

Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades

Licenciatura en Psicología

Trabajo final integrador

Un caso de psoriasis desde un abordaje psicoanalítico

Autor: Patricia I. Daher

Tutora: Claudia Garber

Indice

1. Introducción	3
2. Objetivos	4
2.1. Objetivo general	4
2.2. Objetivos específicos	4
3. Marco teórico	5
3.1. La psoriasis desde la clínica médica	5
3.1.1. Factores desencadenantes.....	6
3.1.2. Características de la enfermedad.....	6
3.2. El psiquismo y su relación con la enfermedad	8
3.2.1. Formación del síntoma somático	8
3.2.2. Manifestación psíquica y enfermedad corporal.....	9
3.2.3. Relaciones vinculares primarias y estilo de apego.....	12
3.2.3.1. El síntoma como vía de escape.....	13
3.2.4. Desamparo psíquico y ausencia.....	16
3.3. La historia familiar	20
3.3.1. Importancia en la organización psíquica del sujeto.....	20
3.4. Vulnerabilidad somática	22
3.4.1. El predominio de lo escindido.....	22
3.4.2. Vulnerabilidad somática y enfermedad.....	23
3.4.3. Influencia del contexto familiar.....	24
3.4.4. Calidad de vida del sujeto.....	25
4. Metodología	26
4.1. Tipo de estudio	26
4.2. Participantes.....	26

4.3. Instrumentos.....	27
4.4. Procedimientos.....	27
5. Desarrollo	28
5.1. Presentación del caso.....	28
5.1.1. Grupo conviviente.....	29
5.1.2. Los hijos y la madre.....	31
5.2. Características de la psoriasis que afecta a la paciente e historia de su enfermedad	32
5.3. Características del vínculo materno de la paciente y situación de desamparo familiar como posibles desencadenantes de la enfermedad	35
5.3.1. Vínculos primarios de C.....	35
5.3.2. El desamparo	37
5.4. La enfermedad de la paciente y el concepto de vulnerabilidad somática.....	39
5.4.1. Calidad de vida.....	42
6. Conclusiones	43
6.1. Aporte crítico, limitaciones y aporte personal	46
7. Referencias bibliográficas	48

1. INTRODUCCIÓN

La institución elegida para la realización de la práctica y habilitación profesional fue la una asociación con fines psicoterapeúticos, en adelante A.

Dicha asociación, está dedicada a la formación, asistencia e investigación teórica-clínica de las enfermedades de origen psicosomático. El objetivo es trabajar para mejorar la salud y la calidad de vida del paciente. Las demandas a las que responden provienen de las áreas de psicocardiología y psicodermatología.

El residente puede concurrir a espacios de supervisión grupal en los que se analizan los casos de pacientes hospitalarios o de aquellos que son atendidos bajo la modalidad de red asistencial durante un período de ocho meses.

Los mismos llegan derivados a través del equipo de psicólogos y psiquiatras de los hospitales situados en Capital Federal y del gran Buenos Aires.

Dentro del programa para los residentes, se participó también y en forma semanal de la práctica asistencial hospitalaria a la que se concurrió en compañía de alguno de los profesionales habilitados.

Dentro de la modalidad teórica fue posible asistir a los ateneos clínicos que brindan capacitación y conocimientos sobre los fenómenos psicosomáticos en el marco de la observación psicoanalítica.

Otro de los espacios sugeridos y que fue tomado en cuenta para la práctica semanal por ser considerado enriquecedor, está dedicado a la temática de violencia familiar y abuso infantil.

La concurrencia a la institución fue de en un promedio de 20 horas semanales.

El caso elegido para la realización de este trabajo surgió de la participación en los espacios de supervisión sobre enfermedades psicosomáticas.

Se trata de una mujer de 61 años de edad que padece de psoriasis. Estaba en tratamiento psicoanalítico.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

- Describir el caso de una paciente de 61 años que padece psoriasis relacionando dicha patología con la situación familiar y con el concepto de vulnerabilidad somática desde un abordaje psicoanalítico.

2.2 Objetivos específicos

- Describir las características de la psoriasis que afecta a la paciente y la historia de su enfermedad.
- Analizar las características del vínculo materno de la paciente y la situación de desamparo familiar como posibles desencadenantes de la enfermedad.
- Relacionar la enfermedad de la paciente con el concepto de vulnerabilidad somática.

3. MARCO TEÓRICO

“Cuando el dolor no encuentra salida en las lágrimas
son otros órganos los que lloran”

(Teatros del cuerpo, J. MacDougall)

3.1. Enfermedad psicósomática y clínica médica

El término psicósomático fue introducido en la medicina por el psiquiatra Heinroth (1818) para expresar la influencia de las pasiones sexuales sobre la tuberculosis, la epilepsia y el cáncer. En 1828 crea el término somatopsíquico para caracterizar las alteraciones evidenciadas en el cuerpo como reflejo del psiquismo. Dentro de esta categoría se incluían las denominadas enfermedades sagradas: úlcera péptica, colitis

ulcero hemorrágica, hipertensión, jaqueca, migraña, asma, neurodermatitis, tirotoxicosis, artritis y diabetes (Zuckerfeld & Zonis, 1999).

La disciplina médica cuenta con una larga historia caracterizada por el continuo intento en comprender las causas de la enfermedad. Las preguntas a las que esta disciplina ha intentado dar respuesta son en relación a qué es lo que provoca la enfermedad, cuál es su causa, dónde se ubica, en qué lugar del cuerpo y cómo se cura, en qué forma puede devolverse al organismo su función natural. Al hacer referencia a las causas, se han considerado desde las mágicas hasta las científicas; la ubicación de la enfermedad ha sido facilitada por los instrumentos y los descubrimientos de este siglo. Es así que la curación ofrece grandes posibilidades ya que enfermedades otrora incurables, como la tuberculosis, han ido desapareciendo. Las grandes enfermedades nuevas como el cáncer, el sida o el Alzheimer, están en vías de continua investigación y por lo tanto se han conseguido mejoras en la calidad de vida del enfermo (Zabala Cerda, 2000).

La autora afirma que en el caso de las enfermedades de origen psicosomático, se han ubicado siempre en el campo de los fracasos o de los misterios ya que nadie ha querido hacerse responsable. En ellas no puede operarse con los instrumentos o con los pensamientos tradicionales sobre la enfermedad y el organismo.

Sin embargo, estas afecciones han estado desde los orígenes de la medicina y han sido separadas aludiendo a un dualismo mente-cuerpo en el que operaba un corte que anulaba el efecto de uno sobre el otro.

La *Sociedad Argentina de Dermatología-SAD-* (2010) atenta a los cambios y a la importancia de la actualización de los conocimientos en la investigación clínica ha encomendado la revisión del Consenso realizado en el año 2005 sobre pautas de diagnóstico y tratamiento de la psoriasis, con el fin de actualizar los criterios clínicos, diagnósticos y terapéuticos de dicha enfermedad.

La observación de estas pautas promoverá una mejor asistencia de los pacientes como así también la comprensión por parte de otros profesionales de la salud, de la complejidad de esta enfermedad.

3.1.1. Factores desencadenantes de la psoriasis

Aunque su etiología es desconocida, existe una clara agregación familiar que apoya la implicación de factores genéticos y ambientales. Dentro de estos últimos se pueden mencionar los traumatismos, las enfermedades infecciosas como faringitis estreptocócica o VIH. Otros factores desencadenantes son generados por algunos tratamientos como la diálisis o aquellos que requieren el uso de antidiabéticos orales o antiinflamatorios. Se deben incluir también las situaciones de estrés derivadas del entorno del sujeto, el estilo de afrontamiento, la capacidad de adaptación que posea el individuo para sobreponerse a la adversidad, la red vincular y la historia familiar; todos estos aspectos cobran un papel importante en relación con la enfermedad (SAD, 2010).

3.1.2. Características de la enfermedad

Rodríguez Peralto, Calzado y Vanaclocha (2007) afirman que la psoriasis es una enfermedad crónica, determinada genéticamente, caracterizada por brotes de placas eritemato-descamativas en las superficies extensoras de la piel y cuero cabelludo. Dichas placas suelen disponerse simétricamente generando diferentes formas clínicas según su localización.

La *British Association of Dermatology* –BAD- (2012) define a la psoriasis como una afección cutánea que provoca lesiones en la piel conocidas como placas. Estas se presentan a la vista como parches gruesos de color plateado-blanco con piel rosada o roja que varían de forma y tamaño. En la gran mayoría de los pacientes, los brotes suelen ser periódicos dependiendo del tratamiento que se realice y del estado emocional del sujeto. La enfermedad cursa con escozor o comezón y consiste básicamente en un proceso patológico de descamación que afecta en algunas zonas del cuerpo. Las placas suelen disponerse simétricamente tanto en piel como en cuero cabelludo. Existen diferentes formas clínicas de psoriasis según su localización.

En nuestro país, la SAD (2010) describe a dicha patología como una enfermedad inflamatoria crónica sistémica que afecta primordialmente la piel, las semimucosas y las uñas, pudiendo también comprometer las articulaciones. La psoriasis suele estar acompañada por otras morbilidades que deterioran la calidad y sobrevida de los

pacientes. La Institución establece en el Anexo III los criterios para la derivación a psicoterapia y/o psiquiatría de los pacientes que padecen esta enfermedad clasificándolos en:

- Absolutos: pacientes con patologías como psicosis, adicciones, depresión severa, o que presenten lesiones autoinfligidas.

- Relativos: pacientes con problemas vinculares familiares, laborales o de pareja. Casos en que se evidencia afectación en la calidad de vida o que hayan padecido crisis vitales que han funcionado como disparadores o desencadenantes de la enfermedad. También consideran aquellos casos en que por la localización visible de las placas el paciente ve afectada su vida de relación.

- Menores: pacientes que no responden satisfactoriamente a terapias habituales, que manifiestan angustias injustificadas o problemas interpersonales, como así también dificultad para mantener un vínculo terapéutico con el médico. Se incluyen también los sujetos con personalidad inestable, incapaces de mantener continuidad en el tratamiento, los que padecen de obesidad, enfermedades oncológicas o infarto de miocardio.

3.2. El psiquismo y su relación con la enfermedad

3.2.1. Formación del síntoma somático

Si bien Freud (1916/1993) no abordó específicamente la problemática psicósomática como tal, el concepto de neurosis actual ha servido de anclaje para los posteriores desarrollos en este campo ya que describe los síntomas corporales tanto en la neurosis de angustia como en la neurastenia, centrándose en la cantidad de excitación somática acumulada de origen sexual, que no es tramitada psíquicamente. Hoy se reformularía como cantidad no significada, con déficit de procesamiento psíquico, que deriva en angustia (Aisemberg et al., 2012).

Freud (1916/1993) destaca la complejidad e influencia de los factores psíquicos en lo biológico y más concretamente en la formación de síntomas somáticos. En su XXIII

Conferencia sobre la formación del síntoma, hace referencia a la importancia de los primeros años de vida ya que durante este período se manifiestan por primera vez las orientaciones pulsionales que el niño trae consigo en su disposición innata. La influencia del medio ambiente y las vivencias acontecidas en un período en que el desarrollo no se ha completado dejan huellas en la libido del sujeto que pueden o no resultar traumáticas para éste.

Según Otero y Rodado (2004), Freud hace una diferenciación entre la psiconeurosis de defensa y las neurosis actuales, tratándolas como tipos de etiología diferente. Mientras las manifestaciones corporales de las primeras responderían a mecanismos de conversión de tipo histérico, las neurosis actuales estarían más cerca de la problemática psicósomática. Esta diferenciación derivó en dos grandes planteamientos a la hora de profundizar sobre el origen de estas enfermedades. El primer enfoque entiende a dichos fenómenos como parte de un universo simbólico, vale decir, como mensajes corporales que pueden ser interpretados al igual que otro sistema de comunicación. El segundo enfoque intenta establecer la diferencia entre el fenómeno conversivo y el psicósomático. Mientras que la sintomatología conversiva funciona como una expresión de la conflictiva psíquica, en la patología psicósomática el contenido simbólico está ausente y lo que predomina es una psicodinámica vacía, deslibidinizada y sin sentido. A lo largo de la historia y desde los diferentes marcos teóricos, se ha buscado comprender tanto el conflicto como el déficit psíquico subyacente en este tipo de pacientes.

