



Universidad de Palermo

Trabajo de Integración Final

Facultad de Humanidades

Licenciatura en Psicología Clínica

**Historia familiar, desamparo, vulnerabilidad
somática y psoriasis**

Autor: Arena, María Cristina

Tutora: Lic. Elena Irma Monis

Octubre 2010

1- Introducción.....	3
Capitulo II.....	5
2- Objetivos.....	5
2.1. Objetivo General.....	5
Capitulo III.....	6
3- Marco Teórico:.....	6
3.1. El enfermar y la psicósomática.....	6
3.2. El psiquismo como causa de enfermedad corporal.....	9
3.3. La enfermedad y la piel.....	10
3.4. Las Constelaciones vinculares patógenas enajenadas en el cuerpo y la sobreadaptación.....	11
3.5. Vulnerabilidad somática.....	12
.....	12
3.6. Historia Familiar.....	16
3.7. Las relaciones primarias y el apego.....	19
3.8. El desamparo.....	21
Psoriasis.....	25
Psoriasis y vida cotidiana.....	26
Capitulo IV.....	28
4. Metodología.....	28
4.1. Estudio de caso: S.....	28
Capitulo V.....	38
5.1. Relacionar la historia familiar y vincular del paciente con la psoriasis.....	38
5.2. Relacionar la psoriasis del paciente con el concepto de vulnerabilidad somática.....	42
5.3. Vincular la psoriasis del paciente con situaciones de desamparo familiar.....	44
6. Conclusiones.....	48
6.1 Crítica. Aportes. Consideraciones personales finales:.....	48
Capitulo VII.....	54
7. Referencias bibliográficas:.....	54

Capítulo I

1- Introducción

El presente trabajo se ha realizado a partir de la Práctica de Habilitación Profesional realizada para la carrera: Licenciatura en Psicología de la Facultad de Ciencia Sociales de la Universidad de Palermo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La práctica de habilitación se ha realizado durante el segundo semestre del año 2008, en dos ámbitos: el Servicio de Psicodermatología de un Hospital público, y en una institución dedicada a la temática ambos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se detallará la modalidad de asistencia del Hospital, al detectar la enfermedad de piel, los médicos dermatólogos derivan a pacientes al Servicio de Psicodermatología donde se realizan las entrevistas y admisiones para los tratamientos psicológicos de dichos pacientes, tarea que es realizada por un grupo de psicólogos de la institución.

Los pacientes que son admitidos son atendidos en el mencionado Servicio, por los psicólogos que pertenecen a la institución, quienes intervienen desplegando un encuadre clínico psicoanalítico.

Las actividades realizadas durante la práctica profesional son:

La participación y observación de distintos grupos de supervisiones clínicas, con relación a admisiones y tratamientos realizados en el Hospital y en la institución correspondiente.

A partir de la observación de una admisión y supervisión, prácticas que motivan la realización del presente trabajo, un estudio de caso.

El paciente no mantiene buena vinculación con sus hermanos a raíz de discusiones, casado, dos hijos, separado hace 7 años, desde que se separó vive solo.

El paciente dijo que no ve a sus hijos, a raíz de discusiones.

Hace 2 años atrás aparecen las primeras manchas de psoriasis, y comentó que nunca había realizado consultas médicas, ni psicológicas, su enfermedad le provoca angustia, desgano y temor por su estabilidad laboral.

Capítulo II

2- Objetivos

2.1. Objetivo General

Describir la historia familiar y vincular de un paciente con psoriasis, relacionándolo con el concepto de vulnerabilidad somática y con situaciones de desamparo familiar.

2.2. Objetivos Específicos

Describir la historia familiar y vincular de un paciente con psoriasis.
Relacionar la psoriasis del paciente con el concepto de vulnerabilidad somática.
Vincular la psoriasis del paciente con situaciones de desamparo familiar.

Capítulo III

3- Marco Teórico:

A los fines de iniciar la descripción de un caso clínico de un paciente que sufre psoriasis, se abordarán brevemente los conceptos que enmarcan la enfermedad psicosomática y la aproximación a las teorías que enmarcan la importancia de la historia familiar, las vivencias infantiles y los conceptos de vulnerabilidad somática y el desamparo familiar como factores del enfermar.

3.1. El enfermar y la psicosomática

Para iniciar el entendimiento de los factores del enfermar, será de interés indagar en los orígenes de la medicina. La ciencia médica desde sus inicios ha oscilado en el estudio del enfermar entre dos tendencias, por un lado la biología y por otro lado la psicología. Numerosos autores e investigadores han desarrollado planteamientos teóricos que intentan dar cuenta de este proceso del enfermar entre ellos Otero & Otro (2010) señalan en referencia al enfermar que Laín Entralgo (1950) fue quien señaló que a lo largo de la historia de la medicina siempre hubo una medicina psicosomática y en los últimos años con la creación del psicoanálisis, se pudieron introducir los aspectos emocionales y personales como factores etiopatogénicos del enfermar en esta ciencia.

Con la aparición de la obra de Freud y con la creación del movimiento psicoanalítico se comenzará a considerar la importancia de la historia familiar y las emociones vinculadas con las enfermedades. Otero & Otro (2010) indican que Freud ha sido el inspirador de la psicosomática, ya que en su obra ha destacado la complejidad e influencia de los factores psíquicos en lo biológico y concretamente en la formación de síntomas somáticos. Esta idea se verá reflejada desde los primeros trabajos Freud (1916) donde explicará que la importancia en el enfermar se encuentra en relación con los

afectos, y en especial señalará Freud (1916) sobre la importancia de la respuesta de la persona frente al suceso afectante, considerando de interés si la persona reaccionó enérgicamente o no a este evento. Por reacción se entenderá la serie de reflejos voluntarios e involuntarios que realizan las personas como descargas de estos afectos, desde el llanto hasta la venganza. Y explicará Freud (1916) que si la reacción es sofocada, el afecto permanecerá conectado con el recuerdo y esto puede producir síntomas somáticos en las personas.

En relación a la suma de excitación que una persona experimenta ante un suceso afectante, señalará Freud (1893) que en el sistema nervioso de las personas se acrecienta algo que el autor llamará suma de excitación y explicará que en todo individuo, para la conservación de su salud, existe el afán de reducir esta suma de excitación psíquica. Y explica entonces que el acrecentamiento de esta excitación acontecerá por vías sensoriales y por vías motoras y ante esta sobreexcitación sumada a la falla en la respuesta de la persona frente al suceso que lo ha afectado, en el caso de una respuesta reprimida, se producirá la descarga directa al cuerpo a través de síntomas somáticos.

En relación a la psicologización de lo orgánico será Groddeck (1973) quien va a explicar que toda enfermedad orgánica sin excepción, es psíquica siendo el cuerpo el que simboliza a través de su ser mismo. El autor va a explicar que las enfermedades son un lenguaje y, como todo lenguaje, tendrá una intencionalidad expresiva y demandará la comprensión y la interpretación.

En la teoría que sitúa la sensación somática en la psicodinámica explicativa desde el inicio de la vida será Klein, M (1990) quien indicará que existen fantasías pregenitales objetales desde el nacimiento que se representan simbólicamente. La autora explicará que el bebé humano, pese a su total dependencia, tiene un desarrollo precoz del psiquismo en los primeros meses de vida y desde su teoría habla del desarrollo infantil y explicará dos tipos de relaciones de objeto del infante con la madre de un modo consecutivo y estas serán: la posición depresiva y la posición paranoide; ambas comienzan en el cuarto mes y se irán superando progresivamente en el curso del primer año. Y señala Klein que serán

el cuerpo y sus reacciones viscerales como los elementos fundamentales vivenciales que se van a ir traduciendo a vivencias psíquicas los cuales conjuntamente con los estímulos del medio, van a ir estructurando el aparato mental del bebé. Además Klein señalará que estas relaciones con el objeto puede encontrarse también en el curso de la infancia. Esta idea puede resumirse de la siguiente manera: una sensación somática fuerza el surgimiento de una experiencia psíquica que es interpretada como una relación con un objeto que desea causar esa sensación, que será amado u odiado por el sujeto según que el objeto tenga buenas o malas intenciones; es decir, según se trate de una experiencia placentera o displacentera. Entonces, una sensación somática displacentera obtendría su representación psíquica como una relación con un objeto malo que quiere perjudicar y dañar al sujeto. La opinión, con diferentes matices, de los autores de línea kleiniana es que existen fantasías inconscientes respecto a los sentimientos corporales o sea sentimientos de dolor, vacío, hambre, carencia. y que estas fantasías quedan ligadas principalmente al objeto materno, y el cuerpo tendrá diversas reacciones ante estas vivencias, que pueden reactivarse en el adulto y especialmente en los estados depresivos y duelos.

En relación a estos duelos no resueltos y la enfermedad psicósomática Cortazzo (2010) relata que en una entrevista que hace al psicoanalista Lamorgia, O. quien en su libro, *Herejías del cuerpo*, ha afirmado que en casi todos los casos en los que aparecen fenómenos psicósomáticos, es posible rastrear en la historia de cada paciente una situación de duelo no resuelto, e indica que otros autores comparten la misma idea. Cortazzo (2010) cita también a Guir, J que en su trabajo sobre psicósomática pone en relación al fenómeno psicósomático una pérdida significativa que no ha podido ser duelada. Guir, J (2000) allí sitúa el desarrollo de estas afecciones en tres tiempos: en el primero ocurre la separación brutal con un ser querido en la infancia, en un segundo tiempo, esta separación se repite en la realidad o bien un conjunto de significantes particulares le hacen recordar al sujeto tal separación y en un tercer tiempo que generalmente se manifiesta a menos de un año del anterior a la aparición de la lesión. En esta misma dirección en su trabajo Cortazzo (2010) indica que Bauab de Dreizzen, A, en su libro *Los tiempos de duelo*, va a reconocer que muchas veces los fenómenos psicósomáticos han encontrado su desencadenante en una ruptura con el objeto amado,

viniendo éste no sólo a caer como sombra que parte al yo, sino también a encarnarse en el tejido real del cuerpo. Por último, el autor menciona también a Allouch, J quien afirmó que recientes estadísticas médicas muestran que las personas que están en duelo son más enfermizas y menos aptas para defenderse de las enfermedades que una población testigo que presenta por lo demás las mismas características.

3.2. El psiquismo como causa de enfermedad corporal

En la vinculación de estas teorías que avalan la incidencia psíquica como causante de enfermedades corporales, entre otros es Peskin (2005) quien señalará que en las primeras etapas del desarrollo del infante, la madre cumple una función muy importante, probablemente irremplazable, en ir libidinizando un cuerpo todavía indefenso. Explicará que los procesos de investidura comienzan mucho antes del nacimiento, creando condiciones para que haya un lugar simbólico-imaginario para el anidamiento del infans. El autor se refiere a la importancia del nido humano que se estatuye en el deseo de un hijo en el discurso parental. Y señalará que a diferencia de otros mamíferos que también hacen preparativos para cobijar a su cría, en el caso humano estas pautas dependen mucho de determinismos culturales y de la disposición psíquica de los padres a aceptar un nuevo ser. Estos pasos no son optativos, son obligados y presionados por imperativos legales que fuerzan a terminar de ubicar el cuerpo y las relaciones que podrán tener los humanos con el mismo, quedando así determinados sus gustos y deseos. Por lo tanto el programa a nivel psíquico no está pautado en cadenas hormonales o disparadores genéticamente tan prefijados, sino también en programas sociales que atraviesan inconscientemente a todos los integrantes de cierta cultura y pertenencia social.

Entonces según explica el autor, el cuerpo resultante de este entrecruzamiento entre la maduración biológica y los otros ejes terminarán configurando un cuerpo articulado. Explicará también que tanto la salud como la enfermedad, tendrán cierta relación azarosa con los hábitos de vida a los que el humano se ve sometido, junto a las vicisitudes aleatorias de las historias de cada uno. A ésta complejidad se agregará las

distorsiones que ciertos modelos parentales vayan imponiendo desde la infancia y las desviaciones de la propia estructura lograda por cada sujeto. Según el autor se ha estudiado que aún en las mejores condiciones, existe cierta vulnerabilidad para que el cuerpo se desajuste en sus funciones por la demanda psíquica y enferma, y también explica el autor que el cuerpo debe ir siendo conquistado como soporte del narcisismo, y de su organización, la cual es conseguida si esta investidura se produce.

