sobre el psiquismo; de esa forma Freud atribuía la histeria a la parametritis posterior y algunos psiquiatras relacionaban la psicosis con lesiones genitales orgánicas. Afortunadamente los avances médicos enriquecieron el estudio sobre la histeria, dando con esto un giro importante que obligó a buscar nuevas comprensiones. La nueva corriente implicó un cambio en sentido inverso, es decir, de arriba abajo, de lo psíquico a lo corporal.

La modernidad ha llevado a que se tenga una concepción del cuerpo como *maquina objetivable*, según los planteamientos de Ramírez Torres en el 2000. *“El cuerpo-máquina responde a una lógica mecánica de piezas en movimiento por el impulso de energía: la electricidad del cerebro, las calorías de la alimentación. Y el cuerpo se descubre. La anatomía toma la palabra. Y el cuerpo entonces es piel, mamas, huesos y articulaciones, músculo, sistema nervioso, órganos de los sentidos especiales, glándulas y aparatos digestivo,*

⁸ FREUD, 1905. Citado por LAKS Eizirik, Claudio en su artículo “El Cuerpo y su Lenguaje en el Proceso Psicoanalítico” dentro del compendio “El Cuerpo y el Psicoanálisis”. Asociación Psicoanalítica Mexicana. P. 1 Editores de Textos Mexicanos. México, D.F. 2006.

*respiratorio, urogenital y sistema vascular. Esta masa material descubierta por la mirada moderna, no encuentra al espíritu, entidad subjetiva y por consecuencia, falsa*⁹. Sin embargo, dicha postura es cuestionada por otras, como el constructivismo, para quien la verdad “objetiva” es sólo una verdad, ya que todo conocimiento de la realidad es mediado siempre por el ojo de un observador.

Han sido innumerables los observadores que han optado por tomar al cuerpo como objeto observable y factible de análisis. Por lo que sería reduccionista tomar a la anatomía o fisiología como las ciencias únicas mediante las cuales es posible acercarse al estudio del cuerpo. Las diferentes disciplinas artísticas, la filosofía y la psicología también han buscado acercarse al estudio y la comprensión del cuerpo desde sus alcances y limitantes.

Es el siglo XX quien enmarca el desarrollo y la expresión más amplia del psicoanálisis, ciencia que además de las cuestiones inconscientes también se permite acercar su mirada al estudio del cuerpo desde el lenguaje inconsciente que éste refiere. *“Será Freud quien le concede la palabra al cuerpo histérico, que es ahora escuchado como cuerpo del deseo. Obligado por la regla fundamental, a este cuerpo se le propone producir desde su inmovilidad un discurso pleno de fantasías sobre sí mismo y sobre la historia del sujeto”*¹⁰. La psique ha utilizado al cuerpo para hablar mediante sus síntomas y es el psicoanálisis el que ha liberado al cuerpo de los mensajes indescifrables por otros medios.

Sin embargo, permitir hablar al cuerpo no ha sido una tarea sencilla para el psicoanálisis. La complejidad misma del lenguaje inconsciente depositado en el cuerpo ha motivado el interés de muchos y obligado a otros a abandonar su escucha. Duran de Bousingen en 1982 refiere de la siguiente forma el uso que

⁹ RAMÍREZ Torres, Juan Luis. “Cuerpo y Dolor. Semiótica de la Anatomía y la Enfermedad en la Experiencia Humana”. Universidad Autónoma del Estado de México. México 2000. Pág. 101.

¹⁰ SIVAK, Roberto. “Corporalidad y Psicosomática. Alexitimia y Categorías Fenomenológicas”. Dentro del compendio “Corporalidad. La Problemática del Cuerpo en el Pensamiento Actual”. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1998. P. 35

la psique hace del cuerpo. *“La singularidad del cuerpo, como asunción imaginaria del yo, siempre está sujeta a vacilaciones y desestructuraciones psicopatológicas. Cada situación pondrá en juego un cuerpo, siempre distinto: el cuerpo presentado al fisiólogo, al médico, al psicoanalista, al terapeuta corporal. El psicoanálisis nació del estudio de la conversión histérica, donde el sujeto toma al cuerpo como emblema...”*¹¹ Cabe entonces la posibilidad, o mejor, la obligación de precisar la pregunta. ¿Cuál es el cuerpo que se le presenta al psicoanalista?

Pierre Marty es el principal exponente de la Escuela Psicosomática de París, escuela que ha centrado la atención en el cuerpo presentado al psicoanalista para identificar en él los procesos psicossomáticos comprendidos desde el tipo del pensamiento de los sujetos que padecen estas enfermedades. Al no lograrse un procesamiento psíquico, cuando los mecanismos defensivos son ineficaces, surgen los procesos psicossomáticos. Las pulsiones quedan impedidas de significaciones, creando fallas en la simbolización.

Para Marty, los procesos psicossomáticos tienen que ver con un tipo de “pensamiento operatorio” que tiene como principales características: ser descriptivo y fáctico, donde las situaciones parecen de forma impersonal y afectivamente distantes. También afirma que es en plano preconiente donde es posible identificar los fallos que generan las enfermedades psicossomáticas.

También en 1990, Green habla respecto al concepto de “Exclusión Somática. *La defensa (regresión) disocia el conflicto de la esfera psíquica, excluyendo al soma (y no al cuerpo libidinal) por medio de una desintrincación de la psique y el soma. Su resultado es la formación a-simbólica, por transformación de la energía libidinal en energía neutralizada, puramente somática, que puede poner en peligro la vida del sujeto. En consecuencia, se trata de evitar la desintegración del yo a raíz de un encuentro destructivo para él y para el*

¹¹ DURAN DE BOUSINGEN. “Intercambios y Transacciones Corporales”. En SIVAK, Roberto. “Corporalidad y Psicossomática. Alexitimia y Categorías Fenomenológicas”. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1998. P. 35

*objeto, por medio de una exclusión que tiene el valor de acting out dirigido al cuerpo no libidinal*¹². El síntoma psicosomático, o también conocido como *neurosis de órgano* es entonces comprendido desde una imposibilidad de simbolizar.

Para Tubert-Oklander¹³ el concepto de “cuerpo” puede utilizarse con diversas acepciones dentro del psicoanálisis. En su trabajo *El lugar del cuerpo en la teoría psicoanalítica* manifiesta cinco percepciones principales: 1) el cuerpo como objeto material; 2) la experiencia corporal del ser humano; 3) el esquema mental del cuerpo; 4) el cuerpo simbólico, y 5) el concepto del cuerpo dentro de la escisión mente-cuerpo.

El cuerpo como objeto material se refiere al organismo como una entidad material, con una estructura y límites precisos que determinan su funcionalidad. Dicha percepción se ubica desde la postura que separa mente y cuerpo, de gran aceptación en las ciencias naturales. Sobre dicha postura Freud afirmaba en 1914 que ‘...todas nuestras provisionalidades psicológicas deberán asentarse alguna vez en el terreno de los sustratos orgánicos’¹⁴. De esta forma los hallazgos realizados por el padre del psicoanálisis tendrían como fundamento una base biológica.

Dentro de la *experiencia corporal del ser humano* se entiende lo que significa ‘ser en el cuerpo’. La experiencia de un cuerpo que es inherentemente dinámico, que cobra nuevas formas con los cambios de la vida emocional y de las relaciones con otros seres humanos y bajo la influencia de la totalidad del entorno.

¹² GREEN, A. “De Locuras Privadas”. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina 1990.

¹³ TUBERT-OKLANDER, Juan en su artículo “El Lugar del Cuerpo en la Teoría Psicoanalítica” dentro del compendio “El Cuerpo y el Psicoanálisis”. Asociación Psicoanalítica Mexicana. P. 54 Editores de Textos Mexicanos. México, D.F. 2006.

¹⁴ FREUD, S. “Introducción al Narcisismo”. En Obras Completas. Amorrortu Editores. Vol. XIV. Buenos Aires 1976.

El *esquema mental* integra aspectos importantes de las dos posturas expuestas previamente. El primer esquema mental del cuerpo pudiese ser como lo refiere Enrique Pichon Rivière¹⁵ un “protoesquema corporal”, siendo éste una estructura simple con una membrana que presenta un orificio por donde entran y salen cosas. El orificio permitirá funciones básicas como la incorporación y la expulsión de aspectos materiales y emocionales, alimento, heces, afecto y agresión, por mencionar sólo algunos.

Tras este primer esquema, el bebé comienza a construir dos visiones radicalmente diferentes de su cuerpo. El cuerpo-objeto y el cuerpo-vivenciado. El primero es un objeto en relación con otros objetos que permite la relación física. El cuerpo-vivenciado representa todas las experiencias emocionales y relacionales, surge mediante la fantasía inconsciente, conformándose así un “fantasma del cuerpo” o “la imagen poética del mismo”.

El cuarto significado expuesto por Tubert-Oklander es el del *cuerpo simbólico*. El símbolo es una representación indirecta, sin embargo en 1900 Freud especifica el término simbólico en *La Interpretación de los Sueños*. Refiere que el simbolismo es una forma particular de representación que se caracteriza por ser universal, independiente de la experiencia personal del sujeto e incapaz de generar asociaciones, así como por referirse de manera exclusiva a los órganos, las funciones corporales y las grandes transiciones de la vida humana. Las relaciones simbólicas se establecen cuando dos o más imágenes refieren a una misma experiencia emocional, lo que las torna mutuamente reemplazables.

Cuando predomina la resistencia, el sujeto opta de forma inevitable por aquella imagen que represente un menor riesgo de activar las experiencias emocionales dolorosas resistidas. Dicha apreciación es crucial si se pretende

¹⁵ PICHON-RIVIÈRE, Enrique. “Esquema Corporal”. 1959. Citado por TUBERT-OKLANDER, Juan en su artículo “El Lugar del Cuerpo en la Teoría Psicoanalítica” dentro del compendio “El Cuerpo y el Psicoanálisis”. Asociación Psicoanalítica Mexicana. P. 55 Editores de Textos Mexicanos. México, D.F. 2006.

comprender la etiología de las enfermedades psicosomáticas. Será, entonces, que en algunos casos es preferible el dolor corporal al dolor emocional.

Con frecuencia se encuentra que, en el caso del cuerpo, aparecen imágenes, percepciones, acciones y pensamientos referentes a alguna de sus partes o funciones que representan otros contenidos mentales menos aceptables. O la situación inversa, mediante la cual una problemática vivida a nivel corporal puede representarse a través de otras preocupaciones.

Un quinto significado posible sería el concepto de cuerpo como parte de la disociación mente-cuerpo. Bajo la premisa “divide y vencerás”, la función defensiva de la escisión para promover un estado de tranquilidad libre de ansiedad y angustia separa la mente y el cuerpo. Si se escinde la propia experiencia en dos categorías parciales será posible aliviar la angustia contenida en alguna de ellas al involucrar a la otra como si fuera la única válida. Dicha disociación puede ser necesaria y útil para enfrentarse a las exigencias y problemáticas de la vida diaria, siempre y cuando exista un constante retorno hacia la integridad, hacia la unidad psicosomática. Si dicha integración no es posible y la escisión se torna rígida y permanente el sujeto presentará dificultades y perturbaciones en actividades que requieren de la unidad.

Ayala en el 2001 menciona que “cuerpo en psicoanálisis es un concepto referido a un cuerpo subjetivo, es decir, a una representación del cuerpo generada en la encrucijada de la dinámica del deseo inconsciente y el entramado social y cultural. La emergencia del cuerpo subjetivo depende de las vicisitudes pulsionales, de cómo se ubica el sujeto respecto de su deseo y del otro. El cuerpo es un referente permanente de la identidad, sin embargo, el vínculo con el propio cuerpo plantea una paradoja, ya que no hay identificación plena con el propio cuerpo, pero tampoco uno se diferencia del todo de él”¹⁶.

¹⁶ AYALA, B. “Los Enigmas del Climaterio. Trópicos”. Citado por LARTIGUE, Teresa “El Cuerpo y el Psicoanálisis”. Asociación Psicoanalítica Mexicana. P. 15 Editores de Textos Mexicanos. México, D.F. 2006.

Para Dolto, en 1994, esta imagen inconsciente del cuerpo no es única ni estática, sino que se compone de varios elementos (una imagen de base, una imagen funcional, una imagen de las zonas erógenas y una imagen dinámica). Sin entrar en el detalle de cómo se articulan estos elementos, la idea esencial es que existe una vivencia relacional arcaica que marca nuestra memoria a medida que nos estructuramos¹⁷.

De esta forma es posible esbozar un concepto de cuerpo en psicoanálisis, cuerpo que integra en cada una de sus células la energía libidinal y tanática del sujeto. Cuerpo, escenario en que la psique deposita energía y por medio del cual la dirige hacia otros cuerpos.

¹⁷ DOLTO, F. “La Imagen Inconsciente del Cuerpo”. Ed. Paidós Psicología Profunda. Argentina 2007.

2.1.1 El Cuerpo y su Relación con el Inconsciente.

“...tanto las relaciones con su propio cuerpo como con el mundo exterior, están influenciadas por las cualidades específicas y las transformaciones que ocurren en la intimidad invisible del pensamiento de cada uno”¹⁸.

El cuerpo no es únicamente un contenedor físico de la psique, es también el medio por el cual el inconsciente habla. Tal como lo refiere Laks en el 2006, desde los postulados freudianos, *“el secreto del paciente quiere salir por la boca, las manos, y toda y cualquier forma de expresión corporal”¹⁹*. El cuerpo habla por medio de sus movimientos, de sus palabras, de sus silencios y de sus padecimientos.

Por su parte la mente no es sino un órgano del cuerpo. Lo que pasa con los otros órganos es percibido por la mente. El cuerpo es en su totalidad, incluyendo a la mente, un mosaico de estructuras y de funciones. Si uno de los órganos enferma, habrá afectaciones de dicha enfermedad a otros órganos. Si la mente enferma pueden afectarse otros de los tejidos u órganos. La tan conocida frase celebre de Juvenal “mente sana en cuerpo sano” podría también en este caso explicar la relación entre una “mente enferma en cuerpo enfermo”.

Cuando una parte del cuerpo ofende a la conciencia, dicha zona puede dejar de existir para la mente del sujeto. Tal como sucede en los pacientes histéricos, quienes prescinden de la función de los órganos que molestan a la mente, mientras que los psicóticos pueden realizar una amputación tanto funcional como anatómica.

¹⁸ LUTENBERG, Jaime. “El Cuerpo, el Inconsciente, los Pensamientos y el Pensador”, Revista Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Año 2000, Volumen XXII No. 1, P.109

¹⁹ LAKS Eizirik, Claudio en su artículo “El Cuerpo y su Lenguaje en el Proceso Psicoanalítico” dentro del compendio “El Cuerpo y el Psicoanálisis”. Asociación Psicoanalítica Mexicana. P. 9 Editores de Textos Mexicanos. México, D.F. 2006.

En 1947, Leland Hinsie refería que *“Puede decirse, desde ahora, aún cuando sea con un carácter empírico, que las emociones son capaces de ‘invadir’ los órganos hasta el punto de que sus funciones resulten alteradas en grado apreciable”*²⁰. Sin embargo en la actualidad se encuentra comprobado que las emociones ocasionan que a nivel orgánico se segreguen determinados tipos de sustancias, como las endorfinas cuando se tiene alegría o adrenalina cuando se presenta miedo. Cuando dichas sustancias son segregadas y no utilizadas en el cuerpo se da una repercusión en los órganos que se relacionan con dichas sustancias.

Con lo anterior no se pretende sobrevalorar el papel que las emociones tienen en relación al estado físico de una persona. Es solamente una de las explicaciones que se suelen dar a los aspectos psicosomáticos. Se regresaría a una postura reduccionista si se considera que las enfermedades psicosomáticas implican únicamente una cuestión de segregación de sustancias químicas en el cuerpo.

El cuerpo físico es quien en parte posibilita la imagen corporal para el sujeto, sin embargo no es el único aspecto que influye. La toma de conciencia de la imagen del cuerpo es resultado de múltiples informaciones y experiencias sensibles. Lordjan explica que *“...desarrollamos la conciencia de la imagen corporal a través del dolor, la enfermedad, la experiencia erótica y el esfuerzo físico. La imagen se construye por un acto psíquico doble: el reconocimiento de nuestro propio cuerpo, y el del cuerpo del otro”*²¹. De esta forma la propia imagen corporal tiene más componentes inconscientes que conscientes, y se concibe en base a la relación con los demás.

²⁰ HINSIE, Leland. “El Hombre como Persona. Introducción a la Psicosomática”. Espasa Calpe. Madrid 1947. P.176

²¹ TORDJMAN, Gilbert. “Cómo Comprender las Enfermedades Psicosomáticas”. Gedisa, S.A. México 1990. P. 36

Josephine-Astrid Qallenberg refiere que *“Cuando no hay palabra posible, cuando el silencio es impuesto, el sufrimiento rebasa toda expresión psíquica, expulsándola del sistema simbólico”*²². Cuando la emoción es expulsada del sistema simbólico se encapsula en el cuerpo, dejando en él huellas. La psique utiliza al cuerpo para externar no sólo mediante palabras o acciones.

Es también el cuerpo el escenario en el cual se mueve y juega la fantasía. Tal como lo refiere Gloria Prado Garduño en su trabajo “El Cuerpo: Escenario Lúdico”. En dicho trabajo menciona que es el cuerpo el escenario donde actúan la proyección, la identificación y la represión.

²² Idem. P. 107

2.1.2 El Lenguaje del Cuerpo.

*“Nuestro cuerpo es lenguaje, lenguaje de goce,
lenguaje de lo inconsciente;
es lenguaje que esconde el sufrimiento psíquico,
el dolor de traumas de la infancia...”²³*

Diversos estudios sobre el lenguaje del cuerpo han hecho que las ciencias relacionadas al estudio de la mente traten de traducir los signos del cuerpo. Todos los gestos, movimientos y apariencia del cuerpo esconden en sí un significado. El cuerpo es la carta de presentación del sujeto y a la vez integra en sí toda su historia. La historia de vida es entonces la historia en el cuerpo.

Raúl Dorra en el 2005 realiza algunas interesantes reflexiones acerca del cuerpo en su texto “La Casa y el Caracol”, en donde expone cuestiones relativas a la semiótica del cuerpo. Para el autor previamente mencionado el cuerpo tiene sus límites donde comienzan los otros cuerpos. El cuerpo no se limita a lo físico, puesto que la voz es una parte del cuerpo que se *escurre*. *“La voz es lo que sale del cuerpo... Pero sale para integrarse al mundo y a la vez para que el mundo quede integrado en mí”²⁴*.

No únicamente mediante el lenguaje verbal, físico o gestual el ser humano es capaz de expresar. La misma forma del cuerpo, su desarrollo y apariencia son capaces de comunicar. *“El cuerpo deja correr, o echa fuera, lo que se forma dentro de sí para, como en el caso de la respiración, devolver al exterior lo que tomó de él, pero devolverlo convertido en un ‘pedazo’ de intimidad, en un ‘pedazo de cuerpo que se escurre’ y hasta se expulsa”²⁵*. Por lo tanto la comunicación del cuerpo es dinámica y se relaciona con el entorno.

²³ QUALLENBERG, Josephine-Astrid. “El Cuerpo: Poética del Desenmascaramiento” dentro del compendio “El Cuerpo y el Psicoanálisis”. Asociación Psicoanalítica Mexicana. P. 99 Editores de Textos Mexicanos. México, D.F. 2006.

²⁴ DORRA Raúl. “La Casa y el Caracol”. P. 28. Plaza y Valdez Editores. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla México. 2005.

²⁵ ÍDEM. Pág. 59.

Lo que el inconsciente comunica por diversos medios es en muchos casos cuestiones afectivas. Para Joyce Mc Dougall, los afectos se pueden comunicar de distintas formas:

- a) Una comunicación precisa y diferenciada, siendo capaz de describir y diferenciar sensaciones y emociones.
- b) Mostrando una experiencia emocional excesiva, siendo incapaz de relacionarla con una situación definida, como en el caso de la angustia y los afectos no se pueden diferenciar claramente, pero se perciben en su existencia.
- c) Con una afectación psicológica general, sin prestar atención a lo que se está sintiendo. Toda representación afectiva queda expulsada de la conciencia, dejando un vacío en la vivencia psíquica. Los afectos pueden escindirse; el polo psíquico se separa del polo somático, reduciendo el afecto a una expresión fisiológica.

Y es al entorno al que comunica con sus sonidos y sus silencios, con sus movimientos y sus ausencias de éste, tal como en el caso del desmayo. Durante los desmayos que ocurren ante situaciones emocionalmente dolorosas motivadas por una pérdida importante, es posible reconocer como la persona busca dentro de sí a ese objeto perdido. Por tanto el abandono de la actividad perceptiva no es sólo un medio para evadir el dolor, sino la forma de acercarse al objeto que permanece vivo sólo en el interior.

“Quitar el sentido –que también podría decirse: quitar al sentido o quitar lo sentido- es quitar el sí-mismo en tanto el sí-mismo es, antes que nada, el núcleo del sentir y éste es a su vez la manifestación primaria de la vida”²⁶. Con esta referencia de Dorra se vislumbra otra expresión del lenguaje del cuerpo: el dolor.

²⁶ ÍDEM. Pág. 66.

El dolor puede ser definido de la siguiente forma: *“Sensación generalmente localizada de malestar, molestia o aflicción, resultante de estimulación de terminaciones nerviosas especializadas. Sirve como mecanismo protector al inducir a quien lo sufre a apartarse de la causa”*²⁷. Quien padece una enfermedad la vive a través del dolor.

El dolor es considerado como un factor subjetivo al pertenecer al rubro de los síntomas (referidos por el paciente), frente a los signos (identificados por el médico). Sin embargo, e independientemente de esto, se encuentra en el dolor un factor positivo, al servir como medio para identificar una enfermedad, o para obligar al paciente a atender determinado síntoma. El dolor aparece en la mayoría de las enfermedades, por lo que las más peligrosas pueden ser aquellas en las que el dolor está ausente, las llamadas “enfermedades silenciosas”.

Sigmund Freud en 1930, refiere en “El Malestar en la Cultura” que existen tres fuentes principales del sufrimiento: el cuerpo, el mundo exterior y las relaciones entre los individuos. Es ésta la dimensión triádica del dolor psicosomático, cuyos orígenes están relacionados con la vida del paciente, con el significado emocional que el dolor tiene para el sujeto y con los propósitos para los cuales probablemente sirva. Sin embargo el dolor psicosomático aunque su origen sea psicológico, no significa que duela menos que el dolor puramente somático. El dolor psicosomático es real, verdadero y existente para quien lo experimenta.

Cualquier tipo de dolor tendrá una expresión muy personal para el sujeto. Cada quién podrá “sentirlo” de diferente forma, esto dependerá de la historia misma del sujeto y de la vivencia anterior que haya tenido del dolor. No se trata solamente de un mecanismo biológico de alarma referente a alteraciones orgánicas; el dolor es también una construcción psicosocial que posee

²⁷ Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland. Interamericana, Mc Graw-Hill. Madrid 1988.

contenidos correspondientes al entorno y las relaciones sociales que forman parte del entorno de cada individuo con dolor.

En la mayoría de las culturas se deja abierta la posibilidad de que las enfermedades físicas tengan una relación directa con estados emocionales o cuestiones psicológicas. *“En las concepciones culturales del cuerpo humano es constante la creencia de una entidad anímica paralela al cuerpo material, al grado de que espíritu y cuerpo son partes constituyentes del individuo. Esta interpretación del ser permite entender que, en consecuencia, cuando el individuo enferma ha de ocurrir en cuerpo y espíritu... el desequilibrio fisiológico sucede entonces en toda la integridad de la persona. Si el enfermar es dolerse y sufrir, resulta lógico que la enfermedad se encadene a la falta de ánimo, la infelicidad, la tristeza, el llanto, el sufrimiento, y a todas esas experiencias propias de este ‘valle de lágrimas’ sobre el que viven los hombres”²⁸*. El dolor del alma se siente en el cuerpo y el dolor del cuerpo se siente en el alma en este ser humano que es una *unidad dual*.

Respecto al dolor como lenguaje del cuerpo se encuentra que los tres dolores más comúnmente referidos son el de la cabeza, la garganta y el estómago. Ramírez Torres en el 2000, expone una investigación realizada en el Estado de México, en la cual muestra un listado de los dolores más comúnmente referidos por las personas. Haciendo una interpretación general es posible realizar la siguiente relación: cabeza – racionalización e ideas, garganta – palabra y comunicación, estomago – emociones, interno. De tal forma puede ser que los dolores de una población hablen acerca de su experiencia y su sentir, de su inconciente colectivo.

El lenguaje verbal permitiría la expresión de las emociones por una vía que no es la somática, es la expresión mediante el símbolo. Sin embargo el lenguaje verbal es posible sólo hasta determinado momento del desarrollo. Respecto al momento previo Tordjan en 1976 expresa lo siguiente, *“el lactante, que no tiene*

²⁸ RAMÍREZ Torres, Juan Luis. “Cuerpo y Dolor. Semiótica de la Anatomía y la Enfermedad en la Experiencia Humana”. Universidad Autónoma del Estado de México. México 2000. Pág. 167

la posibilidad de traducir sus deseos y emociones con recriminaciones verbales, está obligado a expresar sus sufrimientos a través de su cuerpo: de este modo, después del destete o de un aprendizaje demasiado riguroso de la higiene, se verá que el niño vomita, tiene convulsiones, se niega a comer o a dormir para significar su insatisfacción”²⁹.

Lo anterior brinda una de las justificaciones para referir al estado psicosomático como un lenguaje primitivo. Una emoción que no logró externarse de manera madura y quedó reprimida no sólo en el inconciente, sino también reprimida en el cuerpo. Sin embargo el cuerpo no se calla las cosas, el cuerpo habla con su propio lenguaje.

²⁹ TORDJMAN, Gilbert. “Cómo Comprender las Enfermedades Psicosomáticas”. Gedisa, S.A. México 1990. P. 20

2.1.3 El Cuerpo en el Tratamiento Psicoterapéutico.

“Hay más razones en tu cuerpo que en tu mejor sabiduría”³⁰

Prado Garduño refiere: *“lo que vemos ahora, mayormente entre las mujeres, pero también entre los hombres, son cuerpos moldeados por fisicultura, liposucción, cirugía estética, aplicación de prótesis, mutilaciones, como disminución de tejidos, de glándulas, inyección de diversas sustancias con el fin de impedir el movimiento y la expresión, y con ello, arrugas, dietas brutales y agresivas, regímenes alimenticios y nutricionales a base de vitaminas y minerales y otros elementos y compuestos, con el objetivo de conservar el cuerpo joven, bello y sano, a lo anterior hay que agregar la ornamentación de la superficie con tatuajes, horadaciones en las que se insertan diversos objetos a la manera en que lo hacían y siguen haciéndolo las culturas primitivas, la decoración subversiva y provocativa por medio de la pintura de ojos, labios, mejillas...”³¹*

El paciente llega a nosotros con la historia clínica escrita en su cuerpo. Es ese cuerpo el escenario en el cual el paciente denota dolor y sufrimiento, gozo y placer. En ocasiones la postura del sujeto nos señala inequívocamente su estado de ánimo, sus arrugas nos muestran las expresiones marcadas con mayor frecuencia en su vida y el uso que hace de su cuerpo nos habla de la forma en que se enfrenta al mundo.

Greenson en su libro “Técnica y Práctica del Psicoanálisis” hace una revisión de los aportes realizados a la técnica psicoanalítica. Dicho trabajo busca ser útil como punto de referencia para el análisis del psicoanálisis, en cuanto a su práctica se refiere. En uno de sus apartados cita a F. Deutsch, al referir la postura del paciente como medio para observar la resistencia del paciente.

³⁰ NIETZSCHE, Frederic. “Así Habló Zaratustra”. Ediciones Cátedra, España 2009.

³¹ PRADO Garduño, Gloria. “El Cuerpo: Escenario Lúdico” dentro del compendio “El Cuerpo y el Psicoanálisis”. Asociación Psicoanalítica Mexicana. P. 112 Editores de Textos Mexicanos. México, D.F. 2006.

*“Con mucha frecuencia, los pacientes revelan la presencia de una resistencia por la postura que adoptan en el diván. La rigidez, el envaramiento o el enovillamiento protector pueden indicar que están a la defensiva. Sobre todo cualquier postura sin cambio, que dure toda una hora, y sesión tras sesión, siempre es señal de resistencia. Si uno está relativamente exento de resistencia, su postura cambia algo en el curso de la hora de consulta. El movimiento excesivo también indica que algo se descarga con movimientos y no con palabras. La discrepancia entre la postura y el contenido verbal es también señal de resistencia. El paciente que habla suavemente de algún acontecimiento pero se retuerce y debate sólo está contando una parte de lo sucedido. Sus movimientos parecen narrar otra parte del relato. Las manos apretadas, los brazos fuertemente cruzados sobre el pecho, los tobillos firmemente unidos son indicios de estarse controlando. Además, si el paciente se incorpora durante la consulta o mantiene un pie fuera del diván está indicando que desea escapar de la situación analítica. El bostezo denota resistencia. El modo de entrar en el paciente en la consulta, evitando la mirada del analista o charlando de pequeñeces sin continuar en el diván, o el irse al terminar la hora sin mirar al analista son también indicaciones de resistencia”.*³²

En torno al vínculo transferencial, Jaime Lutenberg se manifiesta convencido de que sólo a partir de dicho vínculo es posible acceder a *la verdad de los pensamientos no pensados* por la mente del sujeto. Lutenberg menciona que es el cuerpo doliente el que se hace cargo de una tarea imposible: “pensar” aquello que el aparato psíquico rechaza.³³

La práctica del psicoanálisis implica adentrarse en la psique no sólo del paciente, sino también del analista. Dentro del juego dinámico de la transferencia y la contratransferencia el lazo que une a la asociación libre con la atención flotante posibilitará la comprensión de los aspectos inconcientes

³² DEUTSCH, F. “Analytic Posturology”. Citado por GREENSON, Ralph en “Técnica y Práctica del Psicoanálisis”. P. 75. Ed. Siglo XXI. México 2004.

³³ LUTENBERG, Jaime. “El Cuerpo, el Inconsciente, los Pensamientos y el Pensador”. P.110. Dentro de la Revista Psicoanálisis “El Cuerpo Presencia o Intromisión” Año 2000, Vol. XXVII, No. 1. de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.

que en el proceso aparecen. Si se busca en el cuerpo del paciente las palabras exiliadas del sujeto, lo mismo habrá de hacerse con el analista. La forma en que la contratransferencia deja huellas o sensaciones en el analista requiere ponerle palabras o de lo contrario enfermar.

Es complejo descifrar el síntoma psicosomático, puesto que el paciente que ha instaurado en el cuerpo el síntoma lo ha exiliado en cierta manera del plano consciente. El paciente se encuentra más familiarizado la mayoría de las veces a informar respecto a los síntomas físicos. Expresa con su cuerpo lo que su inconsciente oculta.

En la medida en que el paciente sitúa su queja a nivel de su cuerpo, el analista debe comprender de qué modo vive el sujeto su propia imagen corporal. La toma de conciencia de la imagen del cuerpo es tan necesaria para el paciente como para su terapeuta.

2.2 Psicosomática.

*“Esta rabia angustiante, ésta depresión y culpa, esta vergüenza finalmente conduce a la enfermedad. Cuando no hay palabra posible, cuando el silencio es impuesto, el sufrimiento rebasa toda expresión psíquica, expulsándola del sistema simbólico”.*³⁴

El cuerpo humano no es solamente un costal de huesos y carne, de órganos y sistemas. El cuerpo humano es también contenedor de emociones. Nasio refiere que *“el dolor del pasado resurgirá de modo inesperado, en algún otro lugar que no será la mente. Tal vez la carne, convertida en otro dolor; o encarnado en una lesión psicosomática; o aun en la conciencia transfigurando en otro afecto, tan oprimente como la culpabilidad. El dolor de antaño retorna al presente sin que identifiquemos estos retornos como los resurgimientos de un sufrimiento olvidado”*³⁵.

Es importante el comentario de Nasio, pues en el paciente psicosomático, los orígenes de la enfermedad se encuentran siempre encubiertos. El paciente con una enfermedad física llega a cansarse de que el médico tradicional evalúe sólo los signos y síntomas físicos. Dejando a un lado las emociones. Tal vez por esto en nuestra cultura persiste un gran interés en acercarse a los hechiceros, chamanes, magos, curanderos, puesto que ellos toman en cuenta algo más que lo físico. Dichos personajes toman en consideración las emociones, penas irracionales, las culpas y la rebeldía.

Mathis en el 2002 refiere que *“...el cuerpo es influido por fenómenos mentales, como las fantasías, deseos, esperanzas y creencias. En su experiencia clínica, argumenta que los síntomas psicosomáticos comprenden de hecho cambios*

³⁴ QUALLENBERG, Josephine-Astrid. “El Cuerpo: Poética del Desenmascaramiento” dentro del compendio “El Cuerpo y el Psicoanálisis”. Asociación Psicoanalítica Mexicana. P. 107 Editores de Textos Mexicanos. México, D.F. 2006.

³⁵ NASIO, J.D. “El Libro del Dolor y del Amor”. Citado por HARSCH Bolado, Catalina en su artículo “Trampas del Cuerpo” dentro del compendio “El Cuerpo y el Psicoanálisis”. Asociación Psicoanalítica Mexicana. P. 94 Editores de Textos Mexicanos. México, D.F. 2006.

*orgánicos, que no es el caso de los síntomas histéricos*³⁶. De esta forma los fenómenos psíquicos y mentales afectan lo físico y viceversa, también los fenómenos físicos afectan a los procesos mentales. Una situación traumática siempre ocasionará repercusiones afectivas y somáticas, lo variable será la intensidad con que aparezcan.

La base de los estudios sobre psicosomática estriba en que lo psíquico y lo somático no son dos entidades separadas. Deben ser tomadas como dos aspectos particulares del conjunto viviente constituido por toda persona.

Todos los eventos traumáticos que haya vivido la persona, todas las emociones vividas, reprimidas o rechazadas son memorizadas, no únicamente a nivel cerebral, sino también a nivel celular. Toda experiencia deja en el ser humano un registro psicosomático. Tal como lo refiere Tordjman, “...*la expresión o la represión de una emoción se acompaña siempre con una modificación de nuestro cuerpo, no solo a nivel de la apariencia exterior sino también a nivel de nuestras funciones orgánicas*”³⁷. De tal forma se reafirma la hipótesis que trae hasta aquí la atención prestada al cuerpo desde el psicoanálisis.

Mientras que por su parte Freud se encargó de explicar los aspectos inconscientes de los síntomas físicos en sus pacientes histéricas, Pavlov demostró la forma en que los agentes externos motivan una reacción en los órganos internos del cuerpo. Aunque los estudios de Pavlov (reflejo condicionado) fueron realizados generalmente con perros, es posible identificar en ellos características perfectamente transferibles al ser humano. Pavlov llegó a hacer incisiones en el estomago del animal para demostrar que ante un estímulo exterior se produce una descarga de jugos gástricos.

³⁶ MATHIS, I. “Strangebody”. Citado por HARSCH Bolado, Catalina en su artículo “Trampas del Cuerpo” dentro del compendio “El Cuerpo y el Psicoanálisis”. Asociación Psicoanalítica Mexicana. P.95 Editores de Textos Mexicanos. México, D.F. 2006.

³⁷ TORDJMAN, Gilbert. “Cómo Comprender las Enfermedades Psicosomáticas”. Gedisa, S.A. México 1990. P. 17.

Para Sami-Ali la patología gira en torno de lo imaginario, es decir, en torno del sueño y sus equivalentes. Sus formas mayores, que comprometen por igual al cuerpo real y al cuerpo imaginario, se definen por la represión de lo imaginario y por los avatares de esa represión³⁸.

Cabe resaltar que el ser humano, a diferencia de los animales, cuenta con una herramienta importante: la comunicación. Cuando las emociones se comunican se les da salida por medio del lenguaje o de la expresión corporal. Con la palabra se abre la posibilidad de expresarlo todo mediante el pensamiento verbal, la emoción se moldea sobre la expresión y el lenguaje transforma la forma de conducirse.

Respecto al origen de las enfermedades psicosomáticas pueden encontrarse diversas posturas. Una de ellas es la de Tordjan en 1976, quien refiere que la enfermedad psicosomática no se presenta por la simple existencia de un trauma no resuelto o una emoción mal manejada. La enfermedad psicosomática se presenta desde su postura cuando ha ocurrido una *unidad de ruptura*³⁹.

Se refiere *unidad de ruptura* a un momento de la vida del sujeto en que el cambio asume tal importancia que el organismo ya no es capaz de integrarlo. Cambio en sentido afectivo, emocional, profesional o familiar entre otros. Esta hipótesis se justifica en la base de que muchos padecimientos psicosomáticos aparecen en los meses subsecuentes a que el sujeto ha vivenciado un cambio significativo o unidad de ruptura.

Freud al estudiar la histeria daba una interpretación de tipo más intrapsíquico. Para él, el síntoma histérico tiene una doble función: rechaza un deseo que genera culpa y al mismo tiempo brinda al paciente una especie de gratificación. En la histeria se comunica mediante el lenguaje codificado la señal de los

³⁸ SAMI-ALI. "Pensar lo Somático. El Imaginario y la Patología". Ed. Paidós, Psicología Profunda. Argentina, 1994.

³⁹ TORDJMAN, Gilbert. "Cómo Comprender las Enfermedades Psicosomáticas". Gedisa, S.A. México 1990. P. 24

deseos insatisfechos, el conflicto, la inhibición, la compensación y la gratificación corporal.

Si se habla de etiología cabe hacer la distinción en este momento de lo que es el *síntoma psicossomático* de lo que es la *enfermedad psicossomática*.

- Síntoma psicossomático: Una situación conflictual persistente puede desencadenar fenómenos somáticos. Se trata de un desorden reversible, originado por desordenes funcionales que aparecen con la secreción de ciertas hormonas. Ejemplos de síntomas psicossomáticos son las palpitaciones, salpullido, comezón, dolor de cabeza, entre muchos otros.
- Enfermedad psicossomática: Cuando el estado funcional (síntoma psicossomático) se vuelve permanente se producen alteraciones orgánicas. Ejemplos de enfermedades psicossomáticas son la úlcera gástrica, dermatitis y asma, entre muchas otras.

2.2.1 Psicología Psicosomática.

La medicina ha tenido una evolución importante a través de los siglos, al igual que la psicología y el psicoanálisis. Respecto a la medicina se podrían ubicar los siguientes puntos de evolución:

- Siglo XVI, se impone la perspectiva estrictamente anatómica.
- Siglo XVII, la perspectiva fisiológica toma auge, con el descubrimiento de la circulación de la sangre.
- Comienzos del siglo XX, la perspectiva genética y cromosómica son el centro de la atención, con el descubrimiento de la existencia de cromosomas y el perfeccionamiento del microscopio.
- Mediados del siglo XX, se reconoce la importancia de la química molecular y la bioquímica.

La medicina psicosomática es una visión que debe referirse obligatoriamente a distintas perspectivas. No por dar importancia a los aspectos inconscientes se deja de lado las observaciones objetivas como exámenes radiográficos, electrocardiogramas o análisis clínicos. Las informaciones subjetivas, afectivas, son reportadas en el trato con el paciente.

Los fenómenos psicosomáticos han sido abordados desde distintas perspectivas teóricas, lo cual implica una comprensión y tratamiento específico. Se encuentran como principales abordajes el de la escuela fisiológica, cuyo principal exponente es Hans Selye; la escuela reflexológica, con Iván Pavlov, cuyos experimentos arrojaron importantes demostraciones; la escuela conductual, relacionada con la reflexológica y con Neal Millar como principal autor; la escuela sociológica, que enfatiza los cambios de vida del sujeto en el último año; y la escuela psicoanalítica, teniendo a Sigmund Freud como precursor, relacionando los síntomas somáticos con cuestiones inconscientes.

Es ésta última la postura que interesa y sigue la presente investigación. Donde además de Freud se toman en cuenta psicoanalistas posfreudianos. Cabe también mencionar que autores como Pierre Marty no definen a su teoría como cien por ciento psicoanalítica sino como teoría *psicosomática* en general, sin embargo sus influencias son claramente psicoanalíticas y los postulados que propone también.