3.2.2. Manifestación psíquica y enfermedad corporal

Otros investigadores, desde el campo del psicoanálisis, intentaron explicar las enfermedades psicósomáticas, uno de los más destacados fue Franz Alexander quien propuso *las siete enfermedades clásicas*: hipertiroidismo, neurodermatitis, úlcera péptica, artritis reumatoide, hipertensión esencial, asma bronquial y colitis ulcerosa (Kimball, 1970, citado en Zabala Cerda, 2000).

Lieberman, Grassano, Neborak, Pistiner y Roitman (1982) proponen un nuevo enfoque de la enfermedad psicosomática. Afirma que la sobreadaptación y la enfermedad corporal son dos aspectos de la misma patología. Esta se ve favorecida por una sobreadaptación formal a las exigencias sin cuestionamientos, ya que este tipo de pacientes estimulan constantemente el asumir responsabilidades que a menudo le exceden. Al hablar de sobradaptación el autor hace referencia a un tipo de funcionamiento psíquico caracterizado por la desmentida de la realidad interna y la entronización de la realidad externa, con una deficiente representación del cuerpo en el aparato psíquico lo que ubica a estos sujetos en una situación de riesgo para su vida.

El autor hace referencia a un tipo de pacientes con un patrón de personalidad infantil en que el cuerpo pasa a ser el medio para la manifestación de los conflictos. Las emociones se traducen por medio de códigos somáticos o viscerales. Se trata pues de un estilo de comunicación con características regresivas, el cual denuncia la falta de simbolización de los aspectos emocionales, que al no poder ser tramitados de otro modo se manifiestan a nivel corporal de forma infantil.

Lieberman et al. (1982) postulan la existencia de un tipo de disociación entre las necesidades del sujeto y sus posibilidades corporales. Se trata de personas que poseen un *self* ambiental sobreadaptado y no han logrado articular adecuadamente maduración y aprendizaje corporal. El repudio del self corporal anticipa la posibilidad de severas crisis somáticas aun en aquellos sujetos que presentan bienestar corporal, capacidad de trabajo, ajuste y rendimiento. El síntoma es el producto de la disociación cuerpo-mente a la que apelaron en su evolución temprana. Es también un intento por recuperar la unidad psicosomática, a través de la emergencia del cuerpo presente con su sufrimiento y sus requerimientos. La enfermedad se convierte en la protesta somática que denuncia la postergación a la que se ven sometidos el self corporal y emocional. En su trabajo de investigación el autor describe tres categorías de enfermos psicosomáticos, aunque esta división no es necesariamente específica:

- Pacientes hipomaníacos: con grandes exigencias con respecto al éxito y la responsabilidad. Suelen padecer enfermedades cardiovasculares.

- Pacientes depresivos con cierto grado de compulsividad: se incluyen allí las patologías digestivas, colon irritable, colitis ulcerosa o patología respiratoria como el asma. Por lo general son sujetos meticulosos, ordenados, controlados y autoexigentes.

- Pacientes esquizoides que presentan trastornos de piel, enfermedades autoinmunes, trastornos musculares y óseos, anorexia nerviosa, etc. Enfermedades graves que son poco notorias en sus inicios. Se los puede describir como con una piel paquidérmica y un interior congelado, sin lugar para la gratificación. Cabe mencionar que éste último tipo de pacientes es el que se adapta mejor a la descripción más usual de la personalidad psicósomática

Marty (1990), fundador de la Escuela Psicósomática de París, retoma los conceptos del psicoanálisis en relación a la regresión de la libido a períodos o etapas de la infancia y realiza un nuevo aporte. Afirma que al hablar de la evitación del sufrimiento, el psicoanálisis hace hincapié en la importancia que tiene para cada sujeto la distracción que pueden brindar el trabajo, el arte, las ilusiones religiosas y amorosas, y que como último recurso el sujeto elige la huida hacia la enfermedad nerviosa, la neurosis o la psicosis. El autor sostiene que al hacer esta afirmación no se tomó en cuenta la enfermedad somática, dejando abierta una nueva vía de estudio, la cual se fundamenta permanentemente en los conocimientos surgidos del psicoanálisis, tales como las organizaciones mentales, su construcción, la intrincada red del funcionamiento psíquico o la naturaleza de las relaciones psico-afectivas de la vida cotidiana.

Para Marty, De M'Uzan y David (1983), autores pertenecientes a la misma escuela, el paciente psicósomático se caracteriza por una insuficiencia en la mentalización, que le impide la expresión psíquica de sus conflictos. Se trata de un déficit en la construcción del aparato psíquico, surgida de un desamparo inicial producto del vínculo con una madre narcisista que promueve un vacío psicológico. Este impide el despliegue del espacio simbólico de la fantasía y abre camino a la acción directa corporal.

Al no haber sido atendidas las señales indicadoras de los deseos del niño, el bebé las paraliza y produce respuestas corporales patológicas que equivalen a los primeros síntomas psicósomáticos. La escuela francesa adjudica esta respuesta del sujeto a la existencia de fallas en la mentalización, caracterizadas por un tipo de pensamiento que denomina *operatorio*.

Desarrollan también el concepto de depresión esencial como una de las vías de expresión del conflicto. Esta consiste en una baja en la presión del tono vital y del tono libidinal caracterizada por una falta de deseo, de interés en la vida afectiva y social, caracterizada por la ejecución de conductas automáticas, mecánicas y la ausencia de metáforas en el discurso del sujeto.

La escuela francesa describe a este tipo de enfermos como personas eficaces, trabajadoras, sobreexigidas, que logran a menudo éxitos externos, con tendencia a asumir responsabilidades que le exceden, sometidos a un superyo exigente y cruel, con un déficit en la esfera afectiva que les impide percibir y demostrar sus afectos. A este rasgo se lo ha denominado alexitimia.

3.2.3. Relaciones vinculares primarias y estilo de apego

Si bien Freud (1916/1993) señala que con frecuencia los acontecimientos de la infancia cobran un papel importante en la formación del fenómeno patológico en algún momento posterior de la vida del sujeto, otros autores posfreudianos se dedicaron también a profundizar sobre este aspecto.

Las enfermedades que puede padecer una persona nos brindan información, nos indican que el cuerpo manifiesta lo inconsciente y los conflictos intrapsíquicos, graba y codifica lo que la mente olvida. Una de las aproximaciones para la explicación del fenómeno psicósomático está presente en la teoría de McDougall (1989) quien realiza

importantes aportes en relación al vínculo madre-bebé partiendo de los estudios realizados a través de la propia experiencia con pacientes y la de otros analistas (citado en Winnicott, 1971).

Construye hipótesis que dan cuenta metapsicológicamente de los fenómenos psicósomáticos partiendo del análisis de la unidad madre-bebé como universo original donde hay un cuerpo para dos, a partir del cual se irán diferenciando en el proceso de separación-individualización. La perturbación temprana de dicho proceso llevará a la escisión mente/cuerpo (Aisemberg, 2012).

MacDougall (1989) pone el énfasis en el déficit materno de decodificar emociones o de diferenciarlas entre sí, dejando al niño en situación de desamparo psíquico frente a ansiedades primarias, por lo que éste reaccionaría con defensas extremas: repudio y desafectación. Esta última remite al destino del afecto. Es una defensa primitiva que pulveriza la cantidad que el aparato psíquico no puede manejar y cuyo destino es el pasaje al soma o al acto. A este modo particular de funcionamiento mental lo denomina psicوماتosis.

La autora parte del concepto de la fantasía primordial de todo ser humano, el deseo de volver a ser uno con la madre de la temprana infancia. La prolongación imaginaria en el recién nacido regirá su funcionamiento psicósomático. Afirma que la primera representación del mundo externo para el niño es el pecho materno. Dicha representación establece una diferenciación progresiva entre el propio cuerpo y el mundo que le rodea. Es así que en los momentos de dolor psíquico o físico, el bebé tratará de recrear la ilusión de la unidad corporal y mental con la madre-pecho y por otra parte, luchará con todos los medios de que dispone para diferenciar su cuerpo y su ser de ella. Si el inconsciente de la madre no obstaculiza este proceso, el niño construirá por medio de los mecanismos de internalización, la imagen de una madre nutricia, que cuida, que es capaz de contenerlo afectivamente, apoyando su deseo de autonomía corporal y psíquica, esencial para el proceso de estructuración. Por lo tanto albergará el deseo doble de ser él mismo y el otro, la doble ilusión de estar unido de una identidad separada, mientras

guarda un acceso virtual a la unidad originaria, inefable. Todo fracaso en este proceso va a comprometer la capacidad del niño de integrar y de reconocer como suyo su cuerpo, sus pensamientos y sus afectos (Mac Dougall, 1989).

3.2.3.1. El síntoma como vía de escape

En un intento por comprender la significación y la dinámica de las eclosiones psicósomáticas de sus pacientes, MacDougall (1989) explica que si la fantasía fundamental del sujeto dicta que el amor a una madre mortífera lo lleva a la muerte y que solo la indiferencia a toda libidinización asegura la sobrevivencia psíquica, el sujeto buscará protección por medio de la desafectivización, aumentando así su vulnerabilidad psicósomática de manera sorprendente. La muerte interna, entre otros riesgos, conlleva una fractura en la barrera inmunológica y la somatización regresiva de la vivencia afectiva.

Explica que las manifestaciones del tipo de la neurosis, las perversiones y los trastornos de carácter, son a la vez intentos de auto-cura del niño en sus luchas con los conflictos y dolores psíquicos derivados del tipo de construcción de la vida mental en sus comienzos, en un universo presimbólico. En este, ha sido la madre la que ha asumido en lugar del niño la función de aparato de pensar. Por otra parte, la separación y la diferencia no son vividas siempre como logros psíquicos, por el contrario pueden despertar temor y sensación de vacío. Esta lucha por la división primordial que tiende a construir un individuo, puede dar lugar a compromisos muy variados: sexualización del conflicto, construcción de estructuras del tipo narcisista o adictivo, división psique-soma. Es en este último caso en que se abren dos vías: una que lleva a las construcciones autistas donde el soma permanece indemne; la otra, inversamente privilegia la realidad externa, a riesgo de que sea el soma el que deviene autista.

Durante el proceso analítico se llegará a descubrir que las manifestaciones psicósomáticas tienen una historia dentro de la cual, y en un intento por salvar la supervivencia psíquica, estos sujetos establecieron un corte radical entre el soma y la psique con el objeto de resguardarse de una conmoción afectiva insoportable.

En relación con el vínculo materno y los estilos de apego, es Winnicott (1973) quien centró sus estudios en la relación madre-lactante y en la posterior evolución del sujeto a partir de tal relación. Parte del concepto de que el neonato al momento de nacer no posee una unidad psíquica ya que durante el primer año de vida, la díada madre-infante constituye una unidad. La madre es el único universo del bebé, el primer entorno.

En los primeros meses de vida, especialmente durante el período de la lactancia, todo lo que rodea al bebé es sinónimo de madre. La intervención del padre está mediatizada por ella y este colaborará ayudando a la madre y preservando esta díada, aportando sentimientos de seguridad y de amor que ésta a su vez transmite al infante.

Este período es fundamental dado que un exceso de apego entre la madre y el hijo puede resultar patológico (Winnicott, 1971). La preocupación maternal primaria suele ser espontánea, pero se debe dar un equilibrio entre una madre suficientemente buena y una madre banalmente dedicada al niño. La primera es aquella que es capaz de dar cabida al desarrollo del verdadero *yo* del infante, interpretando su necesidad y devolviéndosela como gratificación. Al mismo tiempo, esa madre deberá frustrar al hijo para que emerja el *falso yo*, que tiene que ver con la función adaptativa; esta le servirá al infante como un acercamiento a la realidad.