3.3. La enfermedad y la piel

En relación al problema de enfermedad y cuando la misma se encuentra en la piel, en relación al caso de psoriasis que se está describiendo en este trabajo será Anzieu, (1974) quien en relación al Yo-piel en su teoría explicará que la piel es la envoltura del cuerpo, detallando que de la misma forma que la conciencia envuelve al aparato psíquico relacionando al yo como sostén, también la piel es al organismo biológico como sistema de protección y defensa, aclara en relación a las funciones de la piel y sus analogías con lo que él designa en su teoría como el Yo-piel, señalando que así como la piel cumple una función de sostén del esqueleto y de los músculos, el Yo-piel sostiene al psiquismo.

También va a explicar Anzieu (1974), que la piel funciona como límite de la individualidad. Por ejemplo: impide la entrada de cuerpos extraños, y permite el paso de ciertas sustancias complementarias o asimilables. Y será la piel la que también diferencia a unos individuos de otros por su color, textura, olor.

La alimentación del bebé, la higiene, los cuidados y caricias acompañados de contactos, generalmente agradables, que preparan al autoerotismo y se sitúan como telón de fondo para la sexualidad, y van a otorgar a la piel una función de fuente de placer. Ante estas explicaciones el Yo-piel es primordial objeto de una fuerte carga libidinal.

Anzieu (1974) también señala que a falta de una descarga satisfactoria esta envoltura erógena puede transformarse en envoltura de angustia. El individuo convertido en adulto puede no sentirse con la seguridad suficiente y puede derivar en patologías que privilegian el dolor como fuente de placer. La piel a través de sus terminaciones nerviosas, es la que proporciona información directa acerca del mundo exterior. El Yo-

piel realiza la función de inscripción de huellas sensoriales táctiles. Función que ha sido reforzada por el entorno materno. Además, con un apoyo biológico: un primer dibujo de la realidad que nos rodea se imprime en nuestra piel, con todas las sensaciones recibidas, calor, abrigo, caricias. Anzieu señala que todas las funciones precedentes están al servicio de la pulsión de apego. También se pregunta si no podría existir una función negativa, como ser una especie de antifunción, al servicio de Thanatos, que tendiera a la autodestrucción de la piel.

3.4. Las Constelaciones vinculares patógenas enajenadas en el cuerpo y la sobreadaptación.

En relación a las constelaciones vinculares patógenas Liberman (1982) señalará que la conducta materna se complementa con la respuesta del hijo quien se somete sin resistencia, realizando un aprendizaje rápido masivo y sin crisis de ansiedad del manejo del cuerpo, en el movimiento en el espacio y tendrá tolerancia a las situaciones de separación. El autor hablará de constelaciones vinculares patógenas conceptualizadas como puntos de fijación complementarios. Un primer punto corresponde a un fracaso en el establecimiento de la simbiosis evolutiva normal y un segundo punto de fijación corresponde al momento de la personificación-individuación. Liberman (1982) habla de sobreadaptación y explicará que es en estas situaciones en las cuales los niños desarrollan una sobreadaptación basada en un pseudo aprendizaje, en tanto intentan acomodarse a las nuevas situaciones permaneciendo ajenos a las mismas, con notaciones emocionales a ellas inherentes.

Liberman (1982) explicará este comportamiento del niño y dirá que es la respuesta sobreadaptada, la misma es una nueva huida a la realidad frente a ansiedades intolerables. El niño se enfrenta con un objeto impermeable a sus ansiedades de separación, que se cierra como continente y lo deja en estado de soledad y pánico.

Es el autor quien habla sobre este vinculo destructivo, derivado de la relación vincular despojante, que será enajenado en el propio cuerpo. Y explicara que será aquel

sector corporal que resultó especialmente privado por el objeto, el cual equiparado con el objeto frustrador, sufrirá el ataque destructivo y señalará que la sombra del objeto caerá sobre el cuerpo. El propio cuerpo que será el adulterado continente de los impulsos homicidas no representados. Entonces el episodio somático será el resultado de un homicidio que resultó ser un propio asesinato dentro del propio cuerpo.

3.5. Vulnerabilidad somática

Según Zukerfeld (1999) El término vulnerabilidad proviene del latín *vulnus*, que significa herida, y en su uso amplio alude a fragilidad o posibilidad de ser dañado, por ejemplo la vulnerabilidad al frío. Como noción general la vulnerabilidad se utiliza como tendencia o factores de riesgo, por ejemplo, si existe tabaquismo la mayor posibilidad de poder ser vulnerable a padecer una enfermedad coronaria. Este adjetivo según Wilches Chau, G (1989) también se utiliza como adjetivo de otros tipos de vulnerabilidad por ejemplo vulnerabilidad social, económica, educativa y otras veces, como en el caso del constructo que nos ocupa al de vulnerabilidad somática que es un término muy usado en psicología.

El estudio de la vulnerabilidad de un sujeto para enfermar según dice Zukerfeld, R & otro (2005) siempre ha tenido importancia dentro de las problemáticas que ocupan el psicoanálisis y en particular dentro del llamado campo de la psicosomática. El autor plantea la importancia del contexto familiar como transmisor de ideales culturales y como sostén y apoyo, explica que el entorno familiar es percibido por las personas como estrés en circunstancias de existencia de vínculos hostiles o confusos, y puede generar la sensación de no tener a quien recurrir. Es en la idea del autor que 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 que puede o no neutralizar sus efectos y ofrecer o no remedios saludables para la carencia o el exceso. Y en relación a la teoría del apego, resalta las características del apego inseguro, indicando que este generará

ansiedades y/o conductas evitativas y estas conductas a su vez activaran el uso de mecanismos de defensa cuya persistencia incrementa la vulnerabilidad. El autor en sus investigaciones ha determinado la prevalencia de vulnerabilidad en enfermos en tratamiento y con una larga historia de carencias y sucesos traumáticos en su relación y con la presencia de sintomatología psicosocial. Resaltando en estos pacientes la presencia de sucesos traumáticos tempranos y vivencias de indefensión y desamparo.

En el contexto del psicoanálisis según dice este autor se debe tener en cuenta el valor de la noción de vulnerabilidad somática, como una categoría que alude a la probabilidad de respuestas disfuncionales somáticas y comportamentales frente a factores de stress o condiciones de adversidad. Es decir que existen sujetos que tienen cierta precariedad de recursos del yo para afrontar sucesos vitales, y pueden tener como respuesta la tendencia al acto- descarga comportamental y/o somático. En términos generales el incremento de la vulnerabilidad es directamente proporcional a la magnitud de la adversidad e inversamente proporcional al grado de percepción subjetiva de sostén. Afirma el autor mencionado que hay sujetos que enferman más fácilmente que otros o que padeciendo la misma enfermedad tienen más complicaciones o responden peor a las intervenciones terapéuticas. El autor plantea que la vulnerabilidad somática podría entenderse como el resultado de la cristalización de un modo de funcionamiento psíquico universal que considera propio del inconsciente escindido, es decir de lo irrepresentable, que sólo consiste de huellas activables pero no evocables producto de las vivencias traumáticas, la cristalización de un modo de funcionamiento psíquico, el autor define también que en la vulnerabilidad somática la expresión clínica habitual es la precariedad de la vida 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.

Indicando el autor que los factores ligados a la vulnerabilidad se caracterizan con la historia singular de acontecimientos traumáticos tempranos y tardíos de la persona y que este factor es indispensable para la jerarquización de la noción de trauma y su relación con la angustia automática, y continua explicando que en la vulnerabilidad, este factor no se queda limitado a la primera infancia, sino que deberá incluir los eventos

posteriores, y menciona en carácter especial a la noción de trauma acumulativo que toma desde la teoría de Kahn, M.

Sigue señalando el autor que un segundo factor de la vulnerabilidad es la condición de calidad de vida alcanzada del sujeto, abarcando todas las variables que se estudian en las ciencias de la salud, en relación con el estado objetivo de la vida de un sujeto, y en estas variables se incluyen las necesidades básicas de tener, amar, ser y por otra parte la existencia o no de sus satisfacciones, articuladas con la percepción subjetiva de bienestar. Y un tercer factor que se refiere a las características históricas y actuales de la red de vínculos intersubjetivos con su valor de sostén e identificación de los ideales culturales dominantes. Esta última red vincular histórica y social que se articula como red de instancia de apoyo o stress y será decisiva para considerar la vulnerabilidad de un sujeto determinado.

Sigue diciendo Zukerfeld & otro (2005) que las variables mencionadas, son mas bien una constelación compleja y recursiva de factores donde la enfermedad ya constituida se convierte en suceso traumático, y esta circunstancia altera la calidad de vida y la red vincular. Entendiendo también como vulnerabilidad un predominio psíquico como condición inespecífica, que no determina el desarrollo hacia tal o cual patología. Reseñando que el modelo general de la vulnerabilidad se basa en un constructo compuesto por los sucesos traumáticos, la condición biológica, la red vincular, en relación al ideal cultural dominante, la calidad de vida, comprendiendo las conductas saludables y las categorías sano- enfermo.

Zukerfeld & otro (2005) categoriza en la vulnerabilidad cuatro tipo de personas sano enfermo en lo siguientes: sujetos vulnerables- sintomáticos (VS), vulnerables- asintomáticos (VA), no vulnerables- sintomáticos (NVS) y no vulnerables - asintomáticos (NVA) y explicita que el término sintomático alude a síntomas y signos que se explican médicamente.

En relación al enfermo vulnerable sintomático (VS) es lo que se entiende según el autor como un sujeto que padece una condición que puede considerarse como enferma para la medicina con o sin componentes subjetivos de malestar. Este sería para las clasificaciones tradicionales el enfermo psicossomático, y sin importar para esta

caracterización el tipo de enfermedad diagnosticada por la medicina ya que aquí puede estar incluido desde un hombre joven con una úlcera hasta una mujer con un cáncer de mama. Existe una enfermedad y existe un enfermo que los psicoanalistas caracterizaran como tal por el predominio y cristalización de un modo de funcionamiento psíquico, sigue explicando el autor que este predominio de modo de funcionamiento psíquico puede darse en sujetos médicamente sanos o enfermos de cualquier patología, asumiendo que además de la evolución intrínseca de la enfermedad existe una condición subjetiva singular que influye en el pronóstico. En principio la intervención médica tradicional explicará que tiende a eliminar disminuir o controlar los signos y síntomas de enfermedad médica que va de sintomático a asintomático y la intervención psicoterapéutica que tenderá a disminuir la vulnerabilidad. Y desde ésta intervención el autor piensa sobre la importancia de la interacción entre el psicoanálisis moderno y las ciencias de la salud, donde el funcionamiento mental de un sujeto podría pensarse en un gradiente que iría desde lo que se entiende como funcionamientos de riesgo a lo que se supone como funcionamientos protectores y transformadores. Y dentro de los funcionamientos de riesgo como cita la Escuela de Paris donde destaca la escasa o incierta mentalización que presenta el enfermo psicósomático y define términos que llama vida operatoria, depresión esencial y/o alexitimia. En estas circunstancias donde el enfermo frente a un estímulo señal, generará respuestas del orden de la angustia automática, es decir la imposibilidad de ligadura representacional y allí el síntoma.

En relación a la respuesta automática es Liberman (1982) es quien explicará este comportamiento y dirá que esta es la respuesta sobreadaptada, siendo ésta respuesta, una nueva huida de la realidad frente a ansiedades intolerables. Ante esta circunstancia el niño se enfrenta con un objeto impermeable a sus ansiedades de separación, que se cierra como continente y lo deja en estado de soledad y pánico.

Rinaldi (2002) advierte que en relación a la vida de las personas y a los distintos momentos de su existencia, un mismo acontecimiento puede provocar en cada paciente una vivencia distinta, y estos factores darían cuenta de la vulnerabilidad del paciente. Esto dependerá también de cómo se entrecrucen y coincidan, en el momento en

que sucede el hecho traumatogénico, los siguientes factores: características de personalidad del paciente, el significado que le confiera cada paciente al acontecimiento traumático, el momento evolutivo, la predictibilidad del hecho traumático.

3.6. Historia Familiar

Barragan, & otros (2010) dicen que la historia familiar, es el núcleo de socialización primaria y señalan la importancia que tienen las influencias de las relaciones de las personas con su familia, y agregan que es en estas articulaciones donde se deben incluir también los vínculos de las personas en los espacios sociales, en los cuales se desarrolla la vida de las personas en los distintos momentos de su existencia. Asimismo destacan la importancia de la familia como institución social, considerando que la familia se inscribe en un contexto histórico y cultural, y los autores consideran que estos elementos van a conformar la singularidad, que organiza a mujeres y hombres en espacios de significados, sentidos y latentes, que se vivencian en estos contextos.