2.2.2 Concepto de Enfermedad.

La mayor parte de la presente investigación refiere la importante influencia que sobre el cuerpo puede generar la psique. Sin embargo, no es menos importante la influencia que el cuerpo ejerce sobre la psique. La aparición de una enfermedad física, aun cuando esta sea de etiología puramente orgánica, forzosamente implicará una reacción psíquica en el sujeto que la padece.

Las reacciones emocionales que la enfermedad física genera deberán de ser reconocidas por el médico y canalizadas para su tratamiento psicoterapéutico. Cuando es posible, ambas reacciones (la psíquica y la orgánica) pueden tratarse de manera simultánea. De esta forma el tratamiento de una favorecerá a la otra, y viceversa. Un ejemplo de dicho proceder se encuentra en las enfermedades crónicas y terminales que implican para el sujeto un cambio en su estilo de vida. Un estado de negación podría hacer que el sujeto se rehusase a una dieta o determinados cuidados que deberá tener. Si la negación no se trabaja al mismo tiempo que la enfermedad física, difícilmente la salud de la persona mejorará.

Es importante el tratamiento oportuno de las reacciones psíquicas que una enfermedad física conlleva. Esto debido a que los efectos psicosomáticos, histéricos o hipocondríacos, por mencionar algunos, continúan manifestándose mucho tiempo después de que dicha enfermedad física ha desaparecido.

La enfermedad física acompaña una serie de cuestiones psíquicas importantes para el analista. No son escasos los sujetos que tras un periodo de equilibrio emocional muestran un desequilibrio al encontrarse en ellos una enfermedad física. Una de las posibles razones es la justificación que la enfermedad física brinda al desequilibrio emocional. Esto porque las personas pueden justificar, o en algunos casos, tolerar un desequilibrio cuando una persona está enferma.

Las reacciones histéricas pueden acompañar variadas enfermedades a manera de válvula de escape. *“Muchos individuos se muestran histeroides con ocasión de cada ataque orgánico, dando la impresión de que el histerismo actúa como válvula de seguridad para que por ella escape la tensión emocional acumulada entre un padecimiento orgánico y otro”*⁴⁰. Algunos autores como Hinsie no recomiendan que se profundice demasiado en dichas reacciones histéricas, al menos que esta cuestión afecte al sujeto. Se sustenta dicho proceder en la base de que en la mente se acumulan ricas experiencias, pero también es un almacén de grandes explosivos. Hinsie refiere que el que exista dinamita en la mente no es razón para hacerla estallar.

⁴⁰ HINSIE, Leland. “El Hombre como Persona. Introducción a la Psicosomática”. Espasa Calpe. Madrid 1947. P.180

2.2.3 Psicopatología, Estructura y Psicosomática.

El concepto psicoanalítico de estructura mental formulado primeramente por Freud en 1923 se ha referido a la división entre yo, superyó y ello. Estas son *“estructuras lentamente cambiantes, o configuraciones que determinan la canalización de procesos mentales”*⁴¹. Las estructuras, yo, ello y superyó, son estructuras regularmente estables que albergan dentro de sí otras estructuras y que interactúan entre sí, regulando procesos.

El análisis estructural propuesto por Otto Kernberg muestra que los sujetos tienen tipos de organización de las estructuras. Es decir, que las estructuras psíquicas y sus sub-estructuras se interrelacionan entre sí de forma por lo general poco cambiante. Por ello Kernberg propone la existencia de tres *“organizaciones estructurales amplias correspondientes a la organización neurótica, límite y psicótica”*⁴².

Estos tipos de organización (neurótica, límite y psicótica) se reflejan en las características siguientes:

1. Grado de integración de la identidad.
2. Tipos de mecanismos defensivos que emplea.
3. Su capacidad para la prueba de realidad.

⁴¹ KERNBERG, O.F. “Trastornos Graves de la Personalidad”. P. 2. Ed. Manual Moderno. México, 1984.

⁴² ÍDEM, P. 3.

De acuerdo a esto las organizaciones estructurales que Kernberg propone se describen como sigue a continuación:

	NEUROSIS	LIMITROFE	PSICOSIS
<i>Integración de Identidad</i>	Objetos bien delimitados, integración de la identidad.	Identidad difusa o poco integrada. Se relaciona con objetos parciales.	No hay integración. Identidad delirante y relación con objetos parciales.
<i>Mecanismos de Defensa</i>	Represión y defensas de alto nivel.	Principalmente la escisión.	La desmentida y defensas primitivas.
<i>Prueba de Realidad</i>	Conservada.	Conservada pero puede romperse ante situaciones de angustia, estrés o tensión.	No hay

Por su parte la perversión, no incluida por Kernberg en su cuadro y aunque algunos autores la engloban dentro de una u otra organización estructural lo importante es hacer notar que las perversiones son patologías muy comunes y que para su explicación generalmente habrá que remontarnos a cuestiones como la regresión y la fijación.

En sus “*Tres ensayos de Teoría Sexual*”⁴³ Freud hablaba de zonas erógenas en las cuales, dependiendo del momento del desarrollo se tomaba como el centro de placer. Por este transcurso de la libido a través de diferentes zonas se denomina al niño como *perverso polimorfo*. Pero cuando un sujeto está en una fase del desarrollo distinta a en la que su libido está depositada se habla de fijación y en este caso de perversión.

⁴³ FREUD, Sigmund. “Tres Ensayos de Teoría Sexual”. Obras Completas. Tomo VII. Amorrortu Editores. 7ª Reimpresión, Buenos Aires 2003.

*“Las perversiones o desviaciones sexuales son patrones de conducta sexual que no culminan con un acto”*⁴⁴. Las perversiones pues no son preferencias o simples gustos, se trata de una estructuración u organización específica que contiene todo un simbolismo de acuerdo a cada sujeto y cada perversión.

El DSM-IV refiere como trastornos sexuales las disfunciones sexuales, las parafilias, los trastornos de la identidad sexual y el trastorno sexual no identificado.⁴⁵ Otra delimitación menciona que se pueden identificar las perversiones de acuerdo a: fin u objeto. El perverso deniega, desmiente sólo un fragmento de la realidad. Hay permisividad donde todo se vale, con bajo nivel de prohibición.

La Patología limítrofe es un trastorno de la personalidad, una organización de la personalidad estable (permanente) en la cual se mantiene la prueba de realidad aunque puede por momentos romperse. El principal mecanismo defensivo principal es la escisión. La percepción del sujeto se encuentra gravemente alterada, tanto para percibir al otro como para percibirse a sí mismo. Son sujetos que generalmente funcionan en proceso primario y sus relaciones objetales son escindidas y parcializadas.

Los pacientes limítrofes presentan:

- a) Ansiedad.
- b) Neurosis polisintomática. Fobias múltiples, síntomas obsesivo compulsivos, síntomas múltiples de conversión, reacciones disociativas, hipocondrías y tendencias paranoides.
- c) Tendencias sexuales perversas polimorfas.
- d) Estructuras de personalidad prepsicóticas clásicas.
- e) Neurosis y adicciones por impulso.
- f) Trastornos del carácter de menor nivel.⁴⁶

⁴⁴ CAMERON, Norman. “Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. Un Enfoque Dinámico”. P.639. Ed. Trillas. México 1990.

⁴⁵ ASOCIACIÓN PSIQUIATRICA AMERICANA. “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)”. P. 505. Ed. Masson. Barcelona 2000.

⁴⁶ KERNBERG, O.F. “Trastornos Graves de la Personalidad”. P. 9. Ed. Manual Moderno. México, 1984.

Centrándose en las psicosis es importante hacer notar que existen psicosis orgánicas y psicosis funcionales. En las primeras el daño es orgánico y el tratamiento psicoterapéutico va inclinado en función educativa para el enfermo y la familia, así como acompañamiento psicológico, manejo del duelo, terapia ocupacional y apoyo para el empleo de fármacos. Por otra parte la Psicosis funcional muestra en su etiología un daño psíquico y permite además del apoyo psicoterapéutico en la psicosis orgánica un trabajo interpretativo con el paciente. El uso de los medicamentos prescritos por el psiquiatra deben de continuar aunque el paciente sea tratado con psicoterapia. Sólo un tratamiento multidisciplinario tiene éxito en estos casos.

En la Psicosis son importantes los síntomas de ideas delirantes y alucinaciones, ya sean estas reconocidas o no por el sujeto.

Como se mencionó previamente la psicosis se divide en orgánicas y funcionales. Y son las psicosis orgánicas definidas como esquizofrenias. A lo largo de la historia la esquizofrenia ha recibido distintos nombres y lo importante no son los nombres que ha recibido, sino las aportaciones que se han hecho al respecto. El DSM-IV refiere varios tipos de esquizofrenia, como lo son: *"paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual"*⁴⁷. Existen síntomas positivos y negativos.

Los síntomas positivos reflejan un exceso o distorsión de las funciones normales. Incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), de la percepción (alucinaciones), del lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado) y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico).

⁴⁷ ASOCIACIÓN PSIQUIATRICA AMERICANA. "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)". P. 279. Ed. Masson. Barcelona 2000.

Por otro lado los síntomas negativos reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales. Incluyen distorsiones en el ámbito de la intensidad y de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez en la productividad del pensamiento y del lenguaje (alofia) y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

La cuestión de la hospitalización de los pacientes psicóticos incapaces de controlar sus acciones aún está en tela de juicio. La hospitalización presenta ventajas pero también peligros, como el que el paciente deje de luchar y caiga en una rutina de dependencia en un medio ambiente artificial. *“En los Estados Unidos, al igual que en muchos otros países existen pruebas de que la perspectiva es peor para muchos pacientes dentro del hospital que fuera de él”⁴⁸.*

A continuación se muestran algunos ejemplos de patologías que pueden aparecer dentro de cada una de las organizaciones:

NEUROSIS

- Histeria.
- Fobias.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Obsesivo.
- Compulsivo

⁴⁸ CAMERON, Norman. “Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. Un Enfoque Dinámico”. P.26. Ed. Trillas. México 1990.

PERVERSIÓN

- Pedofilia.
- Zoofilia.
- Necrofilia.
- Voyeurismo.
- Exhibicionismo.
- Fetichismo.
- Sadismo.
- Masoquismo.

LIMÍTROFE (BORDERLINE)

- Narcisista.
- Borderline.
- Antisocial.

PSICOSIS

- Paranoide.
- Maníaco-Depresiva.
- Catatónica.
- Hebefrénica.
- Simple

Freud refirió que en la neurosis se evita a modo de una huida, un fragmento de la realidad, mientras que en la psicosis se le reconstruye una nueva realidad. *“Llamamos normal o sana a una conducta que aún a determinados rasgos de ambas reacciones: que, como la neurosis no desmiente la realidad, pero, como la psicosis, se empeña en modificarla”⁴⁹.*

⁴⁹ FREUD, Sigmund. “La Pérdida de la Realidad en la Neurosis y la Psicosis”. Obras Completas. Tomo XIX. Amorrortu Editores. 7ª Reimpresión, Buenos Aires 2003.

Para Tordjan, el síntoma o la enfermedad psicosomática, no dependen de una estructura de personalidad determinada. El neurótico maneja su tensión y su ansiedad mediante un compromiso, a cuyo producto se le denomina síntoma neurótico, mismo que incluye la reactividad regresiva del material infantil, parte del cual escapa a la represión. Sin embargo el funcionamiento defensivo del paciente neurótico está prácticamente intacto, con síntomas de alcance limitado.

En los psicóticos la regresión es más profunda que en la neurosis. El síntoma psicótico es un intento de compromiso, pero que significa una distorsión severa de la realidad. La distorsión se provoca por la intrusión masiva de material del proceso primario, que los síntomas intentan incluir reconstruyendo la realidad externa.

El paciente psicosomático no forma un compromiso neurótico ni distorsiona seriamente la realidad externa. El psicosomático trata de descargar sus tensiones y aliviar la ansiedad mediante procesos autónomos y viscerales directos. Los síntomas psicosomáticos presentan regresiones a un nivel del desarrollo del yo casi indiferenciado del yo corporal. Una de las principales diferencias con los síntomas neuróticos es la simbolización, presente claramente en la mayoría de las neurosis y de difícil de encontrar en las enfermedades psicosomáticas.

En 1933 Schur realizó estudios sobre la metapsicología de la psicosomática, donde identifica varios momentos de la regresión psicosomática. *“Cuando pasa el infante normal a ser niño normal, desomatiza gran parte de sus experiencias y conducta y busca patrones más comunes de conducta, que incluyen la simbolización del proceso secundario, la coordinación motora, el pensamiento y la comunicación. Progresivamente se van neutralizando las energías libidinosas y agresivas y se las sujeta al control del ego para emplearlas en el proceso secundario... en la regresión, el paciente psicosomático invierte parte del proceso. El paciente vuelve a expresar sus estreses, sus frustraciones, su sexualidad, sus necesidades dependientes o su*

*rabia de modo directo, mediante la hiperactividad autónoma y visceral. Estamos ante una resomatización de la expresión emocional que, de persistir, provocará en los tejidos daños crecientes o irreversibles*⁵⁰. Desde esta concepción la psicosomática se explica como la regresión de la desomatización a la resomatización.

2.2.4 Elección de órgano.

Hinsie en 1947, expone que la psique es capaz de generar no solamente anestesia en un órgano, sino su opuesto, también hiperestesia. *“...cuando sobreestimula un órgano en forma de desorden psicosomático, puede más fácilmente hacerlo cuando tal órgano se halla ya alterado por causas totalmente ajenas a la psique... la mente puede superponer, y a menudo lo hace, su propia clase se enfermedad sobre un órgano previamente alterado*⁵¹. Tal aportación es importante para aclarar las razones por las cuales una enfermedad originalmente física puede empeorar después de ciertos acontecimientos psíquicos.

Es importante mencionar que cada sujeto tendrá formas particulares de responder por medio de un lenguaje corporal constante, que le es propio. Si bien, cada emoción desencadena en todos los sujetos determinadas reacciones internas, la repercusión de dichas reacciones es variada.

La elección de órgano en psicosomática implica varios factores y no se limita a una simple relación de causa – efecto. El desorden psicosomático se relaciona con la constitución, tipo de personalidad, experiencias infantiles y alguna participación orgánica específica. Una de las explicaciones más difundidas sobre la elección de órgano se refiere a que previo al surgimiento de la

⁵⁰ CAMERON, Norman. “Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad: un Enfoque Dinámico”, Trillas, México 1990. P.686

⁵¹ HINSIE, Leland. “El Hombre como Persona. Introducción a la Psicosomática”. Espasa Calpe. Madrid 1947. P.179

enfermedad exista un órgano con un funcionamiento inadecuado o dañado por el ambiente de alguna manera. Otros afirman que el órgano seleccionado puede tener más que ver con algún órgano que haya sido fuente de vigor a principios de la niñez.

La expresión del estrés emocional puede expresarse de diferentes formas, sin embargo al igual que cualquier otra forma de expresión se relaciona en muchos casos con el aprendizaje infantil. La elección de órgano puede representar algo aprendido. Dicha elección suele confundir a algunas personas y hacerles creer que la enfermedad psicosomática es más bien una enfermedad hereditaria, por encontrarse otros casos similares en la familia.

2.2.5 Psicosomática y Conversión.

*“La importancia de las zonas erógenas como aparatos accesorios y subrogados de los genitales aparece en la histeria más claramente que en ninguna otra de las psiconeurosis, con lo cual no quiero afirmar que en otras formas de enfermedad no deba concedérsele una menor atención”.*⁵²
(Freud, 1905)

Con la finalidad de promover una mejor comprensión de lo que la enfermedad psicosomática refiere es importante hacer un esclarecimiento que diferencie de otros padecimientos. Uno de los síntomas más comúnmente confundidos son las reacciones de conversión.

De acuerdo a Cameron *“las reacciones conversivas son cambios ocurridos en alguna función corporal específica por medio de los cuales se está expresando en forma simbólica un conflicto inconsciente”*⁵³, por su parte en los desórdenes psicosomáticos *“el paciente reacciona al estrés, a la tensión y a la ansiedad con un mal funcionamiento fisiológico directo, que incluso llega a provocar daños irreversibles en órganos y tejidos”*⁵⁴. De tal forma es posible entender que una de las diferencias más importantes entre estos dos conceptos estriba en que el daño que se genera en la conversión es en una función corporal, mientras que en lo psicosomático la afección se da en el órgano en sí.

En la conversión las energías provenientes del ello y superyó, de las imágenes y fantasías inconscientes, las defensas del yo y las adaptaciones se plasman en la alteración del funcionamiento de alguna parte específica del cuerpo. Dicha alteración se da más comúnmente en partes del cuerpo que implican un

⁵² FREUD, Sigmund. “Tres Ensayos para una Teoría Sexual” en Obras Completas, tomo II. Biblioteca Nueva, Madrid. 1905.

⁵³ CAMERON, Norman. “Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad: un Enfoque Dinámico”, Trillas, México 1990. P.311

⁵⁴ ÍDEM, P. 657

control motriz a voluntad, como el movimiento de un brazo o una pierna, o la parálisis que imposibilita el habla. De esta forma se genera un simbolismo que tiene expresión mediante el lenguaje corporal.

Cabe mencionar que puede darse el caso de que una reacción conversiva se vea acompañada por una lesión en dicha parte del cuerpo. Sin embargo, dicha lesión tendrá relación con la falta de uso del músculo relacionado con el órgano seleccionado, más que por un daño generado por la conversión como tal.

En la conversión no se ve alterado el órgano. *“La mano que, debido al estrés, queda insensible o paralizada es la mano social, no la mano anatómica. Se trata de la mano que el paciente ha usado normalmente como herramienta, cuando trabaja y cuando juega, cuando ama y cuando pelea, cuando come y cuando bebe, cuando crea y cuando peca”*⁵⁵. Debe con esto reafirmarse el hecho de que la conversión afecta a la función y de dicha función se deriva el significado del lenguaje del cuerpo.

El uso del simbolismo del lenguaje corporal para expresar algo no se considera anormal en todos los casos, puesto que también se encuentra en conductas normales. El lenguaje corporal es inherente al ser humano, bajar la mirada cuando algo apena a alguien, cerrar los puños ante el enojo o llorar cuando se tiene tristeza son sólo algunos ejemplos del empleo del lenguaje corporal para expresar alguna cuestión interna.

El uso del simbolismo corporal se torna patológico cuando la persona confunde el símbolo con una enfermedad corporal. Es decir que no alcanza a identificar la función expresiva del símbolo y lo toma como un impedimento físico. *“La reacción de conversión es aquel proceso por medio del cual un conflicto inconsciente queda transformado (‘convertido’) en un síntoma físico que permite reducir la tensión y la ansiedad al expresar simbólicamente el conflicto”*⁵⁶. La reacción de conversión logra varios fines importantes:

⁵⁵ ÍDEM, P. 332

⁵⁶ ÍDEM, P. 313

disminuye la tensión emocional, reduce la ansiedad y protege al paciente contra la amenaza de desintegración del yo. El síntoma físico expresará, entonces, lo que no es posible expresar de otra forma para la persona.

Otra diferencia entre la conversión y la psicosomática se encuentra en cuanto a los padecimientos circundantes. La conversión se encuentra frecuentemente relacionada con trastornos histéricos, mientras que las enfermedades psicosomáticas no muestran una mayor frecuencia de aparición con algún otro trastorno. Inclusive es posible encontrar padecimientos psicosomáticos en los diferentes tipos de estructuras de la personalidad.

Otro trastorno del cual cabe hacer distinción en este momento es el de hipocondriasis. *“La característica esencial de la hipocondría es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos”⁵⁷*. Sin embargo en estos casos, la exploración médica no denota ninguna lesión.

En la hipocondriasis la preocupación por los síntomas percibidos provoca un malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes para el sujeto. Suelen aprender los términos médicos y nombres de medicamentos. Dichos pacientes acuden a atención fundamentalmente por la afectación que a su vida generan los síntomas, sin embargo se muestran defensivos ante los cambios.

Finalmente es posible afirmar que la enfermedad psicosomática refiere a un padecimiento que vincula a la psique y el soma, de tal forma que éste último padece una lesión que no se explica claramente por alguna otra causa. Se encuentra una lesión básicamente de órgano (psicosomática) más que de función (conversión), y dicha lesión es real, más que fantaseada (hipocondriasis).

⁵⁷ ASOCIACIÓN PSIQUIATRICA AMERICANA. “DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”. Masson,, Barcelona 1995, P. 475

2.2.6 Tipos de Enfermedades Psicosomáticas.

Dentro de las manifestaciones de las enfermedades psicosomáticas se encuentran muchas variaciones y pueden llegar a afectar a cualquier órgano.

A continuación se muestran algunos ejemplos de enfermedades psicosomáticas y revisiones desde el psicoanálisis realizadas a las mismas. Debido a que el tema de la presente investigación se centra en la dermatitis psicosomática la piel como órgano se revisará más adelante dedicando un espacio mayor para su análisis.

Cabe mencionar que dentro de ésta corriente se afirma que cada caso debe ser estudiado descartando los aspectos psicosomáticos, si bien con el cobijo de la teoría, reconociendo siempre la singularidad de cada uno. Por tal motivo, no deberán tomarse las causas o características de personalidad que a continuación se mencionan como únicas, pero si como aproximaciones que brindan una orientación para el trabajo con estos pacientes.

2.2.6.1 Psicosomática y aparato digestivo, o de cómo se traga el coraje.

Tanto la alimentación como la excreción están altamente cargadas de afectividad. Esto hace que el aparato digestivo sea uno de los principales escenarios donde se puede instaurar la enfermedad psicosomática. El alimento ha sido siempre una de las preocupaciones fundamentales para el hombre, esto debido a que por un lado el alimento condiciona la supervivencia y el desarrollo físico y por otro debido a que es una fuente de placer. Placer asociado primordialmente con los primeros meses de vida y la relación con la figura materna, el alimento es un medio de comunicación afectiva con la madre.

La alimentación va tomando un significado primeramente materno y posteriormente social. Así lo refiere Gilbert Tordjan en 1976 *“el alimento es, por lo tanto el vehículo de la energía y también el del amor maternal, que condiciona la seguridad afectiva. Y luego, la familia y la sociedad, por medio*

*de sus tradiciones, sus reglas religiosas, sus buenos modales, ritualizan la alimentación y le dan una significación social*⁵⁸. En la mayoría de las culturas los festejos van acompañados de una deliciosa y abundante comida.

En muchas culturas la alimentación tiene un significado de incorporación que va más allá de la incorporación de los factores nutritivos. Sobre todo en las culturas denominadas a veces primitivas es factible encontrar que mediante el comerse a determinado animal se obtendrán sus capacidades o atributos.

Para el psicoanálisis la alimentación tendrá que obligar por fuerza a revisar lo que ocurre durante la etapa oral del desarrollo. Sin embargo el aparato digestivo termina su funcionamiento con la excreción, que a su vez obligará la referencia a la etapa anal.

En la etapa anal el niño aprende un nuevo tipo de relación. El manejo que hace el niño de sus heces tiene que ver con las imposiciones que hacen los padres para la educación esfinteriana. En este periodo el niño puede recurrir a la enuresis o la encopresis como medio para expresar su conflicto o enojo hacia los padres. Este es uno de los momentos más importantes en que el niño expresa su sentir mediante el cuerpo.

De acuerdo a Tordjan es posible encontrar que *“... las primeras manifestaciones psicósomáticas del niño son de orden esencialmente digestivo: la anorexia, el vómito, las diarreas trasponen el conflicto al plano somático*⁵⁹. Siendo estas de las etapas (oral-anal) más importantes en el desarrollo del ser humano no es de extrañar que sean éstas zonas (oral-anal) sean de las principales depositarias de conflictos somáticos.

Al inicio del desarrollo no es posible diferenciar entre la sensación de hambre y la necesidad de amor, entre verse alimentado amorosamente y verse amado.

⁵⁸ TORDJMAN, Gilbert. “Cómo Comprender las Enfermedades Psicósomáticas”. Gedisa, S.A. México 1990. P. 45

⁵⁹ ÍDEM. P. 48

Desde esta postura nunca se llega a perder del todo la expresión simbólica de rechazo y disgusto que por necesidad toca a la actividad gástrica. La alimentación tendrá que ver con la aceptación y el amor, el rechazo del alimento será símbolo del conflicto con dicho amor.

ULCERA PÉPTICA

Las úlceras aparecen con frecuencia en el estómago y duodeno y pueden presentarse a cualquier edad. “Su causa directa es que los jugos digestivos ácidos producidos por la digestión atacan el tejido gástrico duodenal... cualquier cosa que haga aumentar la acidez o la motilidad gástrica puede precipitar indirectamente y perpetuar una úlcera péptica”⁶⁰. Se ha podido comprobar que algunas emociones tienen relación con dichas afectaciones.

En cuanto a la personalidad de los sujetos que padecen úlcera péptica se han encontrado rasgos comunes entre sí. Muchos de ellos son personas dependientes, aunque la mayoría parezcan autosuficientes y llenos de iniciativa. Es una forma de compensación.

Las úlceras pépticas suelen aparecer o empeorar cuando un incremento de las necesidades de dependencia amenazan con destruir la imagen autosuficiente que la persona tiene de sí mismo. Cameron explica la úlcera péptica de la siguiente forma, “...se regresa a una ansiedad primaria y que esa ansiedad producida por la dependencia halla expresión en una secreción y una actividad excesiva del estómago. La necesidad insatisfecha de dependencia y amor activa mecanismos normales en un infante que no sabe diferenciar hambre y amor”⁶¹. En muchos casos es claro que una de las causas es la tensión, la ansiedad y conflictos que repercuten en el estómago.

⁶⁰ CAMERON, Norman. “Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad: un Enfoque Dinámico”, Trillas, México 1990. P.665

⁶¹ ÍDEM. P. 666

OBESIDAD

Respecto a la obesidad se encuentran numerosas formas clínicas. *“Hay obesos que vomitan y rechazan el alimento; otros, obsesivos, que comen constantemente, en todas partes, con la misma angustia y la misma precaución con que se masturban los adolescentes. Algunas obesas padecen de una fantástica agresividad contra la madre, el padre o ellas mismas. Y así, a través de ese masoquismo, rechazan el medio familiar, el hombre, o la sexualidad que las culpabiliza⁶²”*. La obesidad tiene más que factores fisiológicos, es uno de los padecimientos con más componentes emocionales, pues se relaciona fuertemente con el autoconcepto del sujeto.

Algunos obesos han vivido siempre en una familia donde todos han sido gruesos. La imagen ideal que en este caso se configura es la de un cuerpo obeso. El paciente puede aceptar el seguimiento de rígidas dietas, sin embargo dejan de seguir las dietas cuando reconstituyen su imagen corporal.

En la obesidad se encuentran fuertes necesidades de dependencia, por lo regular irracionales. Cuando se trata de una enfermedad psicosomática, el sobrepeso crónico es, la mayoría de las veces, resultado de un exceso en el comer y en pocas ocasiones se ven involucrados desordenes endocrinos y metabólicos.

Las personas enfermas de obesidad se comportan con un patrón semejante al de la adicción y parecen incapaces de controlar su excesiva necesidad de alimento. Al estudiar a niños obesos Brunch encontró que *“sus madres eran incapaces de darles un verdadero amor maternal, pues ellas mismas tenían necesidades insatisfechas de ser dependientes y amadas. Sin embargo si podían dar a sus hijos alimento y cuidados conscientes. El dar comida terminó siendo, tanto en la madre como en el niño, sustituto del dar amor, a la manera de los procesos primarios. Aquel último queda con el ansia irracional de*

⁶² TORDJMAN, Gilbert. “Cómo Comprender las Enfermedades Psicosomáticas”. Gedisa, S.A. México 1990. P. 52

*comida porque nunca se satisficieron sus ansias de amor, excepto a un nivel primitivo de alimentación*⁶³. En estos casos trabajar únicamente con una dieta no tiene razón de ser, puesto que es necesario trabajar la relación madre – hijo(a).

La obesidad puede servir a manera de ganancia secundaria para protegerse de un contacto íntimo. La grasa protege del deseo del otro.

Si no se ayuda a un paciente obeso con fuertes necesidades de dependencia a que las resuelva, la sensación de hambre procedente del proceso primario impedirá todo éxito en la cura. Uno de los medios para apoyar la mejora del paciente es la transferencia en el tratamiento terapéutico. El paciente puede seguir su dieta y sacrificar el placer oral como prueba de amor hacia el terapeuta.

COLITIS ULCEROSA

La colitis ulcerosa se trata de un desorden gastrointestinal serio, en el cual las experiencias, tensiones y ansiedades emocionales tienen un importante papel. De acuerdo con Grace, *“la observación directa de la membrana de la mucosa del colon en el momento en que el paciente experimentaba conflictos debido a resentimientos y al deseo de complacer, reveló que dicha mucosa se congestionaba e hiperactivaba... el colon se vuelve frágil, de tal manera que cualquier trauma menor producirá hemorragias y ulceraciones*⁶⁴. De esta forma los conflictos de la persona alteran su estado físico.

⁶³ CAMERON, Norman. “Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad: un Enfoque Dinámico”, Trillas, México 1990. P.667

⁶⁴ ÍDEM, P. 667

En cuanto a la personalidad de muchos individuos que padecen colitis ulcerosa se encuentra la imagen de personas pasivas, obedientes, blandas y dulces, pero con fuertes sentimientos de enojo y hostilidad. No se muestran francamente agresivos, pero si exigentes y quejumbrosos. En dichas personas hay sentimientos de culpa y miedo por perder la aceptación de con quien se está enojado. Es una especie de imposibilidad de mostrar el enojo real por temor a perder el afecto o aceptación. Las madres de estos pacientes suelen ser quienes fomentan un enorme grado de dependencia de sus hijos hacia ellas, pero al mismo tiempo les tratan con hostilidad.

Los ataques de colitis pueden precipitarse ante la pérdida de un ser querido, puesto que aparecen sentimientos ambivalentes. La culpa y el enojo inconsciente perturban las funciones del colon.

Buscar el control de las emociones puede referirse al recuerdo del control de esfínteres, bajo el control de los padres. En la etapa anal hay placer por ensuciarse y placer por verse reconocido por los demás por estar limpio. Cameron refiere que *“la falta de control puede adoptar como forma un ataque de ira... la lucha por ser bueno y obediente o malo y desobediente. El pequeño desea complacer a la madre y recibir su amor, pero también quiere ser independiente, por lo que lo enojan los intentos de control por parte de ella. Pero el niño crece sintiéndose culpable de tal enojo”*⁶⁵. Ante esto el niño puede además temer la pérdida de amor de su madre. Dichos pacientes suelen tener padres posesivos. Padres que le roen desde adentro. Un paciente ulceroso es casi siempre un sujeto hambriento de amor.

De esta forma el niño crece con un enojo y una incapacidad para reconocerlo como tal, puesto que la culpa lo eclipsa. En el periodo neonatal, las satisfacciones recibidas por estos pacientes fueron cualitativa y cuantitativamente inadecuadas.

⁶⁵ ÍDEM. P.668

Respecto al tratamiento de dichos pacientes, debe de realizarse a la par el físico del psicológico. Sin embargo no es una tarea sencilla, Tordjan refiere que *“el médico se verá ante una dura lucha, y no le será fácil ir más allá del tratamiento físico. Porque justamente, el ulceroso habla y fantasea poco, sólo le pide al médico que le cure físicamente, para poder continuar rápidamente sus funciones profesionales. No tiene tiempo que perder en conversaciones...”*⁶⁶ El objetivo será lograr una doble toma de conciencia, primero de su dependencia y posteriormente de la ruptura que debe lograr de sus hábitos cotidianos.

ANOREXIA

La anorexia se define en términos generales como la patología que se caracteriza por el rechazo de los alimentos, acompañado de una seria distorsión de la imagen corporal. Es un padecimiento que aparece casi en su totalidad en mujeres. Se encuentra rechazo por mantener un peso normal y miedo intenso a ganar peso.

En la mayoría de los casos existe una relación compleja entre la paciente y su madre. La paciente puede rechazar el alimento que es el vehículo afectivo de la madre, y rechaza también su feminidad. La anorexia implica un rechazo de la vida instintiva, así como se rechaza el placer oral de comer, se rechaza el placer sexual. El rechazo se puede sustituir con perfeccionismo en otras áreas, como la intelectual.

Respecto al tratamiento de esta enfermedad pueden incluirse separaciones del medio familiar. *“Esa separación le dará la independencia a que aspira en el fondo, tanto en el plano físico como en el sexual y en el cultural”*⁶⁷. El rechazo del alimento suele ser el rechazo de la dependencia maternal.

⁶⁶ TORDJMAN, Gilbert. “Cómo Comprender las Enfermedades Psicosomáticas”. Gedisa, S.A. México 1990. P. 63

⁶⁷ TORDJMAN, Gilbert. “Cómo Comprender las Enfermedades Psicosomáticas”. Gedisa, S.A. México 1990. P. 59

El terapeuta deberá luchar en estos casos con la fuerte presión que aplicará la familia. Presión que aparece como una preocupación por la relación privilegiada del analista con la paciente, y que la familia quede fuera del tratamiento. Es preciso instaurar conciencia de enfermedad, hablar del cuerpo y de que no goza de buena salud. La anorexia es una especie de suicidio lento.

2.2.6.2 Psicosomática del aparato respiratorio, o de cómo asfixia el control.

Existen expresiones emocionales cotidianas relacionadas con el sistema respiratorio. Los suspiros de tristeza, melancolía o arrepentimiento, el sonido entrecortado de la sorpresa, el grito del miedo o el gemido de la pena. El tono, ritmo y velocidad del habla de una persona puede indicar si es que se encuentra emocionalmente alterada.

Una de las formas más primitivas de emotividad expresada mediante el sistema respiratorio es la retención de la respiración común en los niños enojados. Niños que lloran y gritan hasta ponerse morados, o aquellos que intencionalmente dejan de respirar llegando incluso a movimientos compulsivos al alterarse el equilibrio oxígeno-bióxido de carbono en la sangre.

También en algunos adultos es posible encontrar que cuando se está tenso, ansioso o enojado se respira de tal modo que el aire no llega a los pulmones, y el bióxido de carbono no puede ser cambiado por el oxígeno. Esto les lleva a sufrir mareos, debilidad y hasta desmayos.

ASMA BRONQUIAL

El asma bronquial es sin duda el más importante de los desórdenes psicosomáticos de la respiración. Los bronquiolos se oprimen y con esto aparece tos, estornudos, sensaciones de ahogo y esfuerzos por respirar. Muchos asmáticos son enfermos críticos y otros más inválidos crónicos. Generalmente es una enfermedad que presenta periodos de bienestar y crisis severas.

Cabe mencionar que no todo asma bronquial es psicosomático. Uno de los indicadores para determinar la presencia de cuestiones psicosomáticas en la enfermedad puede ser la periodicidad. Algunos asmáticos siguen un ciclo claramente marcado, o aquellos quienes sufren un asma más o menos constante por ser hipersensibles a aspectos como el polen o moho que siempre flota en el aire. En estos casos se trata más bien de un asma fisiológico.

En los pacientes con asma psicosomático se encuentran fuertes necesidades de dependencia, aunque reprimidas, en especial necesidad de protección. Cameron comenta que *“se tiene la usual ambivalencia emocional, acompañada de deseos destructivos respecto a la persona amada... van de ser pasivos y sumisos a ser personas notablemente impulsivas, impacientes, egocéntricas, dominantes e incluso tiránicas”*⁶⁸.

Desde esta perspectiva, las crisis de asma pueden ser interpretadas como un grito de ayuda suprimido. El paciente puede expresar su dependencia sólo de modo infantil. De hecho muchos pacientes asmáticos mejoran cuando aprenden a llorar, puesto que era algo que no sabían hacer. También se encuentra alivio al trabajar los sentimientos de culpa conscientes o inconscientes, provocados por su hostilidad o por el miedo a perder el amor que necesitan. El alivio se relaciona en estos casos cuando el paciente se da cuenta de que se le acepta a pesar de la “maldad” imaginaria o real que en sí ven.

⁶⁸ ÍDEM. P.671

Las necesidades de dependencia de los asmáticos son desmesuradas porque no se les satisfizo en la niñez. Pueden ser niños hipersensibles desde el inicio y dicha cuestión genera frustración para el niño y la madre. Se ha encontrado que algunas de las madres de pacientes asmáticos no habían resuelto sus propios conflictos de dependencia. Madres que a menudo expresaban su ambivalencia abrazando al niño tan fuerte que lo ahogaban y rechazándolo luego con un gesto repulsivo.

2.2.6.3 Desórdenes cardiovasculares y psicossomática, o de cómo hierve la sangre.

El sistema cardiovascular suele estar en flujo constante, incluso cuando el cuerpo descansa. El fluir y la presión de la sangre participa en todas las experiencias y conductas emocionales. El corazón puede latir con mayor fuerza y elevarse la presión sanguínea cuando se siente gozo, enojo o miedo, así como cuando se está de prisa, presionado o se exige mucho. Una persona puede enrojecer debido al calor, la vergüenza o el enojo; y palidecer al estar cansado, ansioso o temeroso.

En particular, los cambios cardiovasculares más ordinarios pueden provocar ansiedad y volverse centro de nuevos miedos. Detrás de estos síntomas pueden encontrarse ansiedad, culpa o enojo que no han sido expresados. Al enojarse y expresarlo, física o verbalmente, la persona logra cierta descarga. El conflicto está en que para algunas culturas expresar el enojo motiva a la desaprobación. Cuando una persona crónicamente hostil suprime su enojo, ciertos concomitantes vasculares del enojo producirán desórdenes psicossomáticos.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Al no identificarse ninguna etiología orgánica consistente se le denomina hipertensión esencial, misma en la que el estudio de la psicossomática centra su atención. Así lo refiere Cameron, *“la participación activa de los mecanismos*

*cardiovasculares en todos los cambios emocionales y en todas las situaciones de estrés ha hecho centrar la atención en este grupo, pues parece incluir factores psicosomáticos*⁶⁹. Es el estrés emocional el que estimula la actividad patofisiológica que será la base de la hipertensión esencial.

Se encuentra en los pacientes con hipertensión esencial, que a pesar de que puedan ser amables, amistosos o pasivos, todos parecen tener problemas con el manejo de sus impulsos agresivos. Son personas, también, con necesidades de dependencia excesiva nunca satisfechas plenamente. Dichos pacientes mencionan que solían tener explosiones de enojo, pero que de pronto cambiaron a un autocontrol estricto. Reaccionaron a la frustración con enojo, lo cual es normal, sin embargo suprimieron la expresión del mismo y con ello reprimieron el sentimiento. Sin embargo con esto no se borra la huella fisiológica del enojo inexpressado.

MIGRAÑA

Se trata de un padecimiento, cuyo cuadro general incluye dolores de cabeza periódicos y unilaterales, acompañados a menudo de náuseas y vomito, así como en ocasiones diarreas o estreñimiento. Con frecuencia hay señales de constricción en las arterias de la cabeza, de la cara y de los alrededores de los ojos justo antes de iniciarse un ataque.

Los pacientes que presentan migraña suelen ser muy exigentes, perfeccionistas y ambiciosos, así como irritables y resentidos. Se frustran al no poder cumplir lo que se imponen.

⁶⁹ ÍDEM. P. 672

ARTRITIS REUMÁTICA

Los pacientes con artritis reumática suelen ser personas buscadoras de éxito, activas y enérgicas, sin embargo no expresan libremente sus sentimientos. Alexander expresa la siguiente idea respecto a la artritis, “*se inhibe el enojo en el momento mismo de consumarse el acto agresivo hostil. La acción simultánea de músculos poderosamente contraídos, algunos encaminados a cumplir el acto agresivo y otros a impedirlo, puede lesionar la articulación*”⁷⁰. De esta forma, el conflicto ambivalente motiva a la enfermedad.

Otra explicación para la artritis reumatoide tiene que ver con el manejo de la responsabilidad, esto debido a que se ha encontrado que los padres de estos pacientes solían ser restrictivos y a veces sobreprotectores, además de no permitir al hijo expresar su enojo cuando se encontraba frustrado. Muchas veces se encuentran madres que no se permiten mayores expresiones emocionales y son más bien frías. Sin embargo el niño depende tanto del amor de su madre, que no se atreve a expresar su enojo.