Gracias a este equilibrio, el niño percibe la medida de su dependencia y adquiere la capacidad de hacer notar sus necesidades al entorno. Irá así descubriendo gradualmente que ya no es *uno solo* fundido con su mamá. Al producirse la separación madre-lactante, el niño se irá independizando mediante espacios, fenómenos y objetos transicionales que son meros sustitutos de la madre.

Un concepto fundamental en la teoría de Winnicott (1971) es el de función materna ya que antepone el concepto de función frente al de quien la realiza. Esta implica un movimiento, una acción que posibilita un proceso que va más allá de un individuo concreto.

Clasifica las funciones maternas primordiales en tres: el sostén (*holding*), la manipulación o manejo (*handling*) y la presentación objetal (*object-presenting*). Estas

determinan en forma correlativa el desarrollo en el bebé: un primer proceso de integración, que corresponde a la fase de dependencia absoluta; un proceso de personificación en aras de la unidad psique-soma; y un proceso de realización, que fundamenta la capacidad de establecer relaciones interpersonales.

El sostenimiento (holding) es un factor básico del cuidado materno que corresponde al hecho de sostener al niño emocionalmente de manera apropiada. El autor incluye en este concepto a todo lo que la madre hace en este período de dependencia absoluta, considerando que “sostener a un bebé es tarea especializada”. El sostén protege de la agresión fisiológica, toma en cuenta la sensibilidad dérmica del infante, incluye la totalidad de la rutina del cuidado a lo largo del día y de la noche, también sigue los minúsculos cambios cotidianos, tanto físicos como psicológicos, propios del crecimiento y del desarrollo.

La manipulación (handling) es la manera particular que tiene la madre de moverlo, depositarlo, trasladarlo en el espacio. Es la función que contribuye a la unión psique-soma, le permite percibir lo real como contrario a lo irreal, facilitando la coordinación, la experiencia del funcionamiento corporal y la del self. Vale decir, la personalización del bebé.

En cuanto a la presentación objetal (object-presenting) el autor incluye todo lo que está inscripto en la presentación del mundo, desde el plato de comida sólida, la cuchara, los juguetes, hasta las rutinas diurnas y las nocturnas, lo que es la familia y lo que no es.

A medida que la madre habilita en el niño la capacidad de relacionarse con estos objetos, éste despliega su capacidad de habitar el mundo, promoviendo la propia realización. Por el contrario, las fallas maternas bloquean este desarrollo poniendo en riesgo la salud mental del niño. De allí que muchos niños y adolescentes sobreexigidos pueden presentar cuadros de enfermedades en repetidas ocasiones: otitis, infecciones, anemias, alergias, asma, depresiones. Todas ellas vinculadas con las disociaciones y no integraciones que ocurrieron en edades tempranas.

Bowlby (1989) formula la teoría del apego basándose en la seguridad que percibe el niño con respecto a su cuidador y en la respuesta que da cuando debe separarse de este. El autor afirma que la seguridad en el infante se desarrolla en función de la base segura que le proporciona la madre. Un tipo de apego seguro le aporta estructuras que luego le

serán útiles para explorar el mundo. Observa que aquellos niños cuyos padres son insensibles, negligentes o rechazantes, por lo general desarrollan sentimientos de ambivalencia, inseguridad y desconfianza además suelen ser más vulnerables a la depresión en respuesta a situaciones adversas.

Para Liberman, Grassano, Neborak, Pistiner. y Roitman, (1982) el entorno familiar de los pacientes con cuadros psicossomáticos posee características bien definidas. Afirma que por lo general se trata de padres que fracasaron en sus esfuerzos adaptativos, que buscan reivindicarse a través de los hijos. El niño recibe el mandato de satisfacer las aspiraciones narcisistas de los padres. Incluye a aquellos del tipo hiperpresente y controlador en cuanto al rendimiento y la eficacia del hijo; carentes de empatía en lo emocional. El autor destaca la influencia negativa de estas redes familiares que resultan ser indiferentes ante el dolor psíquico del niño, la ansiedad, las crisis afectivas y los altibajos de humor dado que los consideran inherentes con la maduración.

3.2.4. Desamparo psíquico y ausencia.

En la teoría freudiana el término desamparo hace referencia al estado del lactante que, dependiendo totalmente de otra persona para la satisfacción de sus necesidades: sed, hambre, atención, se halla impotente para realizar la acción específica adecuada para poner fin a la tensión interna. Para el adulto, el estado de desamparo constituye el prototipo de la situación traumática generadora de angustia. Se habla de estado de desamparo pues se trata de un dato esencialmente objetivo: la impotencia del recién nacido humano, que es incapaz de emprender una acción coordinada y eficaz (Laplanche & Pontalis, 1996).

Los autores afirman que desde el punto de vista económico, tal situación conduce al incremento de la tensión de necesidad, que el aparato psíquico es todavía incapaz de tramitar. El estado de desamparo, inherente a la dependencia total del pequeño ser con respecto a su madre, implica la omnipotencia de ésta. Influye así en forma decisiva en la estructuración del psiquismo, destinado a constituirse en la relación con el otro.

Dentro de la teoría de la angustia, el estado de desamparo se convierte en el prototipo de la situación traumática. Freud (1926) hace referencia a los peligros internos del sujeto, poniendo de manifiesto que todos tienen una característica común: pérdida o separación, lo que implica un aumento progresivo de la tensión, hasta el punto en que el sujeto es incapaz de dominar las excitaciones y es desbordado por éstas. El estado de desamparo está relacionado con lo prematuro del ser humano, dado que la existencia intrauterina resulta corta en comparación con la de la mayoría de las crías de otras especies. En consecuencia la influencia del mundo exterior es percibida con intensidad por el niño, lo que produce un incremento tanto en las sensaciones como en la importancia de los peligros a los que se está expuesto. Este factor biológico que hace al ser humano más vulnerable, crea la necesidad de sentirse protegido y amado, necesidad que desde la perspectiva del psicoanálisis, nunca abandonará al sujeto.

Ulnik (2011) retoma los conceptos de la teoría del apego y los relaciona con el sentimiento de confianza básica que permite al infante la exploración y clasificación del mundo circundante. El autor afirma que solo a partir del desarrollo de esta confianza se pueden producir las separaciones necesarias con la madre. Sin este sentimiento se torna dificultoso tolerar la ausencia de los objetos y sin experimentar dicha ausencia resulta imposible adquirir la noción de necesidad.

La ausencia o desamparo, está interrelacionada con la capacidad de producir, registrar y tolerar las separaciones con el objeto amado. Es así, que en las relaciones del tipo simbióticas, en las cuales dicha separación no se produce, los procesos terminan siendo traumáticos. Por otra parte, cuando es posible registrar y tolerar la ausencia y la frustración, el niño puede prescindir del contacto concreto con las cosas y las personas amadas sin que esto le resulte traumático.

La piel, según el autor, en muchos de estos casos resulta ser la emisora del dolor que causa la sensación de no sentirse cuidados ni oídos. La función de la madre es brindar al niño una experiencia de envoltura, además de proveerle alimento, calor, caricias y todo

tipo de cuidados que involucran el emitir señales y saber interpretar las del niño, acompañándolo con amor y brindándole la provisión necesaria para sus necesidades.

Ulnik (2011) afirma que gracias a la adecuada función de la prohibición de tocar, se establece con el infante la distancia necesaria para evitar sobreexcitaciones y favorecer las separaciones progresivas. Si esto no ocurre, la envoltura que debería favorecer el desarrollo de la barrera paraexcitación y sensación de límite y bienestar se transforma en una envoltura de excitación y de sufrimiento.

Green (1972) hace hincapié en la importancia del vínculo materno y analiza el funcionamiento de los pacientes de frontera, entre neurosis y psicosis, que oscilan entre la ansiedad de pérdida y la ansiedad de intrusión, patología narcisista en la que están incluidos los pacientes psicósomáticos. En su teoría hace foco sobre la madre de estos pacientes, denominada *madre muerta*. Se trata de una relación temprana madre-niño que transcurre sin grandes perturbaciones hasta que ocurre un corte brusco, a partir de una pérdida real sufrida por la madre, que lleva al desinvertimiento del hijo. Esta situación deja como saldo un agujero en la malla narcisista del infante y una consecuente doble identificación de éste, tanto con la experiencia del vacío que deja la desinvestidura del objeto materno como con la madre deprimida, siendo el padre poco auxiliador en esta situación.

En el análisis del caso Z, paciente fronterizo que fuera para el autor el objeto princeps de estudio en una de sus visitas a un neuropsiquiátrico, se encuentran las características referidas a este tipo de pacientes que por lo general manifiestan una enorme dificultad para expresar sus emociones y sentimientos. Una de ellas es la estructura edípica como bitriangulación en la que por una parte el sujeto no tiene una situación libidinal con la madre ya que esta resultó intrusiva; al mismo tiempo el sujeto se resiste a renunciar a su influencia. Por otra parte, existe un padre con el que ha podido identificarse pero que no está disponible para él. Se crea entonces una situación intrapsíquica en la que el sujeto vive en una continua alternancia entre angustias de

intrusión y angustias de abandono, un espacio siempre ocupado por el objeto, impidiendo la configuración de la ausencia (Green, 1972)

Liberman et al. (1982) realizan aportes en relación a la vivencia de desamparo que experimenta este tipo de pacientes. Afirma que si bien son sujetos que en general se muestran ante los demás como omnipotentes y poderosos, en realidad viven en una permanente lucha por ocultar al ser desamparado y desarmado que habita en su interior, un ser carente de objetos internos contenedores. Son pacientes que con frecuencia y a lo largo del tratamiento evitan reconocer dichas carencias, estas encuentran una vía de expresión a través del síntoma orgánico. Poseen escasa capacidad para el *insight* evitando las situaciones que le resultaron dolorosas, impidiendo de esta forma el procesamiento mental. Es así que la evidencia emocional se deposita en el cuerpo en su totalidad o en un órgano, expresando desde allí el estado de desamparo en que se encuentra el self. El sujeto permanece amurallado en un sistema defensivo, sin llegar a comprender el lenguaje del órgano. Esto genera la respuesta sobreadaptada que lo conduce a una nueva huida de la realidad frente a ansiedades que vivencia como intolerables. En la historia de la niñez se encuentra a menudo una madre impermeable a las ansiedades del hijo, que posiblemente se cerró como continente, abandonándolo en estado de soledad y pánico. De no apelar a una sobreadaptación, caerá con frecuencia en estados de depresión y/o melancolía debido a la reedición de experiencias de pérdida masiva.

3.3. La historia familiar

Las fantasías elaboradas por los pacientes en relación con su familia interesaron a Freud desde sus inicios en su trabajo “La novela familiar de los neuróticos” (1908/1979). La hipótesis freudiana parte de la idea de que el hecho de ganar independencia y tomar cierta distancia de la autoridad parental durante el desarrollo, representa para el individuo una operación necesaria pero a la vez dolorosa. Freud (1916/1993) hace hincapié en la historia familiar ya que es el primer intento que realiza cada sujeto para auto significarse. Es penetrando en ella que la persona expresa su estructura internalizada, sea a través de

lugares, de modelos de relaciones, de afectos, de formas de expresarse. Esta historia está cargada de referencias sobre los orígenes y las vicisitudes que dieron lugar y sentido al sujeto de hoy. Su importancia es decisiva ya que pone en juego la manera en la que cada uno representa sus orígenes y a la vez ofrece el camino para develar estos interrogantes. Habrá que recurrir entonces a la historia, al útero, a la madre y al padre para así evidenciar sus influencias en el desarrollo de la subjetividad de cada individuo.