La historia de la familia es el primer intento que realiza cada quien a lo largo de su vida para auto significarse y con respecto a esto siguen explicando los autores que Freud coloca la historia familiar como una fantasía originaria, en ésta teoría será Freud (1916) quien describe que la persona expresará la estructura internalizada de la familia, con lugares, modelos de relaciones, afectos, etc. y como resultado de su historia familiar, estará cargada de referencias sobre los orígenes y las vicisitudes que dieron sentido al sujeto de hoy.

La historia familiar, es entonces el nexo fundamental en la construcción de la subjetividad y ésta historia representa la pauta principal de interacción social en los sujetos. La importancia de la historia familiar, es decisiva y además en ella se pone en juego todo el linaje y la manera en la que cada quien representa sus orígenes, y que para

emprender el camino de desvelamiento de estos interrogantes, será necesario recurrir al origen de la historia, al útero, al padre y a la madre, y así evidenciar sus influencias en el desarrollo de la subjetividad del sujeto.

Acerca de la historia familiar Ajuriaguerra, J (1979), propone indagar en relación al niño y su desarrollo infantil, manifestando el autor que el niño posee una historia propia; explicando que el mismo niño es una historia, la suya propia, que se desenvuelve en esa biografía y en el área cultural en que ha nacido, y que a su vez éstas categorías poseen igualmente sus propias contradicciones, y en esa evolución tiene el niño las bases biológicas e históricas, para lo que él y su familia ofrecerán para el estudio, la posibilidad de análisis de estados y maneras de actuar de su familia semejantes a una biografía; recuerdos de recuerdos, trabados entre sí, con zonas de sombras que pueden ser iluminadas por un análisis profundo, que nos permitirán captar la continuidad de su desarrollo, en el conocimiento de las propias adquisiciones por las que ha pasado en diversas etapas de su vida.

En relación al niño y su cultura familiar André, F & otro (1998), explican que el niño nace en un grupo familiar y cultural, crece y padece por pertenecer a este grupo familiar, y el niño llevará marcas que lo inscriben en su cultura, articulación que lo constituyen y sujetan tanto a la ley como a una genealogía y a una filiación.

En referencia a la historia familiar Freud, S (1916) ha señalado la importancia de las vivencias infantiles considerando que tienen suma importancia, y que si en períodos más tardíos de la vida estalla una neurosis, el análisis de la historia familiar revela, por lo general una articulación con aquella situación infantil y agregará además que éstas impresiones ejercen un seguro efecto traumático que pondrá acento sobre conflictos posteriores

En base a la historia familiar y la enfermedad refieren Ey, H & otros (1965), que la medicina psicosomática renueva el interés por la historia de la familia del enfermo y de su enfermedad, indicando que la historia clínica, es la historia familiar y personal del paciente y no solamente de su enfermedad.

Estos autores sugieren los puntos de la historia individual que deben ser explorados por los psicoanalistas con el objetivo de lograr una anamnesis correcta del paciente; y sobre esto será muy interesante la pregunta al paciente, sobre la constitución hereditaria, los traumatismos obstétricos, las enfermedades de la infancia, los accidentes físicos o traumáticos de la infancia, los accidentes afectivos de la infancia, el clima afectivo familiar, los rasgos específicos de los padres y del ambiente, los traumatismos físicos ulteriores y las experiencias afectivas ulteriores en relación con estos valores, se evaluará también el estado físico actual de del paciente, junto a los factores hereditarios personales; su historia familiar, la red vincular con el medio familiar, social y laboral, su calidad de vida y tipos de hábitos, así como la existencia de pérdidas objetales recientes y pasadas.

G. Vidal & otros (1977) afirman que sobre el curso que adopta una enfermedad y lo que ésta implica para el destino de una persona, no dependerá de la enfermedad, sino fundamentalmente del enfermo, de su actitud hacia la vida y de su situación en ella. En relación a los pacientes refieren que, cada enfermo no solo tiene su enfermedad, sino también su historia morbosa que es siempre su biografía, y consideran que la enfermedad, esta enraizada en la totalidad de la vida histórica y no puede separarse de ella. Continúan exponiendo que sería preciso conocer la vida entera de un enfermo, haberla seguido paso a paso en sus vicisitudes biográficas y morbosas, para darse cuenta, hasta que punto es cierto que enfermedad y destino humano van estrechamente enlazados. Reafirman que todo el mundo lleva en su personalidad y en su historia, las fuerzas que determinan el origen, la modulación, el curso y la curación de la enfermedad. La enfermedad es solo un episodio en la vida, pero tiene tantas raíces como la vida misma, raíces internas y externas, en la zona corporal y en la región anímica.

También estos autores destacan la importancia en la historia del paciente, de las frustraciones precoces y los conflictos adversos, y en estos se refieren a los traumatismos de la primera edad que sufren los pacientes por carencia afectiva.

En efecto, ellos consideran que el estudio de la historia familiar en la vida del paciente, muestra con gran frecuencia que en la prehistoria de los enfermos psicósomáticos, existen verdaderos traumatismos afectivos, como ser carencias reales de

amor y de protección eficaz. Aclaran no poseer ningún elemento explicativo para saber por que, los sujetos sometidos a circunstancias desfavorables en su primera infancia, se orientan hacia las enfermedades psicosomáticas. Las explicaciones dadas son generalmente del orden de las explicaciones históricas, es decir las que toman como punto de partida un encadenamiento cronológico de sucesos que relacionan la enfermedad actual con el pasado del sujeto.

3.7. Las relaciones primarias y el apego.

En relación a los sucesos de la infancia Freud (1916) explicará que con frecuencia son los acontecimientos de la infancia los que han producido como punto de inicio y para los años venideros, un fenómeno patológico que será más o menos grave. Explica el autor que la causa eficiente de la enfermedad no será la lesión corporal, sino los afectos penosos de la infancia, la angustia, la vergüenza, el dolor psíquico los que constituyen los capítulos de una historia de padecimientos y desde luego se deberá tener en cuenta la sensibilidad de la persona afectada.

Barudy, J & otros (2005) destacan la importancia de la genética y la biología determinan los límites de la estructura del ser humano, enfatizan la importancia del entorno como elemento modulador de lo que en definitiva llegará a ser un niño o una niña y resaltan como un hecho irrefutable, la existencia de un proceso interactivo permanente entre el sujeto biogenético y su entorno vital. Señalan estos autores que para lograr la salud mental de los niños hace falta asegurarles lazos afectivos de calidad, incondicionales estables y continuos.

Rodrigo C & otro (2010) cita a Winnicott(1999) quien en su teoría va a explicar la importancia de la madre como sostén temprano del niño en que lo Winnicott ha denominado holding; entendiéndose éste término en la forma en que la madre es el sostén corporal, que no se agota con el cuerpo global, sino que se continua en la mirada, en la

palabra. También otro término que interesa a este trabajo en lo que Winnicott ha denominado *handling* o manipulación que es la particular manera que tiene la madre de moverlo, depositarlo y trasladarlo en el espacio y esto no es privativo a la edad del lactante, sino que transcurre en cada momento evolutivo desde los 45 días a los 3 años, y además otra característica de trascendencia es la mostración de objetos o representación de la realidad incluye todo aquello que esta inscripto en la presentación del mundo: desde el plato de comida sólida y la cuchara, hasta las rutinas de lo que es diurno y lo que es nocturno, de lo que es familia y de lo que no es.

En relación a la poderosa influencia que ejerce en el desarrollo de un niño el modo en que es tratado por sus padres, especialmente por la figura materna, es Bolwby (1989) quien formula en la teoría del apego, basándose por un lado en la seguridad que siente el niño con respecto a su cuidador y por otro lado la respuesta del niño ante la separación de su madre o cuidador. El autor explicará que la seguridad que vive el niño, está en relación a una base segura que le proporcionará su madre. El apego aporta estructuras al niño que le sirven para explorar el mundo. Señala el autor que los niños cuyos padres son insensibles, negligentes o rechazantes, se desarrollaran por un camino desviado en que cierto grado es incompatible con la salud mental y que hará a los niños vulnerables a la depresión, en caso de que se enfrenten a acontecimientos seriamente adversos.

Barudy, Jorge & otros(2005) también estudian los trastornos del apego, como elementos diagnósticos y terapéuticos y explican los estilos parentales en relación al apego inseguro y señalan que en la infancia temprana de estos niños, sus padres o cuidadores han fallado al ofrecer una disponibilidad emocional e interés en satisfacer las necesidades del bebé. Dicen que las necesidades físicas y emocionales del bebé pasan desapercibidas por períodos considerables y los niños han sufrido experiencias de pérdidas tanto físicas como afectivas. En general hay ausencia física de los cuidadores, pero sobre todo falta de disponibilidad psicológica. Los cuidados del bebé son en estas circunstancias incoherentes, inconsistentes e impredecibles. Esto hace que los niños se tornen incapaces de hacer predicciones y en consecuencia organizar sus conductas.

Las pérdidas pueden ser reales o sólo percibidas, pero son experimentadas emocionalmente como tales, es decir como una pérdida real. Entonces los niños pueden alternar entre una u otra conducta buscando una respuesta. La madre no responde y la conducta se cronifica instalándose el sentimiento de no ser amado, de estar indefenso y solo. En los juegos y narraciones siempre aparece el sentirse no amado, el temor al abandono. La carencia afectiva está siempre presente.

En consecuencia se empieza a generar en el bebé una sensación de abandono, de soledad e impotencia que le provocará una intensa ansiedad. Se trata de familias con ambiente frecuentemente caótico, con poca estructura y jerarquía entre los subsistemas familiares, con carencias afectivas importantes en la historia de los adultos.

Las conductas parentales inconsistentes, negligentes, van generando que se instale los niños un sentimiento de desamparo, de pérdida e inseguridad, de soledad. Destacando que los niños que tienen apego inseguro, son más vulnerables a sufrir trastornos psicossomáticos.

3.8. El desamparo

En relación al concepto de desamparo, Cukier, J (2010) señala que la palabra: desamparo significa: abandono, falta de ayuda o favor. Desamparar: dejar sin amparo o favor a la persona que lo pide o necesita; olvidar, descuidar a alguien. Desde esta perspectiva debe considerarse el desamparo como el efecto gravemente traumático de algunas situaciones vividas tempranamente, las cuales suelen dejar secuelas que pueden durar toda la vida.

El desamparo es según el diccionario Espasa Calpe(2005) una problemática que aqueja a algunas personas en diferentes momentos de su vida, pero especialmente acontece durante períodos en los cuales el niño se encuentra potencialmente vulnerable y dependiente, ya sea física y o psíquicamente.

Laplanche & Pontalis (1971) explican el desamparo y citan a Freud, quien al hablar del desamparo psíquico o desarvoramiento, lo explicará como la impotencia del recién nacido humano, quien depende totalmente de otra persona para la satisfacción de sus necesidades de sed y hambre, en esta primer etapa el niño se halla impotente de realizar la acción específica adecuada para poner fin a la tensión interna. y precisan los autores que para el adulto el desamparo va a constituir el prototipo de la situación traumática generadora de angustia.

En relación al desvalimiento o desamparo (Freud, 1926) dirá que puede originarse en dos fuentes, las exógenas que corresponden a los estímulos provenientes del mundo exterior, y las endógenas provenientes de los estímulos internos llamados pulsiones. Ambos tipos de desamparo suelen provocar un estado de dolor que determina el debilitamiento psíquico, que puede llevar a una alteración de la autoconservación que culmine en la muerte, esta situación implica atravesar una crisis, siempre dolorosa y en ocasiones traumáticas.

En la noción del desamparo psíquico y frente a éste el fracaso de las defensas habituales Mc. Dougall, J (1991) señalará que estas situaciones primarias de desamparo fomentarán que la persona somatice el dolor mental y explicará que será esta circunstancia semejante a una histeria arcaica, donde las angustias no están ligadas a la castración, sino al temor de perder la identidad subjetiva e incluso la vida. En relación a las situaciones vulnerabilidad y la necesidad de cuidados en la niñez y en especial en relación a la satisfacción de las necesidades elementales de atención en la primera infancia es Mc. Dougall (1991) quien también destaca la importancia de una relación suficientemente buena del niño con la madre o sus cuidadores y señala que el comportamiento de las personas se caracteriza por el logro de la satisfacción empática de las necesidades elementales de atención y el resultado serán las representaciones objetales investidas libidinalmente, y estas serán satisfechas luego de la internalización de experiencias predominantemente buenas. Con esto quedara garantizada no solo la sobrevivencia, sino también una vida con una relativa confianza en el entorno. Entonces,

si faltara esa relación suficientemente buena y en su lugar existiera un comportamiento frío, distante, carente de afecto o por el contrario un comportamiento invasor por parte de las personas de referencia decisivas en la vida del niño, la existencia del niño se verá amenazada de inmediato y se podrá no solo tener la muerte física sino también el aniquilamiento psíquico.