Los pacientes con artritis reumática suelen hacerse cargo de la familia cumpliendo con más de sus obligaciones, pero a la vez tratando a los miembros de esta con resentimiento. El primer ataque de artritis puede aparecer al perderse el papel de mártires y cuando ya no pueden controlar la culpa provocada por la hostilidad que muestran.

⁷⁰ ALEXANDER, F. “Psychosomatic Medicine”, Ed. Norton. Nueva Cork 1948. Referido por CAMERON, Norman. “Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad: un Enfoque Dinámico”, Trillas, México 1990. P.674

2.2.6.4 Sexualidad y psicosomática, o de cómo la pasión muere o mata.

En la esfera sexual es donde un gran número de patologías psicosomáticas suelen aparecer. La importancia de la sexualidad radica en que además de ser una función, como la digestiva, respiratoria o circulatoria, es también una relación. Para Tordjan *“la sexualidad, para desarrollarse en forma plena y total, exige la presencia del otro. Es posible asumir a solas la función digestiva, pero no una actividad sexual⁷¹”*. Inclusive en el caso de la masturbación, puesto que ésta se apoya en el fantasma del otro, la persona deseada. La personalidad de un sujeto está afectada por la imagen sexual que se tiene de sí mismo, al pertenecer a uno de los dos géneros.

La disfunción sexual llega a aparecer en neurosis, psicosis y desórdenes de la personalidad limítrofes, esto debido a que el coito heterosexual normal significa la participación recíproca de dos personas organizadas de un modo muy diferente. Un hombre y una mujer cuya anatomía, fisiología, bioquímica, actividad, experiencias y expectativas son radicalmente diferentes.

A partir de que se habla con más libertad sobre la sexualidad se han incrementado los casos de disfunción sexual. Los sujetos se encuentran ansiosos por el nivel de desempeño sexual, se vive la sexualidad temeroso del otro, de su opinión y su juicio. Las dificultades pueden ser provocadas por el temor de no mostrarse a la altura, de tener un mal desempeño, de ser rechazado por el compañero o la anticipación del fracaso.

⁷¹ TORDJMAN, Gilbert. “Cómo Comprender las Enfermedades Psicosomáticas”. Gedisa, S.A. México 1990. P. 76

DISFUNCIÓN SEXUAL EN EL VARÓN

Dentro de la disfunción sexual masculina se encuentran principalmente la disfunción eréctil, la eyaculación precoz y la retardada. Malos funcionamientos que muy rara vez son señal de una patología fisiológica. Tienen más que ver con factores psicógenos. Cameron afirma que *“las dificultades surgen porque todo aquello que estimule la ansiedad, la culpa o el miedo puede interferir con las funciones sexuales masculinas, como pueden interferir los conflictos acerca de la sexualidad, la ambivalencia emocional respecto a la mujer o una identificación femenina”*⁷². En la sexualidad se conjunta la totalidad del sujeto, y es lo que hace de ésta una cuestión compleja que el paciente por lo regular no comprende.

Como en otros padecimientos se puede reconocer que hay casos de etiología orgánica y en otros más psíquica. Cuando la disfunción eréctil aparece ante cualquier situación, se tratará de una cuestión con componentes orgánicos predominantes, en la cual pudiese estar la arteria que irriga de sangre el cuerpo cavernoso del pene con cierta anomalía. Si la disfunción se presenta sólo en determinadas circunstancias o con determinada compañera, la etiología será más claramente psicológica.

Respecto a los padres de estos pacientes se logra ver que tanto la indulgencia excesiva como el excesivo dominio ejercido por una madre pueden dejar al varón en un nivel pregenital, bien porque haya permanecido sexualmente infantil o porque la mujer le parezca peligrosa cuando él esté expresando impulsos sexuales maduros. Hay múltiples explicaciones, que pueden incluir también el miedo a verse absorbido y la pérdida de identidad que permanece tras no haberse logrado resolver la fase simbiótica, o los miedos edípicos que pueden seguir dominando desde el inconsciente.

⁷² CAMERON, Norman. “Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad: un Enfoque Dinámico”, Trillas, México 1990. P.79

Un superyó estricto y punitivo puede hacer parecer pecaminosa, peligrosa e incluso inconcebible la actividad sexual con una mujer a la que se respeta. Esta situación le llevará al sujeto a manifestar una disfunción sexual con las mujeres consideradas por él como buenas y buscar la satisfacción sexual sólo con aquellas a las que considere “malas”. De igual manera se puede encontrar en estos pacientes miedos edípicos no resueltos respecto a la figura paterna.

Otra explicación para la disfunción sexual en el hombre es un resentimiento inconsciente contra la mujer o incluso una envidia infantil por el narcisismo y el papel reproductivo que ella tiene.

DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA MUJER

Las disfunciones sexuales femeninas más frecuentes son la frigidez, dificultades respecto a la menstruación y reacciones patológicas respecto al embarazo, parto y cuidado del bebé. En este caso la etiología tiene mucho más relación con aspectos fisiológicos que en el caso del hombre, sin embargo no es única. Los factores emocionales pueden tener un papel importante en la ovulación, la concepción, el embarazo y el parto.

Las reacciones emocionales tienen relación íntima con la función gonadal. Cameron expresa que *“las gónadas estimulan las manifestaciones emocionales del impulso sexual; y al revés, las emociones influyen sobre el flujo menstrual y sobre el momento y el número de ovulaciones. La falta o pobreza del flujo menstrual parece ser a menudo una defensa contra la sexualidad”*⁷³. La menstruación, aunque se trata de un proceso fisiológico, implica grandes aspectos emocionales. Algunas mujeres la describen como un “castigo” o “enfermedad”, en parte por las actitudes negativas que se le atribuye.

⁷³ ÍDEM. P. 680

La *frigidez* es una alteración común en la población femenina que se trata de una falta de respuesta sexual satisfactoria. La frigidez tiene que ver con una amplia gama de causas, por ejemplo, la actitud hacia la pareja, las preocupaciones de ser dañada, un embarazo no deseado y un conjunto de actitudes femeninas negativas surgidas durante la niñez o adolescencia.

La anorgasmia en la mujer no se centra sólo en una etiología. Tordjan refiere haber reconocido varias durante su trabajo en la clínica. *“Este síntoma está con mucha frecuencia ligado al clima de inseguridad desarrollado en relación con el padre. Lo he verificado en numerosas oportunidades. Pero éste no es el único origen. La ausencia de orgasmo es consecuencia frecuente de una educación religiosa severa, y aún más todavía de un clima de relación defectuosa con el compañero, que reactiva el sentimiento de inseguridad vivido en la infancia”*⁷⁴. El orgasmo femenino está mucho más cargado de componentes emocionales que en el hombre, que tiene más relación con aspectos fisiológicos.

La pérdida de control que implica el orgasmo exige que la mujer se encuentre en un estado de seguridad y la certidumbre de ser preferida entre otras rivales, reales o ficticias, así como de ser aceptada en su totalidad por su compañero. El logro del orgasmo femenino implica también una comunicación franca y total con el compañero.

Respecto al embarazo se encuentra que la mayoría de las mujeres lo experimentan como un periodo de gran satisfacción emocional. Sin embargo la causa de dicha satisfacción puede tener que ver con los cambios hormonales, la satisfacción de haber aumentado las necesidades de dependencia o haber ganado importancia al sentir que va a ser madre.

⁷⁴ TORDJMAN, Gilbert. “Cómo Comprender las Enfermedades Psicosomáticas”. Gedisa, S.A. México 1990. P. 79

La experiencia que genera el parto en la mujer suele ser variable y tiene una relación con los miedos y ansiedades de la persona, así como las realidades objetivas del parto. Por su parte la lactancia significará para algunas mujeres una experiencia placentera, otras la evitan por completo. Otras más desean tenerla y se frustran al carecer de ella por su propia ansiedad que interfiere la producción de leche o impide a la madre relajarse y participar en el placer de la alimentación de su bebé. En este caso son comunes las autocríticas y las dudas sobre sí misma.

2.2.7 La Piel

“El síntoma físico reaviva, con la forma primaria del ‘lenguaje’ cutáneo, las antiguas frustraciones con la exhibición de sus sufrimientos y sus cóleras reanudadas...”⁷⁵

La piel es el mayor órgano del cuerpo humano. *“Extendida la piel del cuerpo de una persona promedio puede ocupar 18 m², y su espesor varía entre los 0,5 mm en los párpados a los 4 mm en el talón. Su peso aproximado es de 5 kg”⁷⁶.* La piel actúa como barrera protectora que aísla al organismo del medio que le rodea, protegiéndole y contribuyendo a mantener íntegras sus estructuras, al tiempo que actúa como sistema de comunicación con el entorno.

La piel, puede sufrir de varias enfermedades distintas, denominadas dermatitis, y que son estudiadas por la medicina y la dermatología. A pesar de lo anterior dichas enfermedades han despertado el interés para el psicoanálisis, al identificarse en muchos casos fuertes componentes psicosomáticos.

⁷⁵ ANZIEU, Didier. “El Yo – Piel”. Biblioteca Nueva, España 1987.

⁷⁶ <http://es.wikipedia.org/wiki/Piel> Consultado el 27 de septiembre de 2008

La piel es responsable de funciones biológicas importantes para el organismo. *“La piel es esencialmente la cubierta o envoltura exterior del organismo que funciona de manera permanente y que cumple dos importantísimas misiones, la de relacionarnos con el mundo exterior y la de protegernos de las agresiones de ese propio mundo”⁷⁷*. Ante funciones tan importantes éste órgano tendrá entonces la capacidad de influir en aspectos psíquicos y los aspectos psíquicos podrán influir en él. La piel envuelve y protege; separa y pone en contacto con el entorno.

En cuanto a la función de relación, en ella se encuentra uno de los sentidos que más se desarrollan, el tacto. La piel es la encargada de recibir los estímulos del exterior a través de las terminaciones nerviosas que se sitúan en ella y de ahí se dirigen al cerebelo que manda la respuesta a como se debe reaccionar. *“Cada centímetro cuadrado de piel contiene unos cinco mil receptores sensitivos”⁷⁸*. La piel es la primera responsable de que se pueda identificar lo áspero o suave, frío o caliente. Sin embargo la sensibilidad no es su única función, también la piel es el espejo de los sentimientos y emociones interiores. Ponerse rojo porque algo avergüenza, "tener la piel de gallina" o sudar por algo que produce miedo, son algunas de las muchas respuestas emocionales que se ponen de manifiesto a través de la piel. Por este motivo, este órgano constituye una pieza clave en la imagen exterior de una persona. Inclusive la piel cumple otras funciones sociales. Es necesario que la piel, y muy especialmente la descubierta, ofrezca un aspecto sano y cuidado para resultar atractivo al entorno.

Otras de sus funciones biológicas es la función protectora. La piel es capaz de seleccionar lo que resulta dañino para el organismo y lo que, por el contrario, es beneficioso para él. Esto debido a su disposición de barrera que impide la entrada de sustancias nocivas (millones de bacterias que viven sobre ella,

⁷⁷http://www.lapiel.com/frontend/lapiel/noticia.php?id_noticia=179&id_seccion=167&tree_pos=sub_1_0

⁷⁸ 1. Consultado el 27 de septiembre de 2008

⁷⁸ ÍDEM.

cuerpos extraños y, en parte, radiaciones solares perjudiciales) y a un sistema inmunológico propio. Además tiene una función reguladora del metabolismo que impide la salida de sustancias (líquidos y células) imprescindibles para el organismo, regula la temperatura corporal protegiendo de los cambios de temperatura ambiental (tanto del frío como del calor).

2.2.7.1 El Psicoanálisis y la Piel.

La piel es en un principio el aparato receptor por excelencia, siendo el tacto el sentido con mayor posibilidad para recibir la información del medio en el desarrollo temprano del bebé. Con sus manos, la madre, irá dando forma, delineando e identificando para el bebé cada una de las partes de su cuerpo, dando a cada parte un significado y dejando en cada una de ellas las primeras sensaciones percibidas en la vida del bebé. La piel del bebé registrará por siempre esas primeras huellas de su imagen corporal, de aceptación o rechazo.

La piel ha atraído la atención de diversas disciplinas debido a que es el órgano más extenso del cuerpo, y la frontera entre la persona y su afuera. Es una parte del cuerpo encargada de sutiles pero importantes funciones. La piel tiene una doble función, puesto que a la vez que separa al organismo del medio circundante, también lo conecta con él.

La piel cuenta con complejas actividades. Es un órgano importante en el control de la temperatura corporal, en la evaporación, en la excreción y secreción. Los vasos sanguíneos, las glándulas y los músculos lisos de la piel sufren todo tipo de cambios importantes, no sujetos al control consciente o preconscious. Durante toda la vida la piel cumple con funciones eróticas, así como agresivas y hostiles. Puede ser foco de lesión, lo mismo que fuente de alivio.

Se ha descubierto que muchos de los casos atendidos en clínicas de dermatología presentan fuertes componentes psicógenos. El eccema, la

urticaria y las dermatitis tienen una importante relación con factores emocionales. Algunos pacientes reaccionan al estrés de igual forma que reaccionan ante determinado factor alergénico.

La comezón en la piel puede equivalerse a impulsos libidinosos y el rascarse parece una cuestión compulsiva. Cameron afirma que *“entonces da la impresión esa rascadura de un acto regresivo de masturbación que llega a un punto culminante y es seguida por el alivio. A veces es tan extrema la acción de rascarse que lesiona la piel, produce irritaciones crónicas y de dolor. Parece cumplir entonces funciones de castigo”*⁷⁹. A menudo ese rascarse se relaciona también con impulsos y fantasías destructivas hacia otras personas. En estos casos la culpa mueve al paciente a autodirigir la agresión.

Las dermatitis han sido uno de los padecimientos más estudiados. Schur en 1955 encontró en sus pacientes con dermatitis un desarrollo libidinal defectuoso, funciones del yo deterioradas, ambivalencia emocional y relaciones de objeto débiles y construidas alrededor de necesidades narcisistas y pregenitales. El tratamiento para estos casos deberá estar encaminado a contrarrestar la regresión fomentando la verbalización para evolucionar hacia canales normales de comunicación del proceso secundario.

2.2.7.2 La Piel del Psicoanálisis Freudiano.

En varias de las obras de Sigmund Freud es factible encontrar referentes en torno a la piel. Jorge Ulnik en su libro “El Psicoanálisis y la Piel” hace una profunda revisión de los textos freudianos en los cuales se exponen situaciones relacionadas con la piel. Menciona, por ejemplo, que en sus “Tres Ensayos para una Teoría Sexual”, Freud ya identificaba a la piel como la *zona erógena por excelencia*. Existen diversas situaciones que estimulan y excitan a este órgano como los lavados y frotamientos, el contacto al jugar, la acción

⁷⁹ CAMERON, Norman. “Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad: un Enfoque Dinámico”, Trillas, México 1990. P.675

autoerótica de succión, la acción de los ojos que toman a la piel como objeto, entre otras.

Previo al concepto de zona erógena, Freud formuló lo que él llamó “zona histerógena”, refiriéndose a aquella parte del cuerpo que al ser tocada desencadenaba un ataque histérico. *“La importancia de las zonas erógenas como aparatos accesorios y subrogados de los genitales aparece en la histeria más claramente que en ninguna otra de la psiconeurosis, con lo cual no quiero afirmar que en otras formas de la enfermedad deba concedérsele una menor atención”*⁸⁰ Con lo anterior se confirma la importancia en cualquier estructura de la personalidad.

En 1915, Freud exponía la importancia de los contenidos inconscientes en relación al cuerpo. *“...El acto inconsciente tiene sobre procesos somáticos una intensa influencia plástica que nunca posee el acto consciente”*⁸¹. Esto tiene relación con una forma primitiva de identificación que consiste en parecerse exteriormente al otro. Existe una relación entre el proceso de identificación como hecho psíquico y el acto material de revestirse con la piel del objeto con el cual se busca identificar.

Al respecto Guir, en 1984, refiere que *“... observamos que la marca en el rostro determinada por el fenómeno psicosomático nos lleva frecuentemente a un encadenamiento mimético, todavía no resuelto, que conduce al rostro de un miembro de la familia del sujeto.”*⁸² De esta manera se puede comprender la razón por la cual algunas parejas se llegan a parecer entre sí, a pesar de no compartir una carga genética. Por su parte Donald Meltzer se refiere a este fenómeno como de “identificación adhesiva”.

⁸⁰ FREUD, Sigmund. “Tres Ensayos para una Teoría Sexual”. Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, España.

⁸¹ FREUD, Sigmund. “Lo Inconsciente. Apéndice C: Palabra y Cosa”. En Obras Completas, Ed. Amorrortu, Buenos Aires.

⁸² GUIR, Jean. “Psicosomática y Cáncer”. Catálogos Paradiso, Buenos Aires.

También en relación a los sueños Freud expone algunas cuestiones en torno a la piel. Cuando la persona está dormida y tiene sobre su piel un contacto, cosquilleo, pellizco, sensación de calor o frío, dichas sensaciones pueden influir en el sueño. Los estímulos se traducen de distintas formas para el soñador, por ejemplo amplificando la sensación o relacionándolos con alguna situación particular.

Relacionado con la piel se puede decir que es posible identificar tanto una “libido visual” como una “libido táctil”, según lo menciona Ulnik. *“Ambas pueden ser de dos clases: activa y pasiva, masculina y femenina. La forma pasiva de la libido visual tiende al placer del exhibicionismo, cuya reacción es el pudor”*⁸³. Se entiende entonces que la moda y el interés en la ropa funciona como una especie de escape a la reacción del pudor. Adler llamó entrelazamiento pulsional al hecho de que un mismo objeto pueda servir simultáneamente a la satisfacción de varias pulsiones. La piel puede ser objeto de la pulsión de ver y de la pulsión de tocar.

En aquellas personas que encuentran placer en el ser tocados, al tatuarse, examinarse por un médico, al recibir masajes o aplicación de cremas se encuentra una necesidad no satisfecha que carece además de la posibilidad de una expresión o manifestación de necesidad. En los casos en que se tiene que realizar la aplicación de algún tratamiento cutáneo por parte de alguien más, la persona puede de esta forma recibir las caricias que necesita y que no se atreve a pedir por temor al rechazo.

En 1895, Freud refiere que el aparato anímico tiene una tendencia biológica a mantenerse libre de energía o al menos a mantener ésta en un nivel constante, para lo cual se defiende tratando de evitar los estímulos o descargarlos una vez que ingresaron⁸⁴. Es importante identificar que la piel por un lado es una barrera de protección antiestímulos y por lo tanto los evita, y por su parte el

⁸³ ULNIK, Jorge. “El Psicoanálisis y la Piel”. P.48. Editorial Síntesis. España 2004.

⁸⁴ FREUD, Sigmund. “Proyecto de una Psicología para Neurólogos”, en Obras Completas, tomo I. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, España.

tocar transmite, vehiculiza y descarga la energía ya ingresada. La piel es una paradoja, puesto que a la vez que es capaz de mediante el tacto descargar energía, también es la encargada de recibirla.

Algunas enfermedades de la piel se relacionan de manera importante con una resistencia a ser tocado o por lo contrario una enorme necesidad de serlo. Es posible que la repugnancia que inspiran las enfermedades de la piel tenga componentes antagónicos a lo que la piel como atractivo puede despertar, el deseo por tocarla o deseo por contemplarla. Una de las fuerzas que opera en contra del enfermo de la piel es la repugnancia del otro. Y esa repugnancia puede ser percibida y medida por él para evaluar el amor de los demás.

El tocar tiene una relación directa con el pensar, dentro del pensamiento freudiano. En *Tótem y Tabú*, Freud retoma el proceso primario para exponer que no tocar es como no pensar. Y es ésta la razón por la cual cuando se está prohibido pensar en algo se advierte la prohibición de tocarlo. *“...el contacto es el comienzo de toda tentativa de apoderarse de una persona o de una cosa, dominarla y lograr de ella servicios exclusivos y personales”*⁸⁵.

Cuando el contacto falta o sobra, pareciera sentirse como algo doloroso o mortífero. En su afán por recibir contacto la persona puede hacerse hipersensible a los estímulos para de esta forma sentirse tocado, o en algunos casos, por formación reactiva llegar a forjar una especie de caparazón que sirve como barrera a los estímulos, siendo hiposensible a éstos.

Definitivamente el cuerpo del otro y el propio van a tener una ligazón significativa. Y esta ligazón puede implicar cuestiones patológicas como en aquella persona que llega a padecer lesiones o enfermedades similares o de igual localización que las que padecen los padres o aquellos con quienes se desea establecer una relación de filiación. Esto es una forma primitiva de relación de filiación.

⁸⁵ FREUD, Sigmund. “Tótem y Tabú”, en *Obras Completas Tomo II*, Ed. Biblioteca Nueva. Madrid España. 1912-1913.

Freud, a lo largo de su obra realiza menciones sobre enfermedades de la piel y su articulación con hechos psíquicos. Ulnik, hace una revisión enumerando las siguientes referencias:

- a. *“El Hombre de las ratas saciaba su curiosidad sexual observando cómo su institutriz se curaba abscesos en las nalgas (Freud, 1909).*
- b. *En el artículo ‘Lo Inconsciente’, cuando analiza el ‘lenguaje de órgano’, Freud establece una relación entre la idea de castración y el acné y los barritos, así como el acto de reventarse los granitos o hacer brotar ‘espinillas’ (Freud, 1912-1913).*
- c. *El contacto, cuando proviene de un ser poderoso, también tiene un poder curativo, especialmente para patologías de la piel (escrófulas) (Freud, 1912-1913).*
- d. *La idea de la impureza, directamente relacionada con una acción pecaminosa o estado corporal, inmediatamente se asocia al contacto prohibido. Si la prohibición se transgrede, el castigo es en la piel: úlceras y abscesos. La purificación también se obtiene con baños (Freud, 1912-1913)”⁸⁶.*

La exposición de los casos clínicos que sirvieron como base para la teoría freudiana favorecen la comprensión de los conceptos y permiten identificar relaciones inconscientes. Como en el lenguaje de órgano, en el cual es posible identificar la comezón o el lastimarse (por ejemplo apretar barritos) como componentes similares a los del onanismo, además de que despiertan posteriormente sentimientos de culpa que tienen que ver con el temor a la castración.

⁸⁶ ULNIK, Jorge. “El Psicoanálisis y la Piel”. P.68. Editorial Síntesis. España 2004.

2.2.7.3 Didier Anzieu y su Yo-Piel.

En 1987, Didier Anzieu expone uno de los textos psicoanalíticos que mayor relevancia han tenido en cuanto a la psicosomática de la piel. Para Anzieu el aparato psíquico se desarrolla a partir de una base dada por experiencias corporales de índole biológica en las que la piel cumple un rol fundamental.

Las experiencias de naturaleza, tanto interna como externa serán resignificadas por la interacción con el agente productor de los estímulos externos (generalmente la madre) y, posteriormente con la adquisición de la capacidad simbólica se representará de un modo abstracto transformándose en fantasías, símbolos y pensamientos. En la teoría de Anzieu, los aspectos intrapsíquicos se encuentran fuertemente vinculados con el medio, atendiendo a que ya no es sólo la palabra la que vincula (Freud), ni la mirada (Lacan), sino también la piel (Anzieu).

Anzieu implementó el término de “yo piel” refiriéndose a una construcción del sí mismo con funciones fundamentales para dar capacidad de recepción, percepción, protección, cohesión, soporte, integración de sensaciones, identidad y energía al yo. Y es en base al yo-piel que se desarrolla un yo capaz de pensar y relacionarse, al cual define como yo pensante.

Al analizar al yo, puede encontrarse cual de sus funciones se encuentra mal desarrollada en cada una de las estructuras de la personalidad, para de esta forma buscar la manera de remediar las fallas. Anzieu relaciona la patología del yo con dificultades en el apego. *“... han experimentado alternancias contradictorias –precoces y repetidas-, enganchamientos excesivos y desenganchamientos bruscos e imprevisibles que han sido violentos para su Yo corporal y/o su yo psíquico. De ahí se desprenden ciertas características de su funcionamiento psíquico; no están seguros de lo que sienten; están mucho más preocupados por lo que suponen que son los deseos y los afectos de los demás; viven en el aquí y ahora y se comunican en forma de narración, no tienen una disposición de espíritu que les permita, según la expresión de Bion*

(1962), *aprender por la experiencia de la vivencia personal, representarse esa experiencia, sacar una perspectiva nueva cuya idea permanece inquietante para ellos; les cuesta desengancharse intelectualmente de esa vivencia borrosa, mixta de ellos mismos y del otros, abandonar el contacto táctil, reestructurar sus relaciones con el mundo en torno a la vista*⁸⁷. El yo será más patológico y primitivo mientras más fallas presente en sus funciones.

Por su parte, las afecciones de la piel mantienen una relación estrecha con las fallas narcisísticas y las insuficiencias de estructuración del yo. Hay una similitud entre las funciones que tiene el yo con la mente y las que tiene la piel con el cuerpo en su totalidad. Una hipótesis a desarrollar será la de que si el yo tiene fallas, en la piel habrá también complicaciones.

La “patonimia” se refiere a las lesiones autoproducidas en la piel, pareciendo una enfermedad con la intención de obtener un beneficio. Esto también llamó la atención de Anzieu, quien identificó que “...*el síntoma físico reaviva, con la forma primaria del ‘lenguaje’ cutáneo, las antiguas frustraciones con la exhibición de sus sufrimientos y sus cóleras reanudadas: la irritación de la piel se confunde, por la indiferenciación somatopsíquica a la que los pacientes permanecen fijados, con la irritación mental*”⁸⁸.

Una de las conclusiones a las que Anzieu llegó fue la de que en todos los casos se encuentra como referente la prohibición del tocar. El exceso de cuidados maternos sería intrusivo y peligroso en la medida en que vulnera y transgrede la prohibición del tocar necesaria para dejarle al niño construir una “paraexcitación” y una envoltura psíquica propia. De igual forma, la carencia de caricias y cuidados maternos sería equivalente a una prohibición excesiva, violenta y prematura de pegarse al cuerpo del otro.

⁸⁷ ANZIEU, Didier. “El Yo Piel” P. 35 Ed. Biblioteca Nueva, Madrid España, 1987

⁸⁸ ÍDEM. P. 45

La prohibición del tocar es para la piel lo que la represión y la castración es para el complejo edípico, es decir que las primeras prohibiciones del exterior van a moldear las prohibiciones internas del niño. La prohibición de tocar o tocar-se se contrapone con las pulsiones agresivas (*no lo toques porque lo rompes*) y las pulsiones sexuales (no toques el cuerpo de los demás o el tuyo en áreas que son sensibles al placer).

Más precisamente, con el término yo piel, Anzieu se refiere a “... *una figuración de la que el niño se sirve, en las fases precoces de su desarrollo, para representarse a sí mismo como Yo que contiene los contenidos psíquicos a partir de su experiencia de superficie del cuerpo. Esto corresponde al momento en que el Yo psíquico se diferencia del Yo corporal en el plano operativo y permanece confundido con él en el plano figurativo*”⁸⁹. En la formación del yo piel la madre juega un papel muy importante.

La madre debe actuar como envoltura que provea no solamente calor, alimento, caricias y todo tipo de cuidados, debe también saber interpretar las señales que emite el niño, acompañando con ternura y amor la provisión de sus necesidades. Además de también procurar una distancia óptima y necesaria para evitar sobreexcitaciones, así como favorecer separaciones progresivas.

Anzieu refiere que previo a la conformación completa del yo piel hay un periodo en que se presenta la fantasía de que existe una piel común del niño con la madre. El yo piel tendría una hoja externa (entorno maternante) y una hoja interna (superficie del cuerpo del bebé). Poco a poco se deberá ir presentando una separación progresiva hacia la diferenciación y conceptualización de un yo piel propio del niño.

Si la hoja externa (entorno maternante) se encuentra pegada a la del niño en demasía, el niño quedará invadido por el entorno intrusivo, frenando u obstaculizando el desarrollo del niño. Si la hoja externa es muy laxa o faltante,

⁸⁹ ÍDEM. P. 50-51.

el Yo del niño carece de consistencia porque las señales que emite la hoja interna (niño) no son recibidas ni contenidas.

Puede el niño desarrollar una envoltura de sufrimiento o de piel común desgarrada y herida, esto último cuando la separación de la hoja externa se da de forma brusca.

Basándose en las funciones de la piel (biológica), Anzieu realiza un paralelo exponiendo en cuanto al yo piel nueve funciones principales:

- 1) *Soporte*. El yo piel sostiene el psiquismo de la misma forma que las manos y brazos de la madre cumplen una función de sostenimiento del cuerpo del bebé y el esqueleto cumple una función de soporte y sostenimiento del cuerpo. Mediante la identificación con un objeto de soporte que se interioriza y evita la vivencia de vacío e inconsistencia interior.
- 2) *Continente*. Al conformarse en base a los primeros cuidados maternos (holding) el yo piel puede ser identificado como bolsa o saco que contiene el psiquismo. La carencia de la función contenedora se manifiesta con dos formas de angustia: una relacionada con algo interno difuso, esparcido y no localizable y otra caracterizada por sentir un interior que se vacía, una dificultad para retener.
- 3) *Paraexcitación*. Es una función de protección antiestímulos. Cuando falla existe un sentimiento de estar expuesto o indefenso, o por el contrario, la idea de invulnerabilidad.
- 4) *Individuación*. El yo piel aporta el sentido de un ser único, lo cual dependerá de la fortaleza del sentimiento de las propias fronteras, y de concebir el sí mismo como una unidad. El fallo en esta función dará la sensación de extrañeza y pérdida con la realidad externa.

- 5) *Intersensorialidad*. Función de integración e interconexión de las distintas sensaciones sobre un telón de forma imaginario que sería la superficie de la piel. Es el “sentido común”. La falla daría sensaciones de fragmentación corporal, por el funcionamiento independiente y anárquico de los órganos de los sentidos.
- 6) *Sostén de la excitación sexual*. Se puede considerar la piel como una envoltura erógena, una superficie en la que se localizan las zonas erógenas privilegiadas, y fuente de excitación sexual global. Pero si la zona erógena es fuente de dolor más que de placer, el dolor y el placer se amalgaman dando lugar a las perversiones.
- 7) *Recarga libidinal*. Se refiere al rol de las barreras de contacto como medio de distribución y organización de la energía libidinal. El bebé no es un receptor pasivo, su maduración y desarrollo dependerá de intercambios con el entorno materno. No basta con recibir cuidados, también necesita emitir señales y que éstas entonces sean atendidas. Cuando falla, las angustias que le corresponden son la de explosión del aparato psíquico por sobrecarga y la angustia de la tensión cero.
- 8) *Inscripción de huellas sensoriales táctiles*. Es la función de registro de la realidad exterior y del objeto en la piel a través de su sensibilidad. El ejercicio de esta función tiene relación con la pertenencia social. Las angustias relativas son la de estar marcado en forma estigmatizante o la de percibir una pérdida de la capacidad para fijar huellas y la desaparición de todas las inscripciones.
- 9) *Función tóxica*. Es una función negativa o paradójica del yo piel, puesto que tiende a la autodestrucción. Se relaciona con las reacciones autoinmunes, la falta de discriminación entre el Yo y el no Yo, lo propio y lo extraño. Esta función se pone en juego en las enfermedades de la piel. A diferencia de las otras ocho funciones, que están al servicio de la

energía libidinal, la función tóxica se encuentra al servicio de la energía tanática.

En la teoría expuesta por Didier Anzieu se encuentran relacionadas otras teorías que exponen el desarrollo del niño, en particular el desarrollo del yo. El yo piel y la piel como tal comparten funciones y una sirve como guía para comprender a la otra. Entonces el funcionamiento de la psique permitirá comprender el estado que la piel del paciente tendrá.

2.2.7.4 Cuando grita la piel. Psicosomática cutánea.

La piel separa al organismo del medio circundante, pero cuenta a la vez con un gran número de órganos sensoriales que conectan al sujeto con su medio ambiente, además de tener reacciones que permiten el adecuado funcionamiento del cuerpo. *“La piel es un órgano importante en el control de la temperatura corporal, en la evaporación, en la excreción y en la secreción. Los vasos sanguíneos, las glándulas y los músculos lisos de la piel sufren todo tipo de cambios importantes, no sujetos a control consciente o preconscious”*⁹⁰. Las funciones de la piel no están sujetas al control o la voluntad, son funciones automáticas en el cuerpo, además de servir como un reflejo de lo que emocionalmente pasa con el sujeto.

En la piel participan activamente los componentes de la experiencia y la conducta. Durante toda la existencia de la persona la piel cumple con funciones tanto eróticas como agresivas y hostiles. Lo mismo puede ser foco de una lesión que fuente de un alivio.

Cuando una persona sufre una excitación considerable, está en éxtasis o bajo hipnosis, la piel puede insensibilizarse al dolor; la piel reacciona ante cualquier

⁹⁰ CAMERON, Norman. “Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. Un Enfoque Dinámico”. P.675. Ed. Trillas. México 1990

tipo de perturbación emocional. Se han encontrado en el eccema, la urticaria y la dermatitis relación con factores emocionales en un gran número de casos. En 1950, Schur concluye en sus investigaciones que al menos el 75% de los casos con alguna enfermedad de la piel tiene importantes componentes psicosomáticos.

La interpretación que se hace de la comezón, muy común en varias enfermedades de la piel es la que expone Cameron en 1990. *“Algunas ansias de rascarse parecen ser compulsivas y la picazón que las provoca es equivalente a impulsos libidinosos. Entonces da la impresión esa rascadura de un acto regresivo de masturbación que llega a un punto culminante y es seguido por el alivio. A veces es tan extrema la acción de rascarse que lesiona la piel, produce irritaciones crónicas y dolor. Parece cumplir entonces funciones de castigo”*⁹¹. Esta interpretación se confirma con claridad en aquellos casos en los cuales el rascarse sólo se detiene cuando la piel secreta algún fluido tal como sangre, agua o pus. El dolor que esto ocasiona se relaciona entonces con el cumplimiento del castigo por culpa posterior a una sensación placentera.

Otra interpretación que se da al rascarse destructivo es la de la inhibición para lastimar al otro. Al dirigir hacia sí mismo las “garras” se impide que se agrede a alguien más, es decir, la agresión se vuelve autodirigida.

Se identifican impulsos exhibicionistas en muchos casos de lesiones en la piel, así como defensas que se oponen a dichos impulsos. Tal situación se encuentra en pacientes que cuentan con un desarrollo defectuoso de la líbido y en el ego. El tratamiento a estas enfermedades de la piel debe estar encaminado a promover el desarrollo y avance de la comunicación en proceso primario a proceso secundario. Al promover otros canales de comunicación, más maduros, se disminuye la necesidad de utilizar a la piel para gritar lo que la psique calla.

⁹¹ ÍDEM. P.675.

2.3. Psicosomática en el Niño.

2.3.1 Desarrollo Psicológico del Niño

El estudio del psicoanálisis enfocado hacia el niño ha tenido diversos aportes por numerosos teóricos, sin embargo la convergencia de todos está en los aspectos inconscientes que implica cada una de las etapas de la vida. Y fue Sigmund Freud quien aporta los conocimientos más importantes sobre el psicoanálisis y las bases más aceptadas para el psicoanálisis del niño.

Freud desarrolla una teoría pulsional que expone que el ser humano nace con determinada energía psíquica que busca la descarga para mantener un equilibrio psíquico, para ello es necesario un objeto para descargar la pulsión. Esta teoría permitirá la comprensión de cada una de las etapas del desarrollo psicosexual.

De acuerdo al desarrollo psicosexual se entiende que cada una de las principales zonas erógenas se asocia con una necesidad vital: la boca con el comer, el ano con la eliminación y los órganos sexuales con la reproducción. Sin embargo, el placer proporcionado por la zona erógena puede ser independiente del placer que se deriva de la satisfacción de una necesidad vital.

Calvin S. Hall en 1988 expone en su “Compendio de Psicología Freudiana” una explicación de los aspectos más sobresalientes del desarrollo psicosexual propuesto por Sigmund Freud, relacionando las características del desarrollo infantil con la formación de rasgos de la personalidad del sujeto.

1. Etapa Oral (de los 0 a los 18 meses).

Las dos fuentes de placer son el estímulo táctil y el morder. En los labios y la cavidad oral se produce el placer erótico y morder proporciona el placer oral agresivo, mismo que aparece un poco más tarde (cuando aparece la dentición). Ante los objetos irritantes el bebé aprende a evitar el dolor cerrando su boca.

En la etapa oral se establecen bases importantes para el desarrollo de la personalidad. *“La boca tiene por lo menos cinco modos de funcionar: incorporar, retener, morder, escupir y cerrar”*⁹². Cada uno de los anteriores modos es un prototipo o modelo original de ciertos rasgos de personalidad, entendiendo como prototipo un modo original de adaptarse a un estado y comportarse de forma similar cuando surgen situaciones parecidas. Ingerir por la boca es el prototipo de la adquisitividad; retener es el de la tenacidad y determinación; morder es de la destructividad; escupir es del desdén y rechazo; el cerrar es sobre el desaire y negativismo. De la cantidad de frustración y angustia que se experimente en relación con la expresión prototípica depende de que estos rasgos se desarrollen y se conviertan en parte del carácter de la persona.

Los modos orales prototípicos pueden convertirse en una red completa de intereses, actitudes y comportamientos dependiendo del desplazamiento y las sublimaciones que puedan emplearse. Por ejemplo la persona adquisitiva, quien se muestra insaciable porque todo lo que adquiere es solamente un sustituto de lo que en realidad desea, es decir, el alimento de una madre amorosa.

El alimentar se asocia con el amor y la aprobación y la negativa de alimentos con el rechazo y la desaprobación, por lo tanto el bebé sentirá angustia cuando la madre lo rechaza o lo abandona. Esto implica la pérdida del deseable abastecimiento oral. Cuando se acumula demasiada angustia sobre esta amenaza se generará una dependencia hacia la madre u otra persona que

⁹² HALL, Calvin S. “Compendio de Psicología Freudiana”. P. 118. Ed. Paidós, México 1983.

sustituya este papel. Se habla entonces de una estructura caracterológica de dependencia oral. Variantes pueden aparecer, tales como una formación reactiva a la dependencia o emplear la proyección como defensa obligando a la persona a ofrecer ayuda y cuidados a alguien más.

Mientras que en la agresividad oral el niño puede morder con sus dientes, el adulto puede morder con sus sarcasmos verbales, con el desprecio y el cinismo.

2. Etapa Anal (de los 18 meses a los 3 años)

Se caracteriza por la tensión que surge como resultado de la acumulación de las heces. La expulsión proporciona placer al bebé, al eliminar la fuente de tensión. Al experimentar una placentera reducción de tensión puede emplearse tal modo de acción para deshacerse de tensiones que surgen en otras partes del cuerpo. *“La eliminación expulsiva es el prototipo de los estallidos emocionales, las pataletas, rabias así como otras reacciones primitivas de descarga”⁹³.*

La educación del control de esfínteres es por lo habitual la primera experiencia decisiva que el niño tiene en relación con la disciplina y la autoridad exterior. Esto representa un conflicto entre una catexia instintiva (deseo de defecar) y una barrera externa (prohibición). Las consecuencias de este conflicto dejan huellas indelebles en la estructura de la personalidad. Es decir que los métodos empleados y las actitudes respecto a la limpieza, el control y la responsabilidad determinan parte de la personalidad y su desarrollo. Si los métodos son muy estrictos y punitivos el niño puede vengarse ensuciándose intencionalmente.

⁹³ Ídem. P. 121.

Los procedimientos estrictos para educar los esfínteres también pueden provocar una formación reactiva contra la expulsión incontrolada, desarrollando una pulcra meticulosidad, melindrosidad, orden compulsivo, disgusto, miedo a la suciedad, así como estricta administración del tiempo, dinero y comportamientos en demasía controlados.

Cuando la madre suplica al niño que mueva el vientre y lo alaba demasiado cuando hace la expulsión, el niño considera de gran valor a sus heces y considerarlo un regalo que ha dado a su educadora (madre). Si se le da demasiada importancia al valor de sus heces, el niño puede sentir que al defecar ha perdido algo valioso; tratará en un futuro de evitar pérdidas futuras siendo ahorrativo, parsimonioso y económico. El interés por coleccionar, poseer y retener objetos puede deberse también al funcionamiento anal de retención de heces (que también es placentera). Un modo de formación reactiva en este caso sería dando sus cosas o dinero de sobremanera o perdiendo en inversiones o juegos de apuestas.