3.3.1. Importancia en la organización psíquica del sujeto

Al hablar de la importancia de la novela familiar, el psicoanálisis hace dos divisiones: por una parte considera la historia real y objetiva, que es el acontecer histórico y una segunda referida a la historia vivencial, es decir como ocurrió para cada sujeto. Desde el punto de vista del acontecer histórico una familia es la auténtica y la otra la ficticia, la de la invención literaria. Las dos familias son de alguna manera espejos de la misma. Así se construye una tercera familia, que viene a ser la propia, proveniente del encuentro de un conjunto de historia, de una nueva realidad (Freud, 1916/1993)

Ey, Bernard y Brisset (1978), afirman que la medicina psicosomática ha renovado el interés por la historia de la familia del enfermo y de su enfermedad. La historia clínica es la historia familiar y personal del paciente y no solamente la de su enfermedad. La tarea del analista consiste en recopilar parte de esta narración en lo que se ha denominado anamnesis. En ella se vuelcan datos sobre la constitución hereditaria, los traumatismos obstétricos, las enfermedades de la infancia, los accidentes físicos que ocasionaron traumatismos, los eventos emocionalmente dolorosos de los primeros años de vida, el tipo de entorno familiar, los estilos de vínculos y relaciones. Se evalúa además el estado físico actual del paciente, la red vincular con el medio social y laboral, su calidad de vida y hábitos, también la existencia de pérdidas objetales recientes y pasadas.

Barragán, Cerquera y Santos (2010) hacen referencia a la importancia que cobra el estudio de la historia familiar en relación con las afecciones psicosomáticas. Afirman que ésta es el núcleo de la socialización primaria, poniendo de relieve la influencia que cobran las relaciones personales y los vínculos que se establecen dentro de la misma.

Destacan la importancia que representa como institución social, ya que se inscribe en un contexto histórico y cultural que va conformando la singularidad, organizando al sujeto en espacios de significados y sentidos latentes que se vivencian en estos contextos. Es la historia de vida, el desarrollo y reconstrucción auto-biográfica de cada individuo, la que va a obrar como mediación entre la historia individual y la historia social, suprimiendo así la ruptura que divide ambos campos. Dentro del proceso terapéutico el análisis de la novela familiar aporta elementos que permiten ampliar y profundizar el conocimiento de las vivencias personales y la influencia de las mismas en la situación actual. Dichas vivencias están condicionadas por el medio, los factores estresantes provenientes del mismo y los recursos de afrontamiento que posea el sujeto.

Se ha comprobado que el estrés se relaciona en forma directa con el riesgo de padecer enfermedades psicosomáticas ya que los estímulos estresores provenientes del entorno están en estrecha relación con la percepción interna que vivencia el individuo. En consecuencia, el cuerpo/soma responde ante dichos estímulos de manera diferente de acuerdo con los recursos que posea el sujeto.

Algunas de las manifestaciones que el entorno puede desencadenar incluyen aumento en la presión arterial, aceleración del ritmo cardíaco o respiratorio, aumento del riesgo de padecer enfermedades inflamatorias. Si el medio afecta al sujeto por periodos prolongados de tiempo, el estrés se transforma en crónico por lo que se produce un aumento considerable del riesgo de padecer enfermedades neurodegenerativas y autoinmunes del tipo de las enfermedades infecciosas, afecciones coronarias, respiratorias, dermatológicas, Alzheimer y Parkinson (Internacional Encyclopedia of Psychosomatic Disorders, 2011).

3.4. Vulnerabilidad somática

Este concepto ha sido desarrollado en profundidad por Zukerfeld y Zonis (1999) quienes parten de la afirmación de que el término psicosomático alude a un campo que se define como el estudio de los factores emocionales y psicosociales vinculados al origen, desencadenamiento, exacerbación, consecuencias, evolución, prevención y cura de la enfermedad somática. La psiquiatría los denomina trastornos somatomorfos, dentro

de esta categoría se incluyen: la somatización, la conversión, la hipocondría, el trastorno dismórfico corporal y el dolor (*American Psychiatric Association – APA- 2002*).

Para estos autores, la vulnerabilidad está directamente relacionada con el potencial de enfermar, producto del predominio o cristalización de un modo de funcionar psíquico propio del inconsciente escindido. Este se manifiesta en una insuficiente organización representacional, una carencia de recursos para la elaboración y afrontamiento y una tendencia a la descarga neurovegetativa. El concepto está estrechamente relacionado con la sobreadaptación y el desarrollo de respuestas mentalizadas frente a condiciones adversas.

3.4.1. El predominio de lo escindido

Al mencionar los trastornos somatomorfos Zukerfeld y Zonis (1999) incluyen dos grandes mecanismos universales: la conversión y la somatización. Con respecto al primero, constituye el descubrimiento freudiano de lo inconsciente reprimido en la histeria de conversión, de allí el nacimiento del psicoanálisis. El concepto hace referencia al modo de producción neurótica de los síntomas que tuvo enorme repercusión en la clínica y en la teoría. De hecho, el modelo de conversión como lenguaje del cuerpo que no puede ser expresado en palabras, junto con la conceptualización sobre las neurosis actuales, constituyen el eje central de lo llamado psicósomático.

Por otra parte, las investigaciones y publicaciones de la Escuela Psicósomática de París postulan características particulares de un funcionamiento psíquico de una categoría diferente. La corriente lacaniana caracteriza a estos funcionamientos psicósomáticos como expresiones de un fenómeno que no es síntoma, que permanece en un borde lindando con lo fronterizo, no neurótico, no psicótico (MacDougall, 1982). Esta conceptualización da lugar a la idea o existencia de un centro que para los autores posfreudianos sigue siendo el de las psiconeurosis de transferencia.

Los seguidores de la escuela freudiana consideran que este modelo resultó ser un obstáculo a la hora de comprender la coexistencia de manifestaciones de órdenes diferentes ya que toda psiconeurosis tiene un núcleo de neurosis actual.

Para Zukerfeld y Zonis (1999) el modelo de la tercera tópica no tiene centro ni borde ya que está sostenido por dos mecanismos estructurantes: la represión y la escisión. De esto resulta que en toda manifestación clínica coexisten las dos modalidades. Los predominios y las cristalizaciones van a definir la presentación clínica.

El predominio de las manifestaciones de un aspecto escindido del sujeto, que correspondan con una memoria emocional no representable, pueden expresarse entre otras formas, en la eclosión somática. Es a dicho predominio al que se le atribuye un potencial patológico, vale decir una vulnerabilidad particular.

3.4.2. Vulnerabilidad somática y enfermedad

Para Zukerfeld y Zonis (1999) en la medida que el modelo de la tercera tópica es un modelo de coexistencia, el predominio de lo escindido convive siempre con las manifestaciones propias de lo reprimido. De esta forma se pueden describir dos grandes maneras de enfermar: la primera relacionada con un proceso de tramitación psíquica regresiva, descrita por el psicoanálisis freudiano y postfreudiano como forma conversiva de producción sintomática. La segunda manera se define por la ausencia de tramitación representacional e implica activaciones de huellas no evocables que se encuentran escindidas. Estas escisiones también pueden ser defensivas implicando un desmantelamiento de la estructura afectivo-ideativa expresado por ejemplo en la noción de alexitimia. Se entra aquí dentro de lo que hoy se suele considerar como lo psicósomático, es decir un funcionamiento donde existe un déficit de actividad fantasmática, con una tendencia a la descarga y una carencia de recursos del yo que incluye distorsiones cognitivas, dificultad en la elaboración de duelos y estilos de afrontamiento inadecuados.

3.4.3 Influencia del contexto familiar

Los autores plantean la importancia del entorno familiar como transmisor de ideales culturales, como sostén y apoyo. Afirman que este es percibido por las personas como un factor estresante en circunstancias de adversidad en que los vínculos son vividos

como hostiles o confusos, generando la sensación de que el sujeto no tiene a quien recurrir. La eficacia patogénica no depende tanto del momento o la magnitud del efecto traumático de la enfermedad, sino de las características de la red vincular.

Esta puede o no neutralizar los efectos brindando remedios saludables para la carencia o el exceso. Para Zukerfeld y Zonis (2001) la adversidad, está íntimamente relacionada con los ambientes/eventos disruptivos que adquieren eficacia patogénica en función de la atribución que le da el sujeto, la condición subjetiva de sostén que percibe y el entramado de vínculos existentes e interiorizados. Estos son la fuente de identificaciones y generan la percepción subjetiva de apoyo o de estrés.

En la actualidad, adquiere relevancia el poder determinar la existencia de factores de vulnerabilidad en el sujeto, vale decir de un funcionamiento psíquico donde predomine lo escindido. Dicho funcionamiento constituye un potencial de enfermar, no necesariamente en el sentido médico del término.

El constructo vulnerabilidad está asociado en forma directa a vivencias traumáticas de los primeros años de vida y a un déficit del sostén vincular. Incluye angustia difusa y angustia automática freudiana, alexitimia, sobreadaptación, predominio del pensamiento operativo y depresión esencial. Cabe aclarar que no es interpretado como sinónimo de fragilidad o predisposición, uso habitual que se le da al término. La mayor o menor vulnerabilidad se entiende como directamente asociada a la intersección entre adversidad histórica y actual y la existencia o no de una red vincular que brinde sostén y modelos identificatorios (Zukerfeld & Zonis, 2001).

De este modo, a mayor presencia de lo traumático y menor capacidad de sostén de la red vincular, mayor será la vulnerabilidad y por lo tanto las probabilidades de exacerbación y/o complicaciones de patologías preexistentes.

Si bien la noción clínica de vulnerabilidad alude al predominio de un funcionamiento que puede devenir en patología, las investigaciones han demostrado que puede también reintegrarse de modo homeostático e inclusive derivar en un desarrollo resiliente.

3.4.4. Calidad de vida del sujeto.

Según la O.M.S. (2011) la calidad de vida de un sujeto está íntimamente relacionada con el concepto de vulnerabilidad. Esta hace referencia al tipo de percepción que tiene cada individuo del lugar donde vive, del contexto cultural y del sistema de valores en los que está inserto en relación con sus objetivos, sus experiencias, normas e inquietudes. La calidad de vida está determinada además por la salud física del sujeto, el estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su vinculación con el entorno. Una conducta saludable está basada en la práctica de un comportamiento de autocuidado y un adecuado estilo de afrontamiento ante los factores de riesgo y/o las condiciones de adversidad.

En lo que se refiere al contexto cultural en que se encuentra el sujeto y a sus valores, es necesario considerar la influencia del ideal cultural dominante en el que está inmerso cada individuo. Este define lo que es *normal* en función de un ideal impuesto al conjunto de la sociedad. Las respuestas que de ella provienen regulan la autoestima de cada sujeto (Carpintero, 2009).

En la actualidad existen campos y dispositivos asociados a la investigación, prevención y asistencia de los sujetos vulnerables que funcionan como un modelo del tipo integrativo en el que se incluyen: la red familiar, las redes sociales y los factores ambientales que están en relación con el sujeto.

En cuanto a la problemática que plantea este tipo de afecciones en relación con la calidad de vida de quienes la padecen, la SAD (2010) afirma que la psoriasis genera en el paciente que la padece un sentimiento de exclusión ya que en la mayoría de los casos las placas que caracterizan a la enfermedad, aparecen en zonas visibles. Esto genera en el sujeto la pérdida de confianza y el deseo de estar oculto ante los demás, situación que genera un enorme estrés. La patología cursa con la aparición de trastornos psicológicos que alteran la vida de relación del sujeto; muchos pacientes son vulnerables a padecer depresión. El abordaje precoz de la enfermedad junto con el apoyo psicológico son las herramientas fundamentales para el control y tratamiento de esta enfermedad.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Descriptivo. Análisis de caso único.

4.2. Participantes

Mujer adulta de 61 años que padece psoriasis. Fue derivada a la Institución por una profesional del Hospital donde se atendía.