Señala Hornstein, L (2002) que la demanda de amor y la angustia originada en el desamparo deja una impronta y hace del desvalimiento una posibilidad siempre latente resaltando el papel decisivo del ambiente precoz que es donde aparecen como constantes las patologías del desvalimiento. En estas circunstancias hay predominio en los objetos primordiales de la indiferencia o el displacer hacia el bebé. Con estas relaciones de la no satisfacción de esta demanda de amor, donde los objetos no pudieron construir los objetos transicionales, que son y no son el pecho y donde el lugar que debió ser ocupado por el lenguaje, la simbolización, la creatividad, aparecerán las somatizaciones, las actuaciones o la depresión vacía.

En sus etapas tempranas el niño no tiene realmente fuerza sobre sus objetos y es enteramente dependiente de la benevolencia del ambiente para la gratificación de sus necesidades y mantenimiento de la vida, Greenacre (1959) va a explicar que las frustraciones frecuentes de las necesidades orales del niño pueden movilizar al principio ansiedad y furia. Si la frustración se continúa a pesar de las señales producidas por el niño, la furia será reemplazada por sentimientos de agotamiento, de desamparo y de depresión. Esta temprana auto-experiencia de la importancia del yo infantil, de su falta de fuerza para abastecer las provisiones vitales, es probablemente el factor que más frecuente predispone a la depresión. En ésta circunstancia para el niño no será sólo una frustración oral y la fijación oral subsiguiente, sino también será una experiencia traumática y la fijación al sentimiento de desamparo. Reacciones similares pueden ser establecidas por cualquier frustración severa de las necesidades vitales del niño de afecto, o un desengaño temprano o un descubrimiento doloroso de no ser amado. Ante estas vivencias el niño reaccionara regresivamente con sentimiento de impotencia, incapacidad con respecto a su soledad, aislamiento, debilidad, inferioridad y culpa.

Ey, H y otros (1965) explican que en los individuos todo sucede como si el organismo tuviese necesidad de una larga y poderosa protección para elaborar las conductas de la vida de relación y en consecuencia a falta de esta protección, en la que el amor de la madre juega un papel fundamental, el organismo permanece fijado a modos reaccionales mas primitivos.

Desde la perspectiva focalizada en la relación temprana señalará Spitz (1961) que se han observado cuadros patológicos que están centrados en el comportamiento maternal, y que cuando la relación entre madre e hijo no es satisfactoria, por ejemplo cuando ocurre un rechazo primario manifiesto o existe hostilidad agresiva de la madre hacia el niño o carencia emocional, esto ha de conducir a depresiones, retrasos de desarrollo, en el niño. En este estudio de las carencias afectivas señala el autor sobre la importancia de las consecuencias de las frustraciones precoces, y pone el acento también sobre el comportamiento posterior del niño y especialmente sobre la génesis de esquizofrenia, psicosis y enfermedades psicósomáticas. Dice Spitz (1961) en lo sucesivo estos enfermos serán incapaces de alcanzar las relaciones que nunca han tenido.

En relación al abandono en la niñez y al pensamiento del autor rioplatense Rascovsky (1970) quien en su obra señalará que el factor mas importante en nuestra cultura esta dado por el abandono del hijo y explica que no será el gran abandono representado sólo por la situación del progenitor que deja definitivamente el hogar o como ser la situación del niño que es depositado en cualquier umbral o recinto librado a su propia suerte el que merece su estudio, sino que es esencialmente el micro-abandono que es el que se observa en la actitud cotidiana de desestimar al niño o de no acompañarlo en sus necesidades y anhelos, explicando que la presencia de sus padres es para el niño indispensable para el mantenimiento de su equilibrio y desarrollo.

En relación al desamparo en los pacientes psicósomáticos Liberman (1982) hablará de un sujeto omnipotente y poderoso en su fachada, que oculta a un ser desamparado, desarmado o en carne viva en su interior, la percepción de la carencia real de objetos internos-externos continentes, evidencia que los pacientes intentan desconocer a lo largo de toda la evolución, es la situación básica que se expresa a través del síntoma

orgánico. El paciente evita la toma de insight de estas situaciones dolorosas e impide su procesamiento mental. La vivencia emocional se ordena en el cuerpo en su totalidad o en un órgano y desde allí expresara el estado particular de desamparo en que se encuentra el self. El paciente estará amurallado en su sistema defensivo, no puede descifrar el código visceral, no entiende el lenguaje del órgano. Esto, a la vez que impide el pasaje a otro nivel expresivo y a la modificación y al enriquecimiento de su sistema mental, por lo cual va a favorecer la fijación de la respuesta visceral en el cuerpo, cuya estereotipia se manifestará en síntoma. El autor explicará este comportamiento y dirá que es la respuesta sobreadaptada, produciendo una nueva huida a la realidad frente a ansiedades intolerables. En su historia y siendo niño se ha enfrentado con un objeto impermeable a sus ansiedades de separación, que posiblemente se ha cerrado como continente y lo ha dejado en estado de soledad y pánico. Necesitará entonces este niño sobreadaptarse como modo de sobrevivir, aprenderá rápidamente para evitar la vivencia catastrófica interna derivada de necesitar pero carecer de continente. De lo contrario caería en estados de depresión melancolía, haría regresiones masivas de logros y funciones, tales como en algunas oportunidades, pueden suceder por la reedición de experiencias de pérdida masiva.

Psoriasis

Arnal, A (2010) explica que para entender lo que es la enfermedad desde su etiología, hay que destacar que esta palabra la inventaron los griegos; siendo el médico griego Dioscórides, quien vivió en el primer siglo de nuestra era. La escribió así: psoriásis, y la obtuvo de psóra, que significa sarna, roña. Parece evidente que la palabra está relacionada con el verbo psáo, que significa rascar, frotar, limpiar. Otra acepción de psóra es convertirse en polvo, disolverse, deshacerse, sumando la palabra ágrios que significa salvaje, violento, feroz, insoportable.

La enfermedad, cursa generalmente con escozor o comezón y consiste en un proceso patológico de descamación de la piel que afecta a algunas zonas del cuerpo y es insoportable para los que la padecen. Señala que la traducción más común es sarna y

que en la historia humana, las enfermedades de la piel despertaban un tremendo recelo y desprecio, porque tras ellas estaba agazapada la lepra, tremendo castigo divino. Se les asignaba como causa de enfermedad la maldición de Dios y se consideraban también muy contagiosas.

La Psoriasis según la Enciclopedia Médica (2010) es una afección cutánea común que provoca irritación y enrojecimiento de la piel. La mayoría de las personas con psoriasis presentan parches gruesos de color plateado-blanco con piel roja y escamosa, llamados escamas. Los parches o manchas cutáneas pueden ser: De color rosa-rojo, como los colores del salmón, secos y cubiertos de escamas plateadas, levantados y gruesos. Las células cutáneas crecen en lo profundo de la piel y normalmente suben hasta la superficie aproximadamente una vez al mes. En las personas con psoriasis, este proceso es demasiado rápido y las células cutáneas muertas se acumulan en la superficie de la piel.

Psoriasis y vida cotidiana

La psoriasis provoca que la persona afectada se sienta excluida y según lo señalado por salud.kioskea (2010), esta sensación le impide llevar una vida normal. Esto se debe a que las placas de psoriasis aparecen en zonas visibles como ser el rostro, las manos y los brazos. Cuando estas placas aparecen, las personas afectadas no tienen deseos de mostrar sus lesiones, de salir a encontrarse con otras personas o de ir a exhibirse a una piscina y adoptan una actitud de repliegue en sí mismos. Por lo general, las personas que padecen psoriasis suelen perder la confianza en sí mismas y viven en un estado de estrés permanente. Las personas que padecen psoriasis presentan muchos trastornos psicológicos en su vida cotidiana. Con el paso de los meses o de los años, estos trastornos podrían provocar depresión Como señala Steven Feldman (2020) según su experiencia el 25% de sus propios pacientes ha intentado suicidarse, o al menos ha considerado en algún momento la posibilidad del suicidio, por la depresión o el daño que la enfermedad ha causado en su autoestima. Según los datos que maneja el autor, la psoriasis afecta a unas 125 millones de personas en todo el mundo.

El abordaje precoz de toda enfermedad es fundamental para obtener buenos resultados y prevenir el desarrollo de patologías asociadas, de acuerdo a estas premisas la publicación en realizada en Territorio digital (2010) considera al apoyo psicológico como herramienta fundamental. Indicando que esta enfermedad afecta aproximadamente a ocho de cada 100 mil personas, y que en la Argentina padecen psoriasis más de 750 mil personas.

Capítulo IV

4. Metodología

4.1. Estudio de caso: S.

Se observó el caso de un adulto de 45 años casado que se encontraba viviendo solo, por haberse separado hacía siete años de su ex esposa y de sus hijos.

El paciente comentó sobre su historia familiar y respecto a la relación con sus padres, dijo que su padre siempre estaba ausente del hogar, era muy agresivo, muy frío y distante, que siempre lo recordaba trabajando, mencionó que el padre vive y se relaciona con el paciente muy pocas veces al año.

Refirió que su madre, fue empleada doméstica, falleció hace 15 años, su madre se separó de su padre y de sus seis hermanos mayores, cuando el paciente tenía 4 años de edad, conformando un segundo hogar con otro hombre y nacieron cuatro hijos de esta relación, describió a su madre también lejana en su niñez, dijo que ella reemplazaba el afecto por comida, que entregaba a sus hermanas a escondidas de su nuevo marido.

Agrego que quien cumplía el rol materno en su hogar era su hermana mayor de 14 años de edad y menciono que nunca había visto a sus padres juntos.

En relación a su niñez dijo que se crió muy sólo en la calle, jugando con los perros.

Casado y separado, aclaró que su ex esposa tenía un hijo de una relación anterior, y del matrimonio de S. con su ex esposa nació una hija. S. explicó que el hijo de su ex esposa desconocía la verdad sobre su origen paterno, creía que S. era su padre, que a S. no le gustaba esta mentira y siempre quería aclararla pero no sabía como hacerlo y su ex esposa se negaba a develar esta situación, ante esta situación discutían mucho.

Mencionó hace 2 años atrás comenzaron las primeras manchas de psoriasis, y hace 2 años atrás S. le planteo a su ex esposa decirle la verdad al hijo de ella.

Describió S. que le costaba hablar este tema con su ex esposa ya que ella se enojaba mucho y hacia alianzas con la madre de ella y S. esperaba que el hijo preguntara y nunca intento hablar con él sobre este ocultamiento.

4.2. Instrumentos

Se analizó el caso de un adulto joven con psoriasis, se observó la admisión cuando el paciente llegó a la institución.

Asimismo se estuvo presente en todas las supervisiones que su analista realizó ante la supervisora de la institución.

Se realizaron entrevistas con su analista a fin de recolectar información acerca del paciente.

Se hicieron entrevistas con la tutora de la institución con el fin de relacionar la patología del paciente y el material bibliográfico adecuado para un mejor análisis del caso.

Se realizó una lectura profunda de distintos autores que se han ocupado de la temática elegida.

4.3. Procedimiento

Se observó y describió un caso clínico. El caso perteneció a la institución mencionada , con un paciente del hospital , la institución trabaja en forma de red con una orientación psicoanalítica.

Se presenció todas las reuniones que la analista realizó en su supervisión, durante el período de la pasantía en la institución.

La admisión del caso se realizó por una de las profesionales en la sede del hospital . El tratamiento fue llevado a cabo en los consultorios del servicio de psicodermatología, en la sede del hospital y las supervisiones fueron realizadas en el grupo de supervisión en la sede de la institución .

Se entrevistó a su analista para recolectar mayor información.

Se indagó sobre la historia familiar, el desamparo, la vulnerabilidad somática del paciente, a fin de relacionar si las mismas estaban relacionadas con su psoriasis.

Las reflexiones y explicaciones, que se realizaron fueron relacionadas con la bibliografía elegida, con el fin de hacer una relación teórico- práctica y así arribar a una conclusión.