3. Etapa Fálica (3 a 6 años).

Mientras que el niño descubre el placer de acariciar o tocar sus propios órganos sexuales, se presenta una intensificación del anhelo sexual del niño por los padres, mismo que implica una serie de cambios importantes en sus catexias objetales.

a. Etapa fálica masculina. Previo a esta etapa el niño ama a su madre y se identifica con su padre. *“Cuando el impulso sexual aumenta el amor del niño por su madre se hace más incestuoso y en consecuencia se pone celoso de su rival”*⁹⁴. Surge entonces el Complejo de Edipo y con esto el miedo de que el padre le extirpe su órgano sexual “ofensor” (angustia de castración). El niño cree en la castración al ver a la niña, quien le parece castrada. Finalmente el niño reprime su deseo incestuoso por la madre y su hostilidad hacia el padre.

⁹⁴ Ídem. P.124.

b. Etapa fálica femenina. Para la niña el primer objeto de amor, aparte del amor a su propio cuerpo, es la madre. Sin embargo al percibirse castrada, puesto no tiene los genitales externos del varón, se desilusiona y culpa a la madre de su condición. La niña comienza a preferir al padre que posee el órgano que a ella le falta, entonces el amor se mezcla con envidia (envidia del pene). En la niña, el complejo de castración es el responsable de la introducción del Complejo de Edipo. Ella ama a su padre y está celosa de su madre. Aunque el Complejo de Edipo femenino no es probable que desaparezca (como en el caso del varón), se debilita en virtud de la maduración y por la imposibilidad de poseer al padre. La emulación de la niña por la madre la acerca al padre y también la compensa por la pérdida de la relación amorosa con la madre.

En ambos casos se pasa entonces a una etapa de latencia que abarca de los 6 a los 12 años aproximadamente y que se expone con mayor detenimiento en el siguiente subcapítulo.

3. Sexualidad Genital (12 años en adelante).

Las tres primeras etapas del desarrollo son descritas como el “periodo pregenital”, cuya característica principal es el narcisismo. Después de la interrupción del periodo de latencia el instinto sexual comienza su evolución hacia el fin biológico de la reproducción.

Esta etapa del desarrollo tiene inicio con el paso de la niñez a la adolescencia. *“El adolescente comienza a sentirse atraído hacia miembros del sexo opuesto y culmina eventualmente en la unión sexual⁹⁵”*. Aunque se satisfacen impulsos pregenitales (besos y caricias, entre otros), las catexias pregenitales se fusionan con los genitales.

⁹⁵ Ídem. P.128.

Estas etapas anteriormente expuestas muestran el desarrollo psicológico en amplias etapas, sin embargo con la finalidad de comprender con mayor minuciosidad el desarrollo del niño es preciso abordar el tema del desarrollo temprano, mismo que se expone a continuación.

2.3.1.1 Desarrollo Temprano

Uno de los teóricos postfreudianos más importantes del psicoanálisis infantil es Donald Winnicott. A pesar de las importantes influencias teóricas que tuvo Winnicott de otra destacada teórica del desarrollo, Melanie Klein, las propuestas de Winnicott fueron adquiriendo cada vez más aspectos originales y distintivos. La observación de la conducta de los niños y sus madres le llevó a considerar el ambiente como uno de los factores más importantes para el desarrollo.

Para la presente investigación resulta importante retomar los postulados de Winnicott sobre el desarrollo temprano, dado el énfasis que en sus estudios pone sobre el vínculo entre la psique y el cuerpo del niño. *“Propone que la maduración emocional se da en tres etapas sucesivas: la de integración y personalización, la de adaptación a la realidad y la de preinquietud o crueldad primitiva”*⁹⁶. En esto se basa el desarrollo emocional primitivo del niño.

a) La integración y la personalización.

Dado que el bebé nace en un estado de no-integración, los núcleos del yo se encuentran dispersos e incluidos en una unidad que forma el bebé con el medio ambiente. Se espera que al final de esta etapa se logre la integración de los núcleos del yo y la personalización. La personalización se refiere a la sensación de que el cuerpo aloja al verdadero self.

⁹⁶ BLEICHMAR, N. y BLEICHMAR, C. “El Psicoanálisis después de Freud”. P. 272. Ed. Paidós Psicología Profunda. México, 1997.

Para que se logren la integración y la personalización son importantes los cuidados de la madre “*quien ‘recoge los pedacitos’ del yo y le permite al niño sentirse integrado dentro de ella*”⁹⁷. Dichos cuidados tienen que ver con el *holding* planteado por Winnicott. Por otro lado hay una serie de experiencias instintivas que tienden a reunir la personalidad en un todo partiendo desde dentro.

Desde el nacimiento el bebé va teniendo momentos de integración, que se hacen cada vez más duraderos y adquirir así la noción de que él es distinto del medio que lo rodea.

De la personalización Winnicott desarrolla el concepto *unidad psiquesoma* que sería el logro del desarrollo normal en esta etapa. Es el sentimiento de que la persona se halla en el cuerpo propio. Esto se logrará en base a una confluencia de cuidados maternos satisfactorios y experiencias instintivas.

b) Adaptación a la realidad.

Una vez que el niño tiene un yo relativamente integrado y la sensación de que el núcleo del sí-mismo habita en su propio cuerpo se identifica que él y el mundo son cosas separadas. La adaptación a la realidad se dará en base a que se logre una relación óptima con ese mundo externo. Winnicott expone que el acoplamiento entre los elementos de la realidad aportados por la madre y la alucinación infantil nunca serán óptimos. “*Sin embargo, el infante puede vivirlo como casi óptimo gracias a una parte de la personalidad del niño que se ocupa de ‘llenar’ el vacío entre la alucinación y la realidad... la actividad mental del pequeño hace que un medio ambiente suficiente se transforme en uno perfecto...*”⁹⁸.

⁹⁷ Ídem. P. 272

⁹⁸ Ídem. P.274.

Aunque en un estado de salud la mente no usurpa la función del medio, si busca controlar y organizar el cuidado del psiquesoma.

c) La crueldad primitiva (fase de preinquietud).

Al igual que Klein, Winnicott considera que el bebé nace con importantes componentes agresivos, mismos que se pueden representar con conductas autodestructivas. El bebé dirige hacia sí mismo la agresividad con la finalidad de mantener a salvo a su madre de dicha agresión, sin embargo esto no siempre es posible. El bebé llega a externarle agresión.

Si el bebé dirige agresión hacia la madre y ésta responde con amor, comprenderá que sus impulsos no son tan dañinos y poco a poco acepta la responsabilidad de ellos además de identificar que la madre como objeto externo ha sobrevivido. La inquietud propicia que el bebé pueda buscar actitudes reparatorias hacia el objeto externo.

2.3.1.2 Desarrollo del niño en Periodo de Latencia.

Como menciona Françoise Dolto una vez que el niño ha aceptado que su madre o padre le son prohibidos, entra a una fase depresiva, en la que desvaloriza todo deseo; de esta manera entra en la fase de la latencia de su sexualidad.⁹⁹ Una fase entre los 6 y 11 años de edad.

Debido a que se produce posterior al conflicto edípico, si este se encuentra mal resuelto, el niño no podrá aprovechar las adquisiciones fundamentales que esa época supone, todas las cuales pasan por la sublimación de los deseos sexuales edípicos.¹⁰⁰

⁹⁹JEAN Claude Liaudet; "Dolto para Padres"; P. 105. Ed. Plaza Janes 2000

¹⁰⁰ Ídem P. 119

Por lo anterior es posible decir que el periodo de latencia es una condición necesaria para la aptitud del hombre de desarrollar civilizaciones elevadas.

Se habla de sublimación, cuando los nuevos objetivos son sublimes, es decir, que devienen de los más altos valores morales, estéticos, filosóficos y religiosos de la sociedad en la que se desenvuelve el niño. Lo cual no significa que el niño haya renunciado por completo a sus deseos edípicos, simplemente se ha limitado a reprimirlos.

En otras palabras una parte de estos sentimientos agresivos en el periodo de latencia son sentimientos sexuales desplazados. Las fantasías del niño están llenas de agresión, fantasean que son más fuertes e inteligentes que los demás y que conquistarán al mundo. Y así podemos observar que lo que sucede es que han desplazado su agresión del rival edípico a otros objetos.

Una vez que el niño a sobrepasado la etapa anterior, la relación con sus progenitores decrece en fuerza; ha de dejar, pues, de estar obsesionado con la pareja de sus padres y la relación entre ellos; llegando así a un momento en que la sexualidad infantil se detiene. Debido a que disminuyen su libido, por lo cual el instinto sexual permanece más o menos latente.

Anna Freud pone especial interés en los cambios que se presentan en la latencia. *“Lo anterior conduce a una comparativa falta de contenido emocional e instintivo y por consiguiente a ciertos cambios significativos en la conducta del niño, en sus ansiedades, en sus relaciones objetales y en los contenidos de su psique”*.¹⁰¹ De esta manera se comprende el empleo de la sublimación como uno de los mecanismos defensivos más empleados.

El superyó se llega a consolidar posterior al complejo de Edipo y se espera que cobre más fuerza en la etapa de latencia. *“La influencia del superyó se manifiesta típicamente, después de la resolución del complejo de Edipo, como*

¹⁰¹FREUD Anna; “Psicoanálisis del Desarrollo del Niño y del Adolescente”; P 89. Ed. Paidós 1992

*una interrupción o una disminución de las actividades masturbatorias, aparece las sublimaciones de distinto índole a menudo la formación reactiva. Se da la consolidación del carácter de la persona”.*¹⁰²

Ahora el niño ya no es tan instintivo como en etapas anteriores, ya ha adquirido capacidades y poderes que le permiten observar, interpretar y registrar los sucesos del mundo externo y del interno y controlar más eficientemente sus respuestas.

Ya su conducta se va a ver determinada en gran parte por su yo; ahora en lugar de tener que buscar satisfacción o control sobre sus deseos peligrosos. Su yo se haya en libertad de expandirse y desarrollarse, para usar su inteligencia y energía en otras direcciones.¹⁰³

Debido a estos cambios, los progenitores se convierten en figuras menos amenazantes, el niño en edad escolar empieza a comparar a sus padres con los de sus compañeros y se da cuenta de que estos no son todo poderosos, sino que también tienen necesidades inevitables y lo más importantes es que también a veces ellos se ven desvalidos.

En la etapa anterior se había hablado de la formación del superyó que era introyectado en el niño a través de los padres, ahora el superyó se separa de las figuras parentales y adquiere independencia gobernando al niño desde adentro. Así cuando el niño actúa de acuerdo a sus ideales el superyó se siente satisfecho consigo mismo y cuando desobedece o fracasa, experimenta una crítica interna o sensación de culpa.¹⁰⁴

Para Erikson esta es la etapa de la Edad escolar, misma que denomina “Laboriosidad contra inferioridad (competencia)”. El niño es considerado como un aprendiz del arte de aprender las tareas de la edad adulta. La ritualización

¹⁰² FENICHEL Otto; “Teoría Psicoanalítica de las Neurosis”; P. 134; Ed. Paidós.

¹⁰³ FREUD Anna; “Psicoanálisis del Desarrollo del Niño y del Adolescente”; P 90. Ed. Paidós 1992

¹⁰⁴ i FREUD Anna; “Psicoanálisis del Desarrollo del Niño y del Adolescente”; P 91-92. Ed. Paidós 1992

que corresponde a esta etapa tiene que ver con la forma apropiada de hacer las cosas. El ritualismo es el formalismo, el perfeccionismo.¹⁰⁵

Los juegos continúan, pero ya se espera del niño un trabajo productivo y logros más reales. Es preciso adquirir habilidades y conocimientos, se puede describir al niño que atraviesa esta etapa como un aprendiz del arte de aprender las tareas de la edad adulta.

A partir de los seis años menciona Erickson, el niño empieza a interactuar efectivamente con gentes ajenas a su círculo familiar. En la escuela y en el vecindario, algunas de estas gentes ejercerán una notable influencia en su desarrollo. Particularmente importantes serán, de ahora en adelante, sus amigos.¹⁰⁶

Para varios autores se hace necesaria una división del periodo de latencia por edades:

- La primera de los 5 ½ a los 8 años
- La segunda de los 8 a los 10 años

En el primer periodo de la latencia se puede ver que el yo continua recibiendo el rigor de un superyó que se torna severo y rígido. En esta etapa el niño tiene una complicación importante que tiene su origen en la internalización de dos tipos de defensas:

1. Las defensas en contra de los impulsos genitales. Utilizando una regresión temporal a la pregenitalidad, ya que estos impulsos resultan menos amenazantes que los genitales, sin embargo, continúan siendo lo suficientemente amenazantes por lo que aparecen:
2. Las defensas en contra de los impulsos pregenitales y en primer lugar se tiene a la formación reactiva.

¹⁰⁵ <http://www.miexamen.com/Teorias%20psicologicas.htm> Agosto 2008

¹⁰⁶ http://216.239.53.100/search?q=cache:hUclzmRDDqgC:redescolar.ilce.edu.mx/redescolar/cursosytaleres/escuela_padres1/rfts/tema2b.rtf+etapas+del+desarrollo+del+ni%C3%B1o+WINNICOTT&hl=es&lr=lang_es&ie=UTF-8 Agosto 2008

Debido a los conflictos con el superyó se puede observar en el niño la ambivalencia que es expresada en la conducta del niño por una alternancia entre la obediencia y la rebelión.

Ya en el segundo periodo la situación cambia: el yo está expuesto a conflictos menos severos, por un lado las demandas sexuales tienen menor influencia y por el otro el superyó se ha vuelto menos rígido. Ya en esta etapa los niños están listos para ser influenciados por otros niños y adultos que no son sus padres.

Todavía la tentación masturbatoria no ha desaparecido, pero el niño se opone a esta tanto como para romper pensamientos ocasionales al respecto ya sea negándolos o reprimiéndolos.

Finalmente cabe decir que durante ambos periodos de la latencia, el niño neurótico ve como una tarea principal resguardarse de sus fantasías incestuosas y de sus intentos masturbatorios. Realizan esta tarea por medio de una regresión parcial. Por lo que el yo en esta etapa está ocupado en desviar la energía sexual de sus intentos pregenitales y en utilizarla para la sublimación y la formación reactiva.

2.3.2 El Niño y su Cuerpo.

Fain, en 1974 realiza algunos estudios sobre la clínica psicosomática en la infancia, identificando el escaso desarrollo teórico que se ha tenido en este rubro. Expone que *“así como la comprensión plena del desarrollo de la personalidad del niño sólo fue posible cuando dichos psicoanalistas conocieron a fondo la actividad mental del adulto, del mismo modo las interacciones psicosomáticas no pueden ser captadas más que después de conocer en alguna medida la actividad mental de los pacientes psicosomáticos adultos”*¹⁰⁷. Por tal motivo la mayoría de los estudios sobre psicosomática están relacionados con casos de adultos y aunque suelen hacerse aplicaciones de los hallazgos logrados en casos de adultos a pacientes niños psicosomáticos es preciso tener en claro las diferencias propias de su etapa.

En su obra, *El malestar de la Cultura* de 1930, Freud refiere el proceso lento mediante el cual el niño comienza a reconocer que el seno materno es otra cosa, otro cuerpo. Este reconocimiento de la diferencia permite al niño reconocer el cuerpo propio, cuerpo que lo acompañará por siempre.

El desarrollo psíquico del niño, debe de ir, al igual que el desarrollo físico, de la mano de los padres. Ellos acompañarán al hijo por el camino que lleve al crecimiento y la madurez a través de distintas etapas. Ortiz Riverosa en el 2006 expone que *“es el amor de la madre hacia sus hijos e hijas la única voz digna para crear un cuerpo sano y una imagen corporal orientada hacia la búsqueda de la identidad, y es el amor del padre quien delinearé dicha función actuando como un `partero psíquico’”*¹⁰⁸. Una postura que reafirma los postulados de Winnicott, en los cuales los cuidados brindados del medio ambiente al niño, juegan un papel preponderante.

¹⁰⁷ KREISLER, FAIN Y SOULÉ. “El Niño y su Cuerpo”. P. 27. Ed. Amorrortu Editores. Argentina 1977.

¹⁰⁸ ORTIZ ROVIROSA, Mario. “Del Cuerpo a la Pareja”, dentro del compendio “El Cuerpo y el Psicoanálisis”. Asociación Psicoanalítica Mexicana. P. 123 Editores de Textos Mexicanos. México, D.F. 2006.

Lowen en “El Lenguaje del Cuerpo” de 1995 hace algunas inferencias en torno a los primeros momentos del contacto madre e hijo. En dicho encuentro, madre e hijo se comunican desde un deseo, una imagen y un solo cuerpo. El cuerpo de la madre irá delineando el cuerpo de su hijo, dejando un precedente para la capacidad de vincularse con los demás.

No sólo en cuanto al cuerpo del niño es necesario hacer referencia a la madre, puesto que la relación con ella marcará de forma importante el futuro del sujeto. Los seres humanos responden al deseo de su madre, a su deseo de vivir y sobrevivir, y es a través del cuerpo que dicho deseo se materializa.

El origen de ésta importante relación no se remite en primera instancia a las primeras horas de vida, el inicio es más temprano aún. *“Las sensaciones placenteras y displacenteras son transmitidas durante el embarazo y dejan las primeras huellas mnémicas, las cuales constituyen la base de ulteriores representaciones. Es así como se establece un vínculo desde el embarazo que será extensivo al nacimiento del bebé real y su manera futura de relacionarse”*¹⁰⁹.

Y dicho origen puede aún explorarse en un pasado más remoto, desde las fantasías preconceptivas de los padres, o tal vez aún más, si es que nos acercamos a los postulados transgeneracionales del psicoanálisis. Desde lo transgeneracional podríamos identificar aspectos de los abuelos, y todo tipo de ancestros que de alguna manera influyen moldeando en cierta medida el devenir del sujeto.

¹⁰⁹ Ídem. P. 124

2.3.3 Enfermedades Psicosomáticas en el Niño.

Ya se comentaba en el apartado anterior sobre la importancia en reconocer las diferencias psicológicas entre el adulto y el niño. *“El paciente psicosomático adulto es, en cuanto al manejo del simbolismo inconsciente, un inválido porque sus medios de integración son deficientes. Está más o menos fijado a esta posición. En virtud de su inmadurez, el niño puede carecer de estas posibilidades integrativas, o incluso no disponer de ellas transitoriamente a consecuencia de una de las crisis regresivas que caracterizan su evolución”*¹¹⁰. Esto puede ser considerado una de las razones por las cuales las expresiones psicosomáticas son en mucho más comunes en la infancia que en la adultez.

El soma puede ser una válvula de escape de las tensiones internas del niño, quien expresa mediante la utilización ocasional de su cuerpo tales dificultades.

La maduración psicológica ayudará a brindar al niño elementos para responder con otras vías que no sean corporales a sus tensiones. *“Todo lo que terminamos de decir implicaría que el bebe, cuyo psiquismo es embrionario, sería automáticamente un enfermo psicosomático, dada su incapacidad evidente de integrar en un nivel psicológico los estados de tensión a que puede estar sometido. Ahora bien, nada de esto ocurre, sencillamente porque la madre, activada por su instinto materno, compensa la insuficiencia psíquica del niño. La unidad psicosomática comprende a la madre, depositaria de las funciones psicológicas y somáticas no adquiridas aún por el niño”*¹¹¹. La madre como agente crucial en la maduración psicológica actúa como un agente externo que protege de la patología psicosomática.

Es posible inferir entonces que una de las características del paciente psicosomática es que su yo presenta cierta debilidad o inmadurez, por lo que requiere la utilización de su cuerpo para expresar sus conflictos psíquicos. Se

¹¹⁰ KREISLER, FAIN Y SOULÉ. “El Niño y su Cuerpo”. P. 28. Ed. Amorrortu Editores. Argentina 1977.

¹¹¹ Idem. P. 29.

trata de un yo que no cuenta con los mecanismos de defensa que permiten enfrentar los conflictos comunes que caracterizan la evolución psicoafectiva de los seres humanos.

La situación es más complicada en el niño, quien a diferencia del adulto es socialmente dependiente y no se ve obligado a subvenir a sus necesidades, cuenta con posibilidades de expresión que no son toleradas en el adulto (gritos, llanto, berrinches y pataletas) y además es poseedor de una plasticidad somática mayor que en el adulto.

De acuerdo a Leon Kreisler en 1995, el cuerpo es el medio de expresión que se utiliza más cuanto más joven es el niño. Kreisler reconoce como a Winnicott y Spitz como los iniciadores en cuanto a la observación de los aspectos psicosomáticos en la infancia.

El cuerpo es el punto de impacto directo de los fenómenos pulsionales mal controlados. Esto sucede cuando no es posible una solución mediante la mentalización del conflicto. No existe la posibilidad de enfrentar el conflicto con algún otro mecanismo neurótico. La conversión histérica implica un simbolismo neurótico (mismo que no aparece en la psicosomática), es decir que para el histérico el cuerpo es un instrumento de expresión simbólica; en clínica psicosomática el cuerpo es la víctima de afectos y pulsiones reprimidas. *“El primero habla con su carne, el segundo sufre en su carne”¹¹².*

¹¹² KREISLER, León. “La Expresión Somática en la Psicopatología del Lactante”. Citado por LEOVICI, S. y WEIL-HALPERN, F. “La Psicopatología del Bebé”, P. 269. Ed. Siglo Veintiuno Editores, México 1995

Se pueden plantear ciertas personalidades como vulnerables a la desorganización psicosomática en la infancia, entre las cuales se encuentran:

- La estructura del comportamiento, emparentada con la neurosis del comportamiento en la edad adulta. Suele tratarse de niños monótonos, con actividad pobre y vacía. Dicha estructura se identifica fácilmente mediante la observación del comportamiento, la ausencia de libertad fantasmática y la pobreza de representaciones que aparecen en la entrevista, los dibujos y las pruebas proyectivas, así como la carencia de sueños.
- Disfuncionamientos neuróticos mal organizados, inestables, irregulares o rígidos.
- La estructura denominada alérgica esencial. Misma que no suele ser percibida antes del periodo de latencia.
- Faltas severas de estructuración¹¹³.
- En cualquier edad (lactante-adulto) la depresión es una condición de alto riesgo de somatización.

Un rasgo importante en las enfermedades psicosomáticas que aparecen en la infancia es el estado afectivo que se caracteriza por la ansiedad, esto es expuesto en el Manual de Psicodiagnóstico Dinámico¹¹⁴. En esta publicación se refiere además que a pesar de su edad, los niños con enfermedades psicosomáticas tienden a preocuparse por su cuerpo y su enfermedad.

¹¹³ En el niño se entiende por estructura no un estado definitivo, sino una modalidad funcional reconocida en la actualidad y sometida a variaciones evolutivas.

¹¹⁴ PDM TaskForce. "Psychodynamic Diagnostic Manual". P. 245. Silver Spring, MD Alliance of Psychoanalytic Organizations, 2006.

2.3.3.1 Dermatitis en el niño.

La dermatitis en el niño suele caracterizarse por aparición de irritación en diversas áreas de la piel, enrojecimiento, comezón y resequedad. Pueden generarse importantes lesiones puesto que al rascarse el niño puede hacer sangrar su propio cuerpo.

En 1934 Winnicott escribe “La Urticaria Papulosa y la Dinámica de la Sensación de la Piel”. En este trabajo Winnicott estudia a la afección de la piel más común en los niños. Aunque ya se habían realizado estudios previos sobre esta afección (como el de Bray y Kinnear, ambos en 1933), considera que no se le ha prestado atención a los sentimientos que presenta el niño con esa enfermedad. Por lo tanto comienza haciendo las siguientes aseveraciones:

- a) *“La urticaria papulosa es un fenómeno epidérmico normal, una excitación de la piel correspondiente a la erección de un tejido excitado eréctil (glande del pene, clítoris, pezón, membrana mucosa de la nariz, etcétera).*
- b) *Cuando nos encontramos con la urticaria papulosa como enfermedad afligente, habitualmente tenemos ante nosotros un complicado trastorno psíquico que corresponde al onanismo obsesivo, en el cual la piel en general se ha convertido en el campo de batalla de una lucha principalmente inconsciente, librada entre un impulso que demanda gratificación y un sentimiento de culpa que amenaza con privar al niño (a su yo) de todo un sistema de placer. El carácter obsesivo del rascarse es un indicio del temor que siente el niño a perder un sistema de placer, y la automutilación tan común guarda un exacto paralelismo con la crueldad que en el onanismo obsesivo se dirige al self –si bien en las fantasías inconscientes concomitantes está dirigido fundamentalmente a un objeto del medio circundante”¹¹⁵-.*

¹¹⁵ WINNICOTT, Donald. “Acerca de los Niños” P. 198. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1998.

Winnicott considera que suele aparecer en los bebés episodios normales de dermatitis, sobre todo acompañados de cambios del estado de ánimo, sin embargo ésta dermatitis desaparece antes de que llegue a llamar la atención. Por otro lado hay casos en los cuales se convierte en un problema para los niños y sus padres al no encontrarse disminución en la irritación. *“...cuando está presente una característica obsesiva, considero que la afección es síntoma de una enfermedad, a saber un trastorno psíquico que implica cierto grado de represión ligada a sistemas de gratificación autoerótica más avanzada (por ejemplo genital)”*¹¹⁶. De allí que Winnicott configure el término *onanismo obsesivo con urticaria papulosa*.

La piel tanto en niños como en adultos ha resultado uno de los órganos que más se afectan en cuestiones psicosomáticas. John T. Ingram dice *“...la piel es en el hombre una extensión de la mente, una parte esencial del temperamento y de la personalidad del individuo”*¹¹⁷. Además la piel es también una zona erógena bien identificada en la infancia. El baño que la madre da a su bebé se convierte en una serie de caricias y cuidados que al agua cálida disfruta el niño.

En todas las personas puede encontrarse un erotismo epidérmico potencial, como cuando el sólo hecho de ver a alguien rascarse hace que también las otras personas sientan comezón. En ciertos estados emocionales se comparte un sentimiento ajeno. La prohibición social de rascarse muestra el sentimiento universal de culpa relacionado con el erotismo de la piel, y presupone que éste da placer.

La piel tiene un significado muy variado y muy complejo. El rubor está conectado con las emociones. El valor de la textura de la piel y del tacto es puesto de manifiesto en las perversiones y el fetichismo, pero también enriquecen la vida diaria de cada persona.

¹¹⁶ Ídem. P. 198.

¹¹⁷ INGRAM, J. “The Personality of the Skin” 1933, citado por WINNICOTT, Donald. “Acerca de los Niños” P. 199. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1998.

2.3.4 El tratamiento de la enfermedad psicosomática.

“En muchos casos clínicos se habrá podido ver el intento de los pacientes de arrancarse partes de la piel como modo de librarse del objeto persecutorio, destruido, introyectado patognomónicamente dentro del Self¹¹⁸”.

El paciente psicosomático es alguien que se ha quedado en el silencio por la estructura de su personalidad, la educación, la familia, el medio social o profesional. Por ello se sirve del cuerpo para comunicar lo que con palabras ya no es posible decir. Su enfermedad es un grito, una queja que pide auxilio, el terapeuta deberá de escuchar con cuidado y atención. Él necesita que lo escuchen, tal como sugiere Tordjan, *“es preciso infundirle seguridad, devolverle la confianza en ese otro –padre, madre, cónyuge- que le ha traicionado”¹¹⁹*. El terapeuta ha de desempeñar un papel sustituto afectivo que el paciente le coloca desde la transferencia.

Al abordar un caso de psicosomática en la infancia, León Kreisler propone investigar los siguientes aspectos:

- *“Reconocer y discriminar el síndrome físico, a la vez en sus bases médicas y en el sentido que tienen en la economía psicosomática;*
- *entender la calidad de la interacción entre la madre y el niño(a);*
- *precisar las características psicológicas del niño en su perfil general y más concretamente las modalidades de su funcionamiento mental;*
- *evaluar la personalidad del personaje clave de la relación, habitualmente la madre, su estructura, sus posibilidades de movilización y más electivamente su funcionamiento en su papel materno; situar los*

¹¹⁸ ROSENFELD, D. “Trastornos en la Piel y el Esquema Corporal”. Revista de Psicoanálisis, 309-348. 1973

¹¹⁹ TORDJMAN, Gilbert. “Cómo Comprender las Enfermedades Psicosomáticas”. Gedisa, S.A. México 1990. P. 96

elementos precedentes en la relación con el padre y con el contexto familiar y social;

- *descubrir los sucesos desencadenantes en su relación con la evolución del niño y su biografía, después de haber interpretado todas estas circunstancias en la dinámica de la interacción. Hay que subrayar la importancia de la duración del examen que aborda los sucesos que señalaron el embarazo, el parto y sus consecuencias. En la patología psicosomática del recién nacido, parecería que muchos disturbios precoces están en relación con los azares del compromiso materno primario¹²⁰.*

Si bien los aspectos expuestos por Kreisler están dirigidos a pacientes psicosomáticos lactantes, dichas características deberán también aplicarse a la investigación clínica de pacientes psicosomáticos en la infancia.

En el tratamiento de la dermatitis se busca romper el círculo vicioso por el cual las pápulas son acompañadas por irritación, y el rascarse produce pápulas. También se producen hemorragias y a menudo infecciones secundarias y la formación de costras y cicatrices. Winnicott simplifica el pensamiento del niño con esta afección: *“Me rascaré para demostrarme a mí mismo que todavía puedo ‘disfrutar’ pese a sentirme culpable o pese a que mamá trata de impedírmelo”¹²¹*. De esta forma el síntoma es comprendido desde la perspectiva simple y a la vez compleja del niño.

¹²⁰ KREISLER, León. “La Expresión Somática en la Psicopatología del Lactante”. Citado por LEBOVICI, S. y WEIL-HALPERN, F. “La Psicopatología del Bebé”, P. 268. Ed. Siglo Veintiuno Editores, México 1995.

¹²¹ WINNICOTT, Donald. “Acerca de los Niños” P. 198. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1998.

CAPITULO III

TRABAJO DE CAMPO

3.1 PARTICIPANTE

El caso clínico que se presenta trata de una niña de siete años de edad, en la etapa de latencia, que asiste a psicoterapia llevada por su madre debido a un caso de dermatitis, por lo que los médicos que la han tratado le recomiendan esta opción. Vive en la ciudad de Morelia Michoacán y cursa el tercer año de primaria.

3.2 ESCENARIO

Para describir el escenario es importante hacer mención del encuadre analítico, puesto que es éste entorno físico y los procedimientos que conllevan la práctica psicoanalítica los que componen una de las partes más importantes de la evolución del tratamiento.

Si bien, el encuadre analítico tiene variaciones entre el tratamiento de niños y el de adultos, existen aspectos comunes e importantes a considerar. Greenson (1976) expone aspectos básicos que favorecen la transferencia y la alianza del trabajo en el tratamiento. Expone que el que dos personas se vean solas y en repetidas ocasiones ocasiona una intensa implicación emocional.

El desempeño ético del terapeuta es particularmente importante tanto en el tratamiento de niños como en el de adultos, tal como lo refiere Greenson: *“El trabajo diario del analista con el paciente, su incansable búsqueda de insight y entendimiento, su respeto y protección de los derechos, potenciales y dignidad del paciente, su interés y compasión y su empeño, franco y considerado, de aliviar los padecimientos neuróticos del paciente deben formar parte de la atmósfera analítica”*.¹²² De ésta forma el desarrollo del tratamiento denota la

¹²² GREENSON, Ralph R. “Técnica y Práctica del Psicoanálisis”. P.398. Ed. Siglo Veintiuno Editores. Decimocuarta edición en español 2004. México, D. F.

necesidad de tratar al paciente como un ser humano, buscando la mejoría en su calidad de vida.

Respecto al encuadre específico para el tratamiento de niños, es posible encontrar también diversos exponentes, entre los que se encuentran Donald Winnicott, Anna Freud y Melanie Klein, para el trabajo terapéutico con niños. Mientras que para la comprensión acerca de la psicosomática se identifican a Sigmund Freud, Pierre Marti y Didier Anzieu, entre otros.

3.3 TÉCNICAS DE RECOPIACIÓN DE DATOS

3.3.1 Historia Clínica.

La historia clínica es un instrumento empleado por varias disciplinas para incluir información respecto a un sujeto e integrar un posterior estudio de caso. En la presente investigación, la historia clínica psicológica se realizó durante todo el proceso y con el apoyo de los datos referidos por los padres de la latente, así como los expuestos por ella misma. Estos datos fueron empleados para realizar el esquema diagnóstico propuesto por Anna Freud.

La historia clínica permite la recolección y valoración de datos que fundamenten el diagnóstico, den idea de una posible evolución (pronóstico), orienten a un tratamiento, así como un seguimiento del caso que implique la confirmación o cambio tanto del diagnóstico como del tratamiento en sí.

3.3.2 Reporte de sesiones.

Con la finalidad de mostrar de una forma más cercana la estructura del caso y su evolución se hace un reporte de sesiones en las cuales se muestran los momentos más significativos del proceso.

Se presenta en cada sesión una parte descriptiva y posteriormente una parte analítica.

3.3.3 Psicoterapia de Juego.

La psicoterapia de juego se utilizó en el proceso del estudio de caso debido a que es la técnica por excelencia del trabajo clínico con niños. Mediante ésta se elaboró parte del diagnóstico, se realizó el tratamiento y seguimiento del caso.

La psicoterapia psicoanalítica de juego es la técnica por excelencia a utilizar en el trabajo clínico con niños. Respecto a los abordajes psicoanalíticos a los niños se encuentran como las vertientes más importantes los postulados de Melanie Klein y por otro lado los de Anna Freud, dos formas distintas de atención para los infantes. A pesar de que en este trabajo se utiliza el esquema de perfil diagnóstico de Anna Freud, durante las sesiones la técnica se relaciona más con los aportes realizados por Melanie Klein, ya que el caso se podía desarrollar más desde esta postura.

3.4 Manejo de los Datos

Posterior a la presentación de la historia clínica y el reporte de sesiones se realiza un análisis de dicho material para aproximarse a la comprensión psicodinámica de los motivos inconscientes de la enfermedad psicosomática en la paciente.

Para dicho efecto se recurre a la revisión del marco teórico que permita comprender desde la generalidad de la teoría las particularidades de éste caso clínico.

3.5 ESQUEMA DEL PERFIL DIAGNÓSTICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: **ANNY**

SEXO: **Femenino.**

EDAD: **7 años y 2 meses.**

ESTADO CIVIL: **Soltera.**

LUGAR DE NACIMIENTO: **Morelia Michoacán.**

FECHA DE NACIMIENTO: **4 de septiembre de 1995.**

NACIONALIDAD: **Mexicana.**

LUGAR DE RESIDENCIA: **Morelia Michoacán.**

ESCOLARIDAD: **3° de Primaria (escuela publica)**

NOMBRE DEL PADRE: **Jorge**

EDAD: **49 años**

OCUPACIÓN: **Agricultor**

NOMBRE DE LA MADRE: **Norma**

EDAD: **33 años**

OCUPACIÓN: **Ama de casa**

FUENTE DE INFORMACIÓN: **La madre de la niña y la paciente.**

FECHA DEL ESTUDIO: **Inicio en 2002**

I. MOTIVO DE CONSULTA

+MANIFIESTO

La madre refiere que *“Anny tiene dermatitis, dicen los doctores con los que la he llevado que ya no hay medicina para ella, que lo que necesita es la atención de un psicólogo”*. (*sic. Madre). Su mamá se dice preocupada porque no sabe ya que más hacer para que mejore su hija. Anny comenta un tanto apenada que le salen unos granitos que le dan comezón y por eso la llevan conmigo.

+LATENTE

Anny es traída a consulta como uno de los últimos recursos en la constante búsqueda de los padres de Anny por lograr obtener la salud de su hija, reduciendo con ello la culpa y la carga buscando un apoyo para poder así sobrellevar su situación. Depositando así parte de la responsabilidad que ellos sienten.

PADECIMIENTO ACTUAL

Comenzó hace cuatro años con comezón en los ojos, lo que hacía que se rascara. Después la comezón pasó también al cuello, luego a las coyunturas de los brazos y después en las piernas, atrás de las rodillas. La comezón se manifiesta más durante la noche, mientras la niña duerme, llegando inclusive a amanecer con sangre por rascarse dormida. Hasta el momento no se ha identificado por los padres ningún factor que agrave los síntomas.

Últimamente la niña manifiesta pena de que los demás vean que tiene rojo en las partes donde se rasca.

FACTOR DESENCADENANTE

Los padres no identifican algo que halla podido desencadenar el padecimiento, sin embargo se pueden inferir dos cosas al inicio del proceso: primero el hecho de que a los 4 años se esta atravesando por el conflicto edípico y además para cuando Anny tenía esta edad comenzaban los problemas con su hermanito con el que desde pequeñito nunca llevó buena relación, diciendo que éste le pegaba.

II. DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE

FÍSICA

Anny es una niña de complexión muy delgada, morenita, su estatura es un poco baja, tiene unos ojos grandes y usa el cabello largo. Va vestida de pants y playera de manga larga la mayoría de las veces, ropa que tapa la mayor parte de su piel. Al inicio se muestra callada y a la expectativa, con sus ojos bien abiertos, además de verse sonriente.

La dermatitis es perceptible sólo en los párpados, sin embargo no es demasiado notoria. Sólo se ven sus párpados un poco rojos e irritados, como si se hubiese rascado.

IMPRESIÓN

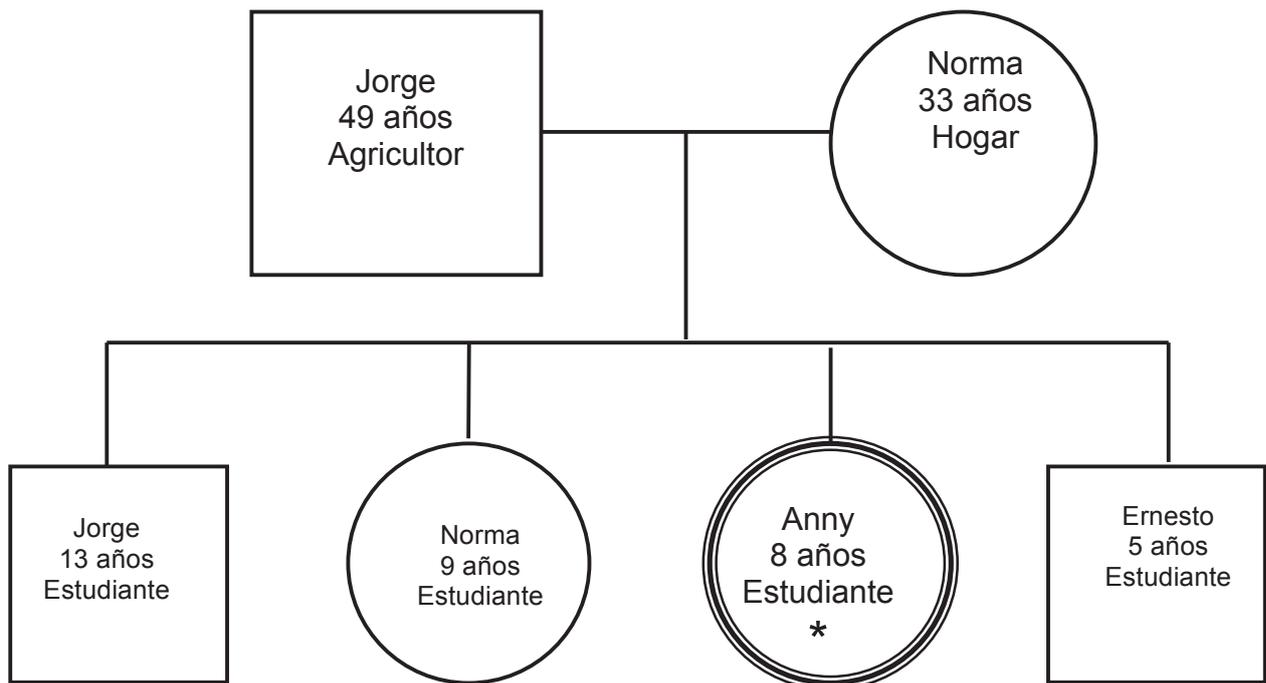
Anny me parece una niña agradable y simpática. Al principio se le notó un poco inhibida pero cada vez esto disminuye. Conforme avanzó el tratamiento ella se abrió más, aunque la interacción mediante el juego superó siempre la interacción verbal.