El tratamiento se inició con una frecuencia de las sesiones de una hora semanal. La terapeuta expresó que hubo un receso durante el verano dado que tanto la paciente como la profesional se habían tomado un mes de vacaciones.

La entrevistada vive con el marido en la casa paterna. Comparten la vivienda con una hermana, el esposo y un sobrino. Tiene dos hijos mayores e independientes. Tanto el marido como el padre padecen problemas de salud desde que se decide a comenzar el tratamiento..

La paciente manifestó que había realizado terapia el año anterior con un profesional de la obra social, el tratamiento había durado tres meses. Tenía referencias sobre la Institución porque su hermana se atendía en el Hospital en el área de psicocardiología.

Refirió que acudía a la consulta por problemas de relación con la hija mayor, además manifestó sentirse muy cansada y algo deprimida.

4.3. Instrumentos

Se realizó la observación participante durante las seis supervisiones en que se analizó el caso de la paciente. Se registraron en forma escrita los datos salientes de la narración del caso, también se formularon preguntas pertinentes a la terapeuta N. que atendía a la paciente acerca del proceso terapéutico. Se tomó nota de las sugerencias y aportes hechos por la supervisora de la terapeuta N. a cargo del seguimiento.

Se concertó y llevó a cabo una entrevista con N., con el fin de recolectar mayor información sobre el motivo de consulta, la historia familiar, la evolución de la enfermedad de la paciente y la adherencia de la misma al proceso terapéutico.

Además, se participó de un encuentro de una hora de duración con una tutora de una institución a cargo de la orientación de los pasantes. Ella brindó información sobre la bibliografía que se podría utilizar para el desarrollo de los trabajos. También facilitó el acceso a la lectura de la ficha con los datos de la paciente.

Cabe agregar que la pasante realizó durante el mismo semestre y en forma particular, un seminario de una duración de dos meses sobre la temática que compete a esta tesina. El mismo se llevó a cabo en la *Sociedad Argentina de Psicoanálisis –S.A.P.-* y estuvo a cargo del doctor Rubén Zukerfeld, psiquiatra que ha publicado numerosos trabajos, entre ellos sobre vulnerabilidad somática.

4.4. Procedimientos

Se realizó el seguimiento del caso clínico a través de la recolección de datos surgida de la observación y la participación durante los espacios de supervisión semanal. Los mismos tuvieron una duración aproximada de cuarenta y cinco minutos. Se participó de seis encuentros, dado que N. estuvo ausente durante un mes por problemas personales.

De la entrevista que N. concedió a la pasante, se obtuvo información relevante sobre el caso. La profesional mostró predisposición al responder a las diferentes preguntas sobre los aspectos más salientes de la vida de la paciente y de la evolución de la enfermedad, protegiendo el deber de estricta confidencialidad en lo referente a datos personales tanto de la paciente como del grupo familiar.

Por su parte, la Institución facilitó la lectura de la ficha con la información correspondiente a la primera entrevista, de allí surgieron los datos aportados en el apartado 4.2.. En lo referente al encuentro con la tutora de la Institución, se obtuvo

información sobre la bibliografía a la que se podría acceder a través de fotocopias. Algunos de los textos serían trabajados en diferentes espacios de formación .

A través de la participación y asistencia al seminario realizado en S.A.P. (2013) por la pasante, se consiguió profundizar en los conocimientos sobre los diferentes aspectos e historia de la enfermedad psicosomática, en especial sobre el significado del concepto de vulnerabilidad somática que será uno de los puntos a tratar en esta tesina.

5. Desarrollo

5.1. Presentación del caso

La paciente, a quien se llamará C, padece psoriasis desde los 18 años. Su terapeuta explicó que las zonas afectadas están localizadas en la parte interna de los codos y las rodillas, presentando también descamaciones sobre el arco superior de las cejas. En la ficha correspondiente a la primera entrevista, la mujer afirmó que acudía a la consulta por sugerencia de su hermana A, de 56 años, que se atiende desde hace un tiempo en el Hospital H por problemas cardíacos causados por sobrepeso. La paciente comentó en esa oportunidad, que ya había realizado terapia con una profesional de la obra social un año antes. El tratamiento había durado tres meses, tiempo que le resultó insuficiente. El motivo de consulta en esa oportunidad fue el mismo , problemas de relación con la hija y una sensación general de cansancio y desánimo.

La terapeuta describe a C diciendo que es una persona educada, muy coqueta y cuidadosa en el arreglo personal. Cuando usa falda, evita mostrar una ulceración en el tobillo izquierdo tapándola con un pequeño pañuelo o con una tobillera. La lesión, idéntica según el relato a una que tenía la madre, es de origen circulatorio, por este motivo acude regularmente a ver a un flebólogo. Durante las sesiones la paciente evita hablar de este tema. También se atiende con un nutricionista, ya que a menudo se siente hinchada y tiene temor de engordar como le ha sucedido a muchas de sus amigas de la misma edad. En cuanto a la formación personal, C cursó hasta el tercer año del profesorado de historia, trabajando al mismo tiempo como maestra de grado hasta su

retiro unos tres años antes. En cuanto al tratamiento, es una paciente comprometida con el espacio semanal, si debe ausentarse porque alguien de la familia está enfermo, le pide a N. un cambio de día para reponer la sesión.

5.1.1. Grupo conviviente

El grupo familiar está compuesto por el marido, el padre, una hermana, su cuñado y un sobrino. Se realizará una breve descripción de los integrantes, cuyos nombres han sido cambiados, para introducirnos en la historia del caso. La información se obtuvo de la entrevista con N., su analista.

El esposo de C se llama A.R. y tiene 68 años. La paciente lo conoció luego de finalizar una relación con otro joven J. cuando tenía 18 años. El noviazgo había durado año y medio y llegó a su fin a pedido de la madre de C. En una de las sesiones la paciente dice que J. había sido el gran amor de su vida. Cuando conoció a A.R., estaba todavía estudiando en el profesorado. Tuvieron un noviazgo corto después del cual se casaron, por este motivo la paciente abandonó los estudios. C cuenta a N. que nunca estuvo enamorada del esposo, pero que influenciada por la madre, pensó que era una buena elección a pesar de que no lograba olvidar al que fuera su novio. Para su madre, A.R. era un “buen partido”, a los 25 años ya tenía su propio negocio. C pensó que con el tiempo aprendería a quererlo. Tuvieron dos hijos y la convivencia durante los primeros años fue relativamente buena. Viajaban con frecuencia y tenían un grupo de amigos con quienes compartían actividades y salidas durante los fines de semana. Vivieron en un country durante varios años.

A.R. tiene problemas de salud desde joven, sufre artritis reumatoidea y las molestias ocasionadas por la enfermedad lo ponen de malhumor. C relata que el último episodio grave con respecto a la salud del esposo, había ocurrido cinco años antes, cuando le amputaron una pierna por deficiencias circulatorias. Al momento de la consulta hacía dos años que usaba una prótesis ortopédica y aún no se terminaba de adaptar.

La paciente cuenta en sesión que ya antes de la intervención, la relación entre ellos no era buena, discutían mucho y tenían muy poca vida íntima. Cansada por la situación, había decidido pedirle la separación durante un viaje a la costa, pero A.R. se había descompuesto en el hotel por lo cual debió ser trasladado de urgencia a la capital. Un tiempo antes de este acontecimiento, el socio del marido lo había estafado ocasionándole una enorme pérdida de dinero. Estaban atravesando una situación económica muy complicada, hecho que los obligó a vender la casa. Cuando C acude a la consulta, estaban viviendo en la planta alta de la casa paterna. C ya no piensa en separarse de A.R. porque está enfermo y ella debe ayudarlo. Alquilan un local en el que trabajan los siete días de la semana.

A, el padre de C, tiene 86 años y vive en la planta baja de la casa familiar junto con el resto de los integrantes. De profesión marino mercante, estaba ausente la mayor parte del año debido a los viajes. Fue combatiente en la guerra de Malvinas y el ejército lo rescató luego de dos semanas en la que se lo dio por desaparecido. La paciente relata que cuando lo encontraron estaba herido y había perdido más de veinte kilos, por este motivo debió ser hospitalizado durante dos meses. C culpa al padre del rechazo que le produce el olor del agua de mar. Dice que nunca tuvieron una buena relación. Ángel había sufrido un ACV a consecuencia del cual se ve afectada la movilidad del lado izquierdo. Esta situación genera nuevos gastos, pero los ingresos del padre, provenientes del retiro por invalidez mas una jubilación, permiten que él solo solvete su atención y los honorarios de una empleada por hora. En el pasado, C era quien guardaba y administraba los ingresos del padre en una caja fuerte que estaba en la planta alta. Pero como en dos oportunidades faltó dinero, A lleva consigo el dinero en un portavalores del que nunca se desprende.

Con respecto a la hermana y a L, el cuñado de la paciente, la relación no es buena. La paciente relata que cuando alquilaron el negocio, el cuñado ofreció ayudarlos en la atención del mismo, pero que por diferencias en el balance, ella y el marido se dieron cuenta que L les robaba. Habían tenido una discusión por este tema y ya no comparten

comercialmente nada. L trabaja en un puesto administrativo y ellos atienden el negocio solos.

5.1.2. Los hijos y la madre

M es el hijo de C, tiene 37 años. Es un profesional independiente y está casado. Vive con la esposa y con un hijo.. Se ven muy poco ya que la relación entre la paciente y su nuera no es buena. C quiere ver al nieto los fines de semana pero M le dice que tienen compromisos y muy poco tiempo libre.

Con respecto a V, la hija de 37 años, C cuenta que es una profesional exitosa y que vive sola . Había estado de novia un año antes, pero tanto C como el esposo no conocieron a J, ya que V nunca los presentó. La paciente dice que la comunicación con la hija fue muy buena en el pasado, pero que desde hace unos meses hablan poco y se ven menos. Piensa que V ya no quiere escuchaba. La joven trabaja todo el día y desde que dejó a J dedica el tiempo libre a realizar tareas de ayuda social en barrios carenciados. Esto molesta a C, quien dice estar preocupada por la seguridad de la hija. Además, últimamente la invaden dudas acerca de la orientación sexual de la hija.

La madre de la paciente se llamaba Á y había fallecido cinco años antes a causa de un cáncer de mamas. La relación que las unía era muy estrecha y la extraña mucho, por este motivo cuando se siente mal le habla a Á como si estuviera viva. También la ve en sus sueños. Cuenta que había guardado la urna con las cenizas en la casa, hasta que fue capaz de llevarlas a la costa para cumplir con la voluntad de la madre, quien quería que estas fueran arrojadas al mar. La internación de Á antes de fallecer coincidió con la de A cuando tuvo el accidente cerebral. C dice que durante esos dos meses estaban todos enfermos. A.R. estaba internado en el mismo sanatorio en que estaba la madre, fue allí en donde se le amputó la pierna. La paciente recuerda que las horas del día no le alcanzaban porque debía ir de un lugar a otro. Si bien la hermana la ayudaba, C se encargaba de hacerle las curaciones al marido y esto le llevaba mucho tiempo y esfuerzo.

5.2. Características de la psoriasis que afecta a la paciente e historia de su enfermedad

Del análisis de la anamnesis de la paciente y la observación participante durante los espacios de supervisión semanal, se intentará hacer un recorrido histórico desde el inicio de la enfermedad hasta el momento en que se encontraba en tratamiento con la terapeuta N.. Al mismo tiempo, se intentarán vincular las teorías desarrolladas en el marco teórico con los sucesos que fueron teniendo lugar en la vida de C.

Partiendo de las investigaciones realizadas por la S.A.D. (2010), en los pacientes que padecen psoriasis existe una implicancia tanto de los factores genéticos como de los ambientales. En el caso de C, como en el de otros sujetos con dicha patología, se deberán tener en cuenta las situaciones de estrés derivadas del entorno familiar, el estilo de afrontamiento, las características del vínculo materno, la situación de desamparo que ha experimentado durante los primeros años de vida y su relación con el concepto de vulnerabilidad somática. Como se explicará mas adelante, este último favorece en el sujeto el desarrollo de la enfermedad y el deterioro de la calidad de vida..