4.4. Entrevista de admisión:

El paciente fue derivado a tratamiento psicológico por su medico tratante del servicio de dermatología. Y fue atendido en la entrevista por una de las admisoras del servicio de psicodermatología. Quien luego derivó el caso a una analista de la institución mencionada.

El paciente es S., tiene 45 años, argentino, albañil, vive en el conurbano bonaerense, casado y separado de hecho, hace 9 años. Su ex esposa, es empleada doméstica, tiene un hijo de una relación anterior a su casamiento y con S. tienen una hija. El hijo de su ex esposa es maestro, y la hija trabaja en forma independiente.

S. sufre psoriasis hace dos años. Y en relación a ésta dijo: la psoriasis comenzó en el mes de octubre, me salió en el trabajo. En febrero le empezó a salir más y más y es la primera vez que en cuarenta y cinco años concurre al médico. Su analista demoró un tiempo en contactar a S., le resultaba difícil contactarlo, no podía comunicarse, o le daba equivocado hasta que finalmente habló con él por teléfono y combinaron una primera entrevista.

4.5. Material del analista

Resumen de Entrevistas

Síntesis de primer entrevista con su analista

S. comenzó hablando del inicio de su psoriasis, dijo que en el mes de octubre se inició y en febrero le comenzó a salir más. Contó que vive solo desde que se separó. Después de su separación todos los días iba a visitar a los hijos, su ex esposa lo recibía de malas maneras, le hacía reproches ante los hijos. Además los hijos le decían que la madre se desquitaba con ellos y con los perros. Y sintió que él molestaba en la casa, por lo cual se alejó de los hijos, iba una vez a la semana o los llamaba por teléfono

Contó que actualmente ha recompuesto la relación y con la hija tiene un emprendimiento. Contó que una sobrina llegó de un país limítrofe con quien dijo que discutió por diferencias de pensamiento en relación a la crianza de los hijos, y en febrero se quebró el dedo gordo del pie, explicó que se encontraba trabajando y se cayó de una escalera porque dijo que era un tarado. Había conseguido un trabajo como pintor en una empresa y no quería faltar, había empezado en noviembre a trabajar y en febrero se quebró el dedo gordo del pie, por esto sintió desesperación y bronca. Como consecuencia del mismo estuvo 45 días en reposo y los patrones dudaron de la quebradura. El tema de la duda a S. le molestó mucho.

Síntesis de Segunda entrevista

El paciente llegó diciendo que estaba mal, había realizado la consulta con su dermatóloga, quien le indicó medicación para la psoriasis, mencionó que es la primera vez que viene al médico en 45 años y también a un psicólogo.

Dijo que en la sesión anterior llegó muy mal a su casa, que no quiere salir, que se siente incomodo, que siente angustia porque no le gusta que lo vean así, ni que le pregunten sobre lo que le está pasando. En relación a su separación matrimonial, dijo que al separarse perdió todo, sus padres se habían separado y cuando S. se casó en su

proyecto estaba en hacer la casa por los hijos, cuando terminó la casa se le cumplió su sueño. Dijo que se ha separado por culpa de su ex suegra, que la tiene muy sometida a su ex mujer. Contó que su ex esposa manejaba todo en relación al dinero, las decisiones y la vida cotidiana, le daba cosas a su madre a escondidas y S. se enteraba después de meses.

Su ex esposa le dijo a S. que no servía para nada, y que entre su mamá y S. ella elegía a su madre, agregó que su ex esposa es hija única y adoptada.

S. cuenta que tiene diez hermanos. Dijo que no hay buena relación entre ellos, y que no se llevan bien porque piensan distinto y contó que su hermana mayor es una guacha, dejó a los 3 hijos, son de distinto marido, se volvió a juntar con otro y tuvo 4 hijos más pero abandonó a los otros 2, la discusión con su sobrina fue por este tema.

Dijo que tiene un hermano casado, separado y vuelto a casar, tiene 2 hijos del primer matrimonio pero con la nueva esposa no tuvo hijos. Cuando S. era niño su hermano fue su ídolo pero cuando creció y murió la madre tuvieron una discusión y se alejaron.

Hablo de la muerte de su madre explicó que sufría de presión arterial, se acostó a dormir la siesta y no despertó más, ella estaba viviendo con los hermanos menores de S. y su marido no estaba en ese momento, sabe que cuando murió estaba sola.

En relación a la muerte de su madre contestó me quede vacío y comenzó a llorar.

S. relaciona esta sensación de vacío que le produce la muerte de la madre, con la sensación de vacío que sintió cuando se separó de su esposa, dice que es el mismo sentimiento y dijo retrocedí porque me quede sin nada, sin familia, me sentí caer en un pozo económico y emocional.

Síntesis de tercera entrevista

S. contó que su madre dejó a su padre por otro hombre al que S. llama despectivamente el otro tipo. En relación a su padre, S. dijo que es una persona que no se hizo cargo de nada, que fue una porquería, trabajaba en el ferrocarril, cree que el sector de vigilancia.

En relación a su crianza dijo que se crió solo en la calle, sus hermanas mayores no se ocupaban de nada, su hermana mayor tenía 15 años de edad y trabajaba como mucama con cama, sólo recuerda que él siempre estaba sentado en la vereda o jugando con los perros, dijo que cuando su mamá se separó y nos dejó me quedé vacío. Su madre vivía en una villa y su nuevo esposo le habría prohibido que viera a S. y a sus hermanos y la madre a escondidas de su nuevo esposo los iba a visitar o les llevaba de comer. En relación a su padre expresó que nunca les dio un terreno, ni una casa, era alcohólico, se emborrachaba y estando ebrio se hacía el macho, es una mala persona.

S. dijo que cuando creció se volcó a la nueva familia que la madre había formado a tal punto de ser el quinto del tipo este.

Contó que se escapaba de los hermanos e iba a ver su mamá, esto le generaba conflictos con los hermanos, al decir del paciente mis hermanos me hacían un lavado de cerebro, con habladurías.

En relación a la discusión con la sobrina dijo que tienen diferencias grandes, ella es una piba que cree que está para más porque va a la universidad y tiene otros criterios sobre como es la familia.

Síntesis de cuarta entrevista

S. se presento y dijo que esta mal, que se siente que esta peor, que ya no soporta más estar así. Comentó que la médica clínica, le dijo que ella no puede hacer nada más que tiene que seguir con el tratamiento.

Expresó que estuvo toda la semana pensando en su casa, en su vida, en sus hijos dijo que no tenía ganas de hacer nada y que se sentía muy angustiado.

Hablo del trabajo, no desea ningún trabajo nuevo, no quiere ir así a trabajar, que lo pone mal que lo miren, que solo iría a trabajar a un lugar donde ya lo conocen, no se siente con ganas pero sin embargo destaca la necesidad de trabajar, el paciente se retira muy mal.

La analista le respondió que hable con la especialista de su psoriasis y en sus argumentos le reforzó el tratamiento como proceso, indicándole que es lento que hay que esperar pero que con el tiempo se va a mejorar, además le pregunto si realmente esta

haciendo el tratamiento, si toma la medicación, si se pone las cremas, S. respondió que si, pero que quiere que le reconozcan el esfuerzo ya que para el es un esfuerzo venir al hospital desde lejos, comprar los medicamento, ir al tratamiento psicológico porque le cuesta un montón salir de la casa desde que tiene este problema, insiste en que quiere que le reconozcan el esfuerzo y ver una mejoría.

Comentarios de la analista en la supervisión: ¿Podríamos pensar este pedido de reconocimiento como ese reconocimiento que no tuvo por parte de la madre ni de la esposa y que tampoco pudo pedir o como un pedido de lugar, en el deseo del otro en este caso el analista o la dermatóloga?

Síntesis de quinta entrevista

Llegó sonriente a S., y expresó que pudo hacer cosas durante la semana, corto el pasto de su casa, pintó una pared y fue a pasar un presupuesto a un trabajo nuevo, dijo que todo esto le costó pero se puso mejor.

Contó que se encontraba conmocionado porque se enteró que su hija estaba saliendo con un hombre casado, dijo que fue a la casa de su hija, que la escucho y que no sabia que decirle, pero en un punto se sorprendió porque pensaba que en otro momento, esto lo hubiera puesto muy mal, se habría enojado y peleado con su hija. Habló con su ex esposa y se tranquilizó porque ella la apoya y la contiene y que el es muy bruto, y muy polvorita.

Dijo que se encuentra levemente mejor de la psoriasis. Y dijo que esta haciendo el tratamiento, toma la medicación, se pone las cremas.

Sexta entrevista. Contrato y entrevista devolución

Síntesis de séptima entrevista

S. expresó que tuvo una semana linda, hubo más acercamiento con sus hijos, compartió más tiempo. Dijo que algo cambio en su vida, como un antes y un después, antes vivía como angustiado, sentía dolor en el estómago, nervios, el pecho, se sentía vacío, hace 2 semanas que me siento relajado, tranquilo, no sé que me paso, no me desespero, la mente se me abrió un poquito. Siento que estoy asumiendo lo que tengo y además se me esta limpiando la psoriasis, me mejora la piel y me mejoró el humor

Agregó que el sábado fue a la casa de mi hija y el domingo fue el día de la madre y estuvo solo,

Retomó el tema de la hija y dice que le parece que la hija salió con ese “chabon” casado porque se sentía sola y dice “se sentía sola como yo” pero cuando pasó lo que paso me di cuenta que aunque yo estoy pasando por esto a ella le pasa algo también difícil, pero de esto malo yo ligue algo bueno Contó que realmente lo afecto fue el distanciamiento de su hijos y de sus sobrinas, esto fue lo que más le dolió.

Dijo que casi siempre se le viene a la cabeza el tiempo que estuvo solo, todo lo anterior que había vivido” “yo no quería que mis chicos pasen momentos como los que yo había pasado, esto fue terrible para mi estuve anímicamente muy mal, tenia mucha bronca, vivía solo y me acordaba de los malos momentos de mi infancia, donde estuve muy mal. Primero la discusión con mi hijo y después con mi hija donde no había buena relación”.

Le dijo a su analista “con vos no me siento como un paciente, con la dermatóloga me siento un número”. La Dra. esta allá arriba, es la que sabe. A vos te siento como una persona que está más cercana. Soy un ser humano y lo peor que hay es que me hagan sentir una cosa, con vos me siento diferente.

Comentarios de la analista sobre el paciente: pareciera que registra que es necesario que mejore el humor para estar mejor de la piel. Y en relación con la diferencia entre los profesionales que lo atienden lo relaciona con el poder acercarse a ella y también lo piensa como un llamado de atención.

S. dijo sentirse bien, fue a ver a la doctora. Le recetaron otra medicación por la cual tiene que hacer unos trámites en el ministerio de desarrollo social. La semana pasada empezó a correr con la hija y a hacer gimnasia, juntos están compartiendo buenos momentos. S.dijo que va a la casa a verla y además puede estar con sus perros.

S. dijo que en su infancia fue muy castigado por sus padres y sus hermanos, día por medio le pegaban cintazos y sin ninguna razón. Dijo que la relación con su hija siempre fue muy difícil y la relación con su hijo siempre fue buena, charlaban de todo en general, de los problemas que S. ya había pasado y hacía empeño para que el pudiera confiar en mi

Comentarios de la analista en la supervisión: Se siente más tranquilo y con más tolerancia de asumir el problema de la psoriasis.

Síntesis de la novena entrevista

S. se presenta bronceado, arreglado, con el cabello corto y dijo estoy cada día mejor, se rió y dijo estoy feliz.

Le pregunta su analista porque piensa que se limpio tan pronto de la psoriasis se siente mejor.

S. le agradece al analista por su tratamiento y explicó lo mío es todo psicológico, mi cabeza estaba muy, muy, enquilombada.

Dijo que cuando discutió con su hijo, no fue un a discusión, fue una separación, fue una separación de padre e hijo, de mi casa, de mis perros y de mi hija, aunque ella después se acerco.

La analista le pregunta como se entero su hijo que S. no era el papá. S. explicó que cuando su hijo tenía 6 años, quería contarle, pero su ex esposa y la abuela no querían. Su abuela dijo que no, cuando fue más grande yo quise contarle

S. dijo que no contó, no sabía si por cobardía o por falta de hombría, o por no saber como hacerlo, como él no era el verdadero padre, sentía que no tenía derecho.

S. se entero por su hija que le contó que su hijo se había enterado que S. no era su padre y dijo haberse sentido muy mal.

Dijo que en general tiene varios miedos, a la oscuridad, a las peleas, a que le peguen, a las mujeres (dice es un chiste), a las soledad.

Su analista le preguntó sobre las separaciones familiares y dijo es medio traumático para la separación, supone que por la separación de sus padres, de sus hermanos. Y en relación a cuando falleció su madre, dijo que tiene mucha bronca, pero mucha bronca, que le reprocha a sus hermanos mayores no haberse ocupado de mantener unidos a los hermanos, que él era el menor y el que menos opinión tenía en la familia. no recuerda con exactitud si el padre se había quedado viviendo con ellos, supone que si, recuerda que en algún momento él dormía con su mamá.

S. dijo que no quiere recordar esos temas, que lo hacen poner muy mal.

Comentarios de la analista en la supervisión: La analista piensa sobre el comienzo hace 2 años de las primeras manchas de psoriasis, coinciden con que hace 2 años atrás S. le planteó a su ex esposa decirle la verdad a su hijo y después surge la pelea con su sobrina y meses luego se cayó de una escalera, y su hijo se enteró que S. no era su papá.

Entrevista con su analista

Se hizo una última entrevista con su analista para saber el estado del paciente antes de comenzar el presente trabajo y allí su analista comentó que S. seguía realizando su tratamiento médico y concurriendo a sus sesiones de terapia.

Los comentarios realizados por su analista lo definieron como un paciente que debía seguir el tratamiento iniciado con la finalidad de mejorar su salud.

Capítulo V

5.1. Relacionar la historia familiar y vincular del paciente con la psoriasis

En relación a uno de los objetivos iniciales de este trabajo donde se ha planteado relacionar la historia familiar y vincular del paciente con la psoriasis que sufre, después de la indagación y lectura de los distintos autores acerca de la problemática presentada por el paciente se puede reflexionar acerca de todo este material.

S. se encuentra viviendo su periodo de adultez, con conflictos en su familia, atravesando situaciones de tensión, estrés y separaciones. Se podría pensar que en estas circunstancias de alejamiento y soledad de su ex esposa e hijos, remueven antiguos dolores relacionados con su historia familiar y las situaciones anímicas padecidas por la carencia de afectos en la infancia. En estas circunstancias aparece su enfermedad, la psoriasis.

S. en su relato explica la conflictiva familiar que se ha generado desde su nacimiento en una familia numerosa, siendo el menor de seis hermanos, cuando S. tenía 4 años su familia se ha desintegrado por la separación de sus padres, en esa realidad relató el alejamiento de su madre y su padre ausente, siendo un niño sin de figuras de apoyo y sostén, en relación a ésta narrativa afirma Zukerfeld, R & otro (2005) que siempre tiene importancia el contexto familiar como transmisor de ideales culturales y éste será fundamentalmente el sostén y el apoyo del sujeto. Revelando que el mismo contexto será percibido por los sujetos como estrés tanto en vínculos hostiles o confusos, o en situaciones que se relacionan con la sensación de no tener a quien recurrir. Es este autor quien resalta en sus investigaciones la prevalencia de la vulnerabilidad en enfermos en tratamiento y en estos se ha registrado desde el relato una larga historia de carencias y sucesos traumáticos en su niñez.

En la vinculación de estas teorías que avalan la incidencia de la historia familiar como causante de enfermedades corporales, dice Peskin (2005) que en las primeras etapas del desarrollo del infante, la madre cumple una función muy importante, probablemente irremplazable, en ir libidinizando un cuerpo todavía indefenso. Y ante el material presentado por S. no hubo en los padres la creación de condiciones para el lugar de anidamiento saludable y cariñoso, o hubo distorsiones de los modelos parentales, ya que en todo momento S. expresa sus vivencias de infancia focalizadas en situaciones de

abandono y soledad. Es en relación a la historia familiar cuando Freud (1916) ha señalado la importancia de las vivencias infantiles considerando que tienen suma importancia y aclara que si en períodos más tardíos de la vida estalla una neurosis, el análisis de la historia familiar revela, por lo general una articulación con aquella situación infantil y agregará que éstas impresiones ejercen un seguro efecto traumático que pondrá acento sobre conflictos posteriores.

Es importante la relación que señala S cuando en sus sesiones revive estos momentos de angustia de la infancia con la separación de sus padres y las actuales separaciones de su mujer y de sus hijos, en esta nueva escritura de su vida se renuevan las vivencias tempranas y es desde la teoría de Klein (1990) que se puede vincular que en relación a momentos depresivos en los adultos, relacionadas en las vivencias de la infancia temprana, y explica que cuando existen fantasías inconscientes respecto a los sentimientos corporales como pueden ser sentimientos de dolor, vacío, hambre, carencia. y cuando estas fantasías quedan ligadas principalmente al objeto materno, el cuerpo tendrá diversas reacciones ante estas vivencias, que pueden reactivarse en la adultez y especialmente en los estados depresivos y en los duelos.

Sobre la psoriasis que padece S. y su historia familiar será también Vidal G. & otros (1977) quienes afirman que cada enfermo no solo tiene su enfermedad, sino también su historia morbosa que es siempre su biografía, y consideran que la enfermedad, esta enraizada en la totalidad de la vida histórica y no puede separarse de ella. Reafirmando que todo el mundo lleva en su historia familiar, las fuerzas que determinan el origen, la modulación, el curso y la curación de la enfermedad.

También estos autores destacan la importancia en la historia del paciente, de las frustraciones precoces y los conflictos adversos, y en estos se refieren a los traumatismos de la primera edad que sufren los pacientes por carencia afectiva. Se podría relacionar con lo que S. ha narrado sobre su infancia donde fue muy castigado por sus padres y sus hermanos, relató que día por medio le pegaban cintazos y sin ninguna razón. Dijo desde la adultez que la relación con su hija siempre fue muy difícil y la relación con su hijo fue mejor, charlaban de todo en general de los problemas que S. ya había pasado y hacía empeño para que su hijo pudiera confiar en S. y al separarse de sus hijos y del hogar se pueda relacionar a su enfermedad.

En relación a estas situaciones familiares que ha relatado el paciente es Vidal G. & otros (1977) quienes consideran que el estudio de la historia familiar muestra que en la prehistoria de los enfermos psicósomáticos, existen verdaderos traumatismos afectivos, como ser carencias reales de amor y de protección eficaz. Aclaran los autores no poseer ningún elemento explicativo para saber por que, los sujetos sometidos a circunstancias desfavorables en su primera infancia, se orientan hacia las enfermedades psicósomáticas. Las explicaciones dadas son generalmente del orden de las explicaciones históricas, es decir las que toman como punto de partida un encadenamiento cronológico de sucesos que relacionan la enfermedad actual con el pasado del sujeto.

Desde la historia familiar y vincular de S. surgen situaciones de muchísima soledad y falta de cuidados tempranos, se podría reflexionar con las teorías de los trastornos del apego, como elementos diagnósticos y terapéuticos y la explicación en los estilos parentales de apego inseguro y cuando se señala que es en la infancia temprana de estos niños, cuando sus padres o cuidadores han fallado al ofrecer una disponibilidad emocional e interés en satisfacer las necesidades tempranas. Dicen que las necesidades físicas y emocionales del bebé pasan desapercibidas por períodos considerables y los niños han sufrido experiencias de pérdidas tanto físicas como afectivas. En general hay ausencia física de los cuidadores, pero sobre todo falta de disponibilidad psicológica. Los cuidados del bebé son en estas circunstancias incoherentes, inconsistentes e impredecibles. Esto hace que los niños se tornen incapaces de hacer predicciones y en consecuencia organizar sus conductas.

En el caso de S. se evidencian las pérdidas efectivas y también percibidas en la infancia, así considerando la teoría del apego, donde se considera que las pérdidas pueden ser reales o sólo percibidas, que son experimentadas emocionalmente como tales, es decir como una pérdida real. Entonces los niños pueden alternar entre una u otra conducta buscando una respuesta. La madre no responde y la conducta se cronifica instalándose el sentimiento de no ser amado, de estar indefenso y solo. En los juegos y narraciones siempre aparece el sentirse no amado, el temor al abandono. La carencia afectiva está siempre presente. Como corolario de esta teoría se detalla que S. en su relato su jugar solo en la calle y con los perros.

Desde las particulares circunstancias en la infancia de S. también se reflexionará siguiendo la teoría indicada que en consecuencia se empieza a generar en el bebé una sensación de abandono, de soledad e impotencia que le provocará una intensa ansiedad. Se trata de familias con ambiente frecuentemente caótico, con poca estructura y jerarquía entre los subsistemas familiares, con carencias afectivas importantes en la historia de los adultos.

Como asimismo se puede considerar en base a lo destacado en la infancia de S. y la psicopatología, que estas conductas parentales inconsistentes, negligentes, van generando que se instale en los niños un sentimiento de desamparo, de pérdida e inseguridad, de soledad. Destacando que los niños que tienen apego inseguro, son más vulnerables a sufrir trastornos psicopatológicos.

Desde lo expuesto por S. en la narración de una historia familiar con ambiente caótico, con poca estructura y jerarquía entre los subsistemas familiares, con carencias afectivas importantes, S. dijo sentirse abandonado en la niñez y lo vincula a su soledad actual. Es interesante lo expresado en una sesión cuando resalta la discusión con su hijo, no fue una discusión, fue una separación, fue una separación de padre e hijo, de mi casa, de mis perros y de mi hija.

Entonces tomando estos conceptos y el material de las sesiones, se podría reflexionar en la particular circunstancia de la enfermedad de S., cuando en su adultez se reinstala la soledad y el abandono y aparece la psoriasis como una manera de expresar lo fracturado en su historia, los desprendimientos en su temprana infancia, los desgarrados en su vida actual, y podrían ser estas carencias de amor y circunstancias desfavorables las que abran la puerta a una enfermedad de desgarro en su tejido de sostén, en su vida familiar que se rompe y surge en su piel con la psoriasis.

5.2. Relacionar la psoriasis del paciente con el concepto de vulnerabilidad somática.

Retomando otro de los objetivos iniciales de este trabajo donde se ha planteado relacionar la la psoriasis del paciente con el concepto de vulnerabilidad somática, se continua reflexionando acerca de todo este material.

En relación a como afrontar las conflictivas de la vida y la posibilidad de enfermar Mc. Dougall (2004) explica el ser humano tiende a crear una infinidad de estructuras psíquicas que estarán destinadas a cicatrizar heridas y así poder hacer frente al dolor físico y psíquico que inevitablemente se padecerá. Será el niño quien lo comienza a realizar poco después de nacer y lo puede hacer gracias a la herencia filogenética y la capacidad para la simbolización. La mayor parte de los dolores anímicos que afligen a las personas, sobreviene en el camino que llega a la adquisición de una individualidad y a una identidad personal. Explicando que desde muy temprano, el ser humano tiene que hallar respuesta a los reclamos antagónicos de la vida instintiva y a las exigencias de la realidad que dichos procesos generan, y durante el resto de la vida el humano, desplegará gran parte de la energía psíquica destinada a la preservación de las soluciones que ha encontrado, algunas de las cuales hacen de la vida una aventura creadora, en tanto que otras perduran, a expensas no sólo del bienestar psíquico sino también a la larga del somático.

El estudio de la infancia de S. con los relatos de abandono, soledad, vacío y la aparición de la psoriasis se podría relacionar con lo que expresan estos autores y en relación a la vulnerabilidad somática y es allí que dice Zukerfeld, R & otro (2005) que la vulnerabilidad somática es producto de las vivencias traumáticas tempranas y refiere el autor que en relación con el incremento de la vulnerabilidad, ésta aumenta en forma directamente proporcional a la magnitud de la adversidad sufrida y será inversamente proporcional al grado de percepción subjetiva del sostén que le han brindado al sujeto. También plantea el autor que los factores ligados a la vulnerabilidad, están vinculados con la historia singular del sujeto en relación a los acontecimientos traumáticos tempranos y tardíos, y que éstos eventos son factores fundamentales para ponderar la noción de trauma y su relación con la angustia automática del sujeto, y para explicar la vulnerabilidad, afirma que estos factores no se quedan limitados a la primera infancia, sino que se deben incluir los eventos posteriores, citando a Khan, M. cuando habla en especial de la noción de trauma acumulativo.

En articulación a la carencia de vivencias predominantemente buenas y la presencia de las vivencias traumáticas de S. en su niñez y en su edad adulta Mc. Dougall (1991) ha explicado, que el comportamiento de las personas se caracteriza por la satisfacción empática de las necesidades elementales de atención y el resultado serán las representaciones objetales investidas libidinalmente, luego de la internalización de experiencias predominantemente buenas. Con esto queda garantizada no solo la sobrevivencia, sino también una vida con una relativa confianza en el entorno. Y si faltara esa relación suficientemente buena y en su lugar existe un comportamiento frío, distante, carente de afecto o por el contrario un comportamiento invasor por parte de las personas de referencia decisivas, la existencia se ve amenazada de inmediato y se puede no solo temer la muerte física sino también el aniquilamiento psíquico.

En relación a la actual situación de S. donde se encuentra viviendo solo y aislado, en sesión del paciente remite a su propia infancia con iguales sentimientos, se podría reflexionar según lo explicado por Zukerfeld, R & otro (2005) que es la calidad de vida alcanzada por el sujeto, en relación a las variables de tener, amar y ser, y la

existencia o no de sus satisfacciones; y en especial con la percepción subjetiva de bienestar que influyen para determinar la vulnerabilidad del sujeto, refiere el autor la valoración que se debe efectuar en relación a las características históricas y actuales de la red de vínculos intersubjetivos del sujeto y su valor de sostén.

De acuerdo a lo que describe S. desde una historia de abandono y la influencia en la vida adulta es Klein (1990) quien habla del desarrollo infantil y señala en su teoría dos tipos de relaciones de objeto consecutivo, la posición depresiva y la posición paranoide, y explica que estas relaciones con el objeto se encuentran en el curso de la infancia y pueden reactivarse en el adulto especialmente, en los estados depresivos y duelos.

En relación a la psoriasis de S. los autores Ey, H & otros (1965) explican que la piel es una zona erógena donde se proyectan los conflictos, y son los médicos dermatólogos quienes han sido los primeros en interesarse por la patología psicosomática, desde este estudio es el médico el que deriva a S. a tratamiento psicológico. Explican los autores citados que las enfermedades de piel como el ser prurito, eczema, psoriasis, urticaria, han sido siempre descriptos como síndromes en los cuales, el factor emocional juega un papel importante.

Anzieu (1974) explica que la piel envuelve el cuerpo en su totalidad y tiene un papel de protección contra los estímulos. Las reacciones vaso motoras de la piel, así como la contracción de los músculos, pueden jugar un papel de armadura. La piel es la zona erógena más importante, es el lugar de mayor contacto donde se experimentan sentidos como el tacto, y es la piel basamento de las sensaciones de temperatura, de placer y de dolor. Señalando que los estados de angustia pueden manifestarse en forma de trastornos cutáneos. La angustia de perder el amor de la madre y la inhibición de las expresiones emocionales que resultan de esta frustración precoz constituyen los rasgos esenciales. El autor explica que en ocasiones esta envoltura erógena puede transformarse en envoltura de angustia. El individuo convertido en adulto puede no sentirse con la seguridad suficiente y aparecer patologías.

5.3. Vincular la psoriasis del paciente con situaciones de desamparo familiar.

Desde la situación de desamparo familiar y emocional que relatada S. y articulando las ausencias significativas en la vida actual del paciente, en referencia a estas etapas tempranas y sus carencias amorosas, se relaciona esta circunstancia desde los conceptos de los afectos, y es Freud (1890) quien comienza a explicar que los afectos, pasan a ser con mucha frecuencia causas patógenas, tanto de enfermedades del sistema nervioso con alteraciones anatómicas registrables, como de enfermedades de otros órganos. Freud (1890) habla sobre la importancia de los estados anímicos que son dice, afectivos y los cuales no están ausentes en las exteriorizaciones corporales y tienen la capacidad de alterar procesos físicos, coincidiría cuando se formula una teoría sobre la carencia de amor y los sufrimientos en el cuerpo, o sea la situación de dolor y enfermedad de S., sería entonces preciso tomar en cuenta su evidentísima dependencia de la psoriasis con las condiciones anímicas, por las cuales ha atravesado S. y se encuentra en reviviendo en la actualidad.

En relación a los sucesos de desamparo en la infancia de S., su conflictiva de vida familiar y la psoriasis, también Zukerfeld, & otro (2005) resaltan que la presencia de sucesos traumáticos tempranos y cierta vivencia de indefensión y desamparo, son vivencias que se deben tener en cuenta para la noción de vulnerabilidad somática definiéndola como una categoría que alude a la probabilidad de respuestas disfuncionales somáticas y comportamentales frente a factores de stress o condiciones de adversidad. Es decir que existen sujetos que tienen cierta precariedad de recursos del yo para afrontar sucesos vitales, y ante esos sucesos, tienen la tendencia al acto- descarga comportamental y/o somático.

En relación a la situación de la niñez de S. y su particular situación actual, es Greenacre (1959) quien va a explicar que el impacto de desengaños tempranos se relacionan con una devaluación y destrucción de la auto imagen infantil y esto causa una depresión primaria en la niñez, la cual se repite en años posteriores siempre que un desengaño similar se lleve a cabo. Desde este punto de vista, la depresión puede ser

definida como la expresión emocional que indicaría un estado de desamparo e impotencia del yo, y el trastorno de los mecanismos que establecieron su autoestima. Asimismo es de destacar que el mundo del desamparo puede ser según Liberman (1982) biológico, psíquico o social e incluye condiciones muy diversas, desde las discapacidades físicas, las adicciones, las afecciones psicosomáticas y las enfermedades crónicas, como ser la psoriasis en el caso que se estudia.

En relación a esta particular situación de S., desde sus tempranas experiencias en su vida familiar actual, es Liberman (1982) quien explica que el pasado, presente y futuro cobran sentido en situaciones de pérdidas y cambios, de renunciaciones y adquisiciones, al decir del autor cuando señala que el vínculo destructivo derivado de la relación vincular despojante, se establecería en la relación de abandono temprano vivida por S., la cual será enajenada en el propio cuerpo. Según el autor, será aquel sector corporal que resultó especialmente privado por el objeto, el cual equiparado con el objeto frustrador, sufrirá el ataque destructivo, la sombra del objeto caerá sobre el cuerpo. El propio cuerpo debe ser el espureo continente de los impulsos homicidas no representados. El episodio somático contiene un homicidio que resultó ser un propio asesinato dentro del cuerpo no presentado como propio.

Y sobre la relación S. con su madre Liberman (1982) también lleva a la reflexión sobre la conducta materna y dirá que esta conducta se complementa con la respuesta del hijo que se somete sin resistencia, realizando un aprendizaje rápido masivo y sin crisis de ansiedad del manejo de su cuerpo, del movimiento en el espacio y con tolerancia a las situaciones de separación, definiendo esta conducta como sobreadaptación. Será esta respuesta de sobreadaptación como una nueva huida a la realidad frente a ansiedades intolerables. Y en referencia a la historia de S. quien se enfrenta con un objeto impermeable a sus ansiedades de separación, siendo estas mujeres su madre, su ex esposa, su hija y su suegra quienes se cierran como continente y lo dejan en estado de soledad y pánico.

La presencia de S. en la sesión es, similar a un sujeto poderoso en su fachada, que oculta a un ser desamparado en su interior, desarmado y en carne viva en su interior, la reflexión sobre las teorías citadas pareciera que la carencia real de objetos internos-

externos continentes, aparece el síntoma orgánico, en este caso la carne viva de S. en la desintegración de su piel, su psoriasis. Es allí en el cuerpo donde según Liberman (1982), el paciente evita la toma de insight de estas situaciones dolorosas e impide su procesamiento mental. Entonces la vivencia emocional se ordena en el cuerpo y en S. será su piel la que expresará el estado particular de desamparo en que se encuentra el yo. El paciente estará según el autor sobreadaptado y amurallado en su sistema defensivo. Esto, a la vez será lo que impide a S. el pasaje a otro nivel expresivo y a la posibilidad de modificación y enriquecimiento de sus sistemas mentales de representación y simbolización, y favorece la fijación de la respuesta visceral, cuya estereotipia se manifiesta en síntomas y en este caso es la psoriasis.

En relación al problema de la psoriasis que sufre S. también se relaciona de acuerdo a lo explicado por Anzieu (1974) quien reflexiona en su estudio sobre la piel que es la envoltura del cuerpo, de la misma forma que la conciencia envuelve al aparato psíquico. Relacionando al yo de la estructura psíquica con lo que la piel es al organismo biológico.

Anzieu puntualiza varias funciones de la piel y que estas funciones se sostienen por la interiorización de lo que Winnicott llamó holding; es decir, la forma en que la madre sostiene el cuerpo del bebé y los cuidados que ha recibido el bebé, y al no recibir estos cuidados tempranos como aparece en la historia de S. entonces existirían señales de inseguridad y de peligro y se presentan especialmente enfermedades dermatológicas como alergias, eczemas en las cuales podría ser la piel que en lugar de ser protectora y tranquilizante se rechaza como mala y acontece esta piel imaginaria con la que el Yo se recubre y ante esta repercusión se convierte en una piel perturbada, una túnica envenenada, ahogante, abrasadora. Se podría hablar en esos casos, de una función tóxica del Yo- piel. Y en esta parte de la teoría se articula la situación de S. relacionando esta inversión de la señal de seguridad de la piel a una situación de peligro de su yo con la aparición de la psoriasis, su descamación.

En relación al fuerte impacto anímico y emocional en los pacientes que como S. padecen psoriasis según el blog médico (2010) donde se señala que la psoriasis es una enfermedad de la piel con un fuerte impacto anímico y emocional en los pacientes que la

padecen y que la psoriasis no sólo es una enfermedad dermatológica, sino que afecta en todos los ámbitos de la vida del paciente, extendiéndose en el entorno laboral, ya que un tercio de las personas que la sufren aseguran que este trastorno afecta a su comportamiento personal y deteriora su desarrollo laboral y profesional. Y todo ello relacionado a lo que ha afectado a S. quien ha expresado su vergüenza por la enfermedad y no querer exponerse a la mirada de los otros, de ahí también su encierro en la casa, sin salir a trabajar.

Capítulo VII

6. Conclusiones

6.1 Crítica. Aportes. Consideraciones personales finales:

A lo largo del presente trabajo, se ha podido observar, vivenciar, comprender y reflexionar en forma práctica la realización de un tratamiento terapéutico de un paciente con psoriasis.

La experiencia realizada en el Hospital y la institución resultó muy enriquecedora a los fines de la formación profesional, brindando una enseñanza respecto al abordaje de una enfermedad psicosomática. Dicha práctica ha permitido la experiencia junto a profesionales de gran solvencia.

Este trabajo se ha realizado sobre la temática específica de la psicosomática en dermatología y se ha enfocado a partir de los aspectos de la vulnerabilidad somática, la historia familiar y el desamparo en el mismo se ha profundizado la lectura del material de análisis sobre el abandono temprano y actual del paciente, y se ha reflexionado sobre las teorías investigadas en relación a la psoriasis que presenta el paciente.

S. llega al tratamiento psicológico por la indicación médica y es su dermatóloga la que pide a gritos que se lo convoque y se ha registrado en las supervisiones que mantuvo su analista en relación a la elección del paciente y en cuanto a la particularidad de la presentación desde la admisión del paciente, se lo podría caracterizar desde el inicio de ser una historia convocante, para todos los que han intervenido.

A la llamada telefónica realizada por su analista y a la cita que ésta le propone, S. va a responder: cuando Ud. me llame, ahí yo estaré esperando.

En la primera sesión S. se presentará, preocupado por su psoriasis aparece con su lesión y es por este motivo que ingresa en el espacio terapéutico por medio de su cuerpo, llevando una historia que aparecerá a través de las sesiones, con su palabra y con sus lesiones. Es en este contexto terapéutico donde el paciente expresará sus dolores, duelos, mudanzas y separaciones, y donde irá recomponiéndose en el diálogo con otro, con su analista que lo escucha y acompaña; y en el mismo espacio de análisis su red de vínculos se irá describiendo y rescribiendo e irá recomponiendo situaciones familiares como también lo hará su piel desprendida y destejida, su epidermis volverá a entretrejarse e irá recuperando su malla corporal.

Es importante destacar que desde el discurso médico se dice a estos pacientes que no se van a curar, y con esta sentencia se podría pensar que se está condenando con todas las connotaciones que conlleva la palabra, es entonces que desde la intervención psicológica, cuando en el discurso de su analista se utiliza, otra frase que es te vas a limpiar, con la connotación de una palabra liberadora y de apertura, no sancionadora, se podría reflexionar también que es desde estas expresiones, que se articulan en el abordaje psicológico, y desde un enfoque cognitivo en los mensajes que realiza su analista, los analistas piensan de los pacientes psicósomáticos que son pacientes muy vulnerables y que según los expertos son muy importantes para estos enfermos ciertas y determinadas formas de enfocar las terapias, especiales tratamientos que necesita el paciente para no caer, refieren los profesionales que si cae el paciente se cae toda posibilidad de tratamiento.

Es interesante lo que expresara la analista de S. en una supervisión, dice: siento que este paciente se me agarra del cuello” se reflexiona que el paciente se presenta con su desamparo, lleno de agujeros, despellejado y habita en el espacio de análisis donde con tiempo y fuerzas podrá resignificar castraciones anteriores, junto a otra madre, una madre simbólica que lo escucha, lo mira, lo contiene y lo limpia. Y éste será un espacio sólo para él, donde su madre analista lo sostiene y él podrá hacer sus donaciones.

El objetivo planteado en este trabajo ha sido investigar acerca de la historia familiar del paciente, la conflictiva de desamparo familiar, su vulnerabilidad, y su relación con la psoriasis. Es evidente la relación a la psoriasis del paciente como vinculante a la historia temprana, las teorías del desamparo y la vulnerabilidad somática y reflexionando que por lo expuesto, vemos corroborado la hipótesis de trabajo planteada.

En relación a su psoriasis y a su desamparo familiar, se ha escuchado en el análisis una historia de abandonos tempranos y actuales y en referencia al deterioro psíquico y al tejido corporal, será el cruce donde se puede reflexionar que en la infancia del paciente quedaron puntos en suspenso, como puntos caídos, que nadie levantó y en la estructura de S. quedó fijado y en lo orgánico aparece, su tejido agujereado, su malla atravesada y como punto de partida en su análisis su analista lo convoca desde el llamado desde la primera cita, a un espacio de construcción a levantar otra trama, otro cubrimiento psíquico y así ir rehaciendo su tejido familiar y corporal.

Hubo un suceso en su vida que evoca a ese algo a esa pérdida, al vacío que tanto enuncia S. y donde hay una herida, una lesión, que aparece fijado en el cuerpo en la actualidad.

Es de distinguir que ante la separación de su ex esposa y de sus hijos, el yo de S. dispara angustia y algo del orden de la pulsión no avisa del peligro, S. no lo puede ligar y explota en su cuerpo, se produce una lesión, una descamación acelerada, la producción de células que regeneran locamente, y S. está en su cuerpo apresado y expresado en un estado de locura y de pulsión de muerte. Sería como un pasaje al acto en el cuerpo en

el cual en la psoriasis de S. dispara como angustia automática y forma fenómeno somático.

En relación a la vulnerabilidad habría que considerar que el aumento de ésta se considera directamente proporcional a la magnitud de la adversidad que S. vivenciara en relación a los sucesos traumáticos históricos y actuales que dará como resultado el fenómeno somático.

Y es en este fenómeno somático, donde la angustia señal aparecerá ante la pérdida que no se puede reparar y esta situación traumática hace que el aparato psíquico se vea anegado y produce lesión en lo real del cuerpo.

En la historia familiar temprana y actual de S. se observan sucesiones de pérdidas que su yo no puede soportar, una primera pérdida fundante, una madre que no lo pudo sostener y un padre ausente. Y en éstas ausencias, algo pasó con la castración, y cuando no pasa por la castración hay ruptura, el tejido se desgarrar, esto lo explica Liberman(1982) quien enseña que hay dos puntos de fijación en el paciente psicossomático, en ellos hay una temprana patología vincular, una madre frustadora, y ante esta fijación que se da en el niño, todo lo malo que no puede soportar, lo va a invertir y pasa a ser lo malo que viene de adentro, se organiza así una madre persecutoria y se introyecta el objeto. El objeto malo madre y el órgano dañado S. y su psoriasis, será lo mismo.

En otro punto de fijación entre los 12 y 18 años dirá Liberman (1982), que en un momento de personificación de la individuación, es donde la sobre adaptación lo llevara a la hiperrigidez, a la asimilación de las normas y a la adherencia mental, es en esta etapa donde el sujeto no intenta cambiar el mundo. Y es así que S. aceptara todo, hasta los límites de su ex esposa, quien es la que dispone lo que se habla o no en la familia, en relación al secreto sobre el padre de su hijo y la que tomara hasta el sueldo de S. y lo administrará sin consensos.

Sigue diciendo Liberman (1982) que ya en la adultez estará el cuerpo en un lado y la mente en otro. Será un fracaso el que llevara a un trastorno en la simbolización y aparece la inscripción en lo corporal, el cuerpo de S. aparecerá como portador de esa experiencia frustrante.

Ante los dolores del desamparo y de su propia vulnerabilidad S. desde esta historia familiar que seguramente no puede soportar, pareciera que se defiende con la desintegración corporal.

Y en referencia al tratamiento de S. quien es citado al tratamiento después de tiempo de la indicación del médico, al preguntar porque tardaron tanto en llamarlo, cuando S. dijo que nadie quería tomarlo que no lo querían atender, evidenciando un sentimiento de soledad, donde S. sentía que nadie se interesaba por el y en esta circunstancia el llamado de su analista se podría metaforizar que fue desde un hilo conductor que lo llevará a S. en análisis a poder entretejer hacer ligaduras en la historia e ir limpiando sus sentimientos y su cuerpo.

Y es a partir del despliegue de toda la conflictiva donde S. es escuchado y acompañado por su analista y asimismo es de destacar que el caso generó también mucho interés en el espacio de supervisión, donde su analista fue escuchada y sostenida, lugar donde se permitió la intervención de la palabra de los colegas y es importante destacar la aceptación de la palabra y participación de los residentes.

Dentro de esta etapa de estudio, para la cual el seguimiento del tratamiento de este caso tuvo un cierre, la información que se obtuvo a través su analista y hasta el momento de concluir la pasantía, S. seguía en proceso terapéutico, y en la última sesión escuchada se pudo estimar una mejoría en su etapa de salud y en su vida familiar.

En esta de circunstancia también de cierre del trabajo es de destacar, que la realización del presente ha generado elevado interés en focalizar la lectura de autores y teorías que enriquecen la comprensión humana y contribuyen a mejorar la formación profesional.

Ante este trabajo se ha reflexionado sobre posibles preguntas para formular también en su sesión analítica a S. y serían en relación a ir indagando sobre su historia de vida, cómo fue su relación a sus amigos, su la escolaridad, como fue su salida laboral, como ha sido su adolescencia, su relación con las mujeres, su despertar sexual, sus elecciones amorosas, sus momentos de goce, su paternidad, y preguntas que surgen

para su analista sobre el futuro del paciente en conexión al tratamiento, como será esto de limpiarse, y si no se limpia, quiere decir que falla su analista, y sería esta otra situación de abandono.

Mas allá de la singularidad del caso presentado, para nuestro futuro profesional, es importante reflexionar sobre lo que señala Rinaldi, (2002) cuando advierte, que un mismo acontecimiento puede provocar en cada paciente una vivencia distinta y esto dependerá de cómo se entrecrucen y coincidan, en el momento en que sucede el hecho con otros factores.

El desafío en este inicio será profundizar el estudio de las enfermedades psicosomáticas para continuar investigando y reflexionando sobre esta problemática.

Capítulo VII

7. Referencias bibliográficas:

Ajuriaguerra, J. (1979) *Manual de Psicología Infantil Consideraciones sobre la organización funcional*. Toray-massons, Barcelona.

Anzieu, D. (1974) *El yo piel*; Biblioteca Nueva; Madrid.

Arnal, A.(2010) *El significado de las palabras. Artículo publicado en Internet, Sept. 2007* [http:// www.misaludonline.com](http://www.misaludonline.com).

Barragan A., Cerquera H., Santos G., *La novela familiar y su influencia en la construcción de la subjetividad en tres espacios sociales. Artículo publicado en I Revista Electrónica del Campo Psi y Social.* Sep. 2010 de <http://www.psiquesociedad.org>.

Blog Médico (2010). *Psoriasis y discriminación. Artículo publicado en Internet,* Sept. 2010 de <http://www.blog-medico.com.ar>

Bowlby, J. (1989), *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego,* Buenos Aires, Paidós.

Cukier J.(1991) *Una escucha diferente, Artículo publicado en Internet,* Sept. 2010. <http://www.cukierj@fibertel.com.ar>.

Cortazzo, W. (2010) *El psicoanálisis y el cáncer, publicado en Internet,* Oct. 2010. <http://www.lazospsi.org.ar/index>.

Diccionario de Psicoanálisis (2010). *publicado en Internet,* Oct. 2010. <http://www.tuanalista.com>.

Ey H. & otros (1965) *Tratado de Psiquiatría,* Barcelona, Toray Masson.

Espasa-Calpe, (2005) *Diccionario de la lengua española, publicado en Internet,* Sept. 2010. <http://www.wordreference.com>.

Feldman, S. (2010) *Salud. publicado en Internet,* Sept. 2010. <http://www.elpais.com>.

Freud, S. (1916-17) *Los caminos de la formación del síntoma*, Buenos Aires, Amorrortu.

Freud, S (1890) *Tratamiento del Alma*, Buenos Aires, Amorrortu.

Freud, S (1930) *El malestar en la Cultura*, Buenos Aires, Amorrortu.

Greenacre, P (1959) *Perturbaciones de la afectividad*, Buenos Aires, Horme.

Guir, J (2000), *Psicosomática y cáncer*, Barcelona, Paidós.

Laín Entralgo, P (1950), *Introducción histórica al estudio de la patología psicosomática*, Madrid.

Laplanche, J & Pontalis, J. B. (1971) *Diccionario de Psicoanálisis*, Barcelona, Labor.

Liberman, D & otros (1982) *Sobreadaptación, trastornos psicosomáticos y estadios tempranos del desarrollo*. Revista de Psicoanálisis A.P.A. 5.

Liberman, D & otros (1993) *Del Cuerpo al símbolo*, Santiago de Chile, Ananké .

Maladesky, A & otros (2005) *Psicosomática, Aportes teóricos-clínicos en el siglo veintiuno*, Buenos Aires, Lugar.

McDougall, J (1991) *Teatros del Cuerpo*, Madrid, Julián Yebenes.

McDougall, J (2004) *Alegato por una cierta anormalidad*, Buenos Aires, Paidós.

Monis, B & otros (2004) *Algunas cuestiones sobre el quehacer en nuestra clínica*. Trabajo presentado en las Jornadas Internas 2004-2005 de la Institución Nueva Fuente, realizado en Buenos Aires en Noviembre de 2005.

Otero, J. & Rodado, J, (2010) *El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática Aperturas Psicoanalíticas, Revista Internacional de Psicoanálisis nro 16. publicado en Internet, Marzo 2010* <http://www.aperturas.org>.

Peskin, L & otros (2005) *Psicosomática, Aportes teóricos-clínicos en el siglo veintiuno*, Buenos Aires, Lugar.

Klein M. (1990) *Su mundo y su obra*, Buenos Aires, Paidós.

Rascovsky, A (1970) *La matanza de los hijos y otros ensayos*, Buenos Aires, Kargieman.

Rodrigo, A &Grillo M.C. *Teorías emocionales publicado en Internet, Oct. 2010* <http://www.educarjuntos.com.ar>.

Rinaldi; G (2002) *Prevención psicosomática del paciente quirúrgico*, Buenos Aires, Paidós.

Santin Iriarte, M. (2005) *Proyecto de tesis correspondiente a la maestría en psicoanálisis de la UBA. publicado en Internet*, Marzo 2010, <http://www.psi.uba.ar>.

Spitz, R. (1961) *El primer año de vida del niño*, Madrid: Aguilar.

Valls, J. L. (1995), *Diccionario Freudiano*, Madrid, Julian Yebenes.

Vidal, G., Bleichmar, H & Usandivaras, R. J. (1977) *Enciclopedia de Psiquiatría*, Buenos Aires, Ateneo.

Wilches-Chaux, G. (1989) *Desastres, ecologismo y formación profesional: herramientas para la crisis, vulnerabilidad global y pobreza, publicado en Internet*, Sept. 2010 <http://hum.unne.edu.ar>.

Winnicott, D. (1999) *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona, Paidós.

Zukerfeld R.(1999), *Vulnerabilidad psicosomática. publicado en Internet*, Sept. 2010. <http://www.el psicoanálisis.org.ar>.

Zukerfeld, R. & Zonis (2005) *Procesos terciarios de la vulnerabilidad a la resiliencia*, Buenos Aires, Lugar.