Asiste la mayoría de las veces acompañada por su madre, aunque en algunas ocasiones quien la lleva es su papá. Ambos padres se muestran interesados y atentos al tratamiento de Anny. Cuando el padre la lleva él se muestra muy cariñoso con ella.

III. ANTECEDENTES FAMILIARES E HISTORIA PERSONAL

HISTORIA FAMILIAR

Familiograma:



Anny vive actualmente con sus padres y sus hermanos en la ciudad de Morelia Michoacán.

Sus padres se conocieron en San Felipe, un pueblo que se encuentra cerca del municipio de Zitacuaro Michoacán, lugar donde ambos vivían.

La relación con su madre es buena, pasan mucho tiempo juntas y cuando tienen problemas es más que nada por cuestiones escolares.

Con su padre no pasa mucho tiempo por el trabajo de él; a pesar de esto la niña lo sigue mucho, le tiene mucho cariño. El padre de Anny es más estricto que la madre.

Entre los padres no hay muchas discusiones y las que suele haber son más que nada por el dinero. Cuando los padres discuten tratan de no hacerlo enfrente de los hijos.

Anny tiene mejor relación con su hermano mayor, Jorge. Mientras que con su hermano más pequeño, Ernesto, suelen tener problemas porque él les pega a ella y a su hermana, inclusive a veces hasta miedo le tienen.

Cuando Ernesto nació Anny lo recibió con gusto y quería pasar tiempo con él y jugar con él. Sin embargo Ernesto le pega y se porta grosero con Anny, por lo que ésta se ha alejado de él. Por su parte la hermana de Anny, Norma percibe como si Anny fuera la consentida.

Los papás, hermana, hermano menor y Anny duermen en el mismo cuarto a pesar de haber otra recámara disponible, el único que duerme solo es Jorge y esto es por que él lo quiso. El papá les dice en ocasiones que se vayan a dormir al otro cuarto pero al ver que los niños no se quieren ir no les dice nada más y los deja allí. Por las noches Ernesto se junta a dormirse con uno de los padres, variando en la elección de uno u otro, y Anny se va a dormir con el que haya quedado libre.

Los padres tienen relaciones sexuales más o menos cada 15 o 18 días, por las noches cuando los niños ya están dormidos o piensan que ya están dormidos. Por lo que probablemente Anny haya presenciado *escenas primarias*, así como sus hermanos.

El nivel económico de la familia es medio. La fuente de ingresos es únicamente por parte del padre que se dedica a la agricultura, dedicándose a unos terrenos que él tiene.

Hace cuatro años que la familia vive en Morelia ya que antes vivían en San Felipe, un pueblo que queda cerca de Zitacuaro. Allí es donde el padre de Anny tiene los terrenos en los que trabaja. Ahora él va para allá cada semana o cada quince días y se queda unos pocos días para trabajar. Decidieron

cambiarse a vivir a Morelia por el problema de salud de Anny y también para que su mamá pueda recibir atención médica para el estómago y con el ginecólogo para el estudio del papanicolao.

Los abuelos maternos se divorciaron por lo que la abuela materna vivió un tiempo con la familia de Anny, hasta hace 3 o cuatro años cuando se fue a vivir con sus otros hijos a Estados Unidos. Con su abuela Anny llevaba una buena relación, le tiene mucho cariño aunque últimamente ya sólo hable con ella por teléfono.

Con su abuelo materno no ha tenido mucha relación por el divorcio de él con la abuela. El abuelo paterno murió cuando el padre de Anny aún era pequeño y con la abuela paterna tampoco ha tenido una relación muy apegada.

En ocasiones una tía de Anny los visita y se queda en la casa con ellos. Ella es la hermana menor de la mamá de Anny, tiene 18 años y presenta un miedo muy fuerte a lo que son los sonidos muy fuertes, por ejemplo a los globos cuando éstos truenan.

En cuanto a antecedentes de enfermedades se encuentra que la abuela materna padece de hipertensión arterial, aunque ahora está controlada. Por otro lado, una prima de la niña tiene Síndrome de Down.

El abuelo paterno era alcohólico y una tía por parte de la madre murió por el alcoholismo. El tío más chico, por parte de la familia del padre, era alcohólico pero ya se rehabilitó; el papá de Anny algunas veces toma, pero no lo acostumbra demasiado según refiere la madre.

La familia practica la religión católica.

HISTORIA DEL DESARROLLO

Es el producto del tercero de cuatro embarazos. No fue una hija planeada pero no fue rechazada. No la esperaban e inclusive su madre tuvo que dejar de amamantar a Norma porque ya esperaba a Anny.

La salud de la madre fue buena durante el embarazo y durante el parto, mismo que fue eutósico (normal) y sin complicaciones. Los padres la recibieron con mucho cariño y gusto.

Nació en el Hospital General "Dr. Miguel Silva" en la ciudad de Morelia Michoacán el 4 de septiembre de 1994 a las 10:55 hrs. Con un peso de 3,100 kgs y una talla de 50cms.

De recién nacida la madre refiere que la niña se enfermó, no recuerda de que, pero no quería tomar la medicina y se privó por aproximadamente 5 segundos.

La niña recibió lactancia desde el nacimiento hasta el primer año de vida, sin referirse datos significativos sobre el destete. En el primer año comenzó a caminar. A los dos años comenzó a hablar y a controlar esfínteres.

Desde pequeña le ha gustado jugar con su hermana a las muñecas. Y actualmente es el juego que más práctica. Las cosas que le dan miedo son los fantasmas, aunque no se imagina exactamente como son, sólo refiere que son como personas. Una de sus caricaturas favoritas es la de las "chicas superpoderosas", identificándose con la que viste de color rosa, ya que éste es su color favorito.

La niña es muy cariñosa hacia los padres y hermanos, aunque con el menor no se muestra tan cercana, antes se le acercaba mucho pero esto ha disminuido por la actitud hostil del hermano.

Es muy fácil que Anny hable con personas que ni siquiera conoce, tiene gran habilidad para hacer amigos y se lleva muy bien con los compañeros de su salón de clases. Con quien mejor se lleva es con otras dos niñas. Aunque también tiene buena relación con los niños.

HISTORIA DE LA SALUD

La dermatitis tuvo su inicio cuando ella tenía aproximadamente 4 años, comenzando con unas ronchitas que le salían en los párpados, posteriormente aparecían en las coyunturas de los brazos y atrás de las rodillas. Ha habido temporadas en las que disminuye la irritación y desaparecen las ronchitas en piernas y brazos, pero las de los párpados rara vez desaparecen y esto es por poco tiempo.

En relación con la dermatitis que presenta estuvo durante tratamiento un año con el médico general y otro año con un dermatólogo, después fue atendida por un naturista. El diagnóstico que se le dio fue de dermatitis y el tratamiento básicamente ha consistido en diversas pomadas que le pone la madre y que no han dado los resultados esperados.

Anny ha sido llevada con diversos médicos con la finalidad de tratar su dermatitis. Sin embargo la situación en lugar de mejorar va empeorando. El tercer doctor con el que acudieron les dijo que quizá el problema de Anny debería ser tratado por un psicólogo, pues no se trataba de una enfermedad de tipo orgánico, sino emocional.

DATOS ESCOLARES

La niña cursa el tercer año de primaria en la escuela pública "Miguel Herrejon Patiño" en el turno vespertino. La madre es quien la lleva y trae de la escuela, manteniéndose en contacto con su maestra.

La madre refiere que Anny no tiene muchos problemas en relación con la escuela, que es una especie de líder con sus compañeros y tienen muy buena relación.

Con la maestra de primero y segundo año de Anny, se ha tenido mucho contacto, incluso se le ha hablado de la dermatitis que padece la niña. La maestra refiere que en lo general la niña demuestra capacidad para resolver cualquier problema o situación que se le presente. En la materia que tenía un poco de dificultad era en "*conocimiento del medio*", esto más que nada porque no leía. En el resto de las materias y en general, la niña tiene un buen rendimiento ya que es ordenada con sus trabajos y responsable.

La conducta de la niña en la escuela es buena, sólo que le gusta mucho platicar con las amiguitas con quienes se lleva mejor. Fuera del salón de clases convive con sus compañeros de manera ordenada. A pesar de que tiene muchos amigos, con quien mejor se lleva es con una niña que va en el salón de su hermano, quien es casi tres años menor que ella.

Con sus compañeros tiene una muy buena relación ya que es una niña respetuosa y cariñosa. No presenta conflictos con los otros niños.

La madre menciona que probablemente sea que platica mucho en la escuela y por eso no trabaja ni aprovecha tanto como antes.

La niña presenta una adecuada escritura de acuerdo a su edad y nivel escolar, así como no presentar dificultad para leer, ni apatía para las cuestiones escolares.

Presenta buen empeño para realizar las tareas, manteniendo orden y limpieza en sus útiles.

La madre agrega que quizás haya algún problema en la manera en que la maestra da las clases, pues en muchos de los compañeros de Anny han bajado de promedio.

IV. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

A. DESARROLLO DE LOS IMPULSOS

1. Libido

a) En relación con la fase del desarrollo.

La libido ha recorrido las zonas específicas del desarrollo normal, sin embargo la etapa dominante es la anal, aunque se alcanzan a rastrear fijaciones importantes hacia la etapa oral en base al síntoma psicossomático.

Al principio del tratamiento se identifican algunos rasgos que pueden confundirse con características fálicas debido a la gran importancia que tiene para la niña todos los juegos relativos a la relación de la hija con el padre. Sin embargo no se logra alcanzar un nivel de desarrollo edípico debido a la dificultad que presenta Anny para separarse de la madre. Por otro lado cabe señalar que según Tordjan¹²³ los síntomas psicossomáticos presentan regresiones a un nivel del desarrollo del yo casi indiferenciado del yo corporal, razón por la cual se identifican importantes fijaciones en la etapa oral.

b) La libido en relación con su distribución

Tal como se explicó en el marco teórico, Schur (1933) realizó estudios sobre la metapsicología de la psicossomática y explica que el paciente psicossomático comienza una regresión del proceso secundario a un proceso primario en el cual las energías libidinales y agresivas se dejan de neutralizar y se dirigen hacia el yo corporal (situación que se había logrado a través del desarrollo).

¹²³ TORDJMAN, Gilbert. "Cómo Comprender las Enfermedades Psicossomáticas". Gedisa, S.A. México 1990.

Con base en el desarrollo de la sintomatología de Anny, el órgano “elegido” como primer portador del síntoma y por lo tanto de la agresión fue también un órgano en el cual se depositó previamente energía libidinal: Los párpados, manifestando en los ojos un placer por lo que se ve pero al mismo tiempo una importante ansiedad y un castigo frente a dicho placer.

La energía depositada en el exterior puede considerarse excesiva, buscando agradar al medio a manera de compensar su síntoma somático (no le gustaba que las personas se dieran cuenta de éste). Manifestando tener buenas calificaciones y mostrándose muy cariñosa hacia sus familiares. Tal como lo menciona Ruesch¹²⁴, la consecuencia de la insuficiencia en sus capacidades es la restricción de la fantasía, la dependencia objetal, una conducta social hiperadaptada y la tendencia a canalizar las tensiones por vía de los síntomas somáticos.

Anny presenta inseguridad y dependencia, que reflejan dificultades en su autovalía. Además de que manifiesta rivalidad con los hermanos y sentimientos de tristeza respecto a la relación con su hermano menor, al cual refiere que estima mucho pero que él la trata mal y en ocasiones le pega.

Al inicio del tratamiento se establecen dos planteamientos hipotéticos respecto al desarrollo del síntoma, uno libidinal que se explicará a continuación y otro agresivo que se refiere en el apartado de la agresión y su calidad. La hipótesis que explica el síntoma desde la libido apunta al hecho de que el rascarse es producto del placer erótico y onanista de la niña frente a la escena primaria. Anny suele rascarse más durante la noche cuando las fuerzas represoras disminuyen.

¹²⁴ Ruesch J. “The infantile personality: the core problem of psychosomatic medicine”. Citado por Otero, Juan, “El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática”. Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis, N°. 16, 2004

c) En relación con la libido objetal.

Anny ha alcanzado como máximo nivel de desarrollo de libido objetal el anal, aunque mantiene importancia la figura paterna dentro del juego, la figura masculina es deseada pero a la vez devaluada (como en el juego en que la hija busca tener un novio con el objetivo de tener un bebé y posterior al nacimiento del bebé el novio muere atropellado).

Sin embargo la libido objetal mantiene un nivel dominante en el nivel oral por la dependencia que manifiesta hacia las figuras parentales. Además es en la etapa oral cuando el niño logra decalectizar el yo corporal para investir al yo psíquico, situación no resuelta en el paciente psicosomático.

Anny muestra identificación con su madre, relación que se puede ver compartida por la enfermedad, puesto que el principal motivo para que la familia cambiara de residencia fue para atender la dermatitis de Anny y los problemas estomacales y ginecológicos de su madre. Kreysler, Fain y Soulé¹²⁵ afirman que es la madre la que favorece la maduración psicológica del niño y permite que este no se convierta en un enfermo psicosomático al intervenir como un yo auxiliar que apoyará las funciones psicológicas y somáticas no adquiridas aún por el niño. Con esto se puede hipotetizar en un manejo no óptimo por parte de la madre en etapas tempranas del desarrollo de Anny.

2. Agresión

a) Cantidad

La agresión manifiesta es muy reducida, ya que la mayoría de ésta se encuentra inhibida y dirigida hacia el yo corporal, inclusive empleando mecanismos como la transformación en lo contrario, mostrándose demasiado cariñosa hacia las figuras paternas y hermanos.

¹²⁵ KREISLER, FAIN Y SOULÉ. "El Niño y su Cuerpo". P. 28. Ed. Amorrortu Editores. Argentina 1977.

b) Calidad

El tipo de agresión tiene una importante relación con la etapa sádico oral, en la cual el niño suele morder, jalar, rasguñar. De tal forma que Anny puede arañar su piel al rascarse en la zona afectada por la dermatitis. El castigo ante el placer sería el segundo planteamiento hipotético respecto al síntoma de este caso.

Los cuidados de la madre pudieron erotizar el cuerpo de la niña, esto aunado al hecho de ser indirectamente incluida en la relación sexual (por estar físicamente presente durante el acto sexual de los padres) generan sensaciones eróticas en Anny, quien ante esta triangulación puede llegar a sentir culpa. La piel es el primer órgano erógeno, sin embargo al haber fallas el placer se convierte en dolor. Fenichel¹²⁶ refiere que el hecho de que los niños perciban el acto sexual, generalmente de los padres, despierta en el niño primeramente una sensación de excitación sexual, sin embargo dicha sensación es convertida en una percepción de peligro, porque está fuera de su capacidad de control.

c) Dirección.

La agresión se dirige a través del cuerpo y hacia el yo corporal mediante las lesiones que aparecen en la piel, no únicamente por la irritación de la dermatitis sino también por la acción de rascarse. Al tratarse de la piel se identifica una agresión fijada en la etapa oral del desarrollo en la cual el contacto de la piel del bebé juega un papel importante ante los cuidados que requiere por parte de la figura materna. Por lo tanto se puede inferir que la agresión está dirigida a la imagen introyectada de la figura materna.

¹²⁶ FENICHEL Otto; “Teoría Psicoanalítica de las Neurosis”; P. 134; Ed. Paidós, 2000.

Tal como lo refiere Didier Anzieu¹²⁷ (1987), las primeras experiencias de placer y dolor están ligadas al contacto táctil y dicho contacto proviene de los cuidados de la madre. Si ella los dio en exceso o de manera inadecuada, entonces eso se reflejará en las fantasías de piel común, que se desgarran o hieren permanentemente.

El síntoma de la dermatitis y en consecuencia del rascarse fue evolucionando según lo refiere la madre de Anny. Comenzó con los párpados (lo que veía) y fue descendiendo a las coyunturas de los brazos (lo que tocaba) y posteriormente detrás de las rodillas (lo que hacía), nunca apareciendo en el área genital. El que aparezcan en las coyunturas del cuerpo posee una base orgánica, sin embargo el hecho de que inicie en los párpados refiere un significado más simbólico, como el castigo por ver (voyeurismo) y la ansiedad que le genera lo que ve (escena primaria).

B. DESARROLLO DEL YO Y DEL SUPER YO.

a) Evaluación de las Funciones del Yo (Leopold Bellak)

En términos generales es posible identificar en Anny un Yo que no ha logrado mantener un nivel de ansiedad sano. Dicha ansiedad se encuentra en un alto nivel, sin embargo no llega a perder la integración y funcionalidad. El contacto con la realidad sólo se ve afectado por el uso de la fantasía, pero sin distorsiones mayores.

¹²⁷ ANZIEU, Didier. "El Yo Piel" Ed. Biblioteca Nueva, Madrid España, 1987

1. PRUEBA DE REALIDAD (11puntos)

Anny percibe su medio ambiente con claridad, habiendo sólo distorsión en lo que tiene que ver con las figuras parentales, donde los estímulos internos (ansiedad) pueden distorsionar la percepción de ambos padres.

Una actitud que permite evaluar favorablemente este ítem es la capacidad que tiene Anny para reasumir el funcionamiento en la realidad cotidiana. Esto se encuentra en el hecho de que al término del juego las marionetas se van a dormir y con esto se regresa al estado normal (rol, tono de voz, actitudes propias de Anny y no de sus personajes). De esta forma se regula el desarrollo de la transferencia al tiempo de la sesión terapéutica.

2. JUICIO (10 puntos)

La función del Juicio se encuentra favorablemente desarrollada puesto que Anny es capaz de identificar consecuencias y por lo tanto muestra una conducta apropiada, como en la responsabilidad y cumplimiento escolar que manifiesta. Es en el plano de la fantasía donde las consecuencias parecen carecer de una temporalidad lógica (son muy rápidas en el juego) o de consistencia (en el juego refiere la abuela que se puede casar ya después se puede divorciar).

El aspecto que hace que esta función pueda mejorarse es en cuanto a la conducta autoagresiva del rascarse, motivada por la ansiedad manifestada en irritación y escozor en la piel. La niña se rasca irritándose y lastimándose más la piel.

3. SENTIDO DE REALIDAD Y DEL SELF (8 puntos)

La paciente trata de dar una buena imagen de si misma, esto parece regular de cierta forma la percepción de sí misma. Esto denota que la autoestima de Anny puede depender de las experiencias diarias y la opinión de los demás.

En cuanto a su rol se identifica con su edad y las actividades propias de dicha etapa. Sin embargo presenta cierto primitivismo en esta función al estar Anny todavía muy identificada con su yo corporal.

4. REGULACIÓN Y CONTROL DE IMPULSOS, AFECTOS E INSTINTOS (5 puntos)

El manejo de afectos (hacia las figuras parentales) y los impulsos desarrollan en Anny ansiedades que canaliza mediante el cuerpo, no regulándolos de una manera funcional. Dirigiendo explícitamente hacia las figuras parentales únicamente afectos positivos y hacia su propio cuerpo los instintos agresivos.

El control de sus impulsos es más deficiente durante la noche, al disminuir las fuerzas represoras, pues al dormir Anny se rasca más frecuentemente, situación que denota agresividad autodirigida y no controlada. Durante el día se rasca menos y esto ocurre cuando se le nota ansiosa y distraída.

5. RELACIONES OBJETALES (6 puntos)

La paciente mantiene relaciones de objeto modeladas por etapas del desarrollo previas. Ella se encuentra en la etapa, pero sus relaciones mantienen rasgos preedípicos. Se encuentra cierta regresión también cuando Anny refiere que aunque se lleva bien con los niños de su salón su mejor amiga es una niña más chica que ella, del salón de su hermano, amiga que es poco más de dos años más chica que ella.

Sus relaciones objetales manifiestan cierto desapego que se observa durante el juego (la muerte del novio no resulta importante). Además de que se conoce como una de las teorías que explican la dermatitis la falta de contacto físico y emocional con las figuras parentales.

Las cualidades de las representaciones de objeto no llegan aún a ser maduras ni totalmente integradas, puesto que los personajes de su juego tienen una marcada línea positiva (abuela) o negativa (padre).

6. PROCESOS DEL PENSAMIENTO (12 puntos)

Los procesos de esta función se encuentran altamente desarrollados, tanto para mantener la atención y concentración al momento en que se le explica el encuadre, así como la formación de conceptos y su expresión mediante un

lenguaje claro y coherente. No manifiesta dificultad para expresar ideas, manteniendo un lenguaje muy fluido mostrando agilidad mental.

En este sentido la ansiedad que puede despertar escenificar la situación familiar mediante las marionetas no obstaculiza la concentración de Anny en el juego.

La memoria, necesaria en el desarrollo escolar es bien utilizada por la niña, quien obtiene buenos resultados hasta el momento de iniciar el tratamiento.

7. REGRESIÓN ADAPTATIVA AL SERVICIO DEL YO (6 puntos)

La regresión al proceso primario necesaria para plasmar en el juego los impulsos y ansiedades propias de la niña durante la sesión es adaptativa, puesto que al término del juego regresa al proceso secundario y a una adaptación a la realidad y vida cotidiana. Dicha regresión es muy rápida, no es necesario mucho tiempo ni esfuerzo para que Anny tome las marionetas y comience a mostrar lo que ha introyectado.

Sin embargo hay importantes síntomas no adaptativos de regresión, como los son los relacionados con la etapa sádico oral, donde se maneja un nivel importante de agresión, en este caso autodirigida. Las regresiones preedípicas (anales) se relacionan con el hecho de que se ubica en una identificación tan grande con la figura materna que no es posible una triangulación edípica.

8. FUNCIONAMIENTO DEFENSIVO (4 puntos)

Los principales mecanismos de defensa que emplea son la negación (negando o minimizando los sentimientos cuando muere el novio en el juego), transformación en lo contrario (en el mismo juego posterior a la muerte del novio se hace una fiesta para el bebé) y devaluación primitiva (cuando en el juego la abuela le dice que se puede casar y tener un bebé, y si quiere después se divorcie). Suele emplear la fantasía como medio para expresar los conflictos inconscientes mediante el juego.

Anny es capaz de sublimar obteniendo buenas calificaciones dentro de la escuela o por medio de sus juegos, los cuales son representaciones directas de su inconsciente.

Este ítem no es tan favorablemente evaluado debido a que las defensas empleadas por Anny no son suficientes para contener la ansiedad y por lo tanto se recurre al cuerpo como medio para manifestar el síntoma psíquico a manera de un mecanismo defensivo de somatización.

El funcionamiento defensivo se hace pasivo y se renuncia a la agresión para ser amada y aceptada. En esta renuncia las fuerzas agresivas encuentran salida en la piel y la agresión la deposita en el otro.

9. BARRERA A LOS ESTÍMULOS (10 puntos).

En cuanto al componente receptivo se encuentra en un estado normal la incorporación de estímulos externos, encontrándose más complejidad en cuanto a los estímulos internos que son los que suelen afectar más a la paciente.

En el componente expresivo se encuentra una adecuada adaptación a los estímulos que recibe del exterior, mostrando respuestas conductuales aceptables ante el medio.

10. FUNCIONAMIENTO AUTÓNOMO (13 puntos)

Tanto las funciones autónomas primarias como secundarias se encuentran sin alteración. Anny es una niña inteligente en cuanto a capacidad para actuar ante situaciones nuevas, lenguaje fluido y adecuada expresión motora. Sus habilidades y patrones conductuales son normales a los de una niña de su edad. Con esto se identifica que los conflictos de Anny no han afectado las operaciones autónomas, a excepción de los afectos que expresa de manera primitiva (somatizando).

11. FUNCIÓN SINTÉTICO-INTEGRATIVO (7 puntos)

La capacidad para integrar experiencias discrepantes se encuentra disminuida en Anny, puesto que manifiesta sentimientos hostiles hacia la figura paterna dificultándose la integración de aspectos positivos en él, por lo que manifiesta agresividad latente hacia dicha figura. La madre es percibida también como

agresiva, por lo que debe de mantenerse de su lado y adecuarse a su actitud hacia el padre.

Sin embargo en otras áreas dicha función no muestra deficiencias, como lo relacionado con experiencias de conexión y continuidad entre hechos.

12. DOMINIO – COMPETENCIA (7 puntos)

Anny muestra un adecuado desempeño escolar, propios de una niña de su edad. No manifiesta problemas con el medio, las complicaciones son más bien a nivel inconsciente y manifiestas en el cuerpo. Manifiesta éxito en el plano escolar y la buena relación de la niña con varios niños.

El aspecto desfavorable es en este caso la afectación de salud que presenta, mismo que le ha llevado a consulta con varios médicos, su enfermedad le genera cierta pena, sobre todo las marcas que pueden llegar a ser notorias en su piel.

SUPERYÓ

El Superyó es por lo general autopunitivo en pacientes psicosomáticos. En “Esquema del Psicoanálisis”, Freud (1938) expone: *“Es evidentemente, la contribución que presta a la resistencia un Superyó que ha devenido muy duro y cruel. El individuo no debe sanar, sino permanecer enfermo, pues no merece nada mejor”*¹²⁸. De esta forma es posible tener una concepción general de la forma en que el superyó suele aparecer en los enfermos somáticos. En el caso de Anny la crueldad del superyó lesiona la piel misma. Hay algunos aspectos del superyó que se encuentran externalizados, por lo que Anny pide autorización para hacer cosas, sin embargo los rasgos autopunitivos se encuentran ya interiorizados.

a) Ideal del Yo

El superyó no se encuentra consolidado aún, ya que Anny aun no ha llegado al conflicto edípico, sin embargo presenta importantes elementos superyoicos que le permiten adaptarse a su medio.

La madre se ha establecido como un ideal del yo, quien tiene poder a través de tener un hijo. Tal como en su juego lo manifiesta Anny, el objetivo del mismo es que la hija tenga un bebé, éste es la razón para que la hija se case, después de tener al bebé el novio deja de ser necesario y lo mata en el juego.

b) Conciencia moral

Anny presenta un superyó amenazante que atemoriza con la posibilidad de perder el cariño de la madre, por lo cual tiende a mantener una conducta “apropiada”. El superyó actúa como esta madre vigilante que supervisará su actuar para hacerla acreedora o no merecedora del amor de los padres.

Ante el placer por ser participe de la escena primaria (como espectador) la niña puede aceptar o incluso solicitar el castigo, la necesidad de perdón se convierte en necesidad de castigo con la esperanza de conservar siempre a los padres.

¹²⁸ FREUD, Sigmund. “Esquema del Psicoanálisis”, en Obras Completas, Tomo XXIII. Amorrortu, Buenos Aires 1938.

El castigo aparece entonces en las lesiones que manifiestan un modo de comportamiento primitivo al enfermarse y así físicamente expresar el conflicto psíquico.

V. EVALUACIONES GENÉTICAS (Regresiones y Puntos de Fijación)

a) Mediante la Conducta.

Anny manifiesta en su juego importantes regresiones preedípicas, mostrando cierta curiosidad sexual (“...*mientras tanto la hija y el novio se siguen dando besos, estando el novio sobre la hija*”) La temática general del juego gira alrededor de que la hija quiere tener novio, para tener un bebé, intereses que se despiertan en la etapa fálica del desarrollo.

Aunado al síntoma agresivo (autodirigido) se encuentran rasgos también de fijaciones orales, por la importancia que el bebé tiene así como la diada madre – hijo, en el juego de Anny el padre del bebé sale sobrando, incluso muere, quedándose únicamente la hija con su bebé.

b) Por la actividad de la Fantasía

La fantasía es además de uno de los principales mecanismos de defensa que emplea Anny un medio por el cual se pueden identificar afectos e instintos. En el juego el padre del bebé muere, de esta forma Anny descarga la agresividad dirigida hacia la figura paterna. Aquí se identifican rasgos de una relación diádica en la que el padre aún no es permitido.

c) Por la Sintomatología

Aunque la enfermedad psicosomática no se vincula directamente con una etapa del desarrollo¹²⁹, de acuerdo a la concepción de Schur (1933) es en etapas tempranas del desarrollo que el infante desomatiza las experiencias, al incluirse en el proceso secundario. Freud (1909) encontraba una importante

¹²⁹ CAMERON, Norman. “Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. Un Enfoque Dinámico”. P.675. Ed. Trillas. México 1990

relación de la piel del niño con el cuerpo de la madre durante la etapa oral, puesto que al momento de alimentarlo el contacto es inminente y constante. Por lo cual se identifica en la sintomatología rasgos de la etapa oral y sádico oral (por la agresividad en el síntoma).

VI. EVALUACIONES DINÁMICAS Y ESTRUCTURALES

Existen sentimientos de culpa que se desarrollan a partir de un conflicto entre los impulsos del ello y las normas internalizadas en el superyó, predominando un yo un tanto primitivo que no logra canalizar la agresión. Los impulsos agresivos hacia la figura paterna pretenden ser neutralizados, sin embargo sólo se niegan dirigiendo la agresividad hacia otro lado (el yo corporal). Anny trata siempre de dar una buena imagen de sí misma, no se le ve enojada y reacciona ante la hostilidad con sumisión (el hermano menor le pega y ella se siente triste por esto). Es como si Anny no debiera enojarse o manifestar su agresividad, sin embargo ante la imposibilidad de sublimarla la dirige hacia ella misma, mediante el mecanismo de vuelta contra sí mismo.

Entre el ello y el yo se encuentra un conflicto, en base a que los impulsos de Anny no han tenido contención en el medio. Ulnik (2004) basándose en Freud (1905) refiere que hay distintos tipos de pulsiones, como la de ver y la de tocar (o ser tocado), refiriendo en los enfermos que requieren la aplicación de pomadas una forma de tener el contacto físico que por otro medio no han podido conseguir.

1) Nivel de Madurez

Anny a sus 7 años presenta independencia en las estructuras de su personalidad, aunque conservando la influencia de las reglas externas en los precursores del superyó. Sin embargo dichos precursores del superyó manifiestan rasgos primitivos siendo sádicos y autopunitivos.

Por la etapa del desarrollo en que se encuentra aún no es posible identificar una estructura de personalidad definitiva, sin embargo en base a la evaluación de las funciones del yo se pueden inferir un desarrollo yoico a niveles neuróticos y limítrofes.

2) Severidad del Trastorno

La severidad del trastorno puede medirse no sólo en base a la duración de la enfermedad, que a la fecha lleva poco más de 3 años en Anny, sino también en cuanto al grado de afectación. Las zonas que se han afectado son los párpados, las coyunturas de los brazos y detrás de las rodillas básicamente. Hay ocasiones en que por el hecho de rascarse (más por las noches) las lesiones llegan a sangrar.

Las pequeñas marcas en la piel (muy poco perceptibles a simple vista) generan vergüenza en Anny, no le gusta que se le vean. Esto puede llegar a afectar su desenvolvimiento social, aunque hasta el momento no se ha presentado dificultad en la socialización.

3) Intensidad de la Terapia Necesaria

Se propone la Psicoterapia Psicoanalítica enfocada al niño. En este caso se trabaja fundamentalmente con psicoterapia de juego para que la niña elabore los conflictos inconscientes.

Hacia los padres se realiza una orientación que permita favorecer un mejor ambiente para el desarrollo de Anny y su salud.

Inicialmente se propone abordar los siguientes aspectos como plan terapéutico, mismo que tuvo ajustes y cambios durante el desarrollo del mismo.

- Se permitió que la niña exprese de manera adecuada la agresividad que tenía hacia la figura masculina y femenina.

Por medio del juego. En particular Anny se desarrolló muy bien con el juego de las marionetas. Es uno de sus juegos favoritos, al cual recurre en la mayoría de las sesiones. Ellas son su voz, ellas dicen y hacen lo que ella no.

Se trabaja con una familia de marionetas y con la relación de la hija con el papá, con el objetivo de que ella pueda manifestar sus sentimientos hostiles, para más tarde reconstruir la figura parental por medio de una reconciliación que llega a su debido momento de acuerdo a la pauta marcada por la misma niña.

- Contención para que no explote su agresividad sin control.

En base al encuadre psicoterapéutico marcado “ni yo te debo hacer daño a ti ni tú me lo puedes hacer a mí”, se marcaron reglas. En relación al padre es más sano que los sentimientos agresivos del sujeto salieran por medio del juego a que salieran de manera directa, creando conflictos.

- Se promovió confianza en la niña para que sepa que no será rechazada por expresar su agresividad y con esto disminuir la parte punitiva del superyó.

El no ejercer juicios de valor a lo que la niña (marioneta) hace, sino que ella sea la que saque sus propias conclusiones. Reconociendo que al final los juegos siempre tienen un final feliz (ella decide terminarlos con una fiesta). Se le dio libertad para que se expresara y no se mostró rechazo (el terapeuta se convierte transferencialmente en el padre y al no rechazar brinda confianza paterna).

- Ayuda para manejar sus afectos e impulsos de manera que la ansiedad que estos le despiertan puedan ser mejor manejados.

Las emociones y sentimientos no manejados, reprimidos o negados han generado ansiedad a la niña, por lo que deben ser elaborados por medio del juego. Ha sido interesante ver como la relación conflictiva con el padre aparece en varios juegos consecutivamente y disminuye cuando la situación ya

se encuentra más elaborada, es decir más resuelta. Anny ha ido marcando la pauta de sus necesidades por medio del juego. Se ha trabajado en otras ocasiones el duelo de la despedida de su abuela con la marioneta que representa a la “abuelita” y las relaciones con la madre. Es importante que después de terminar el juego se preguntaba a la niña qué aprendió del juego de ese día, con la finalidad de conocer que es lo que a ella se le ha quedado y en el momento preciso hacer alguna intervención del nivel adecuado (señalamiento, confrontación o interpretación).

- Se buscó que la niña recibiera más afecto por parte de su familia.

Esto en base a las entrevistas con los padres, donde se les explicaba la situación de Anny de acuerdo a la manera que mejor lo puedan comprender; haciéndoles recomendaciones y promoviendo la unión familiar. Fue de suma importancia el apoyo que se tuvo por parte de los padres para que Anny pudiera expresar sus afectos.

En cuanto a la orientación hacia los padres se incluyeron las siguientes sugerencias:

- ❖ Que la niña cambie de habitación donde duerme, de forma que ella se sienta bien haciéndolo. Por ejemplo que junto con sus padres decoren la nueva habitación. Esto se llevó a cabo.
- ❖ Por la parte de la dermatitis, que los padres tengan un mejor contacto físico con la niña, para disminuir la carencia afectiva. Aunque fue complejo el acercamiento con el padre, este se logro.
- ❖ Que el padre se acerque más a la niña de una forma cálida, dándole confianza. Y la madre de más muestras de seguridad a la niña, permitiendo la separación.
- ❖ No reprimir las emociones de la niña, dejar que las externalice, pero guiandola para que lo hiciera de forma adecuada.

- ❖ Proporcionarle una mascota a la niña (un perro o un gato) para que tenga contacto físico con él y por medio de él exteriorice lo que no puede sacar de ella. Al inicio fue complejo pues por las mismas resistencias de los padres prefirieron comprarle un gallo, sin embargo, posteriormente se logró tener un perro para atender esta recomendación.

En términos de pronóstico se infirió que de no recibir un adecuado tratamiento la patología de Anny podría incrementarse, extendiéndose la dermatitis hacia otras partes del cuerpo como había venido ocurriendo. O pudiese manifestar su ansiedad por medio de otros síntomas.

La niña tuvo un buen pronóstico debido a que cuenta con las capacidades necesarias para un tratamiento, además de contar con el apoyo por parte de sus padres lo que brinda grandes ventajas para el tratamiento.

VII. EVALUACIÓN DE ALGUNAS CARACTERÍSTICAS GENERALES

a) Tolerancia a las frustraciones.

La tolerancia a la frustración en Anny puede ser aparentemente alta, mostrándose como una niña centrada. Sin embargo los síntomas manifiestos reflejan que existe una baja tolerancia a la frustración, misma que origina una ansiedad mayor a la que Anny puede enfrentar, esto conlleva a una regresión patológica con síntomas somáticos.

b) Potencial de Sublimación

La sublimación como mecanismo de defensa es empleado sólo parcialmente por Anny, puesto que se encuentra que es una buena alumna. Sin embargo dicha sublimación no resulta suficiente para disminuir la ansiedad. También emplea la sublimación mediante el juego en donde expone conflictos inconscientes y familiares, sin embargo presenta dificultad para neutralizar la agresión.

c) Actitud general hacia la ansiedad (manejo de las ansiedades).

Ante la Ansiedad Anny se rasca. Pichón Riviére en 1971 expone: *“el prurito (comezón) genera la conducta del rascado que produce una sensación de placer, pero asimismo una demanda de más rascado. Algunos pacientes sólo pueden detener este círculo vicioso cuando algún líquido (suero, pus, sangre, exudados) brota hacia fuera”*¹³⁰. El rascado tiene entonces una connotación sexual importante. La ansiedad que despiertan los impulsos sexuales encuentra salida mediante el rascado.

d) Fuerzas progresivas del desarrollo contra las tendencias regresivas.

Aunque están presentes, las fuerzas progresivas del desarrollo están por debajo de las tendencias regresivas. Un ejemplo de esto es que la mejor amiga de Anny es de menor edad que ella, además de la importancia que para ella tiene la actitud de su hermano menor hacia ella, no tanto la de sus hermanos mayores.

Dicha tendencia regresiva es lo que explica el hecho de que la sintomatología de Anny esté permanente y no sea algo transitorio. De no recibirse tratamiento la dermatitis continuará como lo ha hecho en los últimos tres años. Anny no está dispuesta a renunciar a los placeres pasivos de la infancia, se niega a dormir en un cuarto aparte del de los padres, pero se observa una tendencia progresiva en su buena adaptación a lo académico.

¹³⁰ PICHÓN REVIÉRE, E. “Aspectos Psicosomáticos de la Dermatología”. Nueva Visión, Buenos Aires 1971.

VII. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

En Anny se encuentran regresiones permanentes de los impulsos hacia puntos de fijación previamente establecidos (etapa sádico-oral) que conducen a conflictos psíquicos expresados en el cuerpo. El hecho de presentar fijaciones tempranas ha debilitado al Yo, el cual muestra un funcionamiento general a nivel limítrofe. Por la misma razón el superyó no se encuentra bien establecido.

La niña ubicada presenta ansiedad que manifiesta por medio de una dermatitis debido a la dificultad para manejar la agresividad hacia la figura paterna por percibirla hostil dentro de las escenas primarias que ha presenciado y el amor edípico hacia éste. Dicho sentimiento hostil ha sido instaurado por la relación diádica con la madre, sin embargo le genera culpa por lo que la reprime y la dirige hacia ella misma. La separación con la figura materna no se ha logrado estancando el desarrollo.

Se encuentran también carencias afectivas en la niña, por lo que recurrir a las lesiones en la piel es el medio que ha encontrado para recibir las caricias por parte de la madre, quien aplica las pomadas sugeridas por los médicos.

3.6 REPORTE DE SESIONES

A continuación se presentan algunas de las sesiones en las que se trabajó con Anny, abarcando un periodo del 15 de agosto del 2002 al 19 de junio del 2003. Se exponen sesiones de las fases inicial, media y final del proceso terapéutico con la finalidad de mostrar un esquema del proceso de la niña así como su evolución. Posterior a cada sesión se realiza el análisis de la misma, concluyendo al final con un análisis global de la evolución del caso.

El material de cada una de las sesiones será analizado en base a los siguientes criterios:

- 1) Autopercepción (Self)
- 2) Percepción del medio (Realidad Externa)
- 3) Imagen materna/paterna (Relaciones Objetales)
- 4) Conflictos significativos (tipo y nivel)
- 5) Naturaleza de las ansiedades (tipo y nivel)
- 6) Principales defensas (tipo y nivel)
- 7) Adecuación del Superyó (nivel de desarrollo y funcionamiento)
- 8) Integración del Yo
- 9) Transferencia y Contratransferencia
- 10) Impresión de la sesión

PRIMERA SESIÓN

15 de Agosto del 2002

Al principio asiste la madre de Anny. Por medio de entrevistas abiertas, pero dirigidas, se obtiene información de gran utilidad para formar la historia clínica. Poco después Anny entra, acompañada de su madre, le digo mi nombre y le pregunto el suyo. Ahora le pido a la madre que nos deje para comenzar el trabajo.