Freud (1916/1993) señala que al considerar el entorno familiar, las situaciones vividas durante la infancia y adolescencia son a menudo causales de la aparición de la sintomatología corporal. Al hacer referencia a las neurosis de defensa, en las que el contenido simbólico en el paciente estaría ausente, este déficit daría lugar al predominio de un funcionamiento psíquico deslibidinizado y sin sentido. Este tipo de funcionamiento está estrechamente vinculado con la patología psicósomática. En la historia de C, el primer brote de psoriasis se produce a los 18 años, cuando se siente atraída por un joven (J.) con el que salía y al que debe dejar de ver. Esta situación, según el relato, fue vivida por la paciente como dolorosa e injusta. Considera que se sometió a la voluntad de la madre que fue quien la obligó a tomar esta determinación. Recuerda que no pudo objetarle nada ya que a Á no le gustaba que J. quisiera ser músico. C afirma que ya había dejado a otro muchacho cuando tenía 16, porque la madre decía que era un vago. La paciente recuerda que la psoriasis limitaba su vida, que el escozor era continuo y molesto

y que para evitar que los demás vieran las manchas rojas en los brazos y en las piernas, usaba durante el verano remeras de manga larga y pantalones. Por causa de la enfermedad dejó de ir al gimnasio, no solamente porque no podía usar la ropa adecuada, sino también por la molestia que le provocaba hacer ciertos movimientos. Recuerda que la madre la llevó a un dermatólogo luego de varios meses que apareciera la enfermedad. Por consejo de una vecina, Á probó primero con algunos preparados de farmacia que no dieron ningún resultado. Con el tratamiento médico y mucha constancia de su parte, las manchas dejaron de molestar.

Con respecto al segundo brote, se produce unos años después cuando A, su padre, desaparece durante la guerra. C recuerda que fue mas intenso que el primero y además surgieron nuevas manchas sobre las cejas. Por este motivo debió pedir unos días de licencia en el colegio en el que trabajaba. Los remedios que la aliviaron la primera vez ya no resultaban eficaces y cuenta que probó aplacar las molestias con remedios caseros. El brote se extendió durante el tiempo en que A estuvo internado. C afirma que cada vez que surgía en su vida una situación dolorosa, las manchas aumentaban de tamaño provocando mayores molestias.

Si bien esta patología es crónica, el entorno en que vive el sujeto cobra relevancia en el desarrollo de la enfermedad. Cabe recordar que la paciente acude a consulta psicológica por primera vez a los 60 años, cuando es atendida durante tres meses por la obra social. C decide, siguiendo el consejo de la hermana, buscar ayuda cinco años después del último “gran brote”, como ella misma lo denomina, ya que es cuando le amputan la pierna a A.R., fallece la madre y sufre el ACV su padre. Toda la realidad familiar cambia.

Liberman (1993) afirma que sobreadaptación y enfermedad son dos aspectos estrechamente ligados en este tipo de patologías. Clara ha intentado a lo largo de estos años adaptarse a situaciones que a menudo la excedieron, sin poder poner en palabras su cansancio y la frustración que lleva consigo. Ha vivido, como expresara la supervisora del caso “en medio de una familia en donde todos los síntomas están puestos en el cuerpo

y en donde parecería que las emociones no pueden ser expresadas”. Para C, la realidad externa se impone y le impide escuchar la propia realidad interna. La paciente resignó un noviazgo, aceptó casarse con A.R. a quien no amaba y llevó adelante una relación que no le brindó satisfacción. C dice que “no quiere seguir siendo la madre de A.R.”. Se puede inferir que la psoriasis funcionaría como descarga ya que en el pasado no ha logrado situaciones placenteras, por el contrario, parece haber hecho demasiadas renunciaciones. Siguiendo los conceptos del autor, existe un tipo de disociación entre sus necesidades y las posibilidades de su cuerpo, las que siempre la conducen a severas crisis en las que la enfermedad, pasaría a ser la protesta somática que señala la postergación a la que se ven sometidos tanto el self corporal como el emocional de la paciente.

C relata en una de sus sesiones como dividía su tiempo para poder cuidar a los tres enfermos, no hay información del por qué ella misma se encargaba de las curaciones de A.R. mientras estaba en el hospital. Cuando se le preguntó por el apoyo que le brindaba su hermana, dice que siempre fue escaso porque se apoya mucho en ella.

Como afirman Marty, De M'Uzan y David (1983), en el paciente psicossomático existe un déficit en la construcción del aparato psíquico, surgida de una situación de desamparo inicial a consecuencia de una madre narcisista que es quien promueve un vacío psicológico. Al impedir el despliegue del espacio simbólico de la fantasía, esta se abre camino a la acción corporal. Si bien hasta el momento de finalizada la pasantía, no se analizaron sucesos ocurridos en la infancia de C, a excepción del recuerdo de un padre casi siempre ausente, la escuela francesa afirma que en los primeros años de vida del sujeto, existieron señales de los deseos del niño que no fueron atendidas. En consecuencia, el infante las paraliza produciendo respuestas corporales patológicas equivalentes a los primeros síntomas somáticos. Con respecto a la descripción que hacen estos autores de este tipo de pacientes, a través de las supervisiones se puede inferir que C es una persona trabajadora, sobreexigida, que tiende a asumir responsabilidades que a menudo la exceden, con un déficit en la esfera afectiva que a menudo le ha impedido percibir y demostrar sus afectos.

5.3. Características del vínculo materno de la paciente y situación de desamparo familiar como posibles desencadenantes de la enfermedad.

5.3.1. Vínculos primarios de C.

Durante el proceso de supervisión del caso, la analista N. dice que C no ha logrado aún resolver la situación con Á. En otro encuentro, al profundizar sobre este aspecto, explica que la paciente no puede separarse de la madre, dice que sueña con ella frecuentemente, que en los sueños conversa con Á y que la ve en colores, manifiesta que todavía la extraña. N. considera que C no terminó de elaborar el duelo y que no ha podido resolver algunos temas en relación con el “desprendimiento de su madre”. Con respecto al vínculo paterno, este le genera conflictos que no ha podido elaborar. N. cuenta que en varias oportunidades la paciente le pregunta a la madre por qué no se lleva al papá con ella.

Mac Dougall (1989) analiza la unidad madre-bebé como un universo original en donde hay un cuerpo para dos. Afirma que si el proceso de separación-individualización se realiza en forma adecuada, madre e hijo se irán diferenciando como sujetos independientes. Este es un proceso esencial para la estructuración psíquica del sujeto. Cuando se produce una perturbación temprana en el mismo, mente y cuerpo dejan de ser una unidad, comprometiendo la capacidad del niño para integrar y reconocer como suyo tanto el cuerpo, como los pensamientos y los afectos.

C recuerda que siempre consultaba con la madre antes de tomar cualquier decisión, esta actitud se sostuvo aún después de casarse con R.A. . Mientras vivieron en el country, la paciente llamaba por teléfono a la madre a diario y conversaban de las actividades del día. Á estuvo presente de manera activa en la crianza de los nietos. Cuenta que las unía una “relación muy estrecha”. Cuando se le pregunta por la hermana, dice que A.M. siempre fue independiente y que no se llevaba bien con la madre. Recuerda que en lo personal le duele mucho la muerte de Á y que por ese motivo quiso guardar en la casa sus cenizas, sin embargo reconoce que luego de arrojarlas al mar cumpliendo con el pedido, sintió un gran alivio. Por otra parte, parece no tener recuerdos de A, su padre, ni

siquiera luego de que este pasara a retiro por problemas de salud. N. explica que cuando se refirió a la profesión del padre, dijo con seriedad que él era marino mercante y su madre “sargento”.

La analista N. cuenta que cuando C narra hechos de su historia que son dolorosos, el tono de su voz es el mismo que utiliza al hablar de otros temas. La paciente evita mostrar sus emociones y su actitud ha sido la misma, tanto cuando describió los detalles de la operación del esposo como cuando hace referencia a la situación física actual del padre. En cuanto al deseo de que A se muera, la paciente dice que le crea culpa pero considera que sería mejor para todos. En las sesiones prefiere no hablar de ese tema.

Mac Dougall (1989) hace referencia al déficit materno para decodificar emociones o diferenciarlas entre sí, lo que deja en el niño en situación de desamparo psíquico ante ansiedades primarias. Frente a esta situación, el infante reacciona con defensas extremas: repudio y desafectación, en consecuencia el destino del afecto hace su pasaje al soma o al acto. A este funcionamiento mental la autora lo denomina psicوماتosis. Winnicott (1973) hace hincapié en la importancia que cobra la intervención paterna como mediadora en la díada madre-bebé, colaborando con ésta, aportándole sentimientos de seguridad y de amor que a su vez son transmitidos al niño. Se infiere por la historia de C, que esta intervención no existió, sea por la ausencia física de A o por la función materna ejercida por la madre durante la crianza.

Retomando el motivo de consulta del caso, C se presenta manifestando que tiene problemas con la hija. En una de las sesiones dice que V “es como una pared”. Además, en lo personal se siente sin ánimo, algo deprimida y cansada. Se infiere que la paciente se encuentra viviendo un período de crisis, en el que abundan los conflictos y las enfermedades familiares. Ha pasado por situaciones de tensión, de estrés laboral, atraviesa duelos no resueltos, piensa que los dos hijos ya no la necesitan, además los ve poco y no tienen buena comunicación. Se podría pensar que todas estas situaciones remueven en C antiguos dolores relacionados con su historia familiar y las situaciones anímicas padecidas por la probable carencia de afectos durante la infancia. Del material

presentado en las supervisiones se llega a la conclusión de que los padres de C no pudieron crear las condiciones de contención y cariño necesarias para que la paciente se sintiera segura y protegida cuando pequeña. La relación con su madre ha sido del tipo simbiótica (Ulnik, 2011) dado que la paciente parece no poder registrar ni tolerar su ausencia atravesando por un duelo del tipo patológico.

En relación con los tipos de apego a los que hace referencia Bowlby (1989) en su teoría, la paciente parece haber tenido una madre poco sensible, autoritaria y narcisista, lo que puede haber generado en C sentimientos de ambivalencia y desconfianza, haciéndola más vulnerable a la hora de resolver situaciones adversas.

5.3.2. El desamparo

Para C, la vida ha transcurrido entre la enfermedad y la falta de satisfacción. En los últimos cinco años la atención del local y los requerimientos por motivos de salud, tanto del marido como del padre, han ocupado todo su tiempo y sus energías. Hasta junio, no había podido encontrar un espacio para realizar una actividad que la gratificara. N. reconoce que C tiene motivos reales para sentirse cansada y abatida ya que se levanta a diario a las 6 de la mañana y regresa a la casa después de las 9 de la noche. Entre horas, debe viajar de regreso para dejar la cena preparada para R.A. quien atiende el local hasta las 5 de la tarde. Se infiere que la insatisfacción y la frustración de la paciente se ven aumentadas porque R.A. ya no ocupa un rol protector para C, como lo hacía durante los primeros años de matrimonio. Además, dice que no siente atracción por él desde hace mucho tiempo y que está cansada de acompañarlo al médico porque su esposo habla de temas triviales y no consulta por su enfermedad.

Para el adulto, el estado de desamparo es generador de angustia (Laplanche & Pontalis, 1996). Dentro de la teoría psicoanalítica, el desamparo está estrechamente relacionado con lo prematuro del ser humano al momento de nacer, cuando depende en su totalidad de la madre que lo alimenta y lo protege. C afirma que se encuentra muy sola, que le habla a la madre porque en su entorno no tiene con quien hacerlo. Cuando se le pregunta sobre las amistades, cuenta que solo conserva una amiga a la que visita a veces

los domingos. El grupo de parejas amigas que tenía, viven en el country y como su situación económica cambió, prefiere dejar de frecuentarlas. Después de las vacaciones, C manifiesta por primera vez enojo durante la sesión. Se queja por las obligaciones que la agobian, dice que con A.R. pelean por temas insignificantes y que ya no lo tolera. Además, “no sabe con quien se junta su hija” ya que V no le cuenta nada cuando va de visita.

Para Ulnik (2011), la piel en este tipo de pacientes pasa a ser la emisora del dolor que causa la sensación de no sentirse cuidado ni oído, transformándose en una envoltura de sufrimiento. En C, la psoriasis está presente ante cualquier situación de crisis. Durante los meses que lleva en tratamiento, ha tenido otros brotes. Uno de ellos fue en marzo, cuando la hermana tomó una empleada nueva para ayudarlas con la atención del padre. Pocos días después de que la mujer comenzara a trabajar, faltó dinero de la casa. Considera que la hermana no tomó los recaudos suficientes al contratarla, que el padre debió quedarse dormido y que fue la nueva empleada quien le robó. Dice que esto pasó porque la mujer vive en una villa. A pesar de la reincidencia del brote, la paciente no quiso consultar a la dermatóloga porque la medica con corticoides, dice que la hinchan y le hacen subir de peso. Durante la sesión, se comprometió a ver a un médico del Hospital

Hubo un nuevo episodio después de una discusión con V. No está de acuerdo con que la hija esté ayudando a la gente de la villa y asocia esto con el robo de la empleada doméstica. Considera que V pierde el tiempo en hacer beneficencia y que debería aprovecharlo para salir más y conseguir novio. La paciente siente que es la única mujer dentro del grupo de gente que frecuenta, que tiene una hija de esa edad soltera. La terapeuta N. cuenta que esta situación la llena de dudas con respecto a la sexualidad de la hija, aunque han hablado durante una sesión sobre los cambios generacionales y la actitud actual de los jóvenes de hoy ante temas como el matrimonio o la maternidad. Sin embargo, C persiste en su postura y manifiesta que le molesta aceptar que su hija piense de manera diferente a como lo hacía ella cuando tenía otra edad.

Para Liberman (1982) el paciente psicossomático vive en situación de desamparo, inmerso en una permanente lucha entre lo que realmente siente y no expresa en palabras y lo que muestra a los demás. N. explica que C evita hablar de las situaciones que le resultan dolorosas y afirma que aunque se han producido algunos cambios, se evidencia una escasa capacidad de insight en la paciente. Si bien sostiene la idea de que V es “como una pared” ya que no puede mantener un diálogo con ella, se infiere que C es quien permanece amurallada en una actitud defensiva en la que la enfermedad parece ser su única salida.

5.4. La enfermedad de la paciente y el concepto de vulnerabilidad somática

Del análisis y lectura del material sobre la historia de C, surge el sentimiento de desprotección, desamparo y vacío que ha venido padeciendo, a esto se debe agregar el dolor psíquico, las molestias físicas y el estigma que produce esta enfermedad.

Según Zukerfeld y Zonis (1999), el campo de los fenómenos psicossomáticos abarca el estudio tanto de los factores emocionales como de los psicossociales vinculados con el desencadenamiento y cura de la enfermedad. Para los autores, la vulnerabilidad somática se relaciona en forma directa con el potencial de enfermar y es característica de aquellos pacientes con un predominio de un modo de funcionar psíquico propio del inconsciente escindido, con una memoria emocional no representable. La vulnerabilidad somática se pone de manifiesto en la carencia de recursos que presenta el sujeto para la elaboración y afrontamiento de situaciones. El constructo está relacionado con el concepto de sobreadaptación y el desarrollo de respuestas mentalizadas ante situaciones que resultan adversas.

Del relato de N., se infiere que en C existe un predominio de lo escindido con las manifestaciones propias de aspectos reprimidos del inconsciente. La paciente está en pleno proceso terapéutico y la profesional afirma que se siente satisfecha con algunos avances que la paciente ha podido hacer en relación con sus hábitos. En junio retomó las clases de gimnasia, afirma que la actividad física le hace sentir mejor. Además, le propuso a A.R. cerrar el negocio los domingos para descansar o ir de visita a lo de su

amiga que vive en el country. Cuenta que en la primera salida el marido se fue a pescar con un grupo de amigos que él conserva. Piensa que esto le da mayor independencia a los dos. Cuando habla de los viajes diarios en tren hasta el negocio, dice durante una sesión que ahora mira a los hombres. Lo relaciona con el hecho de no tener sexo con su marido desde que este se operó. Piensa que ellos dos son solo socios y amigos y se queja porque dice que está aburrida de esta situación. Cuando N. le preguntó en una sesión si tenía fantasías con otros hombres, C le respondió si podía fantasear con el esposo de alguna amiga. N. no consideró pertinente profundizar en ese momento sobre ese punto. En otra de las sesiones llevó fotos familiares, N. cuenta que eran fotos actuales de su hija con el nieto y el sobrino y otras con ella y con el hijo y que A.R. no estaba en ninguna.

Con respecto a la psoriasis, la paciente no logra sostener el tratamiento que le propuso el médico de hospital luego del último brote en abril. Dice que sabe que nunca se va a curar definitivamente y que cuando le hablaron de un nuevo tratamiento con láser que ha dado buenos resultados, el planteo la llenó de temor. C evita hablar de V y se queja porque la nuera no la invita a la casa para ver al nieto los domingos. Además, está preocupada porque se quedaron sin empleada y detesta tener que cambiarle los pañales al padre. Cuenta que se turna con la hermana en esta tarea porque las dos consideran “que no es algo que deba hacer alguien que no es de la familia”. La supervisora de N. considera que C se frustra continuamente y que siempre parece haber algo que le quita el placer. Esto lo pone de manifiesto cuando dice que A.R. la frustró a ella y que ella vive frustrando a los hombres. En otra oportunidad dice que como no logra bajar de peso, cuando va al nutricionista le dice: “Yo soy su frustración”.

Según Zukerfeld y Zonis (1999), en el paciente psicossomático existe un funcionamiento con una marcada tendencia a la descarga y carencia de recursos del yo que incluye distorsiones cognitivas, dificultad en la elaboración de duelos y estilos inadecuados de afrontamiento. Con respecto al entorno familiar, los autores hacen hincapié en que la adversidad está relacionada con los ambientes/eventos disruptivos que pasan a tener eficacia patógena en relación con la atribución que le da el sujeto, el sostén que percibe y el tipo de vínculos existentes e interiorizados. Por consiguiente, a mayor

presencia de lo traumático y menor sostén de la red vincular, mayor será la vulnerabilidad y por ende las probabilidades de exacerbación y complicación de las patologías existentes.

Si bien C parece tener algunos recursos en su vida, no logra encontrar un equilibrio, da la impresión de que siempre le hace falta algo para sentirse satisfecha con la situación que le toca vivir. Se frustra porque va al country y este hecho la remite a un pasado que ya no tiene. Se queja porque la nuera la evita, pero ha discutido con ella varias veces por querer intervenir en la vida de la pareja. El padre también la frustra ya que le resulta molesto atenderlo, pero considera que alguien de afuera sería ineficiente, inadecuado para algunas tareas y probablemente ladrón. Dice que no puede hablar con Valeria, situación que le genera una enorme sensación de vacío e impotencia, pero cuando la hija va de visita C le hace recriminaciones sobre el trabajo en la villa y su soltería. Por otra parte, le cuesta mucho acompañar al marido al médico, pero nunca le pidió al hijo que colabore con ella en esta responsabilidad. N. piensa que C debe “salir del modelo de sacrificio” en el que está encerrada.

5.3.1. Calidad de vida

La O.M.S. (2011), define la calidad de vida del sujeto en relación al tipo de percepción que este tiene del lugar donde vive, del contexto cultural y del sistema de valores en los que está inserto en relación con sus objetivos, normas e inquietudes. A esto se debe agregar una actitud de autocuidado en lo referente a la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y su vinculación con el entorno.

C, como se observa a través de su historia, ha tenido dificultades en casi todos los aspectos concernientes con la calidad de vida. De las supervisiones realizadas con N.

surge que la paciente percibe la casa paterna como un lugar conflictivo del que no tiene buenos recuerdos por culpa de su padre. También admite que el lugar le trae continuamente la imagen de la madre ausente. Al no tener buena relación con el resto conviviente, C dice que evita bajar porque no acepta el deterioro de A, además no tiene diálogo con su cuñado. Por el contexto en el que ha crecido y en el cual han tenido relevancia ciertos valores, no se siente satisfecha sino enojada con la situación actual. C piensa que perdió la oportunidad de ser feliz a los 18 años. Se siente frustrada porque abandonó los estudios y porque ahora piensa que nunca fue independiente por satisfacer los deseos de su madre. A estos aspectos se debe sumar el hecho de que C ha vivido sentimientos de exclusión a lo largo de su vida a causa de la enfermedad (S.A.D., 2010). La psoriasis de la paciente estuvo siempre localizada en áreas que son visibles y en los momentos de brotes intensos debió interrumpir sus tareas para que no la vieran. Esto le ha generado pérdida de confianza y estrés. Cada vez que debe afrontar una situación que le resulta estresante, C presenta alteraciones en el sueño por lo que debe recurrir a ansiolíticos para dormir. Confía en que con el apoyo de su terapeuta, pueda lograr algunos cambios que mejoren su calidad de vida.

6. Conclusiones

El trabajo realizado tuvo como objetivo general la descripción de un caso de psoriasis en una paciente adulta, relacionando dicha patología con la historia familiar y con el concepto de vulnerabilidad somática.

Para dar cumplimiento al desarrollo del trabajo presentado, se tomó en consideración toda la información proporcionada sobre la historia familiar con el fin de poder analizar el rol de cada integrante del grupo y el tipo de vínculos existentes. La presentación del caso esboza la cronología de los acontecimientos en la vida de la paciente, los que están en estrecha relación con la enfermedad que padece.

Con respecto al primer objetivo específico en que se analiza la historia de la enfermedad en C, el brote se produce durante la adolescencia luego de una desilusión amorosa. La enfermedad irrumpe en la vida de la paciente ocasionando molestias físicas y alteraciones en el desempeño cotidiano, afectando tanto el plano psíquico como la vida afectiva vincular de C, en un período evolutivo de suma importancia para el logro de un desarrollo sano. Durante el tratamiento, C manifiesta que todavía recuerda la sensación de impotencia y de sometimiento que le generaba el aceptar someterse de continuo a los deseos de la madre, la mayoría de las veces sin estar de acuerdo con ella.

Como señala Freud (1916/1993) todo acontecimiento vivido como traumático durante la niñez y la adolescencia, a menudo está vinculado con la aparición de la sintomatología somática como una de las vías de expresión del sujeto ante el déficit psíquico para simbolizar. Desde la corriente psicoanalítica y a través de las investigaciones realizadas por la clínica médica, el entorno familiar y las situaciones de estrés derivadas de éste, cobran un papel fundamental en el desarrollo de este tipo de patologías. C llega a consulta luego de haber padecido durante muchos años esta enfermedad. Los brotes han sido periódicos, dependiendo del estado anímico y de las circunstancias de mayor o menor conflicto que ha debido afrontar. Después de muchos años de padecimiento, acude a pedir ayuda porque se lo pide la hermana. Esta decisión surge luego del “gran brote” ocurrido cinco años antes, después de transitar por varias pérdidas personales y por duelos no elaborados.

En la historia de la paciente se ponen de manifiesto las consideraciones de Liberman (1993) sobre conceptos tales como sobreadaptación y disociación psíquica. La primera, ha sido una característica en la vida de C que con esfuerzo intentó superar cada crisis para seguir adelante como si nada doloroso le hubiera sucedido, sin embargo llega a la entrevista con la profesional manifestando que se siente cansada y deprimida desde hace tiempo. En cuanto a la disociación psíquica de la que el autor hable, ésta se pone de manifiesto en la ausencia de registro entre sus necesidades reales y las posibilidades físicas y emocionales con que cuenta. De allí que cada eclosión somática se puede

interpretar como una protesta que simboliza su propia postergación, situación que genera la descarga somática a través del cuerpo.