Le pregunto a Anny que como está, a lo que ella refiere que bien. Le pregunto que si sabe porqué la llevan conmigo. Ella me dice que es porque le salen unos granitos que le dan comezón. Ahora le pregunto si sabe que haremos aquí. Ella me dice que no. Le digo que aquí vamos a platicar, a jugar a lo que ella quiera y a dibujar. Ponemos las reglas, “ni yo te puedo pegar, ni tu me puedes pegar a mi”, “tenemos un tiempo y lo vamos a respetar, yo te indicaré cuando se nos acabe el tiempo”, “podemos jugar con todo lo que quieras, pero cuando terminemos lo vamos a guardar en su lugar y no se puede destruir el material”.

Los vio todos y me preguntó que a lo que yo quisiera, le dije que a lo que a ella le gustara. Entonces decidió que jugáramos con las marionetas de la familia. Las sacamos de las cajas y entonces ella tomó a la que es la hija. Le pregunté que con cual sería yo y me dio al papá. *Dentro del juego la hija (Anny) le pide permiso al papá (yo) para tener novio, dice que tiene muchas ganas de tener novio. Yo le digo que lo tengo que pensar muy bien, que no estoy muy seguro. Entonces ella me da la marioneta de la mamá y le dice a la mamá que si la deja tener novio.*

Le pregunto con la mamá que para qué quiere tener un novio y ella me dice que es porque se quiere casar, que le demos permiso de casarse. Al preguntarle para qué se quiere casar dice que es para tener un bebé, que ella quiere tener un bebé. Entonces le digo que le pregunte a su abuelita (a la cual ella maneja). La abuelita le dice que sí que se case y tenga al bebé “total

después de tener al bebé te puedes divorciar, si quieres". Ahora la abuelita se va a descansar.

La hija vuelve con los padres y me presenta a su novio, otra marioneta. Me dice que su abuelita le dio permiso y que se va a casar. La hija y el novio se besan, le digo que en un momento volveremos y hago como que el papá y la mamá van a platicar acerca de que la hija se quiere casar. Mientras tanto la hija y el novio se siguen dando besos, estando el novio sobre la hija.

Regreso con los papás y la hija se desmaya, el novio me dice que hay que llevarla al hospital, allí le dice que está embarazada. Se llega el momento del parto y entonces tiene un bebé. Me dice que nos vayamos a la casa y estando allí dice la hija que hay que hacerle una fiesta al bebé. Están todos reunidos y salen a comprarle regalos.

Cuando sale el novio (al cual ella manejaba) dice que lo atropellan y se muere. La hija va y llora por él, pero pronto vuelve a la casa para seguir con la fiesta del bebe. Allí está muy feliz.

La abuelita cuida al niño y dice que ya está muy cansada y que se va a dormir y se lleva al bebé porque también tiene sueño. La hija dice que se va a dormir y yo que manejo a los papás les digo que también vamos a dormir. Ella los acuesta a todos juntos y con esto se termina el juego.

ANÁLISIS DE LA SESIÓN

La Autopercepción de la niña es adecuada a su rol de hija y a su género femenino. Presenta necesidad de aprobación ante sus impulsos, en el juego, desea tener un bebé. Manifiesta el deseo edípico de tener un hijo, para poseer un falo, el novio no es importante, sólo para tener al bebé. Por lo tanto es una figura que representa al padre.

En lo que respecta al medio o realidad externa éste es visto como permisivo y con varias figuras de autoridad, lo que debilita un tanto la aplicación de la misma (si no lo aprueba uno busca a alguien más que si lo haga), pareciera que la necesidad de límites es más interna que externa.

La relación con las figuras parentales es importante para la niña, siendo las primeras figuras introducidas, comenzando por el papá. Inicialmente la primera figura que busca la niña es el papá. Los padres son quienes otorgan permiso, y de quienes se busca la aprobación a manera de mantener el cariño.

La abuela juega un papel importante, tanto en el juego como en la vida real y es en el juego que al no recibir respuesta de los padres, la abuela brinda la autorización, mostrándose permisiva y despreocupada. Al final del juego la abuela cuida al bebé, reflejo de la vida misma de Anny, pues su abuela vivía con ellos cuando ella era más pequeña y posiblemente se encargaba del cuidado de sus nietos.

La figura masculina del novio parece ser necesaria sólo para tener el bebé, después de que nace el bebé se encuentra desinterés e incluso sentimientos agresivos hacia esta figura, brindándole en el juego una muerte violenta (lo atropellan). El novio tiene una importancia secundaria, la figura que importa es la del papá, pues es esta función la que interesa del novio.

El bebé es para la hija algo deseado, la meta del juego. Esto puede tener relación con el deseo de tener un falo, cuestión fundamental en la etapa

edípica, que es una de las etapas a las que más muestra regresión Anny. Al conseguirlo se hace fiesta y puede entonces terminar el juego.

Anny presenta conflictos preedípicos y algunos rasgos edípicos. El deseo del bebé-falo manifiesta la necesidad de tener algo del padre (es a él a quien en primera instancia pide permiso para casarse y tener un bebé). Cuando Anny debiera comenzar la etapa fálica nace el bebé (hermano). Casi un año después aparece el síntoma según recuerda la madre. Como ya se ha expuesto con anterioridad, el síntoma se gesta desde la etapa oral pero se desencadena en lo que debiera ser la etapa fálica.

Aquí es posible identificar el núcleo del problema en la psicodinamia, el síntoma comienza a gestarse en la etapa oral, teniendo con esto relación con la figura materna, pero desencadenándose en la etapa fálica, relacionándose así con la figura paterna.

Los impulsos de Anny son la principal fuente de ansiedad, sobre todo los libidinales. Requiere de la aprobación de los padres para disminuir esta ansiedad. Los impulsos thanáticos son más disfrazados, la agresividad dirigida a la figura masculina aparece en el juego como un accidente y no requiere de apoyo de las demás figuras.

La ansiedad fundamental puede considerarse la ansiedad por pérdida del amor del objeto, que implica el temor de perder el amor de los padres. Esto es una ansiedad preedípica y tiene relación con un nivel de desarrollo anal.

Los mecanismos de defensa que se encuentran en ésta sesión son básicamente el desplazamiento, aislamiento afectivo y racionalización, aquí se encuentran mezclados mecanismos de primer y segundo nivel. Dichos mecanismos se manifestaron de la siguiente forma:

Desplazamiento.- Los deseos libidinales originalmente dirigidos hacia el padre se desplazan hacia el novio.

Aislamiento Afectivo.- No se encuentra una reacción emocional ante la muerte del novio. Incluso posteriormente participa en una fiesta.

Racionalización.- Los impulsos agresivos dirigidos al novio se racionalizan para no aparecer de forma directa, sino más bien como un accidente.

A pesar de que el medio parece ser permisivo, Anny requiere de autorización para hacer las cosas, con esto se identifica un superyó externalizado sobre la figura paterna. Al término del juego requiere que todo haya terminado y que se duerman todos los personajes, para volver a contener los impulsos y terminado el juego todo vuelva a la normalidad.

Uno de los principales conflictos es que aunque los impulsos son muy fuertes su superyó (precursores externalizados) es punitivo, al grado de castigar físicamente generando lesiones en la piel. No se cuenta aún con un superyó maduro. El superyó de Anny es un tanto arcaico en términos de que aún una parte importante de éste se encuentra externalizado en la figura paterna y algunas partes del superyó que son interiorizadas son sobre todo punitivas.

En lo que respecta al Yo, Se encuentra un yo con tendencia a la regresión, lo cual lo debilita. Mezcla mecanismos de primer y segundo nivel para disminuir la ansiedad presente.

Las funciones autónomas del yo se encuentran sin mayor dificultad. De esta forma el contacto con la realidad no se encuentra gravemente alterado, sólo en algunas áreas se encuentra afectado por el conflicto entre los impulsos y el superyó.

A nivel transferencial Anny deposita en el terapeuta las características del padre. Dicha situación se muestra de forma muy clara por tratarse de las marionetas que ejemplifican a una familia. El padre es proyectado como una

figura de autoridad, por lo cual la hija solicita autorización al padre para poder tener novio. Ante esto me genera cierta preocupación dar una respuesta afirmativa o negativa, por lo que trato de ser imparcial. Me sorprende que Anny plantea situaciones muy rápido y muy relacionadas con su vida.

En esta primera sesión Anny trae al juego su motivo de consulta latente. La dificultad entre los impulsos y el superyó, así como la ansiedad que esto genera. La dinámica familiar y el temor a perder el cariño de los padres ante sus impulsos libidinales y agresivos, lo que le lleva a buscar dar una buena imagen de sí misma. De esta forma el síntoma (dermatitis) hace ver a Anny como una niña con una enfermedad, alguien que requiere ayuda y cuidado por parte de los padres, de esta forma también asegura su compañía y contacto. El síntoma oculta y a la vez expresa el conflicto.

Se encuentra la debilidad de un yo que no ha podido tolerar más el castigo del superyó que lo lleva al plano corporal. De esta forma Anny literalmente paga en "cuerpo y alma" por sus deseos inconscientes.

Hasta éste primer momento se establecen dos hipótesis respecto al síntoma, hacia la canalización de la problemática hacia el cuerpo. Primero en un plano preedípico puede tratarse de la inmadurez del yo para tramitar adecuadamente la ansiedad, o en un plano edípico, en que el superyó rígido genera un castigo que se sitúa sobre el cuerpo.

Jueves 22 de Agosto del 2002

El día de hoy Anny comenta que no ha recordado ninguno de sus sueños, lo cual no es común, pues dice que ella suele recordar sus sueños, sin embargo esta semana no fue así (la semana pasada se le invitó a que recordara alguno para esta sesión).

De nueva cuenta Anny decide jugar a las marionetas que representan a una familia. Ella toma a la hija y a la mamá, a mi me da la marioneta del papá y del hijo.

Se encuentran todos platicando y la mamá les dice que van a tener un nuevo hermanito porque los papás van a tener un bebé. La hija se siente triste y llora, dice que está preocupada porque la pueden dejar de querer y por si se olvidarían de ella. Yo tomando al papá le digo que esto no va a pasar, me pregunta si es de verdad y le reitero que sí, que no la vamos a dejar de querer. Ella se siente mejor con esto.

Entonces la hija y el hijo hacen travesuras, dejan tirados juguetes y no quieren obedecer a los papás. La hija comienza a discutir con el hermano, ambos pelean entre sí. La mamá llega y los regaña, les dice que no estén peleando. Anny me dice que el papá también los regañaba. Entonces los regañó también y les digo que no deben portarse mal.

Cuando el tiempo se ha terminado me dice que se van a dormir. Los acomoda a todos acostados y en eso termina el juego.

ANALISIS DE LA SESIÓN

Anny es percibida dentro del juego como una hija, de nueva cuenta se encuentra identificada con su rol de género y jerarquía dentro de la familia. Manifiesta necesidades de aceptación, de afecto y de límites por parte de las figuras parentales.

El medio es percibido como familiar, pero sin contar con la suficiente contención para sus impulsos. Es ésta la razón por la cual ella solicita que la regañen los papás. El ambiente genera también cierta incertidumbre respecto a tener la certeza de que se le va a seguir queriendo o aceptando.

El hecho de realizar las travesuras junto con su hermano, permite que la protagonista del juego diluya la culpa o la responsabilidad de sus actos, además así el regaño no se encuentra dirigido sólo hacia ella.

Las figuras materna y paterna se encuentran presentes en el juego. La figura materna es quién parece tener mayor cercanía con Anny pues en el juego es a ella a la que controla Anny y quien durante el juego se encarga de comunicar que van a tener otro bebé. La madre también establece normas y límites pero en menor medida que el padre, es como si los límites que establece la madre no fuesen tan firmes como los que puede establecer el padre. Por otro lado, pareciera también que es la relación con la madre la que Anny necesita “controlar”, para establecer cierta independencia.

El padre es percibido como una figura un tanto más ausente. Cuando manejando al padre le digo que no le van a dejar de querer ella duda un poco en si esto será verdad, denotando cierta inseguridad respecto al afecto. Del padre Anny también espera más, requiere de su contacto y de sus límites, así lo expresa en el juego. El padre es aún la figura en la que se encuentra externalizado el superyó.

El hermano menor resulta amenazante, es la figura que puede alejar a la hija del afecto de los padres. Esto se relaciona con la percepción que Anny tiene de su hermano menor en la vida real. Al momento en que nace el hermano ella comienza a desarrollar el síntoma. La ansiedad que le generó el nacimiento del hermano pudo fortalecer el surgimiento del síntoma. Al hermano lo vive como un factor externo que dolorosamente viene a romper la simbiosis con la madre.

Por lo tanto en esta sesión se identifican rasgos orales con el temor al abandono. La falta de confianza en mantener el amor de los padres se manifiesta a través del juego.

En cuanto a las ansiedades presentes en la sesión, se identifica básicamente la ansiedad por la pérdida del amor del objeto, que corresponde a la etapa anal del desarrollo. Dicha etapa funciona en este caso como un puente entre los conflictos de la etapa oral y los de la etapa fálica. Posterior a que en el juego Anny disminuye su ansiedad por la pérdida del amor del objeto, se permite sacar la parte impulsiva, buscando una contención de parte del medio.

Los mecanismos de defensa que se muestran en esta sesión son la regresión y la proyección.

La regresión aparece en el juego cuando la niña ante la ansiedad por la pérdida del amor del objeto llora, para con esto recibir la seguridad que a nivel contratransferencial se identificó y fue brindada mediante la figura paterna (marioneta del papá).

La proyección se identifica al externalizar al superyó. Cuando los niños hacen travesuras, Anny refiere que la mamá los regaña y que el papá también lo debe de hacer. De esta forma el superyó que como se ha visto puede resultar castigador se exterioriza en las figuras parentales.

Anny es capaz de identificar reglas y normas pero prefiere ubicarlas en objetos externos. Esto manifiesta un superyó con dificultades para ser integrado en su totalidad, por lo cual no es posible una contención propia de los impulsos.

El yo de la niña se encuentra integrado y con contacto con la realidad. Sólo se identifican ciertas variaciones a causa de la ansiedad por la pérdida del amor del objeto, lo cual implica cierta inmadurez.

En esta sesión, Anny corrobora algunos datos de la sesión anterior. Se identifica de nueva cuenta la ansiedad por perder el amor del objeto y la externalización del superyó.

A nivel transferencial Anny, proyecta de nueva cuenta la necesidad de un padre que establezca límites y marque normas, sin embargo también una solicitud de afecto y temor a que este padre la deje de querer. La contratransferencia me hace sentir que requiere afecto y por tal razón en el juego al manejar al papá le expreso que se le va a seguir queriendo. Aunque dicha respuesta tiene que ver con la necesidad de Anny, se reconoce una parte de la reacción que ella generó en mí.

Muestra de nueva cuenta que el conflicto encuentra sus raíces en el ámbito familiar. En esta ocasión se denota con mayor claridad el conflicto que se desencadena con el nacimiento del hermano menor. Esto permite precisar la hipótesis que fue planteada con anterioridad respecto a que aunque la enfermedad psicosomática tiene sus orígenes en la etapa oral, hay conflictos posteriores que la desencadenan.

Otro rasgo importante que aparece en esta sesión es la parte impulsiva de Anny y el manejo que ella hace de los impulsos. Ante la imposibilidad de contener por ella misma sus impulsos requiere de un apoyo externo para dicha contención.

Jueves 29 de Agosto del 2002

Al entrar al consultorio se le nota algo nerviosa, incluso se rasca en las coyunturas de los brazos y un poco en los párpados. No está tan abierta para hablar como en otras ocasiones.

En el juego que se lleva a cabo con las marionetas ella maneja a la mamá y a la hija, a mi me da al papá y al hijo. *Durante el juego hay discusión entre los padres, la mamá habla enojada hacia el papá y la expresión de ella es de enojo, así como el tono de voz. Yo tomando al papá le digo que por qué está enojada y trato de hablarle con calma, sin embargo ella dice que está enojada y continua discutiendo. Entonces digo que el papá también se enoja. Los niños se ponen tristes.*

Anny dice que los niños se sienten tristes cuando los papás pelean, le pregunto que si ella se ha sentido igual y me dice que sí. Al preguntarle cuando, me dice que ya no se acuerda.

Al término del juego las marionetas vuelven a dormir y con esto termina.

ANALISIS DE LA SESIÓN

En esta sesión la autopercepción de Anny se relaciona con su rol femenino. Tomando para esto a la madre y a la hija. La figura materna parece ser tomada principalmente para referir el conflicto. Sin embargo se identifica con los sentimientos de la hija.

El medio es percibido como con conflicto. El juego manifiesta lo que probablemente ha ocurrido a nivel familiar en estos días. El estado de ánimo de Anny parece triste al igual que como se encuentran los niños en el juego a causa de las discusiones entre los padres. Al preguntarle si ella se ha sentido así contesta afirmativamente. El medio en esta ocasión es el que genera malestar y tristeza.

La figura materna es percibida en esta ocasión como la principal fuente de conflicto. Es ella la que se encuentra enojada, aunque no se identifica la causa del enojo. Es percibida con mayor fuerza dentro de la relación.

La figura paterna adopta en el juego una postura inicial de tranquilidad pero ante la actitud de la madre termina también por enojarse. Pareciera que esto es lo que Anny necesita plasmar y hacer catarsis del conflicto que vivencia en casa.

El hermano aparece de nueva cuenta en la sesión de hoy, con lo que se propone una nueva hipótesis. El hermano es una figura que ocasiona sentimientos ambivalentes en Anny, a pesar de que genera conflicto constantemente aparece como compañero, como una figura que permite diluir la culpa o atenuar las emociones. Es más sencillo para ella decir que los niños se sienten tristes a que ella se siente triste.

El conflicto significativo se relaciona con la discusión entre los padres, situación compleja a nivel familiar desde su percepción. Al tratarse de los padres se puede inferir un conflicto a nivel edípico pues la triangulación está presente.

La ansiedad que manifiesta mayormente es la de pérdida del objeto, en la cual se teme que los padres se enojen tanto que se puedan separar, y con esto se pierda a los objetos, inicialmente al objeto materno. La ansiedad se manifiesta además en esta ocasión mediante el rascarse. La ansiedad por la pérdida del objeto es a nivel oral, lo que resulta acorde a las enfermedades psicosomáticas.

En cuanto a los mecanismos de defensa se encuentran principalmente el retraimiento, la identificación con el agresor y la proyección. El primero de los mencionados es primitiva y los últimos dos son de la etapa oral pero más avanzados.

El retraimiento se encuentra manifiesto cuando Anny dice no recordar cuándo se ha sentido triste como los niños. Además ante la exposición a este tema prefiere terminar el juego y que los personajes se duerman.

La identificación con el agresor se encuentra al manejar a la figura materna y manifestar el enojo que la madre tiene.

La proyección se infiere por la posibilidad de que sea su propio enojo el que esté ubicando en los muñecos y al decir que los niños se ponen tristes.

El superyó se identifica en esta sesión como generador de ansiedad al aplicar un castigo al yo. En la sesión anterior Anny permitió sacar parte de los impulsos y pareciera como si esto hubiese generado ansiedad y culpa. Por tal razón el superyó se encuentra como castigador.

Se contempla un yo abrumado por la angustia, al grado de no permitir un desarrollo normal de la sesión comparado con las sesiones anteriores, en las cuales Anny se desenvolvía con mayor libertad. En esta ocasión el yo se ve afectado por el castigo del superyó y la ansiedad por el conflicto puesto los padres. Por esta razón llega a emplear mecanismos de defensa de un menor nivel para disminuir la ansiedad.

A nivel transferencial Anny proyecta sentimientos de enojo encubierto hacia la figura paterna, es una agresión reprimida, que toma más sentido mediante la tristeza, sin embargo también transfiere sentimientos agresivos hacia la madre. Contratransferencialmente me siento extrañado de la actitud de Anny, de verla más seria y callada que en otras ocasiones. Me cuesta trabajo representar el enojo pero me parece que es el rol que ella necesitaba que desempeñara.

En esta sesión se ve a Anny como una niña con mucha ansiedad y que busca en las figuras el castigo. Por esta razón busca que yo (el padre) también se enoje y de esta forma se le castigue, con esto reitera que el superyó se encuentra aun externalizado.

Bajo la hipótesis de que pudo haber una pelea real entre los padres, permite pensar que Anny es fácilmente afectada por los problemas del medio, inclusive llegando a pensar que es ella la que provoca dichos problemas y con esto se incrementa el nivel de culpa, por lo que se considera merecedora de un castigo, mismo que se autoaplica en el cuerpo mediante el hecho de rascarse. Probablemente vio la discusión y esto le genera ansiedad, por lo que parte de la comezón se encuentra en lo párpados. Anny pudiera creer que pelear implica separarse o ser abandonado, por lo que prefiere reprimir la agresión o dirigirla hacia ella misma.

La dermatitis también permitiría desviar la atención de los padres para restar peso a la pelea. Si ella se enferma entonces los padres tienen que observarla, voltear a verla para dejar de pensar en sus conflictos. Esta sería una función secundaria de la enfermedad, buscar el contacto físico.

Lunes 7 de Octubre del 2002

El juego se lleva a cabo de nueva cuenta con las marionetas.

Hay dos hijos, Susana y Miguel (ella los maneja) y se pelean mucho. Yo manejo a los papás y ellos regañan a los niños porque se pelean. Me cambia y me da al hijo y ella toma a la mamá. Entonces la mamá se pone de parte de los niños. La hija se enoja demasiado con el papá y decide irse de la casa. Después la mamá y el hijo también se van y dejan al papá solo, dicen que no lo quieren y que lo abandonan por regañón.

Están todos, excepto el papá, con la abuelita pero la abuelita se muere. Todos están tristes y lloran.

Anny toma una marioneta de un duende y hace una voz de duende. Se le aparece el duende a la niña y le dice que le va a cumplir un deseo. El duende

le pregunta a la niña ¿quieres que te vuelvan a querer? La niña dice que si. El duende le dice que le cumplirá ese deseo.

Todos están juntos de nuevo e invita al padre a regresar a la casa y él acepta gustoso.

La abuela revive gracias al duende y eso hace que todos estén felices y juntos de nuevo. Todos se van a dormir y con esto termina el juego.

ANALISIS DE LA SESIÓN

A diferencia de las otras sesiones, ahora al inicio del juego Anny toma a los hijos y a mi me deja a los papás (ambos). Pareciera como si fuera un intento por ubicar la jerarquía que le corresponde en la familia, la de hija. Esto sería un avance en términos de resolución edípica. Se refiere sólo como un avance debido a que posteriormente retoma la marioneta de la mamá. Sin embargo continúa la adecuación con el rol femenino.

El medio es percibido como conflictivo. Hay peleas y discusiones en el juego. Sin embargo ella se desenvuelve al menos en el juego con cierta seguridad. En el juego la hija es capaz de modificar el ambiente. Es por la hija que los papás se separan, se vuelven a juntar y revive la abuelita. Es una fantasía de control sobre el medio.

Las figuras parentales aparecen de nueva cuenta en el discurso del juego. La madre parece tener en esta sesión un papel secundario. La madre aparece también proyectada en la figura de la abuela. La abuela es quien recibe, quien acoge cuando se van de la casa. La figura materna es pues percibida como aquella que puede contener. Sin embargo la abuela (madre) es también la que muere, con lo que se puede encontrar agresión encubierta hacia la figura materna.

Hacia la figura paterna Anny se muestra enojada. Dicho enojo lo manifiesta con rechazo hacia él, la forma de agredirlo es abandonando. Esto hace suponer que posiblemente Anny en algún momento haya percibido que el abandono duele, que el abandono es agresión, por lo que en el juego se identifica con el agresor y actúa de dicha forma. En el juego todos abandonan al padre por “regañón”, el padre de nueva cuenta es percibido como el que marca las normas, el que contiene el impulso. Sin embargo esto es percibido como algo negativo.

El conflicto significativo de esta sesión tiene que ver con la dificultad que se genera entre los padres y que tiene que ver con los hijos. En el juego, la madre se pone del lado de los hijos y en contra del padre. En este caso podríamos plantear que el complejo de Edipo no se ha podido alcanzar en parte porque la madre no ha dado su lugar al padre. La madre no está del lado del padre, lugar que le corresponde. Estando del lado del padre, la madre puede promover también las normas y el orden adecuado.

La ansiedad principal vuelve a ser ante la pérdida del amor del objeto. En la sesión se siente como un salto, pues ante la muerte de la abuela el duende (que Anny maneja) le pregunta a la niña si quiere que la vuelvan a querer. Pareciera que la ansiedad por la pérdida del amor del objeto es tan fuerte como para aparecer en el juego aún sin una secuencia claramente lógica. Es decir no se había hablado de que no la quisieran, pero es éste el deseo que finalmente la niña pide al duende. Dicha ansiedad corresponde a un nivel anal, en el cual la contención de la agresión es una meta a lograr, lo cual si queda contextualizado en el juego, cuando se pelean los hijos y después se agrede al padre.

Las principales defensas manifestadas en esta sesión son la fantasía y la identificación con el agresor, que se encuentran en el juego de la siguiente forma:

Fantasía. Este mecanismo de defensa se encuentra en el juego al aparecer el duende, una figura que cumple los deseos y transforma de una manera mágica la situación que genera ansiedad.

Identificación con el agresor. Ya se había expuesto antes que el abandono que Anny hace hacia el padre es una muestra de agresión. Posiblemente Anny ha vivido alguna especie de abandono que ha percibido como agresivo, por las características del padre, una persona dedicada básicamente al campo pudo haber sido percibida como abandonadora.

El superyó aparece en esta sesión de nueva cuenta externalizado en la figura del padre. Aunque claramente no se nota tan castigador el superyó como en otras sesiones si es generador de remordimiento, esto es lo que hace que Anny piense que se le va a dejar de querer. En el juego hay primeramente una parte de explosión de los impulsos (peleas y agresiones) y posteriormente hay sentimientos de que ya no se le quiere, lo que le trae tristeza.

El yo se encuentra afectado básicamente por la ansiedad, lo que le lleva utilizar mecanismos de defensa para mantenerse. El yo no sufre afectaciones graves, y se logra conservar integrado al tratar su ansiedad mediante el juego y la fantasía.

En cuanto a la transferencia, Anny vuelve a depositar en el terapeuta los aspectos de la figura paterna y materna, la agresión y el enojo que hay dirigido hacia ellos. En esta sesión, la hostilidad hacia el padre se hace más manifiesta que en las anteriores, parece que Anny se ha sentido más confiada como para exponerlo más abiertamente. Contratransferencialmente siento la necesidad de contener dicha agresión, de permitir que comience a sacar la agresión que sólo ha podido sacar mediante su propio cuerpo.

En esta sesión Anny expone con más claridad la situación familiar. Hasta el momento no se descartan las hipótesis planteadas anteriormente, sino que al

contrario, toman mayor sentido. Aparece, aunque aparentemente con menor importancia en el juego, la figura materna, quien es ahora parte fundamental. Pues es ella quien tampoco ha favorecido que se lleve a cabo un complejo de Edipo adecuado. Posiblemente la madre no ha “estado del lado del padre” como lo dice Anny en el juego. Los hijos conocen al padre a través de la madre y probablemente la imagen del padre agresivo que tiene Anny se relaciona con lo que la madre le haya manifestado sobre él, lo cual representa defectos en el maternaje.

Se encuentra también una importante dificultad para que Anny exprese la agresión, después de hacerlo aparecen remordimientos y serios temores de dejar de tener el amor de los padres.

21 de Octubre del 2002

Tras saludarla e invitarla a entrar al consultorio, Anny se dirige directamente a las marionetas. En esta ocasión la madre, la abuela y la hija son manejadas por ella, mientras que el padre y el hijo son manejados por mí.

En el juego la madre y los hijos están enojados con el papá e incluso llegan a los golpes, los tres le pegan al papá. Le dicen que él es malo y le pegan. El papá aguanta los golpes pero después de un rato les digo que el papá se va a ir si le siguen pegando. Ellos le continúan pegando y el papá se va.

Cuando se quedan en casa los demás, se muere la abuela y hay sufrimiento por ella, todos lloran porque se murió. Después de esto la hija comienza a pelear con el hijo, es una discusión entre hermanos. Similar a cuando se estaba enojada con el padre, es decir la hija le pega al hermano. El hermano también se va.

Al preguntarle en que quiere que termine el juego ella me dice que así y que se iban a dormir, los vuelve a poner juntos.

ANALISIS DE LA SESIÓN

En esta sesión Anny se muestra por completo identificada con las figuras femeninas, reuniéndolas a estas en una especie de matriarcado. En el juego parece que las tres mujeres comparten opinión. Anny aunque retoma el rol de hija se asume como parte del equipo conformado por la madre y la abuela. Se trata de un grupo de mujeres agresivas y enojadas que buscan la descarga de dichos impulsos. En esta sesión resulta más importante la identificación con el género que con la edad o jerarquía, pues a diferencia de otras sesiones ahora no toma al hijo. Se puede identificar una no diferenciación con la figura materna.

El medio ambiente es percibido como un medio dividido por el género. De un lado el padre y el hijo, del otro la hija, la madre y la abuela. Además el medio es conflictivo de nueva cuenta. La familia es el centro de atención. Y el padre uno de los principales protagonistas, es él el punto hacia donde se dirige la agresión. En esta ocasión el medio resulta más seguro para manifestar la agresividad llevándola al punto de los golpes. Al estar unidas las mujeres se brindan mayor seguridad para exponer dicha agresión. En esta ocasión el medio es percibido como seguro para externar la agresividad, aún sin mostrarse un motivo claro para ello, sin embargo puede ser el timing del proceso terapéutico.

En esta sesión la figura materna es agresiva, al igual que la abuela. Por su parte la figura paterna es en primera instancia sólo receptora de agresión. Sin embargo también agrede cuando se va (abandono). Sin embargo queda claro que la figura materna parece tener más fuerza en la dinámica familiar que lo que tiene el padre. La postura de la madre se refuerza con la abuela, pareciendo hacer mención de que la unión hace la fuerza. Cuando el padre ya no está no es necesario que esté la abuela y esta muere en el juego.

El conflicto principal se centra en relación con la figura paterna, hacia la cual se muestra hostil. Dicho conflicto tiene tintes preedípicos importantes. En el

juego la hija se encuentra junto con la mamá (y la abuela) en contra del padre. No se ve la relación de amor para con el padre y la rivalidad característica del complejo de Edipo. Más bien se encuentra una postura preedípica con unión hacia la madre, como si la separación-individuación no se hubiese logrado, por el contrario el padre quien puede llegar a promover la separación de la diada es agredido al ser excluido.

En esta sesión no se identifica claramente un tipo específico de ansiedad, aunque en base a lo expuesto en el punto anterior se podría considerar la ansiedad por separación ante la cual se agrede al padre, que puede separar a la hija de la madre, para rompiendo con la diada madre-hijo promover el desarrollo.

El principal mecanismo de defensa que se muestran en esta sesión es el desplazamiento, mecanismo de segundo nivel. Dicho mecanismo se encuentra presente al restarle importancia a la ausencia del padre. Cuando en el juego el padre se va, parece no haber reacción en la hija, sin embargo la pérdida de la abuelita es algo que entristece a todos los miembros de la familia.

El superyó parece carecer de fuerza en lo que ocurre en esta sesión. No hay una contención de la agresividad y ésta explota directamente sobre el padre. Sin embargo no podría hablarse de una carencia total del superyó en Anny, puesto que hay que recordar que la agresión se expresa mediante el juego y no directamente. En el juego parece encontrarse algo que refería Freud en *Psicología de las Masas*¹³¹, al estar en grupo el superyó pierde fuerza y los impulsos se pueden externar más fácilmente. En este caso el equipo que forman abuela, madre e hija permite la expresión de los impulsos agresivos.

Respecto a la integración del yo, se deduce que a pesar de que se permite en esta ocasión la liberación de impulsos, esto no afecta dicha integración del yo.

¹³¹ FREUD, Sigmund. "Obras Completas de Sigmund Freud. T. 09: Psicología de las Masas y Análisis del Yo". Ed. Iztaccihuatl, México 2007.

No se encuentra un elevado nivel de ansiedad en Anny, razón por la cual su yo permanece integrado.

La transferencia de Anny hacia el terapeuta es de una figura paterna hacia la cual se siente enojo, y a la cual se agrade. Sin embargo, se nota en esta sesión que Anny expresa los conflictos con menor ansiedad al incrementarse la confianza en mí. En lo que a la contratransferencia respecta se identifican sentimiento de enojo al recibir y contener la agresividad. Por tal razón se identifica una reacción de abandono (en el juego cuando el padre es agredido, éste se va). Se identifica con cierto abandono real del padre de Anny, razón por la cual el abandono es la respuesta en el juego del padre de la niña.

En esta sesión a pesar de encontrarse una externalización mayor de los impulsos agresivos, el nivel de ansiedad de Anny es menor. Se nota más segura. Parece que necesitaba sacar dicha agresividad y fue el momento seleccionado para ello.

Con lo expuesto en esta sesión se fortalece la hipótesis de un conflicto preedípico, en el que aun no se logra la triangulación como tal. Se trató de una sesión más catártica, en la que se permitió que Anny externara sus impulsos, lo que favorece la disminución de la tensión psíquica.

11 de noviembre del 2002

Continúa el juego con las marionetas. *En éste un niño (que ella maneja) pierde un carrito azul que tenía y ese se lo regaló su hermano (que soy yo). Lo busca pero no lo encuentra. Entonces llega la mamá (ella) lo encuentra y se lo da.*

Aparece la hermana (ella) cuando los hermanos ya se van a dormir y le dice a la mamá que quiere una mascota, quiere un perrito¹³². La mamá le dice que no tienen mucho dinero y que espere para que le diga a su papá. El papá (yo) hace poco caso acerca de lo que su hija le dice, más bien le dice que eso lo arregle con su mamá.

La mamá acepta y van a comprarlo pero con la condición de que la hija le de de su beca. Preguntan en la tienda y el perrito vale 100 pesos, así es que pagan 50 y 50. La niña dice querer mucho a su perro.

Por las noches la niña habla con alguien, esto mientras los demás están dormidos. El papá escucha y le pregunta a la niña que con quien hablaba y la niña dice que hablaba con su amiga. El papá regresa a dormir. Con quien la niña hablaba es con su perro que podía hablar mientras no lo escucharan los demás. Le dice al perro que su papá se enoja mucho y que mejor le va a decir a su mamá que él puede hablar. Entonces deja al perro allí y va con su mamá.

Cuando regresa, el perro había hecho travesuras, se hizo pipí allí adentro. Entonces el papá se enoja y se lo lleva.

Todos se pelean con el papá y lo abandonan. Él también se pelea con ellos. Entonces se golpean y el papá es llevado al hospital.

El papá muere en los brazos de su hija pero mientras está muriendo la hija llorando le da a su perro para que se lo lleve con él al cielo.

¹³² Cabe señalar que atendiendo a la necesidad de contacto físico de Anny se les recomendó a los padres que pudiera tener una mascota, por ejemplo un perrito para que lo pudiera cargar y acariciar. Sin embargo los papás le compraron un gallo, posteriormente aceptaron llevarle un perro, aunque de tamaño muy grande, que la niña no podía cargar.

Entonces salen del hospital y se van a dormir todos, para con esto terminar el juego.

ANALISIS DE LA SESIÓN

Anny se percibe a sí misma con un rol acorde a su género y edad. Toma predominantemente el papel de la hija. Sin embargo en el inicio anhela tomar el papel del hermano menor. Con esto Anny representa los beneficios que puede recibir el más pequeño por parte de hermanos mayores y de la madre. Al hermano menor se le regala un carrito y si lo pierde la madre estará allí para ayudarlo a encontrarlo. Es importante recordar que Anny ha mantenido una rivalidad con el hermano menor, aunque es una rivalidad sutil o encubierta, no es clara pues Anny sólo refiere que su hermanito es malo con ella pues él le ha pegado.

El medio mostrado en esta sesión de nueva cuenta es el familiar. Un medio con una familia integrada, pero con ciertos temores, por ejemplo el de que el padre es muy enojón. Vuelve a aparecer la agresión dirigida hacia este padre por parte de los miembros de la familia.

La imagen materna aparece con mayor importancia en la primer mitad del juego. Es ella la que aparece para resolver los problemas, primero al encontrar el carrito del hermanito, y posteriormente cuando resuelve que se compre el perrito que la hija quiere. Es una madre que está de acuerdo con la hija, además es comprensiva, pues a ella la hija le puede confiar que el perro habla. La figura paterna es percibida con temor, contemplándolo como alguien que se enoja mucho. De nueva cuenta el enojo se dirige hacia el padre al cual se agrede y golpea. Todos los miembros de la familia se unen en su contra. Con esto puede hipotetizarse que en la familia de Anny puede haber comentarios agresivos hacia el padre de parte de la madre, mostrándole a Anny la figura de un padre al que se le debe temer.

En esta sesión, a diferencia de las anteriores, posterior a la agresión dirigida hacia la figura paterna aparecen sentimientos positivos hacia él, en el juego la hija decide darle su perro “al que tanto quiere” a su padre, para que se lo lleve al cielo. Esto es una especie de intento de reparación, que pueda disminuir sentimientos de culpa. Esto es relevante puesto que en anteriores sesiones no se encontraban manifiestos sentimientos de culpabilidad.

El perro en este juego es una parte de ella misma, es su parte impulsiva (el perro hace travesuras y hace pipí-agresión). El padre es el que impone reglas y contiene los impulsos, situación que es percibida como hostil de parte de Anny, por lo que reacciona con agresividad hacia él.

El conflicto significativo en esta sesión se relaciona con la agresión y la culpa generada a partir de dicha agresión. Desde Klein se puede establecer que existen precursores del superyó, capaces de generar culpa preedípica. En este caso la fantasía de aniquilación del padre es la que genera la culpa y también la reparación. En otras sesiones no había aparecido culpa posiblemente debido a que la agresión no había llegado al extremo de matar al padre en la fantasía.

La ansiedad predominante es la de la pérdida del amor del objeto. La hija acepta que el padre muere y que ellos lo han matado pero en un intento por no perder su amor le regala a su perro, en un intento por mantener un lazo afectivo positivo con él. Dicha ansiedad se muestra a un nivel anal, en esta etapa llegan a surgir los primeros sentimientos de culpa en el niño, tal como en esta sesión.

Los mecanismos de defensa fundamentales que aparecen en la sesión son la fantasía, proyección, identificación con el agresor y reparación. Dichos mecanismos corresponden a un nivel temprano del desarrollo y se encuentran reflejados en el juego de la siguiente forma:

Fantasía.- El perro que puede hablar es un elemento importante dentro del juego, con características sobrenaturales.

Proyección.- En el perro Anny proyecta sus características o rasgos impulsivos. Las travesuras que hace el perro y el hacerse pipí, son muestras de agresión que se encubren y se proyectan en el perro.

Identificación con el agresor.- El abandono como medio para agredir es una forma de agresión aprendida y empleada por Anny en esta sesión. Tras agredir al padre, todos lo abandonan.

Reparación.- Cuando el padre muere, la hija le da a su perro para que se lo lleve al cielo.

El superyó se muestra aún primitivo, sin embargo aparecen algunos precursores importantes de éste para generar sentimientos de culpa. Dicha culpa genera ansiedad que obliga al yo a emplear determinados mecanismos de defensa. El encontrarse sentimientos de culpa en Anny se denota cierto avance en cuanto a desarrollo se refiere, mismo que puede ser producto de la libertad que ha tenido en las sesiones para externar los impulsos y la contención de los mismos.

El yo, aunque integrado se debilita ante la ansiedad que genera la externalización de los impulsos, por lo que se ve obligado a recurrir a mecanismos primitivos para disminuir dicha ansiedad. Por ejemplo con la fantasía, el yo distorsiona en parte la realidad para contar con recursos que le hagan sentir mayor seguridad.

La figura que se transfiere en el terapeuta es en un inicio la de un hermano mayor, pero posteriormente es la del padre. Se transfiere una figura masculina posiblemente por el sexo del terapeuta, pero también porque es la figura con la que se tiene conflicto. Sin que con esto se quiere decir que es la figura que por sí sola ha originado el conflicto. Contratransferencialmente no se percibe incomodidad ante la agresión recibida, pues se había presentado ya en otras

ocasiones, pero aparecen sentimientos de agrado ante la importancia que Anny le da a la muerte del padre.

Aunque ya se vislumbraba desde algunas sesiones atrás, se considera conveniente exponer la hipótesis siguiente: Si bien el conflicto principal es con la figura paterna, el origen de dicho conflicto puede relacionarse con la forma en que la madre ha presentado al padre ante la hija. Al no tratarse de un conflicto edípico sino preedípico la relación con la madre cobra vital importancia. Es el enojo de la madre el que en ocasiones puede llegar a actuar Anny, puesto que no se ha logrado aun una separación por completo de ella (indiferenciación con la madre).

Como ya se había mencionado se encuentran algunas mejorías en esta sesión, por la evolución que se hace en términos superyoicos. Si se logra fortalecer la figura paterna será posible la separación de los sentimientos de Anny con los de la madre y con esto posiblemente una reducción de la ansiedad.

**Posterior a esta etapa del tratamiento las sesiones llevan un tono similar. Se da la suspensión de algunas sesiones por el periodo vacacional, en el cual Anny pasa la mayor parte de los días en el pueblo del cual es originaria junto con su familia. Es al final de esta primera etapa se encuentra que el síntoma en la piel comienza a disminuir.*

Miércoles 19 de Febrero del 2003

El día de hoy Anny es llevada al consultorio por su padre, quien se muestra amable con el terapeuta y cariñoso con Anny.

Este juego de marionetas trata de que estando en la escuela la hermana y el hermano en el mismo salón (ella maneja a la hermana y yo al hermano) no le hacen caso a la maestra (también manejada por ella). Como se están portando mal un compañero le dice a la maestra que no estamos trabajando. Cuando nos vamos a la casa nuestros papás nos regañan (ella maneja a mamá y yo a papá).

Nos dicen que los Reyes Magos no nos van a traer nada. Entonces dice la hermana que hay que portarnos bien.

Así lo hacemos y cuando es el día de los Reyes Magos si nos traen regalos. Ella busca de entre los demás juguetes y escoge una jaula que dentro tiene un puerquito y un perrito. Le digo que está muy bonito su regalo. Me dice que yo escoja y escojo un carrito para el hermanito. Los niños juegan con sus regalos y después se van a dormir.

Al final del juego le digo que así como ocurrió en el juego, aunque antes las cosas hayan estado mal hay oportunidad de cambiar y de mejorar, obteniendo mejores resultados. Ella me observa y me dice que sí.

ANALISIS DE LA SESIÓN

La percepción de sí misma se centra un tanto más en el rol de hija, aunque sigue retomando el rol de la madre en el juego, éste es secundario y al parecer necesario para la dinámica del mismo. Sin embargo se centra más en la hija. La elección del personaje principal tiene más que ver con su realidad de hija y

en este caso de alumna. Es una hija con una fuerza impulsiva importante, sin embargo con la capacidad de contener ciertos impulsos.

En esta sesión se agrega un espacio distinto al medio ambiente que se había presentado en anteriores sesiones: la escuela. El medio ambiente es percibido como re restrictivo, al cual Anny se tiene que adecuar. Aunque el medio ambiente espera el adecuado comportamiento de los niños, el ambiente no parece ser ya tan hostil como lo era en las sesiones anteriores se manifestaba.

La imagen materna aparece primeramente bajo esquema de la maestra. La maestra es un símbolo materno, que aunque denota autoridad, en este caso no regaña ni llama la atención a los niños aun cuando no están portándose bien. Son los padres los que lo hacen. El padre es junto con la madre figura de autoridad, y ahora el padre parece más presente. En esta ocasión no se muestran sentimientos agresivos hacia la figura paterna. Otro elemento que aparece en el juego y se relaciona con las relaciones objetales de Anny es el de los Reyes Magos. Ellos son una representación idealizada de los padres reales. Los Reyes Magos, aunque son fuente de provisión y satisfacción, también pueden ser castigadores al no traer nada. De esta forma condicionan la actitud de los niños dentro del juego.

El principal conflicto tiene que ver con la contención de los impulsos. Con el portarse bien de Anny y con satisfacer las expectativas del medio, adaptándose a las reglas establecidas. El conflicto sigue siendo de tipo anal, puesto que se busca complacer a los padres con el comportamiento que tengan los hijos.

La ansiedad principal es la de la pérdida del amor del objeto, puesto que la hija busca agradar a los padres, para que los Reyes Magos le traigan juguetes. Sin embargo también se podría considerar una angustia de castración porque si los Reyes Magos no traen nada la hija se quedara con una falta, con una ausencia. En sesiones anteriores ha predominado la ansiedad por la pérdida del amor del objeto que es de tipo anal, sin embargo comienzan a aparecer algunos rasgos

de una ansiedad más edípica. En este sentido, es la primera vez que los padres aparecen haciendo frente común.

Dentro de las principales defensas se encuentra la formación reactiva, puesto que se pasa de la explosión instintiva hacia un adecuado comportamiento, que surge como propuesta de la hija. De esta forma el yo resuelve en gran medida la ansiedad que surge de la pérdida del amor y de castración. Al cambiar su conducta Anny se asegura de mantener el amor de los padres representado en los juguetes que traen los reyes magos.

En lo que respecta al superyó se encuentran indicios de una introyección de las normas. Parece que en el juego Anny busca que se enteren los padres de su mala actitud, para después en base a lo que ellos soliciten, cambiar su conducta. Anny parece poder controlar más sus impulsos. En el juego es la niña la que propone que ya se porten bien, además otro ejemplo se ve en los juguetes que escoge para que le traigan los reyes magos. Se trata de una jaula que dentro tiene un puerquito y un perrito. Ya en una sesión anterior se identificaba a un perrito con la parte impulsiva de Anny, en esta ocasión Anny nos muestra a un perrito en jaula, que se puede traducir en impulsos que se contienen. Parece además un Superyó menos sádico y más flexible.

El yo se encuentra menos afectado por la ansiedad, por lo que requiere de hacer un menor uso de defensas que podrían llegar a distorsionar la realidad. Además comienza a centrar la atención también en elementos externos, tales como la escuela.

Las figuras que Anny transfiere hacia el terapeuta son la del padre y la de un hermano. La figura paterna se transfiere en menor medida, en esta ocasión el rol del hijo/hermano cobra más importancia. Es a este hermano al que se le muestra y se le dice lo que hay que hacer para mantener el amor de los padres. El hermano es una figura de la misma edad, que no representa autoridad, sino más bien compañía en el camino de Anny. La contratransferencia es de expectativa ante los cambios que se presentan. Me

siento en un rol distinto al que se había solido presentar en las sesiones. Esto da lugar a mostrar a un padre distinto. Por eso le digo que es posible cambiar a pesar de lo que haya ocurrido en el pasado.

Es importante los cambios que se notan en esta sesión, los cuales implican una percepción distinta del medio, no se encuentra agresividad hacia la figura paterna, se reduce la importancia en el juego de la figura materna, comienzan a aparecer rasgos de ansiedad de castración y mayor presencia del superyó. Los cambios aparecen posterior a sesiones en las cuales se incrementó la expresión impulsiva pero posteriormente aparecieron sentimientos de culpa que fueron promoviendo la contención. Es decir con la finalidad de sentir menos culpa Anny prefiere contener impulsos y de esta manera mantener el amor de los padres hacia ella.

Hacia el final de esta sesión se busca brindarle confianza a Anny respecto al cambio. Darle a saber que hay más formas de hacer las cosas y de relacionarse. A través de la relación terapéutica se muestra a Anny que la agresividad que se recibió no destruyó al objeto, por lo contrario el objeto sigue presente y es capaz de brindar cosas buenas, como los reyes magos hacen con los niños.

20 de Marzo del 2003

El día de hoy la mamá de Anny me comenta que le han llamado la atención en la escuela, esto porque es platicona y además las calificaciones de ella han bajado. La mamá dice que siente que Anny hace la tarea al aventón, la hace rápido y por eso no la hace bien. Además comenta que no le puede decir nada porque luego llora. Me dice que ojala y la pueda apoyar en esta cuestión de la escuela. Le digo que está bien y que veremos como trabaja.

En el juego de hoy, los hermanitos están en la escuela y a la hora del recreo van a ver que van a comprar, ella dice que unos cueritos y me pregunta si yo voy a comprar, a lo que yo respondo que sí, que también lo haré. Comemos los cueritos y salimos de la escuela. Al llegar a la casa le empieza a doler el estomago mucho, hace el sonido de que la niña está llorando y se queja, dice que le duele el estomago porque comió cueritos¹³³. Yo le digo que a mí también me duele el estomago porque comí lo mismo que ella. Me dice que les duele el estomago por haber comido cueritos, que no deben de comer eso. Me dice que mejor se van a dormir y ya dormidos se les quita el dolor.

ANALISIS DE LA SESIÓN

Anny se identifica con el rol de la niña (rol de hija y de hermana). El personaje que escoge es acorde a su género y edad. También se ubica en el rol de alumna. Una niña que hace lo que desea, a pesar de las recomendaciones de la mamá.

¹³³ La madre de Anny dice que no la deja que coma cueritos en la escuela porque ella piensa que se puede enfermar. Sin embargo le gustan mucho a la niña.

En esta sesión el medio ambiente es percibido como un medio en el cual se deben contener los impulsos o de lo contrario habrá consecuencias. Es un medio que permite llevar a cabo los impulsos (comer cueritos) pero que trae consecuencias (dolor de estomago) de las cuales hay que aprender. Esto se ve fuertemente influido por lo que la madre de Anny le dice.

Con lo que respecta a la imagen paterna esta permanece ausente en el juego, pues no es incluida. Esto puede tener dos motivos distintos, por un lado como se revisó en la historia clínica el padre de Anny en ocasiones se ausenta para irse a trabajar al campo y Anny y sus hermanos se quedan sólo con la mamá. Otro motivo para que el padre no aparezca es que Anny haya comenzado a elaborar el conflicto con dicha figura. La figura materna aparece en el juego sólo mediante la introyección de que al comer cueritos les dolerá el estomago. También bajo el símbolo de mamá – alimento tóxico.

En esta sesión parece que el conflicto no tiene una relación directa con las figuras objetales. Más bien tiene que ver con la introyección de las normas de los padres. En particular de la madre. En este conflicto se vislumbra la separación de Anny con la madre. La madre no está presente en el juego, pero la niña ha logrado mantener una parte de su mamá dentro de ella, pues repite lo que la madre dice: “les duele el estomago por haber comido cueritos, no deben comer eso”. Los niños desobedecieron y hay un castigo.

La ansiedad manifiesta es por la pérdida del amor del objeto. Ansiedad que se encuentra presente por haber desobedecido a mamá, lo cual refleja también ansiedad ante el superyó. Ante dicha ansiedad la hija busca mantener el amor de la madre mediante la adopción de su rol. Al hablar la niña con su hermano adopta una postura materna y dice lo que no se debe hacer.

La introyección es el principal mecanismo de defensa que se encuentra en ésta sesión. La internalización de las reglas maternas se ve de una forma muy clara con la consecuencia de haber desacatado. Además la niña se identifica con la madre adoptando un rol similar hacia con el hermano.

El superyó parece aún preedípico por lo punitivo que puede ser, pues castiga con un dolor de estómago. Sin embargo se encuentra un poco más estructurado, internalizando algunas normas. En esta sesión no es necesaria la presencia de un adulto para promover la contención de los impulsos. Si bien no se ha logrado por completo, puesto que a final de cuentas el juego trata de que no se contuvieron los impulsos si aparece un control posterior que no es aplicado por un adulto, es la niña misma quien lo expone como parte de su experiencia.

El yo se mantiene integrado a pesar de la ansiedad, pues ésta no está muy elevada. La temática del juego tiene una connotación más realista y lógica, con menos tendencia a la fantasía.

En la transferencia hacia el terapeuta se encuentra la imagen del hermano. El hermano ha sido una figura con la cual Anny mostraba dificultad, sin embargo la relación en el juego hacia con él es más bien de compañía. También se transfieren sentimientos maternos, cuando Anny actúa como la madre. Desde el ámbito contratransferencial se siente ánimo por acompañarla, tanto en la diversión como en el dolor de estómago.

En la psicoterapia de juego se hace una similitud con los sueños. Cuando un paciente manifiesta tener sueños repetitivos se puede interpretar que hay un conflicto que no se ha resuelto. Cuando la conflictiva se comienza a elaborar es posible que el sueño deje de ser repetitivo. En la psicoterapia de juego, el niño puede permanecer jugando un mismo juego hasta que este conflicto se comience a elaborar, entonces el niño puede cambiar el juego. Hasta hace algunas sesiones el juego giraba en torno a la agresión dirigida hacia el padre, un enojo muy importante y posiblemente introyectado desde la figura materna.

Tener sentimientos ambivalentes hacia la figura paterna promueve la ansiedad en la niña, que se manifiesta en la dermatitis. Si la ansiedad disminuye se podría esperar que la dermatitis también disminuyera.

25 de Marzo del 2003

Le pregunto a la mamá de Anny cómo ha estado su hija porque me llamó la atención el juego de la semana pasada donde se enferma. La mamá me comenta que ha estado bien pero que si, en la semana pasada un día se enfermó porque come muchas “chucherías” en la escuela. La mamá continúa preocupada por las calificaciones de Anny. Me dice que a ver si me enseña sus libretas para que yo vea como están.

Anny trae consigo sus libretas, viene saliendo de la escuela y entra con su mochila, le pregunto que si trae muchas cosas y dice que no tantas, le pregunto cómo le va en la escuela a lo que ella me comenta que bien. Yo le digo que su mamá está muy preocupada pues según ella no le está llendo muy bien y dice que es porque no le dedica el tiempo necesario para sus tareas o que las hace muy rápido. Ante esto Anny sólo sonríe. Vemos sus libretas, trae la de matemáticas, español y tareas. Me muestra que efectivamente algunas tareas las sacó mal. Yo le digo que a veces nos equivocamos, pero podemos corregir aunque nos cueste trabajo o más tiempo.

El juego con marionetas trata en esta ocasión de que los hermanos (ella la hermana y yo el hermano) les hacen una carta a los reyes magos y les piden muchos juguetes. Sin embargo los reyes magos no les traen nada porque se han portado mal. Entonces las abuelitas (una que maneja ella y otra que manejo yo) les compran regalos porque los quieren mucho y sienten mal que los reyes no les vayan a traer nada.

Cuando es hora de que lleguen los reyes magos ella me dice que ya van a llegar, entonces yo le digo que si nos asomamos para verlos, pero ella no quiere, me dice que no quiere ver a los reyes magos. Sin embargo luego

empuja al hermano para que los pueda ver. Se asoma pero ya no los alcanza a ver. Me dice que ni modo, no pudieron ver a los reyes magos.

ANALISIS DE LA SESIÓN

La autopercepción de Anny es de una niña acorde a su rol, género y edad. Se trata de una niña que aunque en el juego se porta bien, refiere no haber sido así en el pasado.

El medio ambiente es cálido, puesto que hay figuras que están allí para brindar afecto a los niños, éstas son las abuelas. El medio también muestra reglas y al igual que en el juego anterior también señala consecuencias.

Las figuras paterna y materna no aparecen de forma directa, más bien aparecen de una forma encubierta: padre = reyes magos, madre = abuelas. La figura paterna es más concreta en las consecuencias, se dice que a los niños que no se portan bien los reyes magos no les traen regalos y en el juego esto se va a cumplir, no hay reconsideración. Sin embargo, las abuelas, representante psíquico de la madre, aparecen para hacer menos fuerte la sentencia, se compadecen y son ellas las que les van a comprar regalos a los niños. Parece que en la realidad la madre es más flexible en cuanto a reglas se refiere. El padre podría ser más estricto, pero no es percibido ya como un objeto malo. Anny entiende que si no le traen regalos es porque no se portaron bien.

El conflicto significativo tiene que ver con la consecuencia de no portarse bien. Es un conflicto que tiene que ver con culpa, aunque no se encuentre claramente expuesto el motivo de dicha culpa. Se podría hipotetizar que la culpa aparece posterior al enojo que se manifestaba de forma agresiva hacia el padre y hacia sus normas.

La ansiedad presente parece tener más tintes de una ansiedad edípica. Ansiedad de castración. Al quedarse sin juguetes los niños perderán algo, no tendrán algo que todos los niños tengan. Además ese algo es brindado por los reyes magos-padre. No se trata de perder el objeto o de perder su amor, se trata de perder lo que el objeto le puede brindar.

Las principales defensas que se muestran en esta sesión son la racionalización y la compensación.

Racionalización.- Aparece al buscar comprender la razón por la cual no les traerán juguetes los reyes magos. Para Anny es el no haberse portado bien la razón de ésta pérdida.

Compensación.- Anny compensa la ausencia de regalos por parte de los reyes magos con juguetes les comprarán las abuelitas a los niños.

El superyó en esta sesión aparece menos punitivo. Si bien los reyes magos no traerán juguetes, las abuelas les comprarán. Sin embargo Anny parece haber introyectado la consecuencia. El superyó hace que el impulso de ver a los reyes magos se contenga, esto es importante pues es en los párpados donde inicia el síntoma. Es común escuchar que los padres les dicen a los niños que no deben de ver a los reyes magos, y en este juego la niña se rehúsa a hacerlo. Este impulso le cuesta trabajo contenerlo, parece ser tentador, pero resuelve que mejor el hermano sea el que los vea y no ella. Parece fortalecerse más el superyó.

Los mecanismos de defensa empleados por Anny permiten que el yo siga integrado. Además el nivel de ansiedad tampoco es tan elevado como para recurrir a mecanismos primitivos. El yo se encuentra más estructurado.

En la transferencia Anny me brinda el papel del padre y del hermano. Respeta la ley del padre y la racionaliza, no hay enojo hacia él. Contratransferencialmente me siento confiado de que Anny va por buen

camino, encontrando en su caso algunos referentes de desarrollo en su personalidad.

En esta sesión se identifica que Anny ha introyectado más aspectos a su superyó, que le hacen fortalecerlo. El enojo hacia la figura paterna ha sido sustituido por una comprensión de las normas. Al parecer para que Anny se separe de la madre y de los sentimientos de la madre hacia el padre ha requerido generar cierta discrepancia con ella y esto se hace mediante cuestiones escolares. La situación escolar no refiere un grave déficit, pero tampoco son las excelentes notas que tenía antes, esto parece ser síntoma de la separación con la madre.

*Hasta aquí se muestra la parte media del tratamiento, donde se han encontrado algunos cambios y avances que en sesiones posteriores se fueron reafirmando. El déficit académico de Anny fue sólo temporal y recuperó un buen promedio en la escuela. A pesar de que era una demanda importante de la madre, atender la situación académica, esta solo fue revisada para comprender la causa, sin embargo no se atendió para modificar la conducta de Anny, al considerarse esto parte del proceso normal de separación con los intereses de la madre. En este momento la dermatitis ha dejado de aparecer.

5 de Junio del 2003

Anny asiste a su sesión acompañada por su mamá, quien refiere que Anny ya lleva mucho sin el problema de la dermatitis. Menciona que también le puso una pomada, pero que antes le ponía pomadas y se le quitaba, pero cuando se la dejaba de poner le reaparecía. Pero que ahora ya lleva más de un mes sin ponérsela y no le ha resurgido.

Cuando entra Anny platicamos un poco de cómo le ha ido en la escuela, ella dice que bien. Le comento que su mamá me contó que ya no le ha dado la comezón y ella dice que así es y le pregunto que quien hizo que se le quitara, ella me contesta que el psicólogo. Entonces yo le digo que la más importante para que se le quitara fue ella que está en tratamiento y que platicaba y jugaba y que fue por ella que se le quitó. Ella sonríe y afirma con su cabeza.

Al preguntarle a que quiere jugar ella responde que a las marionetas. El día de hoy se trata de que dos primas estaban jugando en una tienda de juguetes que tenían sus mamás.

Ella me dice mira mi mamá nos regaló estas muñecas. Juegan un rato y por la noche se van a dormir. Entonces escuchan un ruido. Se levantan y ella me dice que tal vez fueron nuestros hermanos pero nos fijamos y vemos que ellos están dormidos. Regresamos y vemos que no están las muñecas. Ella me dice que las muñecas cobraron vida y que son brujas, menciona que como las de las películas. Entonces cuidamos a nuestros hermanitos bebés. Nos cambiamos de cuarto y las brujas se caen. Le pregunto que cómo le podremos hacer. Ella me dice que ella vio en una película que les echaban gasolina y las quemaban para que se murieran. Entonces les hecho gasolina y les prendo. Parece que se murieron, pero ella me dice que aún no se murieron.

Más tarde ella se acerca a las brujas y las vuelve a encender, entonces ahora si ya se murieron. Ha matado a la bruja ahora si pueden dormir bien y así dormidas termina el juego.

ANÁLISIS DE LA SESIÓN

La percepción de Anny sobre ella misma en el juego es la de un rol de hija. Anny se muestra en el juego como una niña que cuida de su hermanito, una niña que es valiente y capaz de enfrentar a las brujas. Se muestra más segura de sí misma.

El medio se presenta en primera instancia como lúdico. A diferencia de las etapas anteriores del tratamiento (ámbito familiar o escolar) comienza tratándose de una tienda de juguetes de las mamás de las primas (madre buena). Sin embargo posteriormente el ambiente se relaciona con el hogar. El medio ambiente es ligeramente peligroso, pero no es algo que Anny no pueda manejar por ella misma. Anny parece tener los recursos necesarios para enfrentarlo.

En lo que respecta a las figuras parentales, en esta sesión no aparecen referentes del padre, sólo hay aspectos de la figura materna. La madre aparece en primer instancia como proveedora de satisfacción, son las madres las que les regalan las muñecas. Sin embargo parece que lo que ha dado la madre es algo que no fue tan bueno. Además los aspectos malos de la madre aparecen representados en la figura de la bruja (madre mala). La madre es quien ha brindado tanto aspectos positivos como negativos, con esto se reduce la idealización de la figura materna y al no ser tan ideal, la hija puede permitir la separación.

El conflicto significativo en esta sesión tiene que ver con el encontrar en la figura materna también aspectos negativos. En la mayor parte del tratamiento la figura paterna es la que tenía aspectos negativos y a la cual se agredía. En esta aparecen aspectos negativos en la madre, sin embargo no se actúa hacia ella con agresión. El conflicto tiene entonces tintes más edípicos.

La ansiedad predominante es la de castración. En el juego las primas requieren de cuidar a sus hermanitos, para que las brujas no les vayan a hacer nada. Los hermanitos tienen una connotación fálica. Entonces el temor es de que la bruja lastime al hermanito (falo). En esto se encuentra también un avance pues está a un nivel más desarrollado que las ansiedades que se mostraban en un inicio.

Los mecanismos de defensa que principalmente aparecen son la fantasía, la racionalización y la escisión.

Fantasía.- Esta se encuentra presente en el transcurso del juego. No es un juego por completo lógico pues las muñecas hablan, incluso lo refiere que “ella lo vio en una película”.

Racionalización.- La prima que ella maneja conoce cómo hacer para terminar con las brujas y sabe la forma en que esto funcionará.

Escisión.- En el juego se encuentra primero la madre “buena” que regala la muñeca y posteriormente la madre “mala”, la bruja. Sin embargo esta escisión es la que posibilita incorporar elementos tanto positivos como negativos en la figura materna.

Cabe mencionar que a pesar de que se han encontrado avances en el caso de Anny, siguen apareciendo algunos mecanismos de defensa de primer nivel tales como la escisión. Esto se debe a que a pesar de que Anny haya evolucionado y mejorado, hay cuestiones de estructura que no se pueden cambiar o revertir.

El superyó parece tener un funcionamiento adecuado, ahora no aparece como castigador. No se muestran sentimientos de culpa o algún indicador que refleje dificultad frente al superyó. Esto se considera como parte de los avances en Anny, sobre todo frente a la hipótesis planteada con anterioridad en que la

dermatitis (rascarse/lesionarse) aparecía como parte de un superyó que castigaba mediante la piel la poca contención de impulsos.

El yo parece integrado y fuerte frente a la realidad externa. El yo es capaz de modificar el medio, no en base a la distorsión de la realidad, sino mediante actos más conscientes.

En la transferencia Anny ubica un rol de prima para el terapeuta. La prima es un personaje mucho más cercano a la niña, es alguien que dirige menos pero puede comprender más puesto que comparte características como el sexo, la edad y el rol social y familiar. Contratransferencialmente se siente satisfacción por percibir a Anny más segura y además de que el síntoma inicial no se ha presentado ya.

En esta sesión se encuentran más firmes los cambios que poco a poco se han generado en Anny. Anteriormente se cuestionaba si el conflicto de Anny era edípico o preedípico. En este momento se puede justificar que se trataba de un conflicto preedípico, puesto que la triangulación no se lograba alcanzar, con los sentimientos afectivos hacia el padre y la rivalidad hacia la madre. En diversas sesiones se encontraban indicios de que Anny vivía el enojo de la madre hacia el padre, o de la abuela hacia el abuelo. Al trabajar el enojo y la agresión hacia la figura paterna se logró que Anny comenzará a tener sentimientos afectuosos hacia el padre. Los sentimientos negativos de la madre/abuela hacia la figura paterna son los que Anny puso en las muñecas/brujas y son los que fue necesario quemar, para terminar con este enojo que brindaba ambivalencia hacia el padre.

Cuando en el juego llega la parte de quemar a las brujas, no basta que yo lo haga. Anny necesita hacerlo. Es posible que Anny haya considerado lo que se le dice en el inicio de la sesión, cuando se le dice que la mejora y el hecho de que haya desaparecido la dermatitis fue por ella, por su trabajo. Por esto Anny necesitó quemar a la bruja por ella misma, quemando lo que quedaba del conflicto.

19 de junio del 2003

La mamá de Anny dice que la ve mejor. Menciona que ya lleva casi dos meses sin dermatitis y que incluso también en calificaciones está mejor. Anny entra y le pregunto que cómo ha estado y me dice que bien. Le digo que me da gusto y le pregunto cómo le ha ido en la escuela ella me dice que bien, menciona que tiene muchas amigas pero que con la que más se junta es con Blanca ella es una niña que va en el salón de su hermano y es más chica que ella.

En el juego Anny escoge de nuevo a las primas. Ella maneja a la hija y yo a la prima. La mía no se quiere portar bien (de acuerdo a lo que ella me pide), ella si se porta bien y es buena en la escuela y en la casa. La mía no hace caso y se porta mal.

Esto pasa y ella está en su casa con su hermanito pero él se empieza a poner mal y se muere.

Ella lo lleva corriendo conmigo que manejo al doctor. Va llorando y me dice que se murió su hermanito, me da dinero para que yo lo cure. Entonces yo lo curo y el hermanito vive.

Ella está feliz y lo abraza. Se van a su casa y ella dice que se quedaron sin dinero y entonces tendrán que vender sus juguetes. Así lo hace ella y su hermanito. Sin embargo no lo hace triste está alegre porque lo venden y recuperan el dinero.

Sin hablarlo, en esta sesión comienzo a preguntarme si es el momento de ir planteando darle de alta. Por su parte, Anny toma a un perrito de juguete que ladra cuando se le aprieta un botón. Ella me dice que el perrito está cantando, yo le pregunto que qué canción está cantando y ella me dice que es una canción de despedida.

ANÁLISIS DE LA SESIÓN

La percepción de Anny de nueva cuenta es acorde a su rol de género y edad. Es una niña que se porta bien, se preocupa por su hermanito y busca resolver las dificultades con sus propios recursos. En la otra niña proyecta el portarse mal.

El medio en esta sesión no se especifica, pero parece tratarse del ámbito familiar. Dicho medio parece ser seguro para Anny, aunque no del todo seguro para el hermanito. El medio permite que Anny exprese impulsos de forma sublimada. Puede mostrar la agresión hacia el hermano pero luego reparar. Además el medio brinda los recursos para la resolución de conflictos (doctor que puede curar al niño, dinero para pagar al doctor y juguetes para recuperar el dinero).

Las figuras objetales no se encuentran claras en el juego sin embargo se identifican algunas características. Por parte de la figura materna Anny adopta el cuidado y la protección hacia con el hermanito, no es la madre, sino la hija la que va a buscar al doctor y hace lo necesario para que éste mejore. La figura paterna es representada en el papel del doctor, que es quien cura, resuelve la situación pero espera también algo a cambio. Da pero de una forma justa (la niña no cuestiona el pagar al médico). El Doctor representa también al terapeuta y me da dinero como pago por quitarle la comezón.

En un principio se había encontrado el hermano menor de Anny como una figura con la cual ella presentaba conflicto, esto se deducía por lo comentado por parte de la madre en la historia clínica, por lo que decía también Anny y porque el hermano nació el mismo año en que Anny comienza con la dermatitis. Sin embargo el hermanito no aparecía con tanta importancia en las

otras sesiones, hasta este momento. Se encuentra éste aspecto como el conflicto significativo de la sesión. En este juego Anny se dirige con hostilidad hacia el hermanito, lo mata, pero posteriormente hace lo necesario para que viva. Es un conflicto que habla de rivalidad, lo que lo coloca en un nivel edípico.

La ansiedad predominante es de castración. Aunque sin llegar a presentarse en un nivel alto, la ansiedad de castración se encuentra ante el riesgo de perder. El hermanito va a morir, pero con su dinero recupera la salud, pierde el dinero, pero con los juguetes recupera el dinero. La ansiedad de castración (perder algo) también es de nivel edípica.

Las principales defensas que se encuentran en esta sesión son la proyección, la formación reactiva y la reparación.

Proyección.- Anny proyecta en mi personaje los aspectos no deseados de su propia personalidad. Es la prima la que no se quiere portar bien.

Formación reactiva.- Los sentimientos de hostilidad se transforman en una preocupación por la salud del hermanito.

Reparación.- Es un mecanismo más sano que se ve en el hecho de que puede hacer que el hermano reviva.

El superyó en esta ocasión brinda una culpa que no es castigadora, sino que más bien mueve a la reparación. Aunque inconscientemente Anny está matando al hermano, posteriormente busca la reparación, por eso lo lleva al doctor y paga para que lo curen. El superyó no parece altamente punitivo, además se encuentra ya más introyectado.

Por su parte se encuentra en Anny un yo estable, capaz de lidiar tanto con la realidad externa (hermanito) como con sus impulsos (de muerte). Esto no llega a representar un importante conflicto, pues en el mismo juego se resuelve.

Transferencialmente Anny ubica en mí los aspectos no deseados de ella misma cuando me da el papel de la prima que se porta mal. Posteriormente me ubica en el rol de médico, por una parte por el rol paterno que este representa pero también por el tipo de relación (terapéutica) que se ha llevado. Contratransferencialmente me siento más seguro de que el caso ha evolucionado favorablemente y orgulloso de ella.

En esta sesión se trabaja con el último eslabón de la historia de Anny, su hermano menor, parece que aunque existen sentimientos hostiles hacia él, aunque pueden ser fuertes dichos sentimientos Anny siente que puede lidiar con ellos, de hecho puede acercarse (su mejor amiga es de la edad de su hermano y va en su salón), es decir que confía en sus defensas. Otro aspecto muy importante es que se da una conexión inconsciente muy importante, entre Anny y el terapeuta, pues justo en el momento en que se comienza a analizar el alta de Anny ella refiere también una despedida. Esto confirma la idea de que el cierre es adecuado.

*Esta es la última parte del tratamiento con Anny. Se llevó a cabo el cierre supervisando que el síntoma no resurgiera o que haya sido cambiado por otro. Anny y sus padres estuvieron satisfechos, e incluso a mí como su terapeuta me generó satisfacción por el trabajo que en conjunto se logró. Por fuera, la piel de Anny dejó de tener lesiones producto del rascarse, por dentro Anny presentaba niveles más bajos de ansiedad que podía manejar con sus recursos.

CAPITULO IV

RESULTADOS

INTEGRACIÓN GLOBAL DE LAS SESIONES

INDICADOR	PARTE INICIAL DEL TRATAMIENTO	PARTE MEDIA DEL TRATAMIENTO	PARTE FINAL DEL TRATAMIENTO
1) Autopercepción (Self)	Se identifica predominantemente con el rol de hija, sin embargo con mucha influencia de la figura materna con la cual se comparten sentimientos y actitudes como el enojo hacia la figura paterna. Hay mucha similitud entre ella, la madre y la abuela.	Identificada con un rol acorde a su edad y género. Refiere rasgos negativos sobre ella misma. El papel principal es el de la hija, la madre continúa apareciendo, pero más como un referente del conflicto y con cierta separación en cuanto a la identidad.	Rol acorde a su edad y género. Se percibe a sí misma con virtudes, más segura y capaz de resolver las dificultades que se le presentan. La identificación con rasgos de la figura materna no son notorios. Se muestra más independiente.
2) Percepción del medio (Realidad Externa)	Relaciona el medio principalmente con la familia. Dicho medio es conflictivo, no encuentra en él la contención necesaria para los impulsos, por lo que la agresividad se desborda, no hay límites claros. Tampoco se encuentra en el medio muestras de afecto importantes.	El medio referido se amplía, además de la familia se refiere a la escuela. Comienzan a identificarse algunas reglas y las consecuencias de no cumplirlas. El medio incluye también figuras que brindan afecto.	El medio se relaciona con el ámbito familiar principalmente. Aunque el medio presenta algunos retos, brinda también elementos para superar las dificultades que puedan surgir. Parece un medio que si bien no es sencillo es suficiente para que Anny se desenvuelva en él con seguridad y confianza.
3) Imagen materna/paterna (Relaciones Objetales)	La figura materna posee mucha importancia en la identificación que realiza Anny. Dicha figura obtiene más fuerza al unirse con la abuela, por lo que Anny se incluye en la postura matriarcal. La madre parece enojada con el padre, aunque ella pone también límites lo hace de una forma más permisiva. Por su parte la figura paterna es percibida como la que pone los límites, sin embargo también se percibe como ausente, lo que genera malestar y enojo en Anny. La figura paterna es percibida con temor y en el juego es el punto al cual se dirige la agresión.	Ambas figuras son mostradas como figuras de autoridad, sin embargo muestran diferencias. La figura materna es más flexible, pero más constante, siempre está presente de alguna forma. El padre aunque no aparece en todas las sesiones es más firme en lo que a consecuencias se refiere, sin embargo hacia la figura paterna se muestra menos hostilidad y una mayor comprensión de lo que las consecuencias refieren. Ambas figuras aparecen integradas.	La figura materna aparece desde una perspectiva más realista e integrada, con características tanto positivas como negativas. Esto permite una mayor independencia de con ella. La figura paterna sigue marcando una línea de autoridad, pero también de apoyo, aunque no se encuentra siempre presente, no se identifican rasgos de hostilidad hacia dicha figura. Al final la figura paterna ayuda a reparar.
4) Conflictos significativos (tipo y nivel)	La conflictiva se centra en que no se han llegado a resolver cuestiones edípicas, sin embargo se identifica que el complejo de edipo ni siquiera se ha instaurado por la dificultad que se presenta para separarse de la figura materna. No se le ha permitido la entrada al padre y ante los intentos (pobres) de éste por ingresar se reacciona con agresión.	El conflicto tiene rasgos anales relacionados con la culpa. Los intentos de separación de Anny con la figura materna comienzan a mostrarse, sin embargo se acompañan de culpa. Las expectativas que los padres tienen de Anny le hacen buscar satisfacerlos para conservar el amor del objeto. El conflicto pasa de ser expresado corporalmente a ser verbalizado y mostrado mediante el juego.	La identificación de aspectos negativos en la madre posibilita el que con ella se genere cierta rivalidad, en esta parte final se ubica también una rivalidad con el hermanito menor, por lo que se identifica un nivel de conflicto más edípico.
5) Naturaleza de las ansiedades (tipo y nivel)	Aunque se encuentran algunos rasgos de ansiedad oral y fálica, la ansiedad predominante es la de la pérdida del amor del objeto que corresponde a la etapa anal del desarrollo. Aparece dicha ansiedad acompañada de algunos rasgos de culpa por la externalización de impulsos frente a precursores del superyo. La ansiedad se muestra en un grado elevado.	Se presentan rasgos de ansiedad por pérdida del amor del objeto, presentes ante la desobediencia de los padres. Sin embargo en este periodo comienzan a surgir mayormente ansiedades de castración, que son de la etapa edípica. La pérdida como consecuencia, sin embargo es una pérdida no del objeto sino del falo.	La ansiedad predominante es la de castración, ansiedad edípica que surge ante el temor de perder algo. En esta parte del tratamiento la ansiedad no aparece en un grado muy elevado como para afectar fuertemente al yo.

<p>6) Principales defensas (tipo y nivel)</p>	<p>Se encuentran varios mecanismos de defensa, sin embargo la mayoría de estos corresponden a un nivel primitivo de desarrollo, los más empleados durante esta parte son la proyección, fantasía, desplazamiento, identificación con el agresor. La poca funcionalidad de estos mecanismos hace que Anny externalice la problemática en el síntoma de la dermatitis.</p>	<p>Las principales defensas empleadas son la formación reactiva, introyección, racionalización y compensación. Si bien la evolución en cuanto a los mecanismos que use no es mucha, la ansiedad ha disminuido y por lo tanto los mecanismo son menos recurrentes.</p>	<p>Los mecanismos de defensa mayormente empleados son la fantasía, racionalización, escisión, proyección y formación reactiva. Los mecanismos siguen siendo mayormente primitivos, el tipo y grado de ansiedad ha cambiado y la adaptabilidad ha mejorado.</p>
<p>7) Adecuación del Superyó (nivel de desarrollo y funcionamiento)</p>	<p>No se encuentra un superyo integrado, sólo se muestran precursores del mismo. Dichos precursores son por momentos laxos y por otros punitivos y castigadores, por lo que se tiende a externalizarlos en la figura del padre. Sólo hacia el final de esta etapa del tratamiento comienzan a surgir algunos sentimientos de culpa.</p>	<p>El superyo comienza a mostrar más estructura, se contienen algunos impulsos. Sin embargo aún parece ser punitivo, con consecuencias a forma de castigo. Se comienzan a internalizar algunas de las normas, ya no se ubica por completo en los padres.</p>	<p>El castigo que brinda el superyo posterior a la descarga impulsiva es menor. A pesar de que aparece culpa, ésta mueva hacia la reparación además del castigo. Aún no se podría hablar de un superyo por completo estructurado e internalizado puesto que no se ha elaborado el conflicto edípico. Superyó más internalizado.</p>
<p>8) Integración del Yo</p>	<p>El yo se enfrenta a niveles elevados de ansiedad, sin embargo no llega a perder la integración y funcionalidad. El contacto con la realidad sólo se ve afectado mediante el uso de la fantasía, pero sin distorsiones mayores.</p>	<p>El discurso del juego se torna y tanto más realista y lógico. Anny ha podido desarrollar más las funciones yoicas mediante el contacto con el medio y la realidad. Ha disminuido la fantasía para alterar la realidad. Disminuye el rendimiento académico como señal de separación de los intereses maternos.</p>	<p>La ansiedad ha disminuido. El yo se muestra con la fuerza necesaria para lidiar entre la realidad externa y los impulsos. Se percibe capaz de modificar le medio a través de recursos conscientes, más que distorsionando la realaidad.</p>
<p>9) Transferencia y Contratransferencia</p>	<p>La figura que principalmente se transfiere es la del padre, una figura de autoridad de la cual se requieren límites y también afecto. Sin embargo es una figura que al haber estado ausente, generó enojo, además del enojo de la madre hacia el padre. Contratransferencialmente se encuentran inicialmente deseo de brindar afecto a Anny, frente a la agresión surge incomodidad y enojo, pero se trabaja para que ella pueda externalizar el enojo y contener en la terapia dichos impulsos. También se transfiere el enojo que llega a aparecer hacia la madre.</p>	<p>Las figuras transferidas son el padre y el hermano. Hacia le padre ha disminuido la agresividad, se respetan sus normas. El hermano es una figura que surge para brindar compañía en el camino que Anny recorre, hay hacia él incluso sentimientos maternos de cuidado. Contratransferencialmente hay deseo por acompañar y confianza en que con base en los avances habrá nuevos, hay expectativa y satisfacción frente a los cambios.</p>	<p>Transferencialmente se encuentran tanto aspectos de su propia personalidad que no le agradan y proyecta en mi personaje. Un personaje también más cercano, que dirige menos pero comprende más. Finalmente la transferencia con el medico-padre-terapeuta es mucho más ubicada en la relación terapéutica que se concluye. Desde la contratransferencia se identifican sentimientos de satisfacción, seguridad y orgullo, como el de un padre hacia una hija.</p>

<p>10) Impresión de las sesiones</p>	<p>La conflictiva de Anny tiene que ver con aspectos preedípicos. Tal como se ha expuesto en la teoría, la dermatitis se relaciona con aspectos orales. En este periodo del tratamiento se encuentra una unión muy fuerte hacia los sentimientos de la madre. El enojo de la madre sumado a la ausencia del padre hace que éste sea el receptor de los impulsos agresivos de Anny. Sin embargo en el mismo tratamiento se identifican severos castigos de los precursores del superyo, que aún no están integrados. Se puede identificar que la dermatitis tiene una relación importante con la situación familiar de Anny y con los bajos recursos que la niña tiene para enfrentarlo.</p>	<p>Se ha disminuido la agresión hacia la figura paterna y se nota mayor independencia con respecto a los sentimientos de la madre. La ansiedad ha disminuido al contener más los impulsos. El superyo se va integrando más y se comienzan a introyectar las normas. Aunque hay mejoría en cuanto a los aspectos familiares, se encuentra una disminución en el rendimiento académico de la paciente, esto se explica como parte de la separación hacia la figura materna.</p>	<p>Anny se muestra más segura de sí misma. El síntoma ha desaparecido. En lo que respecta al nivel de conflicto se encuentra que Anny comienza a tener algunos rasgos de ansiedad más evolucionada que al inicio, de preedípica a edípica, se trabaja sobre la conflictiva que tiene con el hermano menor, la cual es ya mucho menos fuerte que al inicio. Se ha recuperado en los aspectos escolares y en lo que respecta a sus emociones éstas son manejables mediante los recursos propios de la niña.</p>
---------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.2 Análisis de los Resultados

Previo a explicar los resultados, es conveniente mencionar que los padres apoyaron el tratamiento de Anny, logrando inclusive tener algunos cambios en casa. Se identifica la aportación de los padres básicamente en tres aspectos, el primero fue el cambio de cuarto, para que Anny durmiera en un cuarto con su hermana. El segundo fue la incorporación de un perro que pudiera tener contacto con Anny. El tercero fue el acercamiento del padre de Anny hacia con la niña. Esto se logró explicando a los padres la importancia de estas acciones y hablando de algunos de los juegos de Anny y como expresaba con esto su conflicto.

A continuación se realiza un análisis del desarrollo que llevó el tratamiento de Anny en diversos aspectos, tomando como base el cuadro de la integración global de las sesiones. Por tal razón se continúa tomando como indicadores los mismos que se emplearon en el análisis de las sesiones.

En lo que respecta a la Autopercepción se encontró que Anny se identificó siempre con un rol femenino acorde a su edad. Al inicio del tratamiento se ve una marcada identificación con la madre y la abuela, llegándose incluso a confundir cuales son los sentimientos de Anny y cuáles no. Tanto la abuela como la madre manifiestan sentimientos hostiles hacia la figura masculina. Por lo que Anny llega a manifestar agresión hacia el padre. Conforme el tratamiento fue avanzando Anny fue capaz de ir diferenciándose de la madre, identificando en sí misma aspectos positivos y negativos, mostrándose un tanto más reflexiva sobre sus acciones. Mediante una actitud de aceptación se fue fortaleciendo la identidad de Anny, logrando que ella misma aceptara sus aspectos positivos y negativos, desarrollando confianza en sí misma y en la capacidad que tiene para enfrentar la realidad.

A lo largo del tratamiento el medio ambiente predominantemente importante fue el relacionado con la familia, puesto que en la mayoría de las sesiones el juego tenía una relación con la familia, inclusive en la parte media del tratamiento, cuando se abordaba una temática escolar, ésta era importante por la repercusión que tenía a nivel familiar (sobre todo con la madre) la situación académica de la niña. El ambiente inicialmente era percibido como permisivo por parte de la niña, llegándose inclusive a requerir de una mayor contención de impulsos de la que el medio brindaba. El encuadre del tratamiento realizado con Anny ayudó a brindar ciertos límites que favorecieron la contención de los impulsos. Aunque se permitió que mediante el juego Anny expresara sus impulsos, esto se hacía dentro del espacio en el tiempo y con los límites necesarios para ello. Poco a poco el ambiente fue percibido como un medio más realista en el cual existe libertad para hacer lo que se desea, pero con el conocimiento de que existen consecuencias ante lo que se hace. El ambiente fue mostrando a Anny que además hay elementos que brindan afecto, situación que inicialmente se había planteado como un área débil y relacionada con el síntoma. Las carencias afectivas se llegan a relacionar con algunas dermatitis, la falta de afecto- contacto es un llamado que se hace presente en la piel. Conforme el ambiente fue percibido más cálido y seguro el síntoma fue disminuyendo.

Respecto a las relaciones objetales ésta fue una de las áreas donde se trabajó más, con la finalidad de que la percepción de éstas fuera más sana. En cuanto a la figura paterna se refiere, el trabajo consistió en contener la agresión que se dirigía hacia dicha figura. Al inicio del tratamiento se encontraba mucho enojo hacia dicha figura. Al parecer, cuando la agresión se llevó a un nivel máximo (en el juego muere el padre) aparece posteriormente la culpa, se encuentra que el padre no deja de querer a la hija, esto fortalece la percepción de dicha figura. Ante dicha situación la agresión que se dirige hacia el padre es cada vez menor, incluso se manifiesta cariño hacia el padre. Hacia la figura materna se encuentra inicialmente la figura de una madre en la cual no se encuentran rasgos negativos, es una figura que aunque trata de poner límites es más

permissiva que el padre. Hacia el final del tratamiento Anny percibe a la madre más realista y continua identificándose con ella. La madre aparece con más constancia y más cercana hacia Anny durante todo el proceso.

La conflictiva de Anny se presenta a nivel preedípico. A pesar de que en base al desarrollo Anny debiera haber iniciado el complejo de Edipo este no se ha podido llevar a cabo puesto que al inicio del tratamiento se encuentra que la niña no se ha logrado separar adecuadamente de la figura materna. La ausencia del padre genera enojo en la madre de Anny y en la niña misma. Durante el proceso terapéutico surgen en Anny sentimientos de culpa por la agresión dirigida hacia el padre, estos y el deseo de mantener el amor del padre posibilitan que en Anny disminuya el enojo hacia el padre. Aunado a esto la percepción de la figura materna fue incorporando rasgos negativos, comenzando a surgir cierta rivalidad con la madre. Hacia la parte final del tratamiento la conflictiva comienza a presentar rasgos edípicos, con lo que se denota evolución y desarrollo.

Desde el diagnóstico se identificaron en Anny niveles importantes de ansiedad, que se relacionan con el hecho de rascarse (a mayor ansiedad, mayor comezón). A pesar de que se encontraban tipos de ansiedades orales y fálicas la ansiedad predominante durante la etapa inicial del tratamiento era la ansiedad por pérdida del amor del objeto que corresponde a la etapa anal. Los niveles de ansiedad en esta primer etapa eran elevados y aparecían frente a la agresión que se tenía que externalizar hacia el padre, es decir que para no perder el amor de la madre y esto le generara ansiedad Anny tenía que agredir a la figura paterna, sin embargo posterior a dicha agresión aparecía ansiedad por temor a perder el amor de la figura paterna, lo que hacía que la ansiedad fuera un constante. Ante esto el recurso que quedaba a Anny era disminuir esta ansiedad dirigiendo la agresión hacia ella misma, hacia su piel. Mediante el tratamiento se buscó que Anny se sintiera segura del amor de la figura paterna, es decir a pesar de que ella lo agrediera el padre seguiría queriéndola,

esto disminuyó la ansiedad y permitió cierta evolución para que fuera apareciendo una ansiedad más evolucionada, es decir una ansiedad de castración donde no se pierde el amor de los padres, sino que se teme perder el falo. Esto comenzó en la parte media del tratamiento y hacia la parte final se encontró que la ansiedad no sólo había cambiado en cuanto a tipo, sino que los niveles de ésta misma disminuyeron notablemente y con ellos el síntoma.

En cuanto a los mecanismos de defensa empleados por Anny y puestos en evidencia durante el tratamiento se encuentran principalmente la proyección, fantasía, identificación con el agresor, formación reactiva, introyección, proyección y racionalización. Como ha sido posible observar los mecanismos de defensa empleados por Anny durante el tratamiento no tuvieron una variación en cuanto a nivel, y esto se debe a que a pesar de que se logró una mayor adaptabilidad los mecanismos empleados no pueden cambiar drásticamente puesto que están ligados a una estructura de personalidad. En el caso de Anny se identifican varios mecanismos primitivos, lo que se relaciona con rasgos de personalidad limítrofe, donde el conflicto psíquico rebasa la frontera y se lleva a un plano corporal. La mejoría en cuanto a la adaptabilidad de Anny se relaciona más con una disminución de la ansiedad, lo que hizo que ella requiriera usar menormente los mecanismos de defensa primitivos, obteniendo con esto una mejoría y mayor adaptación al medio, sin la necesidad de llevar al plano corporal el conflicto psíquico.

A inicio de este proceso se encuentran sólo precursores del superyó, es decir una estructura aún primitiva. Estos precursores del superyó por momentos se muestran demasiado laxos y por otros muy punitivos, las reglas y normas son externalizadas en la figura paterna, éste es el que marca los límites y por ello es también motivante del enojo. Los castigos que genera el superyó son fuertes, la dermatitis de Anny se puede relacionar con un castigo que se autoaplica en la piel. Conforme se ejercían los límites del encuadre y se contuvo la impulsividad de Anny fue introyectando reglas y normas,

aprendiendo que las acciones generan consecuencias. Los castigos de los precursores del superyó fueron menos severos y dichos precursores comenzaron a introyectarse, hacia el final del tratamiento no se encuentran proyectados en las figuras parentales. Sin embargo al no llegar a una situación edípica como tal no se ha logrado estructurar aún un superyó maduro, sin embargo es menos punitivo pero capaz de contener las descargas impulsivas desbordadas.

La realidad nunca se encontró gravemente alterada. El yo de Anny llegó a emplear la fantasía para disminuir la ansiedad distorsionando ligeramente la realidad, sin embargo cuando la ansiedad disminuyó su yo se encontró más fuerte, desarrollando más sus funciones mediante el contacto con el medio. Los recursos del yo parecen suficientes para lidiar con la realidad y conducirse de manera adaptada en el medio. Esto se identifica en la adaptación escolar que logró Anny posterior al desajuste académico que tuvo.

Los aspectos transferenciales y contratransferenciales fueron de vital importancia en el tratamiento, puesto que permitieron identificar el reflejo de lo que Anny vivía y necesitaba. Inicialmente la figura predominantemente proyectada en el terapeuta era la del padre, una transferencia muy clara por tratarse del juego de las marionetas de la familia. El padre transferido era un padre al que se le agredía, del cual se esperaban límites pero también un contacto más afectuoso. Al elaborarse la conflictiva con ésta figura se transfirió la imagen de un hermano y posteriormente de una prima. Estas figuras fueron más cercanas al nivel de la niña. Figuras que podrían en dado caso identificarse más con ella misma y por lo tanto comprenderla mejor. Al final del tratamiento surge una transferencia relacionada con una relación más realista la de una niña con un médico, que al final de cuentas es una relación terapéutica.

Contratransferencialmente se pasó también por diversas etapas. Desde una inicial en la que predominó el interés por ayudar y deseo de brindar afecto, el enojo hacia la agresión recibida, pero comprendiendo la situación se posibilitó la comprensión de la dinámica de la niña. La expectativa hacia el cambio y la satisfacción por los logros obtenidos en Anny. Finalmente se identificaron sentimientos de orgullo por el avance de Anny y la confianza en que ella sería capaz de enfrentar el medio con los recursos para una buena adaptación.

Cabe mencionar que durante el tratamiento nunca se le sugirió a Anny que empleara el juego de las marionetas de la familia, esto fue una elección de ella que le permitió expresar la conflictiva que presentaba. El tratamiento en sus diversas etapas fue representando diversos estados de Anny. Al inicio una conflictiva relacionada con enojo y agresividad hacia el padre, siendo aún imposible la separación de la figura materna. Posteriormente se inicia la separación con la madre y se llega a presentar inclusive dificultad en el ámbito escolar, que sin embargo se tomó como un síntoma de desarrollo pues esto posibilitó que al final del tratamiento se lograran encontrar ya rasgos edipicos.

El tratamiento con Anny incluyó sobretodo aspectos catárticos y algunos más elaborativos. La expresión de la agresión y la contención de la misma ayudaron a disminuir la ansiedad a controlar los impulsos y a generar mayor seguridad en la niña. El desarrollo se dio mediante la comprensión del caso, desde Winnicott se podría explicar como el hecho de que cuando el bebé manifiesta agresión, la figura materna debe responder con amor, con la finalidad de mostrar al niño la diferenciación y esto propiciará el desarrollo. Finalmente Anny logró sentirse más segura, con sentimientos menos hostiles hacia la figura paterna y por lo tanto con menor culpa y ansiedad ante la pérdida del amor de sus objetos.

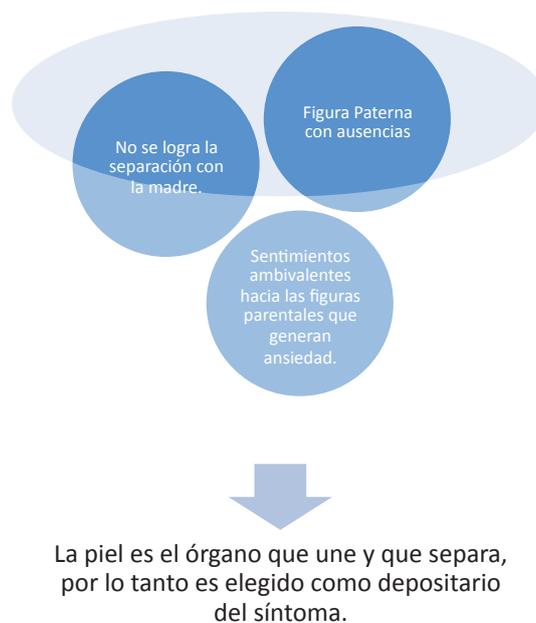
CAPITULO V

APORTES Y CONCLUSIONES

5. Aportes y Conclusiones

Mediante el caso de Anny ha sido posible llegar a algunas concepciones en base a la comprensión de su caso. El padecimiento dermatológico de Anny llevó a que sus padres buscaran en la terapia la opción que permitiera la mejora. Para la presente investigación el caso de Anny fue una alternativa para comprender el lazo que une a la mente con el cuerpo, las implicaciones inconscientes del síntoma corporal.

Para este momento es posible identificar la etiología del síntoma de Anny en base a diferentes componentes. Dichos componentes se exponen en el siguiente esquema:



Explicando el esquema anterior es preciso hacer referencia a la situación familiar que vivía Anny previo a la enfermedad. Anny vive en una familia que se compone de un padre, madre, hermano, hermana y ella (aún no nace el hermano menor), la abuela vive una temporada con ellos. Por su trabajo el padre pasa varios días en el campo, esto es percibido como un abandono agresivo tanto en Anny como en su madre. La madre de Anny manifiesta sentimientos hostiles latentes hacia el padre, la abuela es divorciada (situación

poco común para el pueblo donde viven) por lo que se puede hipotetizar también la presencia de sentimientos desfavorables hacia la figura masculina. En este momento Anny no ha logrado una separación de su madre y por lo tanto adopta la postura femenina habitual en la familia, la del enojo y agresividad hacia la figura masculina (paterna).

Lo anterior hizo pensar en la hipótesis de que los sentimientos hostiles hacia el padre generaban ansiedad, puesto que se trata de una figura de amor, pero en este caso también de enojo. Los sentimientos ambivalentes se añan al temor por la pérdida del amor del objeto, lo que representa una ansiedad correspondiente a la segunda etapa del desarrollo psicosexual. Ya se ha expuesto anteriormente que el conflicto de Anny es preedípico, puesto que al no lograr la separación con la madre no es posible la triangulación edípica, además de presentar una ansiedad de tipo anal.

Sin embargo es posible rastrear el origen del conflicto en etapas más tempranas del desarrollo de Anny. En el marco teórico se revisó el planteamiento de Schur, de 1933, en el cual expone que el síntoma psicossomático corresponde a una regresión hacia el proceso primario, en el cual al no poder simbolizar somatiza, el proceso de desarrollo implica desomatizar las emociones, es decir quitarlas del cuerpo. De esta forma Anny resomatiza las emociones en el cuerpo, es la alternativa que encuentra Anny para poder expresar el conflicto.

Un cuarto factor que pudo propiciar el padecimiento de Anny es la incapacidad para verbalizar la ansiedad en la niña. De esta forma la manera para expresar la ansiedad es el cuerpo.

Hace falta aún aclarar el hecho de la elección de órgano. En este caso, la piel. Se entiende que la elección de órgano no es una relación causa-efecto, sino que implica varios factores. A pesar de que no se identifica alguna alteración previa en la piel, la teoría expone que generalmente se trata de órganos afectados por cuestiones ajenas a la psique. En Anny el aspecto más

importante para comprender el síntoma esta precisamente en las funciones cutáneas. *“La piel es esencialmente la cubierta o envoltura exterior del organismo que funciona de manera permanente y que cumple dos importantísimas misiones, la de relacionarnos con el mundo exterior y la de protegernos de las agresiones de ese propio mundo”*¹³⁴. Se vinculan entonces los aspectos con los que Anny presenta mayor conflicto, una dificultad para separarse con la madre (*tocada emocionalmente en exceso*), y una dificultad para acercarse al padre (*carencia del ser tocada*).

El que el síntoma aparezca predominantemente en los párpados hace pensar además que la ansiedad puede incrementarse con lo que Anny ve. La dermatitis va descendiendo en el cuerpo notándose sobre todo en las coyunturas de brazos y piernas, notándose que el área genital aparece como un salto donde no se presenta la dermatitis. Esto lleva a pensar en que lo que Anny ve puede tener connotaciones sexuales. En los datos de Anny se encuentra que ella duerme con los padres, por lo que se puede pensar en el hecho de que se hayan presenciado escenas primarias, lo cual viene a complicar la comprensión para Anny de la situación entre los padres. La escena primaria generalmente se percibe como agresiva, al igual que agresiva se percibe la relación entre los padres.

Como se ha expuesto, los sentimientos hostiles de Anny hacia el padre, figura que agrede al abandonar pero también figura de amor genera en ella sentimientos de culpa, sobre todo porque la agresión que dirige es influenciada por sentimientos de la madre. El caso de Anny puede ejemplificar entonces lo expuesto por Cameron en 1990: *“a veces es tan extrema la acción de rascarse que lesiona la piel, produce irritaciones crónicas y de dolor. Parece cumplir entonces funciones de castigo”*¹³⁵. El tener sentimientos hostiles hacia una figura de amor desencadena culpa, que aunada a un superyó primitivo busca el castigo por medio del cuerpo.

¹³⁴ http://www.lapiel.com/frontend/lapiel/noticia.php?id_noticia=179&id_seccion=167&tree_pos=sub_1_0_1. Consultado el 27 de septiembre de 2008

¹³⁵ CAMERON, Norman. “Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad: un Enfoque Dinámico”, Trillas, México 1990. P.675

El padecimiento de Anny es atendido primeramente desde el lado médico por varios especialistas. Este es un recurso que comúnmente se emplea y que no se identifica como negativo, de hecho es importante que todos los síntomas (aun los que tienen connotaciones psicosomáticas) reciban el tratamiento médico. Para los padres es menos conflictivo atender los padecimientos de los hijos desde la medicina antes que desde la psicología pues esto brinda la posibilidad de pensar que algo han hecho inadecuado, es una forma de evadir su responsabilidad o disminuir su ansiedad. Sin embargo finalmente un síntoma tan notorio lleva a los padres a buscar en la psicoterapia una alternativa.

Se tiene el conocimiento de que cuando un paciente ha puesto el conflicto en el síntoma psicosomático de alguna forma lo ha exiliado del plano consciente y esto puede dificultar comprender la dinámica, pues el paciente está más acostumbrado a hablar del síntoma que de sus conflictos. Sin embargo esta investigación permite hacer referencia a una de las diferencias que hay entre el tratamiento de adultos y niños. A pesar de ser un síntoma corporal el que lleva a Anny a terapia, ella se permite mostrar desde el inicio los aspectos que le generan conflicto, desde luego desde la perspectiva del juego.

Posterior al proceso diagnóstico, toca centrar la atención en el tratamiento de Anny. El tratamiento para estos casos deberá estar encaminado a contrarrestar la regresión fomentando la verbalización para evolucionar hacia canales normales de comunicación del proceso secundario. En términos más prácticos se buscó que Anny tuviera los recursos que permitieran la evolución, la disminución en la ansiedad y contrarrestar la sintomatología mediante la resolución de los conflictos internos. Cuando se menciona contrarrestar la regresión, se refiere a decalectizar el cuerpo, retirar el conflicto del plano corporal.

A pesar de que la enfermedad psicosomática no es clasificada como un mecanismo de defensa, para Anny la enfermedad psicosomática aparece cuando incrementa la ansiedad. Al momento de su llegada al tratamiento Anny trae consigo un nivel importante de ansiedad. Esto es favorecido por la identificación que hay con la madre y la abuela, que implica sentimientos hostiles hacia la figura masculina-paterna.

Anny se encuentra entre la madre y el padre. No ha sido posible la separación de la madre para iniciar un complejo de Edipo adecuado. Es preciso recordar lo que afirma Ortiz Riverosa en 2006, *“es el amor de la madre hacia sus hijos e hijas la única voz digna para crear un cuerpo sano y una imagen corporal orientada hacia la búsqueda de la identidad, y es el amor del padre quien delineará dicha función actuando como un `partero psíquico`”*¹³⁶. No ha habido la suficiente cercanía por parte del padre, pero la madre tampoco ha creado un canal de la hija con el padre. La madre es quien presenta al padre a los hijos y lo que ella hable del padre sentará precedentes importantes.

El enojo de la madre hacia el padre se identifica en el cuerpo de Anny. Lowen (1995) en “El Lenguaje del Cuerpo” refiere que los seres humanos responden al deseo de su madre, a su deseo de vivir y sobrevivir, y es a través del cuerpo que dicho deseo se materializa. Lo que se ve en el cuerpo de Anny es una verdadera lucha, es agresión y es castigo.

En la parte inicial del tratamiento Anny expone mediante el juego la agresividad que presenta hacia el padre, el enojo hacia él y la culpa que esto le genera. El superyó de Anny es muy inmaduro, no está integrado, ni introyectado, por lo cual de que es muy punitivo, por ello dirige la agresión hacia sí misma. El tratamiento a esta enfermedad de la piel se encaminó a promover el desarrollo y avance de la comunicación en proceso primario a proceso secundario. Al promover otros canales de comunicación y simbolización, más maduros, se

¹³⁶ ORTIZ ROVIROSA, Mario. “Del Cuerpo a la Pareja”, dentro del compendio “El Cuerpo y el Psicoanálisis”. Asociación Psicoanalítica Mexicana. P. 123 Editores de Textos Mexicanos. México, D.F. 2006.

disminuye la necesidad de utilizar a la piel como recurso para expresar el conflicto. El medio de comunicación que se empleó fue el juego, lo que ayudó en primera instancia a disminuir la frecuencia del síntoma, era preferible jugarlo que actuarlo.

En la segunda sesión Anny manifiesta un temor a perder el amor de los padres, en especial se dirige hacia el padre. Al reforzarle la idea de que no se le dejará de querer ella se siente más segura. Esto aunado al hecho de que Anny pudo expresar la agresividad en un espacio de contención sin recriminación permitió que se disminuyera la ansiedad y con esto el síntoma.

En el juego Anny manifestaba la necesidad de límites, mismos que fueron brindados por el encuadre y poco a poco introyectados por ella misma. Conforme la figura paterna dejaba de ser el objeto de la agresión Anny fue introyectando mucho de las normas. El superyó requirió estar menos afuera y se fue estructurando e internalizado.

Aunque la primera etapa de este tratamiento estuvo llena de mucha agresión de Anny hacia la figura paterna se considera que en esta fase se logró uno de los avances más importantes: el desarrollo. La elaboración de esta problemática se puede entender desde la visión de Winnicott cuando expone la crueldad primitiva o fase de preinquietud. *“Podríamos dibujar un circuito en el cual el bebé expresa rabia y recibe amor, con lo cual se confirma no sólo que la madre ha sobrevivido sino que es un ser separado del niño”*¹³⁷. La contención de impulsos agresivos en Anny permitió reforzar la figura paterna y disminuir la ansiedad que le generaban sus propios impulsos.

Conforme Anny fue acercándose más a la figura paterna se fue permitiendo la separación con la figura materna y a la vez a la inversa, conforme la figura paterna se acercó y brindó seguridad se permitió la separación de la madre.

¹³⁷ BLEICHMAR, N. y LEIBERMAN, C. “El Psicoanálisis Después de Freud”. P. 275. Paidós. México 2004.

De esta forma en la parte media del tratamiento se presenta inclusive como una aparente dificultad en cuestiones escolares, de esta forma Anny manifestaba la separación de los intereses de la madre. La ligera disminución en el rendimiento académico de Anny fue sólo temporal y tras unos meses recupero un promedio adecuado.

La personalidad de Anny fue evolucionando mostrando mayor adaptación al medio y el síntoma dejó de aparecer. La adaptación al medio es importante, debido a que muchos niños están en situaciones familiares complejas, pero no todos ellos desarrollan enfermedades psicosomáticas. Anny fue contando con más recursos para enfrentarse al medio. Saber que podría separarse de la madre, con el respaldo del padre disminuyó su ansiedad.

Dichos cambios no hubiesen sido posibles sin el apoyo de los padres, quienes a pesar de formar parte de la conflictiva de Anny superaron las resistencias que en la mayoría de los casos se encuentran, tales como sentimientos de culpa, negación y evasión entre otras. Fue notorio como inclusive el padre se fue acercando más al proceso de la niña. Al inicio era sólo la madre la que llevaba a Anny a terapia, poco a poco fue incorporándose el papá quien en muchas ocasiones la llevo al consultorio y preguntaba sobre su desarrollo.

Resulta interesante en este caso la comprensión de la conflictiva. Al estudiar los aspectos relacionados con psicosomática se encuentra que hay poco aterrizado en niños. Existe mayor bibliografía en cuanto a adultos y bebés se refiere, sin embargo los aportes que se encuentran son de gran riqueza y profundidad. Se considera que es un tema aún poco estudiado en el sentido de que existen múltiples posturas al respecto y parece no haber una línea claramente marcada en ésta área.

Este trabajo ha dejado plasmada la importancia de vincular no sólo los aspectos psicológicos o de personalidad con el síntoma corporal, sino de profundizar en cuanto a la etapa del desarrollo en que se encuentra la fijación,

el tipo de ansiedad, características del ello, superyó y yo, fantasías y conflictos, entre otros. De lo que surge el interés por nuevos proyectos en los cuales se pudiese contar con una mayor población, en la cual no sólo se trabaje el diagnóstico, sino las características del tratamiento en diferentes tipos de enfermedades y etapas del desarrollo.

Dentro de las limitaciones se encuentra que por la metodología del trabajo de estudio de caso no es posible hacer una generalización, pero se considera que en psicoanálisis toda generalización debe de tener sus reservas. En este caso la dermatitis como enfermedad psicosomática se relacionó con un conflicto de la paciente con las figuras parentales y la ansiedad que ésta generaba, se encontraron importantes regresiones a etapas primitivas del desarrollo, básicamente etapa oral y anal de la teoría psicosexual. Sin embargo no refiere que todas las dermatitis deban tener la misma explicación. Lo que si establece este trabajo es la interconexión que tiene la enfermedad física con los aspectos profundos de la personalidad, mismos que deberán ser atendidos a la par de la atención del cuerpo.

A pesar de tratarse de un estudio de caso, el sustento teórico y el análisis del caso clínico permiten hacer las siguientes recomendaciones para los padres de un niño con una enfermedad psicosomática:

- Estar al pendiente de la enfermedad, el inicio, síntomas, en qué momentos puede acentuarse el síntoma y en cuales puede disminuir. Esta información será muy útil para el terapeuta.
- Obtener un diagnóstico certero con el apoyo de un especialista del área médica y del área psicológica para poder elaborar un plan terapéutico.
- A pesar de recibir el apoyo de una psicoterapia no dejar de lado los cuidados médicos que deban tenerse, ya que si bien estos no en todos los casos resuelven el problema si ayudan a eliminar malestares y en algunos casos, la sensación de castigo para el paciente.

- Comprender que como padres es posible que todos nos equivoquemos y con la orientación de un especialista se pueden obtener resultados que beneficien la salud del niño.
- La percepción del niño con respecto a la conflictiva puede ser muy distinta a la que se tiene como adulto, por lo que es importante dar espacio para que el niño exprese sus afectos, temores e ideas.
- En la psicosomática, la ansiedad juega un papel importante, por lo que las muestras de afecto y seguridad serán muy valiosas para que el niño pueda encontrar medios más sanos de expresar la ansiedad y no lo haga mediante el uso del cuerpo.

Aunque cada caso es particular, los psicoterapeutas que atiendan casos de psicosomática en la infancia pueden tomar las siguientes recomendaciones para el tratamiento de estos niños:

- Conocer los aspectos médicos de la enfermedad física que se presenta en el paciente, con la finalidad de identificar cualquier variación del curso normal del padecimiento.
- A pesar de que la enfermedad psicosomática no tiene como en el caso de las conversiones un simbolismo claro, es necesario conocer las funciones del órgano afectado y su relación con la dinámica del conflicto.
- Como se vio en este caso, lograr una alianza e trabajo con los padres es muy importante, para poder lograr cambios en el sistema familiar que favorezcan la salud del niño. En caso de ser necesario indicar el tratamiento psicoterapéutico para los padres.
- Comprender la dinámica del niño y el papel que el síntoma físico representa, para con esto elaborar un diagnóstico que aunque evolucione acompañe el tratamiento en todo momento.
- Brindar al niño un espacio de confianza para expresar sus miedos, afectos, ansiedades y conflictos por medio del juego y de esta manera no recurrir al cuerpo para expresar sus dificultades.

- Evaluar el desarrollo del tratamiento a la par de la sintomatología física para reconocer cualquier cambio que se encuentre.
- En caso de que el síntoma físico desaparezca, es necesario evaluar que no se haya cambiado por otro síntoma, además de dar tiempo para asegurarse de que el síntoma no resurja.

En la enfermedad psicosomática se encuentra una unión entre mente y cuerpo. Es posible concluir que no hay enfermedad que tenga sólo componentes orgánicos y enfermedad que tenga sólo componentes psíquicos. Toda enfermedad implica en mayor o menor medida aspectos de ambas partes, partes que integran un todo.

La salud se logrará entonces con la integración, al igual que el proceso normal del desarrollo.

REFERENCIAS

- ALLIANCE OF PSYCHOANALYTIC ORGANIZATIONS. "Psychodynamic Diagnostic Manual". PDM TaskForce. Silver Spring, MD 2006.
- ANZIEU, Didier. "El Yo – Piel". Biblioteca Nueva, España 1987.
- ANZIEU, HOUZEL y otros. "Las Envolturas Psíquicas" Amorrortu Editores. Buenos Aires Argentina.
- ASOCIACIÓN PSIQUIATRICA AMERICANA. "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)". Ed. Masson. Barcelona 2000.
- BLEICHMAR, N. y LEIBERMAN, C. "El Psicoanálisis Después de Freud". Paidós. México 2004.
- CAMERON, Norman. "Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. Un Enfoque Dinámico". Ed. Trillas. México 1990.
- DE CALATRONI Marta T. "Pierre Marty y la Psicosomática". Amorrortu Editores. Argentina 1998.
- DOLTO, Françoise. "La Imagen Inconsciente Del Cuerpo". Ed. Paidós Psicología Profunda. Argentina, 2007.
- DORLAND. "Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland". Mc Graw-Hill. Madrid 1988.
- DORRA Raúl. "La Casa y el Caracol". Plaza y Valdes Editores. Puebla, México 2005.
- FARRÉ M. y Otros. "Psicología para Todos". Tomo 4. Ed. Océano. Barcelona, España, 2008.
- FENICHEL Otto. "Teoría Psicoanalítica de las Neurosis". Ed. Paidos, 2000.
- FISCHBEIN, José E. "La Clínica Psicoanalítica y las Enfermedades Somáticas". Psicoanálisis ApdeBA, Vol. XXII No.1 2001
- FREUD Anna. "Psicoanálisis del Desarrollo del Niño y del Adolescente". Ed. Paidos 1992
- FREUD, Sigmund. "Proyecto de una Psicología para Neurólogos". En Obras Completas, tomo I. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, España.

- FREUD, Sigmund. "Tótem y Tabú". En Obras Completas Tomo II, Ed. Biblioteca Nueva. Madrid España. 1912-1913.
- FREUD, Sigmund. "Tres Ensayos para una Teoría Sexual". Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, España.
- FREUD, Sigmund. "Esquema del Psicoanálisis" en Obras Completas, Tomo XXIII. Amorrortu, Buenos Aires 1938.
- FREUD, Sigmund. "Introducción al Narcisismo". En Obras Completas. Amorrortu Editores. Vol. XIV. Buenos Aires 1976.
- FREUD, Sigmund. "La Perdida de la Realidad en la Neurosis y la Psicosis". Obras Completas. Tomo XIX. Amorrortu Editores. 7ª Reimpresión, Buenos Aires 2003.
- FREUD, Sigmund. "Lo Inconsciente. Apéndice C: Palabra y Cosa". En Obras Completas, Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- FREUD, Sigmund. "Psicología de las Masas y Análisis del Yo". En Obras Completas T. 09: Ed. Iztaccihuatl, México 2007.
- FREUD, Sigmund. "Tres Ensayos de Teoría Sexual". Obras Completas. Tomo VII. Amorrortu Editores. 7ª Reimpresión, Buenos Aires 2003.
- GREEN, A. "De Locuras Privadas". Amorrortu, Buenos Aires, Argentina 1990.
- GRENSON, Ralph R. "Técnica y Práctica del Psicoanálisis". Ed. Siglo Veintiuno Editores. Decimocuarta edición en español 2004. México, D. F.
- GUIR, Jean. "Psicosomática y Cáncer". Catálogos Paradiso, Buenos Aires.
- HALL, Calvin S. "Compendio de Psicología Freudiana". Ed. Paidós, México 1983.
- HARSCH Bolado, Catalina. "Trampas del Cuerpo", dentro del compendio "El Cuerpo y el Psicoanálisis". Asociación Psicoanalítica Mexicana. Editores de Textos Mexicanos. México, D.F. 2006.
- HINSIE, Leland. "El Hombre como Persona. Introducción a la Psicosomática". Espasa Calpe. Madrid 1947.
- JEAN Claude Liaudet. "Dolto para Padres". Ed. Plaza Janes 2000
- KERNBERG, Otto. "Trastornos Graves de la Personalidad". Ed. Manual Moderno. México, 1984.
- KREISLER, FAIN Y SOULÉ. "El Niño y su Cuerpo". Ed. Amorrortu Editores. Argentina 1977.

- LAKS Eizirik, Claudio dentro del compendio "El Cuerpo y el Psicoanálisis". "El Cuerpo y su Lenguaje en el Proceso Psicoanalítico". Asociación Psicoanalítica Mexicana. Editores de Textos Mexicanos. México, D.F. 2006.
- LARTIGUE Teresa. "El Cuerpo y el Psicoanálisis". Editores de Textos Mexicanos. México 2005.
- LEBOVICI, S. y WEIL-HALPERN, F. "La Psicopatología del Bebé". Ed. Siglo Veintiuno Editores, México 1995
- LUTENBERG, Jaime. "El Cuerpo, el Inconsciente, los Pensamientos y el Pensador". Revista Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Año 2000, Volumen XXII No. 1.
- MARTY Pierre. "La psicossomática del Adulto". Amorrortu Editores. Argentina 2003.
- NIETZSCHE, Frederic. "Así Habló Zaratustra". Ediciones Cátedra, España 2009.
- ORTIZ ROVIROSA, Mario, dentro del compendio "El Cuerpo y el Psicoanálisis". "Del Cuerpo a la Pareja". Asociación Psicoanalítica Mexicana. Editores de Textos Mexicanos. México, D.F. 2006.
- OTERO, Juan. "El enfoque psicoanalítico de la patología psicossomática". Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis, N°. 16, 2004
- PETRUCCI, Héctor A. "Acerca del Abordaje Psicoterapéutico Focal de la Patología Psicossomática". Psicoanálisis ApdeBA, Vol. XXIII No.2 2001
- PICHÓN REVIERE, Enrique. "Aspectos Psicossomáticos de la Dermatología". Nueva Visión, Buenos Aires 1971.
- PRADO Garduño, Gloria. Dentro del compendio "El Cuerpo y el Psicoanálisis". "El Cuerpo: Escenario Lúdico". Asociación Psicoanalítica Mexicana. Editores de Textos Mexicanos. México, D.F. 2006.
- QUALLENBERG, Josephine-Astrid. Dentro del compendio "El Cuerpo y el Psicoanálisis". "El Cuerpo: Poética del Desenmascaramiento" Asociación Psicoanalítica Mexicana. Editores de Textos Mexicanos. México, D.F. 2006.
- RAMÍREZ Torres, Juan Luis. "Cuerpo y Dolor. Semiótica de la Anatomía y la Enfermedad en la Experiencia Humana". Universidad Autónoma del Estado de México. México 2000.
- SAMI-ALI. "Pensar lo Somático. El Imaginario y la Patología". Ed. Paidós, Psicología Profunda. Argentina, 1994.
- SIVAK, Roberto. "Corporalidad y Psicossomática. Alexitimia y Categorías Fenomenológicas". Lugar Editorial, Buenos Aires, 1998.

TORDJMAN, Gilbert. "Cómo Comprender las Enfermedades Psicosomáticas". Gedisa, S.A. México 1990.

TUBERT-OKLANDER, Juan. "El Lugar del Cuerpo en la Teoría Psicoanalítica" dentro del compendio "El Cuerpo y el Psicoanálisis". Asociación Psicoanalítica Mexicana. Editores de Textos Mexicanos. México, D.F. 2006.

ULNIK, Jorge. "El Psicoanálisis y la Piel". Editorial Síntesis. España 2004.

URMAN, Federico R. "Algunos Hallazgos Diagnósticos en los Niños con Potencialidad o con Enfermedad Psicosomática Instalada". Psicoanálisis ApdeBA, Vol. XXIII No.3 2001

URRIBARRI, Fernando. "Psicosomática. Entrevista a P. Marty". Zona Erógena No.12 1992.

WINNICOTT, Donald. "Acerca de los Niños". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1998.

YACUZZI, Enrique. "El Estudio de Caso como Metodología de Investigación: Teoría, Mecanismos Causales, Validación". Universidad del CEMA, 1994.

ZAC DE GOLDSTEIN, Raquel. "Cuerpo Primitivo y Erogenidad Arcaica. A Partir de Teatros del Cuerpo". Zona Erógena. No. 31. 1996

http://216.239.53.100/search?q=cache:hUclzmRDDqgC:redescolar.ilce.edu.mx/redescolar/cursosytalleres/escuela_padres1/rdfs/tema2b.rtf+etapas+del+desarrollo+del+ni%C3%B1o+WINNICOTT&hl=es&lr=lang_es&ie=UTF-8 Consultado en Agosto 2008

www.es.wikipedia.org/wiki/Piel Consultado el 27 de septiembre de 2008

www.lapiel.com/frontend/lapiel/noticia.php?id_noticia=179&id_seccion=167&tre_pos=sub_1_0_1. Consultado el 27 de septiembre de 2008

www.lapiel.com/frontend/lapiel/noticia.php?id_noticia=179&id_seccion=167&tre_pos=sub_1_0_1. Consultado el 27 de septiembre de 2008

www.miexamen.com/Teorias%20psicologicas.htm Agosto 2008