Al avanzar sobre el segundo objetivo relacionado con el vínculo materno de la paciente, del análisis surge que C no ha podido elaborar la pérdida de la madre y vive un duelo del tipo patológico. Habla con ella, dice que la ve en los sueños con frecuencia y que en la casa del padre está siempre presente. Debido a probables perturbaciones durante los primeros años de vida, se infiere que no ha podido realizar el proceso de separación-individualización con la madre en forma adecuada. Gracias a dicho proceso, madre-hijo logran diferenciarse el uno del otro como sujetos independientes (Mac Dougall, 1989). La falla en el mismo, compromete la capacidad del sujeto para integrar y reconocer tanto su cuerpo, como los pensamientos y los afectos. Se infiere que C ha transcurrido todo este tiempo amurallada tras la enfermedad, ligada como compartiendo el mismo cuerpo con una madre ambivalente y asfixiante, a la que siempre obedeció. Por el solo deseo de complacerla, C ha sacrificado su independencia, sus emociones y la capacidad de gozar.

En relación a la función paterna, es esperable que el padre actúe como mediador en la diada madre-bebé, aportando sentimientos de seguridad y amor que son transmitidos al niño (Winnicott, 1973). De la historia surge que C no tiene recuerdos de A. Atribuye esta carencia al hecho de que el padre estaba ausente la mayor parte del año por la profesión. De los aportes recogidos durante el espacio de supervisión, se pone de manifiesto que la paciente, probablemente por falta de recursos y de una elaboración adecuada, sigue situada en un lugar que la remite a la infancia cuando no vivenció la figura paterna como presente. C carece de recuerdos, dice que son vagos, dolorosos, evitando hablar de él durante las sesiones. Se infiere que A debió estar ausente en la psiquis de la madre, generando un espacio vacío.

El estado de desamparo en que se encuentra la paciente es el resultado de las carencias afectivas vivenciadas por el tipo de vínculo con sus progenitores. En cuanto al marido, siente que ahora es ella quien debe cuidarlo “como si fuera la madre”, la situación es precaria en el plano afectivo y las pérdidas económicas han acrecentado la

sensación de inseguridad al tener que regresar a la casa paterna. A esto se agrega la falta de apoyo percibido por parte de los hijos, quienes además de ser independientes, parecen no necesitarla como madre, aumentando la insatisfacción: V la evita y M no la recibe.

El desamparo, como lo definen Laplanche y Pontalis (1996), es generador de angustia dado que está relacionado con la dependencia total que todo ser humano tiene al nacer. A lo largo del tratamiento, la paciente hace referencia al sentimiento de soledad que la invade por la discapacidad del marido y el futuro incierto, por el deterioro del padre a quien dice que “preferiría ver muerto” y por la falta de amigos con quien hablar. Ha perdido el grupo de pertenecía porque ya no vive en la misma casa y considera que no tiene nada en común para compartir con las parejas del country. C se queja y está disconforme, pero no parece buscar la forma de cambiar todas estas situaciones. Sigue instalada en el mismo lugar, como su enfermedad.

El concepto de vulnerabilidad somática está estrechamente relacionado con la historia de la paciente. Como afirman Zukerfeld y Zonis (1999) éste se vincula con el potencial de enfermar y es característica de los pacientes con un modo de funcionar psíquico propio del inconsciente escindido. Los pacientes psicósomáticos son sujetos sobreadaptados, que por lo general carecen de recursos para elaborar y afrontar situaciones que le generen conflicto. Según estos autores, el aumento de vulnerabilidad es directamente proporcional con la magnitud de la adversidad que vivencia el sujeto. Cuando C se ha enfrentado con una situación que le generó estrés, el brote ha estado presente, en algunas ocasiones con mayor intensidad que en otras. El síntoma va acompañado de la angustia que genera la pérdida de aquello que no se puede reparar.

De la historia de C surgen innumerables situaciones en las que abundan este tipo de vivencias dolorosas e irreparables en las que de alguna manera se refugia. Como señalara la supervisora de N. durante uno de los encuentros: “C vivió de renuncia en renuncia, posicionada siempre en un lugar de sacrificio, en el que no hay nada que la gratifique”.

6.1. Aporte crítico, limitaciones y aporte personal

Para esta pasantía realizada en la institución, se contó con la colaboración de la profesional N. a cargo del caso, quien brindó información para la realización de este trabajo. Dado que se pudieron presenciar solo seis supervisiones, el encuentro personal con la analista resultó enriquecedor ya que completó una parte de la historia de la paciente que no había sido abordada en los espacios grupales. El trabajo conjunto durante los ateneos clínicos y en los talleres semanales, amplió conocimientos y sirvió para profundizar en la lectura bibliográfica sobre la temática de las enfermedades psicosomáticas. En lo personal, la asistencia al seminario realizado en S.A.P. fue de suma utilidad para profundizar en la comprensión de la enfermedad y así complementar la experiencia. El material leído y analizado ha servido de apoyo para la elaboración de esta tesina.

En cuanto a las limitaciones encontradas durante la pasantía, si bien fue posible acceder a la ficha de la entrevista realizada por N. en la institución, no se obtuvo información escrita sobre la admisión de la paciente en el Hospital . Otra limitación pudo haber sido generada por algunas ausencias de N., a causa de problemas de salud. Las inasistencias se produjeron durante cinco supervisiones, cuando ya se había elegido el caso e iniciado el armado del plan de tesina.

En lo personal, quedan algunas dudas y preguntas sin responder sobre la historia de C. En especial sobre el motivo de consulta, la posibilidad de una mayor profundización en lo referente a los vínculos primarios como así también con respecto a algunos temas que quedaron abiertos durante las sesiones. Probablemente esto obedece al estilo de cada profesional, al vínculo empático que se genera con el paciente y a los tiempos que este necesita dentro del proceso analítico.

Con respecto a futuras líneas de trabajo, surgen en la pasante reflexiones acerca de la posibilidad de analizar en mayor profundidad la historia de los primeros años de vida de C cuando vivía con los padres, intentando reconstruir la relación con ellos en la vida cotidiana, teniendo en cuenta los períodos en que el padre estaba presente y aquellos en que se ausentaba por trabajo. Se podría analizar también el tipo de vínculo que se generó

con la hermana para intentar comprender el por qué de la relación conflictiva que mantienen en la actualidad. Sería importante trabajar en profundidad la problemática vincular que afecta tanto el entorno social como el afectivo de la paciente y que está en estrecha relación con la enfermedad que padece.

Cabe agregar que la experiencia ha sido un desafío enriquecedor que generó un mayor interés en la profundización del modelo psicoanalítico y en el aprendizaje sobre la patología psicosomática. Como futura profesional, el desafío apunta al logro de un buen desempeño personal con el fin de lograr una mejoría en la calidad de vida de este tipo de paciente

7. Referencias bibliográficas

- Aisemberg, E., et al. (2012). *El cuerpo en escena*. Buenos Aires: Lumen.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4a. ed.) Barcelona: Masson.
- Barragán, A., Cerquera, H. & Santos, G. (2010). *La novela familiar y su influencia en la construcción de la subjetividad en tres espacios sociales*. [Versión Electrónica]. Recuperado el 20 de mayo de 2013 de: <http://www.psiquesociedad.org>
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- British Association of Dermatology (2012). *What does psoriasis look like? Patients information service*. [Versión Electrónica]. Recuperado el 20 de mayo de 2013 de: <http://www.british.association.of.dermatology>

- Carpintero, E. (2009). Normalidad y normalización: la salud es soporte de la normalidad que nos hace humanos. *Revista de Psicoanálisis y salud mental*, (55), 3-5. [Versión electrónica]. Recuperado el 3 de setiembre de 2013 de: <http://www.topia.com.ar>
- Ey, H., Bernard P. & Brisset Ch. (1978). *Tratado de Psiquiatría*. España: Elsevier.
- Freud, S. (1908/1979). *La novela familiar de los neuróticos*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916/1993). *Los caminos de la formación del síntoma*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. [Versión electrónica]. Recuperado el 18 de agosto de 2013 de: <http://www.psicoanalisisfreud1.com.ar>
- Green, A. (1972). *La Metapsicología revisitada: notas sobre procesos terciarios*. Buenos Aires: Eudeba.
- Green, A. (2001). *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud. Aspectos fundamentales de la locura privada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Herrera Ceballos, E., Moreno Carazo, A., Requena Caballero, L. & Rodriguez Peralto, J.L. (2007). *Dermatología: Correlación clínico-patológica*. España: Área Científica Menarini.
- Internacional Encyclopedia of Rehabilitation (2012). *Psychosomatic Disorders*. [Versión electrónica]. Recuperado el 22 de agosto de 2013 de : <http://internationalencyclopediaofrehabilitation.com>
- Laplanche, J.& Pontalis, J.B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Liberman, D., Grassano, E., Neborak, L., Pistiner, L. & Roitman, P. (1982). *Del cuerpo al símbolo*. Chile: Ananké.
- Liberman, D., Grassano, E., Neborak, S., Pistiner, L. & Roitman, P. (1982). Sobreadaptación, trastornos psicossomáticos y estadios tempranos del desarrollo. *Revista de Psicoanálisis: APA*, 39 (5), 223-314.
- Marty, P. & De'Uzan, M. (1983). El pensamiento operatorio. *Revista de Psicoanálisis: APA*, 40 (4), 711-724.
- Marty, P. (1990). *La psicossomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- MacDougall, J. (1982) *Alegato por una cierta anormalidad*. Petrel: Barcelona, España.
- Mac Dougall, J. (1989). *Un cuerpo para dos*. Buenos Aires: Lugar.

- Organización Mundial de la Salud (2011). *Calidad de vida*. [Versión Electrónica]. Recuperado el 3 de setiembre de 2013 de : <http://www.encyclopedia.us.es/index.php/calidaddevida>
- Otero, J. & Rodado, J. (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática. *Revista internacional de psicoanálisis: Apertura*, 16,1-4. [Versión electrónica]. Recuperado el 3 de setiembre del 2013 de: <http://www.revistaaperturas2004>
- Rodríguez Peralto, J.L., Calzado, L. & Vanaclocha, F. (2007). *Dermatología: correlación clínico-patológica*. España: Área Científica Menarini.
- Sociedad Argentina de Dermatología (2010). *Psoriasis. Criterios de derivación a psicoterapia y/o psiquiatría*. [Versión Electrónica]. Recuperado el 10 de agosto de 2013 de: <http://www.sad.org.ar>
- Ulnik, J. (2011). *El psicoanálisis y la piel*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1971). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1973). *Naturaleza Humana*. Buenos Aires: Paidós.
- Zabala Cerda, M. (2000). *Abordaje psicoanalítico de las enfermedades psicosomáticas: la corioretinopatía serosa central, naturaleza, conflicto y características de personalidad*. Tesis doctoral publicada, Biblioteca de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Méjico. (TM 27201, 20.08.13) Recuperado el 16 de agosto de <http://psicologia.uanl.mx>
- Zukerfeld, R. & Zonis Zukerfeld, R. (1999). *Psicoanálisis, Vulnerabilidad somática y Tercera tópica*. Buenos Aires: Lugar.
- Zukerfeld, R. & Zonis, R. (2001, setiembre). *Tercera Tópica, sostén vincular y vulnerabilidad*. 42 Congreso Internacional de Psicoanálisis. IPA. Niza, Francia.
- Zukerfeld, R. & Zonis Zukerfeld, R. (2005). *Procesos terciarios de la vulnerabilidad a la resiliencia*. Buenos Aires: Lugar.
- Zukerfeld, R. (2013, mayo-junio). *Psicosomática Siglo XXI: Metapsicología clínica e investigación*. Seminario realizado en la Sociedad Argentina de Psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina.