



Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final de Integración

***“Descripción y aplicación de los conceptos de
Vulnerabilidad Somática y Fortalecimiento Yoico desde
una perspectiva psicoanalítica”***

Autor: María Laura Manzi

Tutor: Licenciado Fabián Araujo

Mayo 2008

Indice

Introducción.....	3
Objetivos.....	4
Perspectiva teórica.....	5
-Aportes de Freud.....	8
-Aportes de la Psicología del yo.....	12
-Aportes de Kohut.....	16
-Aportes de Melanie Klein.....	16
-Aportes de Otto Kernberg.....	19
-Vulnerabilidad somática.....	21
Metodología.....	26
-Tipo de estudio.....	26
-Participantes.....	26
-Procedimiento.....	28
-Instrumento.....	28
Análisis del caso.....	29
Conclusión.....	34
Referencias bibliográficas.....	37

Introducción

Problema a desarrollar:

Como parte de la Práctica y Habilitación Profesional V, se realizaron 320 horas en una Institución Psicoanalítica . Uno de los ámbitos de trabajo de la misma se encuentra en el espacio de psicodermatología de un hospital público, donde un caso clínico ha despertado un particular interés.

El mismo se caracteriza por el desarrollo recurrente de patología, tanto somática como orgánica, que reviste importante gravedad e incluye peligro de pérdida de vida.

Frente a la complejidad del caso en cuestión, surgen diferentes interrogantes: ¿Cómo es el trabajo terapéutico cuando corre riesgo la vida de un paciente?, ¿De qué forma se puede abordar esta problemática tan particular de enfermar sin límite?, ¿Qué sucesos traumáticos están en relación a esto?, ¿Qué diferencia este caso de otros en los cuales no hay un enfermar recurrente?, ¿Pueden plantearse estrategias para generar en la paciente recursos de mayor utilidad, logrando así una evolución normal a pesar de los sucesos traumáticos que ha vivido?

Objetivos

Objetivo general:

En relación a un caso clínico analizar el constructo vulnerabilidad somática, su vinculación con los sucesos traumáticos acontecidos. Y examinar estrategias de abordaje que posibiliten generar fortalecimiento yoico y revertir la patología somática que la paciente presenta.

Objetivos específicos:

1. Describir el caso clínico con sus patologías existentes.
2. Describir los sucesos traumáticos que han acontecido a lo largo de su vida.
3. Analizar el constructo vulnerabilidad somática y su relación con el caso en cuestión.
4. Examinar las estrategias que la paciente podría implementar para desarrollar un fortalecimiento yoico que coloque fin al desarrollo de patología somática.

Perspectiva teórica

Tomando como referencia a Laplanche & Pontalis (1971), el Yo se define como la instancia que Freud distingue del Ello y del Súper Yo en su segunda teoría acerca del aparato psíquico. La Teoría psicoanalítica piensa al Yo, en uno de sus aspectos, como un aparato adaptativo.

Dentro de sus funciones se encuentran las tendientes a la organización general y a la adaptación a las presiones, tanto internas como externas.

Farini Duggan (1979) considera al Yo fuerte cuando éste puede resistir cierta desorganización producida por las demandas del Ello, del Superyó o de la realidad. El concepto de fortaleza yoíca abarca los recursos del Yo cualitativamente distinguibles, tales como el adaptativo, las funciones integrativas y defensivas, cuya organización permite al sujeto un equilibrio óptimo entre su propia realidad y otras realidades. La fuerza del Yo va a implicar a las cuestiones vinculadas con la creatividad, la plasticidad, y la productividad.

Está claro que cuando el Yo no cuenta con los recursos necesarios, no puede afrontar las diversas situaciones traumáticas que han de presentarse en la vida.

Si ésta función fundamental, la adaptación, no puede llevarse a cabo se estará frente a un Yo deficitario.

Es decir que, en caso de haber debilidad yoíca, no se podrán implementar los mecanismos de defensa necesarios para afrontar las vivencias displacenteras, ni se podrá lograr la adaptación.

Resulta prácticamente imposible hablar de debilidad yoíca sin referirse a la noción de vulnerabilidad somática

Desde una perspectiva psicoanalítica considerando a Zonis Zukerfeld & Zukerfeld (2005) se puede entender la vulnerabilidad somática como la condición

subjetiva que implica el predominio y cristalización del modo de funcionamiento del inconsciente escindido, cuyas manifestaciones más habituales se expresan clínicamente por cierto déficit de la actividad fantasmática, cierta precariedad de recursos del Yo para afrontar sucesos vitales, y por la tendencia al acto-descarga comportamental y/o somático. Es decir, que un paciente vulnerable será aquel que no ha podido elaborar los embates de la realidad por carecer de recursos yoicos suficientes para hacer frente.

Siguiendo a dichos autores el constructo vulnerabilidad somática sería dependiente de tres conjuntos de factores:

-La historia singular de acontecimientos traumáticos tempranos y tardíos, siendo indispensable la jerarquización de la noción de trauma y su relación con la angustia automática para explicar la vulnerabilidad.

-La condición de la calidad de vida alcanzada. Y

-Las características históricas y actuales de la red de vínculos intersubjetivos con su valor de sostén e identificadorio.

A partir de lo expuesto, y teniendo en cuenta estos factores, se puede observar como influyen en el psiquismo la presencia de hechos traumáticos desde una edad temprana y el grado de compromiso que tiene el sujeto con ellos. Además de las complicaciones adicionales que pueden generar contar con escasos recursos económicos y con una endeble red de vínculos contenedores.

Hay que considerar, entonces, que el aumento de la vulnerabilidad es directamente proporcional a la magnitud de la adversidad que el individuo vivencie.

Según Zukerfeld (1999), también, es muy importante el papel que juega el grado de compromiso que el sujeto tiene con una determinada situación; cuanto mayor sea el compromiso, mayor será su percepción de estrés psicológico y su vulnerabilidad en relación con el mismo.

Además, la mayor o menor vulnerabilidad va a estar directamente asociada a la noción de malestar, el cual puede estudiarse en relación a los tres factores expuestos con anterioridad, a la calidad de vida, los sucesos traumáticos, históricos y actuales y la existencia o no de una red vincular.

Sumando todo esto, es evidente que el psiquismo del individuo se va a presentar colapsado, con escasos recursos yoicos, que no van a permitir una adaptación adecuada. Por ende, va a surgir un enfermar constante. Desde esta perspectiva se podría considerar a la enfermedad como sinónimo de desadaptación.

Lo expresado anteriormente, se relaciona con las características que presentan los sujetos que sufren de trastornos psicosomáticos. Siguiendo a Marty (1995) los mismos presentan debilidad yoica percibida a través de fallas funcionales, por sus limitaciones en la capacidad fantasmática y en la simbolización, las cuales se manifiestan por una vida operatoria y por la dificultad de expresar afectos o alexitimia.

Trabajando sobre las cuestiones que generan debilidad del yo, y por tanto vulnerabilidad somática, se podrían elaborar estrategias para alcanzar el fortalecimiento yoico con el consecuente cese de la enfermedad

A partir de lo expuesto anteriormente el interés que presenta el siguiente Trabajo Final de Integración es el de precisar los conceptos de Vulnerabilidad Somática y Fortalecimiento Yoico. Debido a ello se realizó un recorrido teórico partiendo de la lectura de Freud (1894-1937) para situar su perspectiva acerca de la labor psicoanalítica y de la relación de los conceptos por él citados con el trabajo en cuestión. Destacando el trabajo del dispositivo clásico frente a las neurosis. Partiendo desde la orientación psicoanalítica se buscara llegar a los desarrollos y conceptualizaciones de las escuelas

contemporáneas con respecto al trabajo terapéutico, haciendo hincapié en sus visiones acerca del Yo, contemplando sus diferentes perspectivas.

Aportes de Freud:

En primer lugar habría que comenzar indagando el concepto de neurosis, en este punto se deberían diferenciar las neurosis actuales de las neuropsicosis de defensas, dos clasificaciones que Freud (1894) cita en uno de sus ensayos. Dentro de las primeras se ubica la neurastenia y los estados de angustia, posteriormente ubicara también a la hipocondría, caracterizadas por que la fuente de excitación habita en la esfera somática. Por ultimo entre las segundas se encuentra la histeria y las representaciones obsesivas, en las cuales la ocasión para la perturbación va a residir en el ámbito psíquico.

Freud (1912, 1913), en sus escritos técnicos plantea cuales son las formas recomendadas de trabajo para las neurosis, ámbito donde, a diferencia del psicósomático, el psicoanalista puede operar porque existe mecanismo psíquico. Freud (1912), propone entre las reglas para el psicoanalista, que dirige un tratamiento de neurosis, la utilización de una técnica cuyo nombre es el de atención parejamente flotante que consiste en no fijarse en nada en particular y en prestar a todo la misma atención de forma pareja. Mediante esta técnica se evita el tensar voluntariamente la atención y escoger solamente un único fragmento del material brindado por el paciente acorde con las expectativas o intuiciones del terapeuta

Siguiendo estas ideas es primordial dejar de lado los afectos en el tratamiento, de esta manera el psicoanalista protege su propia vida afectiva. A partir de estas reglas se pretende devolverle al analizado su propio inconsciente como órgano receptor. Por lo tanto el terapeuta no puede tolerar ningún tipo de resistencia que aparten de su consciencia lo que su inconsciente ha discernido, con este fin es que el psicoanálisis

plantea lo tan necesario del análisis en el terapeuta para que ya haya elaborado sus propios complejos. Este no debe mostrarles nunca sus propios defectos y conflictos anímicos buscando ganarse su confianza, ya que no se ubicaría en un terreno psicoanalítico sino en el terreno de la sugestión, además esta actitud dificultaría la cura, el analista debe mostrarle lo que por el paciente es mostrado. Es preciso ser muy tolerante con respecto a las debilidades del enfermo y conformarse, si aunque no haya alcanzado la cura por completo ha recuperado parte de su capacidad de crear y de gozar pérdida. A lo largo del tratamiento no debe buscarse el apoyo de los parientes del analizado ya que esto probablemente pueda generar hostilidad, por parte de estos, hacia el tratamiento psicoanalítico.

Otras consideraciones que Freud (1913) propone consisten en tomarse un tiempo de prueba al iniciar un tratamiento, esto, por un lado, permite ahorrarle al enfermo la impresión de un intento de curación fallido y por otro lado, tiene una motivación diagnóstica. Prolongadas entrevistas antes de comenzar el tratamiento, hacerlo preceder por una terapia de otro tipo, así como un conocimiento anterior entre el analista y el paciente genera claras consecuencias desfavorables. No debe transmitirse al analizado ninguna interpretación que se haya realizado acerca de sus ocurrencias hasta que no se haya establecido una transferencia operativa. El paciente, por sí solo, produce ese acercamiento y enhebra al médico en una de las imagos de aquellas personas de quienes estuvo acostumbrado a recibir amor. Además al poner en conocimiento del analizado lo que uno reflexiona no provoca la buscada cura, es necesario que el paciente este cercano, por sí mismo a la solución del síntoma y a la traducción del deseo. Punto importante porque el concepto de transferencia lleva a considerar el lazo con el médico, en los tratamientos donde se establece la neurosis de transferencia.

Freud (1914), en otro de sus textos, expresa que evidentemente el Yo no existe desde un principio sino que tiene que ser desarrollado. Plantea que el narcisismo sería una originaria investidura libidinal del yo, cedida después a los objetos. Y diferencia los conceptos de libido yoíca de libido de objeto, como prolongación de una separación inicial entre unas pulsiones sexuales y otras yoícas. Establece una diferenciación entre la hipocondría y el resto de las neurosis actuales, planteando que esta depende de la libido yoíca, mientras que la neurastenia y la neurosis de angustia dependen de la libido de objeto. Menciona, además, que el desarrollo del Yo consiste en un distanciamiento respecto del narcisismo primario y, que este, tiene una gran aspiración a recobrarlo. Este distanciamiento acontece por medio del desplazamiento de la libido a un ideal del yo impuesto desde afuera, la satisfacción se obtiene mediante el cumplimiento de este ideal.

Al mismo tiempo el Yo ha emitido las investiduras libidinales de objeto. Se empobrece a favor de estas investiduras así como del Ideal del Yo, y vuelve a enriquecerse por las satisfacciones de objeto y por el cumplimiento del ideal

Después de la formulación de la segunda tópica en 1920, aclaración que informa acerca del encuadre del análisis. Se puede proseguir comentando que según Freud (1924) la neurosis se define como el resultado de un conflicto entre dos de las instancias psíquicas, que son el Yo y el Ello.

Con relación a esto, Freud (1923) considera que el Yo es una parte del Ello, modificada por el sistema de percepciones. Entonces, el Yo se va a esforzar por sustituir el principio de placer, preponderante en el Ello, por el principio de realidad. También este se va a mostrar forzado, en ocasiones, a transformar en acción la voluntad del Ello, como si fuera su propia voluntad.

El Yo, desde este punto de vista, sería la organización coherente de los procesos psíquicos del sujeto. Va a integrar la conciencia, la cual domina la descarga de excitaciones en el mundo exterior. Del Yo parten también las represiones por medio de las cuales han de quedar excluidas no solo de la conciencia, sino, además, de las formas de eficiencia y actividad de determinadas tendencias anímicas. Estos elementos excluidos de la conciencia son los que se sitúan frente al Yo en el análisis, labor a la cual se plantea el problema de suprimir la resistencia que el Yo opone a todo contacto con lo reprimido. La resistencia parte seguramente del Yo del paciente y a su vez pertenece al mismo. Es por esto, que se comprueba que en el Yo se encuentra también algo inconsciente.

En último término, el Yo deriva de las sensaciones corporales, sobretodo de aquellas producidas en la superficie del cuerpo, por lo que puede considerárselo como una proyección mental de dicha superficie y que por lo demás corresponde a la superficie del aparato mental. Por lo tanto es, ante todo, un ser corpóreo, anatómicamente podría identificarse con el homúnculo cerebral de los anatómicos, que se halla cabeza abajo sobre la corteza cerebral, tiene los pies hacia arriba, mira hacia atrás y ostenta, a la izquierda, la zona de la palabra.

Dentro de las funciones del Yo Freud resalta siempre las que se centran en torno a la relación con la realidad, planteando que esta es decisiva para el Yo. Ulteriormente, Freud (1937) plantea que el Yo posee como tarea mediar entre su Ello y el mundo exterior, advirtiendo al Ello de los peligros del mundo externo. Si en el curso de su tarea aprende a adoptar una posición defensiva también frente al mismo Ello, y a tratar sus exigencias pulsionales como peligros externos, esto puede suceder, en parte, porque comprende que la satisfacción pulsional lo conduciría a conflictos con el mundo exterior. Entonces el Yo acostumbra a mover el escenario de la lucha desde afuera hacia

adentro, donde el peligro va a ser dominado antes de devenir exterior. En esta lucha el Yo se vale de procedimientos diversos para la consecución de su tarea, que va a consistir en evitar el peligro, la angustia y principalmente el displacer. Estos procedimientos van a ser los mecanismos de defensa.

La cuestión es que estos mecanismos no son eliminados luego de cumplir con su función de auxiliar al Yo. Sino que son fijados en su interior, y están alertas para frente al acontecimiento de cualquier situación similar a esa primera retornar en ayuda del Yo. De esta forma, siguiendo con Freud (1937) se podría decir que el Yo fortalecido del adulto sigue defendiéndose de unos peligros que no existen en la realidad y continua buscando situaciones que justifiquen su aferramiento a dichos mecanismos. Entonces a través de la enajenación respecto del mundo exterior los mecanismos de defensa preparan y favorecen el estallido de una neurosis, mediante el debilitamiento constante del Yo. Lo que se busca a través del análisis es justamente, crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del Yo, y que este se encuentre fortalecido.

Para profundizar se podría considerar a Anna Freud (1936) que define a dichos mecanismos de defensa como aquellos medios psicológicos que van a ser utilizados por el Yo para solucionar los conflictos que surgen entre las exigencias instintivas y la necesidad de adaptarse al mundo exterior, bajo las influencias del ambiente familiar y social.

Aportes de la Psicología del Yo

A partir de lo expuesto es necesario, ampliar y focalizar puntualmente en el concepto de Yo considerando, en esta ocasión, a la Psicología del Yo, tendencia

psicológica posterior al psicoanálisis que retoma y enfatiza particularmente este concepto.

Es necesario tener en cuenta que históricamente el Yo ha tenido diversos significados en tiempos diferentes. El Yo es un término cuya utilización para esta corriente psicológica es muy ambigua. Hay que considerar que psicoanalíticamente no es sinónimo de personalidad, ni de individuo, y que tampoco coincide con el sujeto en oposición al objeto de la experiencia y no es de ninguna manera el saber o el sentimiento de nuestro propio ser. Para el análisis es una subestructura de la personalidad y se define por sus funciones.

Enfatizando en uno de los exponentes de esta escuela, Hartmann (1969) se puede hablar, también, de un desarrollo del Yo, en donde este, no aparece únicamente como un subproducto de desarrollo de la influencia de la realidad sobre los impulsos instintivos, sino que, también el Yo tiene un origen en parte independiente. Es decir que el desarrollo de este sistema se rastrea hasta el grupo de factores que no pueden ser identificados con ninguno de aquellos.

Según Hartmann (1979), el Yo organiza y controla la movilidad y la percepción, tanto del mundo exterior como también del si mismo. Además sirve como una barrera protectora contra los estímulos externos excesivos y también contra los estímulos internos aunque de manera diferente. Otra función del Yo es la acción. En ese sentido hay aspectos del Yo que pueden ser descritos como actividades de rodeo ya que promueven una manera más segura y específica de ajuste, introduciendo un factor de independencia creciente del impacto inmediato del estímulo presente. En esta tendencia hacia la interiorización, se podría incluir también la señal de peligro, además de otras funciones que pueden describirse como pertenecientes a la naturaleza de la anticipación. Otra serie de funciones que la Psicología del Yo le atribuye al Yo es lo que se denomina

el carácter de una persona, y las tendencias coordinadoras o integradoras conocidas con el nombre de función sintética, ellas representan un nivel de la autorregulación mental en el hombre.

Con relación a su desarrollo, además de lo citado previamente por el autor, el Yo se moldearía bajo el impacto de la realidad, por un lado, y de los impulsos instintivos, por el otro.

Los factores autónomos del desarrollo del Yo pueden o no permanecer en el curso del desarrollo, en la esfera libre de conflictos del Yo. Aunque secundariamente pueden quedar bajo la influencia de estos impulsos. De cualquier manera el Yo de la realidad evoluciona gradualmente liberándose de la intrusión de tales tendencias instintivas. Lo que comenzó en una situación de conflicto puede secundariamente convertirse en parte de la esfera no conflictiva. Ser capaz de neutralizar cantidades considerables de energía instintiva puede ser una indicación de la fuerza del yo. Lo que se desarrolla como resultado de la defensa contra un impulso instintivo puede terminar convirtiéndose en una función más o menos independiente y más o menos estructurada.

Con relación a los mecanismos de defensa parece razonable suponer que no se originan como defensas en el sentido en que se usa este término una vez que el Yo se ha desarrollado como un sistema definible. Estos mecanismos pueden originarse en distintas zonas y pueden haber desempeñado funciones diversas, antes de que sean utilizados secundariamente para la defensa. Se pueden considerar los procesos más tempranos en la región autónoma como etapas precursoras de las defensas posteriores contra los peligros tanto del interior como del exterior.

En tanto la defensa demuestra la fuerza relativa del Yo puede, a su vez, convertirse en la verdadera razón de la debilidad del Yo.

En conclusión, se podría plantear al desarrollo del Yo como un resultante de tres grupos de factores: sus características hereditarias, las influencias de los impulsos instintivos y las influencias de la realidad exterior.

Continuando con este autor, Hartmann (1979) considera que las etapas más primitivas del desarrollo del Yo pueden describirse desde diferentes lugares, en la etapa posnatal primera es difícil desenredar el núcleo de las funciones que posteriormente servirán al Yo, de aquellas que atribuimos al Ello, esta etapa podría denominarse, etapa indiferenciada, ya que no hay Yo en el sentido en el que se va a utilizar posteriormente.

Plantea que la fuerza del Yo, en sus relaciones con el Ello, consiste en encontrar vías que hagan posible la descarga, o, en otros casos, en imponer cambios de finalidades o de las formas de energía que intervienen. Un aspecto del desarrollo del Yo puede describirse como la prosecución, en varios ángulos, de la dirección de los impulsos.

La diferencia entre Yo y Ello dificulta las relaciones entre el placer y la conservación del individuo.

Para funcionar y desarrollarse adecuadamente Hartmann propone que el Yo necesita una relación segura, no sólo con los impulsos, sino también con los objetos. Es entonces que se podría decir que las relaciones objetuales pobres en los primeros años pueden a veces recobrase con el posterior desarrollo del Yo, mientras que las relaciones objetuales buenas pueden convertirse en un obstáculo para el desarrollo, si el niño no puede utilizarlas para desarrollar su posterior fortalecimiento yoíco.

Este autor también plantea que describir la formación del Yo solamente en su función de dependencia del desarrollo instintivo da por resultado una imagen incompleta.

Aportes de Kohut

Kohut (1980) propone que la Psicología del sí mismo es una psicología que distingue los objetos que se experimentan como partes del sí mismo de los que se experimentan como independientes del sí mismo, como centros independientes de iniciativa.

Desde este aporte se formula que un final de tratamiento va a estar determinado no por el retorno de la funcionalidad de todas las estructuras del paciente, sino a partir de observar que el ejercicio de las funciones de las estructuras rehabilitadas le permita al paciente disfrutar de la experiencia de su sí mismo capaz de crear y funcionar con eficacia. En el final del tratamiento el sí mismo fortalecido se convierte en el centro organizador de las aptitudes y talentos de la personalidad y mejora así el ejercicio de estas funciones, además de que el ejercicio exitoso de las aptitudes y los talentos incrementa a su vez la cohesión del sí mismo, y por ende, su vigor.

En el caso puntual de la neurosis estructural se puede medir el éxito y el progreso del análisis estimando cuanto conocimiento ha adquirido el paciente sobre su sí mismo, puntualmente, en relación a la génesis y a la psicodinámica de sus síntomas y rasgos caracterológicos patológicos y evaluando cuanto control ha logrado sobre sus tendencias infantiles sexuales y agresivas, sobre todo acerca de aquellas que están involucradas en su sintomatología y en sus rasgos caracterológicos patológicos y cuan firmes y confiables son los nuevos controles adquiridos.

Aportes de Melanie Klein

Siguiendo la lectura de Willy Baranger (1971) se extraen las siguientes conclusiones y citas de Melanie Klein.

El interés inicial de Klein no recae específicamente sobre el Yo, sino que recae sobre un fenómeno que solo puede pensarse en función de él y que es la angustia.

Para ella la acción del Yo es entendida como el manejo de la interacción entre el mundo interno y el mundo externo, las personas y las cosas del mundo ambiente. Su papel inicial y normal es el de dirección. El Yo es el centro de todas las relaciones que constituyen la organización psíquica.

Al igual que Freud ubica al Yo como sede de la angustia, y a esta como impulsora de procesos defensivos y elaborativos.

En su obra, al igual que en la de Freud, el Yo, inicialmente, aparece como esclavo de tres maestros, el Superyo, el Ello y el mundo real. Tiene una profunda debilidad para poder hacer frente al intenso sadismo del Ello, y al sadismo del Superyo, que refleja a su vez el propio sadismo del Ello.

Progresivamente va enriqueciendo y elaborando un nuevo concepto de Yo, le añade nuevas funciones, entre ellas, la que consiste en formar símbolos. A partir de esto es que se puede entender como el desarrollo intelectual y la adaptación mínima a una realidad dada pueden ser detenidos por procesos de angustia que impiden la formación de símbolos.

Así, el desarrollo del Yo, y la relación con la realidad, dependen de la capacidad del Yo, en un período muy temprano, de tolerar la presión de las situaciones de angustia.

Klein (1930) en su teoría, establece que la angustia se origina a partir del exceso de sadismo y, que además, pone en marcha las primeras defensas del Yo, las cuales pueden conducir a un desarrollo psíquico normal o a la enfermedad.

Frente a la angustia el Yo temprano y mal organizado se encuentra en una constante situación de peligro, ya que en casos extremos la presión generada por la

angustia es capaz de paralizar todo el desarrollo del Yo o, en casos menos anormales, puede actuar como elemento de retraso en el desarrollo.

Klein (1946) se plantea el problema de la estructura del Yo temprano, concluyendo con la idea de que el Yo primitivo carece de cohesión y que una tendencia a la integración alterna con una tendencia a la desintegración.

En este trabajo es que Klein introduce el concepto de identificación proyectiva que tiene una influencia decisiva sobre la estructuración del Yo, el Yo temprano cliva el objeto y la relación con él en una forma activa, y esto puede resultar en algún clivaje activo del Yo mismo. El resultado de este clivaje es una dispersión del impulso destructivo que es sentido como la fuente de peligro. El problema es que bajo situaciones de angustia el Yo es incapaz de clivar a su objeto, interno o externo sin que un clivaje correspondiente se produzca dentro del Yo mismo.

Justamente este clivaje del Yo y la proyección de pedazos suyos juntos con los del objeto interno define la identificación proyectiva, la cual sino se da de forma adecuada puede debilitar considerablemente al Yo. Existen dos tipos de identificación proyectiva donde esta recae sobre aspectos buenos y sentimientos de amor del self, y estos permiten el establecimiento de buenas relaciones con el objeto. Aunque si este proceso es llevado a cabo con exceso, buenas partes de la personalidad son sentidas como pérdidas y, por lo tanto, este proceso va a dar como resultado un debilitamiento y un empobrecimiento del yo. Y otro tipo de identificación proyectiva donde esta se focaliza en los aspectos malos y el establecimiento de una relación inadecuada con el objeto, que, indefectiblemente, va a dar como resultado debilitamiento yoico y una grave perturbación de las relaciones objetales.

La identificación proyectiva es un proceso normal en el desarrollo de la personalidad y si se consigue mantener dentro de un justo termino entre la excesiva

identificación proyectiva de partes malas del self y la excesiva identificación de partes buenas, y si puede utilizar la reintroyección de aspectos modificados del self puede resultar de gran importancia para asegurar un desarrollo adecuado. Esto es importante porque se pondrá en juego en la transferencia en el tratamiento de las neurosis.

Klein (1952) va a relacionar con el mecanismo de identificación proyectiva el concepto de envidia primaria agregando que un Yo constitucionalmente fuerte no va a caer presa de la envidia siendo más capaz de efectuar el clivaje entre lo bueno y lo malo. Una de las consecuencias de la envidia excesiva serían los sentimientos de culpa, si esta culpa prematura es vivida por un Yo todavía incapaz de tolerarla, la culpa es sentida como persecución y el objeto que la despierta es vivido como un perseguidor.

Aportes de Otto Kernberg

Kernberg (1994) este autor coloca el foco en las relaciones objetales que tienen como supuesto que los afectos son centrales en la situación psicoanalítica. Propone que lo que se activa en la transferencia es la relación inconsciente con los progenitores del pasado, que incluye los aspectos realistas y fantaseados de tales relaciones y las defensas contra ellos.

Lo que se subraya en la teoría de las relaciones objetales es que incluso en las escenificaciones transferenciales relativamente simples siempre se activan unidades diádicas básicas de una representación del sí mismo y una representación objetal vinculadas por cierto afecto, y que estas unidades reflejan los aspectos defensivos o impulsivos del conflicto.

Kernberg propone, además, que en la relación el paciente se identifica tanto con el sí mismo como con el objeto, y es posible que vuelva a interpretar los roles de uno u otro.

El autor busca individualizar las características de trabajo con personas neuróticas que ayuden a plantear una línea de tratamiento con estas para posteriormente diferenciarlas de los dispositivos que deben utilizarse con pacientes psicósomáticos.

Los pacientes neuróticos tienen conflictos inconscientes que son predominantemente intersistémicos, lo cual conduce a interpretar desde el lado del Yo y a aclarar, durante cierto lapso, las instancias involucradas en el conflicto y el modo como participan en él.

Con respecto a la transferencia, su interpretación difiere según sea la naturaleza de la psicología del paciente. En el caso de los neuróticos que presentan estructuras bien integradas de Superyó, Yo y Ello, en la situación psicoanalítica, el análisis de las resistencias provoca la activación en la transferencia, primero, de las características relativamente globales de esas estructuras, y después, de las relaciones objetales internalizadas de las que están compuestas.

Los pacientes neuróticos presentan configuraciones de impulso-defensa que incluyen apetencias inconscientes específicas, las cuales reflejan derivados pulsionales sexuales y agresivos insertados en fantasías inconscientes relacionadas con los objetos edípicos.

Por lo tanto, la tarea principal del análisis consiste en llevar a plena conciencia, por medio de la interpretación, los significados transferenciales del aquí y ahora.

Kernberg plantea que en primer lugar se deben realizar construcciones atemporales de los significados inconscientes en el aquí y ahora, y solo más tarde, intentar cuidadosamente transformar esas construcciones en reconstrucciones del pasado inconsciente.

La interpretación de las pautas conductuales escenificadas en la transferencia debe suscitar poco a poco la curiosidad del paciente por los aspectos rígidos, repetitivos

y obligatorios de su conducta, y proveerle una nueva comprensión de los cambios en las pautas transferenciales. El aprendizaje del paciente sobre sí mismo emerge en el contexto del examen sistemático de los paradigmas transferenciales, y en algún punto, la nueva comprensión debe llevar a un cambio del carácter obligatorio de ciertas pautas, a una quiebra real de su rigidez y a la emergencia de una conducta nueva, inesperada, seguida por una exploración ulterior relacionada con el significado inconsciente de esa nueva conducta y con el abandono de la secuencia conductual antes obligatoria.

Vulnerabilidad somática

Retomando la otra cuestión central de este trabajo que es la vulnerabilidad somática se puede expresar que desde el punto de vista psicoanalítico Zukerfeld y Zukerfeld (2005) definen a la vulnerabilidad somática como el resultado de la cristalización de un modo de funcionamiento psíquico universal que se considera propio del inconsciente escindido, es decir de lo que no ha alcanzado representación alguna, y solo consiste en huellas activables pero no evocables. Se manifiesta clínicamente en la precariedad de la actividad fantasmática y de los recursos yoicos para procesarla, en la dificultad para afrontar sucesos vitales, y por la tendencia al acto – descarga.

Esta cristalización es correlativa a la magnitud de los sucesos traumáticos, al déficit en la función de sostén del objeto y a las características de la calidad de vida del sujeto, generando un potencial inespecífico para el desarrollo de patología. La producción de la misma depende además de factores biológicos (genéticos, congénitos y adquiridos precozmente), de los ideales culturales dominantes (eficientismo, inmediatez, cambio corporal) que ofertan distintas soluciones para las manifestaciones deficitarias del sujeto y de la posibilidad de desarrollar conductas saludables asociadas a la calidad de vida. Cuando la enfermedad se constituye, actúa en forma recursiva

transformándose a su vez en factor traumático, alterando los vínculos preexistentes y la calidad de vida.

En condiciones ambientales para el desarrollo de una vida normal, citando nuevamente a Zukerfeld (1999) se puede entender como “vulnerabilidad somática” al resultado del predominio de una forma de funcionamiento psíquico que implica en el nivel metapsicológico:

- a) una insuficiente organización representacional
- b) una carencia de recursos mentales
- c) una tendencia a la descarga

Y en el nivel clínico:

- a) una dificultad en el enfrentamiento de las situaciones estresantes
- b) una baja tolerancia al desamparo o a pérdidas significativas
- c) una significativa presencia de cogniciones y comportamientos de riesgo.

El término “vulnerabilidad” quedó en principio asociado a la noción evolutiva de “puntos de fijación”, éstos, a su vez, funcionan como un palier frenador de la eventual desorganización somática. De acuerdo a esta concepción cuando se produce una situación traumática se altera el principio de programación donde lo primero que se pierde es lo último que se adquirió. El mecanismo de desorganización puede ser regresivo o progresivo, es regresivo cuando puede ser detenido por los sistemas funcionales ó puntos de fijación, verdaderos reservorios de energía con producción sintomática reversible. En la desorganización progresiva no hay detención psíquica y se produce la caída o el derrumbe somático.

Ampliando la definición y génesis del término "vulnerabilidad", se puede expresar que proviene del latín vulnus, que significa herida, y en su uso amplio alude a la fragilidad o posibilidad de ser dañado.

McDougall (1982) considera que la presencia de alexitimia sería el punto de partida de la vulnerabilidad somática en un psiquismo que sólo cuenta con palabras escindidas, representaciones de cosa sin valencia afectiva, señalando, además, que la escisión del polo psíquico del polo somático del afecto deja al soma encargado de resolver el conflicto a través de una solución orgánica, definiéndose así la vulnerabilidad somática.

El constructo vulnerabilidad es claramente diferenciable del de enfermedad: no todos los sujetos vulnerables enferman ni todos los sujetos enfermos son vulnerables. De allí cualquier enfermedad puede ser "psicosomática" o no serla, dependiendo de las características del funcionamiento psíquico del sujeto.

Siguiendo a Marty (1995) se podría expresar que cuando por procesos de desorganización o por mecanismos de represión la vida mental es bloqueada, la vía comportamental daría lugar a una neurosis mal mentalizada o en caso de una inorganización primitiva, a una neurosis de comportamiento. Cuando esta vía resulta inoperante se toma la de la somatización.

Zukerfeld y Zukerfeld (2005) entienden al campo de la psicopatología como el del estudio de los factores emocionales y psicosociales vinculados al origen, desencadenamiento, exacerbación, consecuencias, evolución, prevención y cura de la enfermedad somática y los trastornos somatoformes.

Ambos autores van a centrar la noción de psicopatología en torno al constructo de vulnerabilidad somática. Destacando, a su vez, el concepto de malestar, expresando que el mismo surge como resultado de un conflicto, que siguiendo a Laplanche y Pontalis (1971) alude a que en el sujeto se oponen exigencias internas antagónicas. Este conflicto puede ser latente o manifiesto. Mientras este se encuentre latente habrá malestar, por lo que se busca hacer manifiesto lo que se encuentra subyacente a él y a

partir de esto tratar de modificar las condiciones de la realidad que lo provocan. Si esto se produce el malestar puede disminuir, por el contrario, su persistencia o la ausencia absoluta de la posibilidad de registrarlo, estaría asociada a manifestaciones somática y comportamentales, potenciadas en contextos hostiles o inapropiados.

Por lo tanto la mayor o menor vulnerabilidad se va a entender directamente asociada a la noción de malestar, la cual puede estudiarse en relación a la calidad de vida, los sucesos traumáticos, históricos y actuales y la existencia o no de una red vincular que brinde sostén.

Ambos autores plantean que existen cuatro grandes modos en los que las funciones corporales se alteran:

-El modo 1 se define por la existencia de tramitación psíquica y comprende dos variantes una regresiva y otra progresiva. La primera plantea que es como si el sujeto padeciendo mayor o menor malestar, no sabe de una fantasmática que se expresaría en la enfermedad y sus ventajas secundarias. En cambio la variante progresiva, se formula a partir de cierto éxito del aparato psíquico en la producción de pensamientos, creencias y sentimientos asociados. Es así que ciertas creencias preconscientes generan y modifican funciones corporales sin que se pueda suponer en ello el desarrollo de un síntoma psiconeurótico que involucre al cuerpo como en la variante anterior, pero sí a una persona que cree saber y que en cierta forma enferma de sus distorsiones cognitivas.

-El modo dos se rastrea en la psicósomática psicoanalítica en las concepciones freudianas de las neurosis actuales. Implica fenómenos de carga y descarga de magnitudes desligadas o nunca ligadas a representaciones. Este modo se corresponde con el modo de funcionamiento del inconsciente escindido, a diferencia del modo anterior que se correspondería con el inconsciente reprimido. El enfermar a expensas de

la cristalización del modo dos implica un sujeto que nunca supo, donde no hay actividad fantasmática a descifrar y donde pueden existir distintos niveles de sufrimiento.

-El modo tres es aquel en el que las vicisitudes corporales se convierten en subrogados de formas de comportamiento en relación con la realidad exterior y las señales del propio cuerpo. Es muy importante en este punto la definición que realiza Liberman (1982) de sobreadaptación como una adecuación exagerada y adicción a la realidad externa en detrimento de la realidad psíquica. Y por último

-El modo cuatro que corresponde a la exposición de las funciones corporales a los factores sociambientales y a ciertas configuraciones familiares y culturales. Esto quiere decir que hay también posibilidades y formas de enfermar que no implican necesariamente condiciones psicológicas como se expuso en los modos anteriores.

Para concluir Zukerfeld (1999) plantea que asumir una postura, teórica, una actitud clínica y una posición ética frente al paciente considerado vulnerable es un tema de gran relevancia, un verdadero desafío del psicoanálisis actual. Pensar sobre este tema, sería nada menos que considerar qué es lo que favorece que un sujeto pase de no tener síntomas, a tener síntomas funcionales, de tener síntomas funcionales a padecer lesiones tisulares, de tener conductas apropiadas para tratar estas lesiones a no tenerlas: de tener lesiones reversibles o benignas, a desarrollar lesiones crónicas, recidivantes o malignas; de ausencia de complicaciones a presencia de complicaciones y de una buena respuesta al tratamiento a una mala respuesta al mismo.

Metodología

Tipo de estudio:

Este estudio es de tipo descriptivo.

Participantes:

Esta investigación va a consistir en el estudio de un caso único.

El caso elegido corresponde a una paciente de cincuenta y ocho años de edad, de sexo femenino, que presenta alopecia areata y cáncer de mama. Ha padecido anteriormente cáncer de piel, el cual ha remitido luego del tratamiento médico pertinente. Además, se autodenomina bulímica recuperada. Concorre al hospital una vez por semana y su tratamiento consiste en un seguimiento desde la parte dermatológica y en entrevistas con una terapeuta del equipo de psicodermatología del hospital. Ambos tratamientos se complementan y deben darse de forma conjunta. Es un caso clínico plagado de vivencias traumáticas desde su infancia hasta la edad actual. Este es el motivo principal que generó la elección del caso, la ausencia de estrategias saludables que pongan fin al desarrollo constante de patología somática.

G es una mujer que a lo largo de su vida ha transcurrido por diferentes situaciones traumáticas. De pequeña vivía en una casa precaria con ambos padres. Su relación con la madre nunca fue muy buena, y con el padre, que era alcohólico, tenía muy buen trato, hasta que este decidió abandonarlas por los maltratos que recibía por parte de su esposa. Cuando aconteció este suceso tan traumático la paciente tenía tan sólo 11 años. Y paradójicamente, viviendo en la misma cuadra no se vieron nunca más.

Ella continúa viviendo con su madre. A corta edad debe trabajar para ayudar a su madre, la cual era vendedora ambulante. G, de su sueldo, le cedía la mayor parte para construir una nueva casa en el mismo terreno en el que tenían su vivienda actual. Con gran esfuerzo lograron construir la nueva casa, a la cual la madre se niega a ir. Es

entonces cuando la alquilan. Recién a los veinticuatro años G, sola, se va a vivir a esta casa construida en el fondo del terreno, y cuando cumple los veintiocho años, su madre le envía una cedula de desalojo. Fundamentada en supuestas conductas sexuales promiscuas de su hija. La justificación de esta actitud parecería sustentarse en que G mantuvo durante once años una relación clandestina con un hombre casado veintidós años mayor que ella y la madre esperaba, que él las mantuviera económicamente. Después de dicho acontecimiento transcurrieron diez años sin volverse a ver o hablar ambas mujeres.

G se casó con un hombre llamado J tuvieron dos hijos, C y R, de veinte y dieciséis años respectivamente. Ambos están actualmente en tratamiento psicológico, R por alucinaciones de tipo histérico y C por alopecia areata, mismo padecimiento que su madre.

Con su madre se reencuentran en el embarazo de R, justo cuando le cortan una pierna a causa de una enfermedad que padecía ya hace bastantes años y que a los seis meses de esta reconciliación la lleva a la muerte.

El tratamiento brindado en el hospital consiste en ocho meses de terapia psicoanalítica. Casualmente, cuando estaban por concluirse estos meses, le descubren cáncer de mama. La operan y le extirpan un pecho. A causa de este acontecimiento tan traumático se le brindan tres meses más de atención. Al transcurrir este tiempo nuevamente se le plantea a G el final del tratamiento, a lo cual, ella responde llevando a la última sesión la cedula de desalojo que la madre le había enviado cuando ella tenía veintiocho años, se le explica que puede proseguir con el tratamiento. Luego de que se le comente esta situación, no concurre a las dos últimas sesiones.

Procedimiento:

Se realizó la descripción de un caso clínico para lo cual se contó con los comentarios aportados por la terapeuta que se ha encargado del tratamiento de dicha paciente. Esta es la instancia que aportó la institución para acceder a los datos del caso en cuestión, además de lo escuchado en las supervisiones de este espacio y de la información obtenida a partir de un ateneo clínico.

Lo que se observó en esta paciente son los sucesos traumáticos por los que ha transcurrido a lo largo de su vida y la incidencia de los mismos en su desarrollo de patología. Se considero, además, la relación de estos sucesos con la vulnerabilidad somática presente.

Para finalizar, se apuntó al desarrollo de estrategias que le permitan tramitar estos sucesos traumáticos de forma saludable, permitiéndole así alcanzar un fortalecimiento físico necesario para remitir la actual patología y evitar la formación de alguna nueva.

Instrumento

Se contó con una hora de diálogo, donde la terapeuta encargada del caso aportó los datos más relevantes acerca del mismo.

Sumado a esto se obtuvo más información a partir de la posibilidad de presenciar las supervisiones de su terapeuta y de haber escuchado un ateneo clínico donde dicho caso se ha comentado.

Por último se trabajó con la colaboración y orientación de las tutoras de la Institución en cuestión.

Análisis del caso

A partir de lo expuesto en la descripción de la participante, se continúa describiendo, ordenadamente, los acontecimientos traumáticos y su relación con el surgimiento de los diferentes padecimientos.

En el año X, cuando G cumple once años de edad, en vísperas de año nuevo su padre abandona el hogar. Tres años después, a los catorce, aparecen los primeros signos de la alopecia areata que padece hasta la actualidad. Enfermedad que compartió con su madre, y que, en el presente, también padece su hijo

Durante doce años sostiene una relación clandestina con un hombre casado 22 años mayor que ella. La misma se extendió desde sus diecisiete hasta sus veintiocho años de edad.

Contando con veinticuatro años de edad, se traslada sola a la casa, recientemente construida en el fondo del terreno en el que habitaba conjuntamente con su madre.

Luego la madre le envía una cedula de desalojo de la propiedad y, paralelamente, concluye su relación clandestina.

Entre los 20 y los 30 años de edad desarrolla sus trastornos alimentarios, esto coincide con los acontecimientos de irse a vivir sola y con su posterior desalojo.

Durante diez años mantiene absoluta distancia de su madre. Al cumplir 38 años de edad y ser madre de su hija vuelven a contactarse, pero por poco tiempo, ya que seis meses después del reencuentro la madre muere, previamente a su fallecimiento le cortan una pierna.

Doce años después, a los 51 años de edad, le diagnostican cáncer de piel.

A los 54 años de edad, pólipos en la vejiga. Y a los 56 años de edad le detectan cáncer de mama.

Se infiere hasta aquí, que a lo largo de toda su vida se puede detectar la vulnerabilidad somática presente a partir de su tendencia a enfermar frente a cada

situación conflictiva que vivencia. Se logra observar la tendencia al acto –descarga en su cuerpo, lo que se traduce en las distintas patologías por las que transita.

A lo largo de su tratamiento psicoanalítico se pueden plantear varios logros, aunque, también, retrocesos en lo que concierne al proceso analítico. Se evidencia una mejora en sus recursos para afrontar sus patologías, hay una tendencia notable a involucrarse en grupos de ayuda con personas que sufren sus mismos padecimientos. Además logra aumentar su capacidad de comunicación, al empezar a delegar sus responsabilidades pidiendo colaboración y acompañamiento a su entorno familiar. Y como retroceso, o lo que para el psicoanálisis es considerado como un punto ciego, se puede ver como al final del análisis, ella lleva consigo la cedula de desalojo que su madre le envió y se la acerca a la analista, suponiendo que esto es así porque siente un nuevo desalojo que no puede resignificar como el pasaje a, por que no, un lugar mejor.

Considerando las características de la paciente en cuestión y los sucesos traumáticos por los que ha transcurrido a lo largo de su vida, se evidencia una notable debilidad yoica en esta tendencia constante que posee de expresar a través del cuerpo lo que no puede procesar adecuadamente por no contar con los recursos psíquicos necesarios.

Considerando, como anteriormente se ha mencionado, a Zukerfeld y Zukerfeld (2005) el constructo vulnerabilidad somática sería dependiente de tres conjuntos de factores:

- La historia singular de acontecimientos traumáticos tempranos y tardíos, los cuales están muy presentes en la vida de la paciente.
- La condición de la calidad de vida alcanzada, la cual fue bastante precaria por carecer de medios económicos potables para la satisfacción de sus necesidades básicas, y que

hoy en día continúa siendo inestable pero esta vez debido a la precariedad de sus recursos psíquicos. Y

-Las características históricas y actuales de la red de vínculos intersubjetivos con su valor de sostén e identificadorio. En la paciente los vínculos son bastante endeble, en un principio por su relación de amor-odio con la madre, y, actualmente, es una persona que se muestra muy independiente contando bastante poco con la compañía o contención de su esposo e hijos.

De esta forma, se puede observar como influyen en el psiquismo la presencia de hechos traumáticos desde una edad temprana y el grado de compromiso que tiene el sujeto con ellos. Además de las complicaciones adicionales que pueden generar contar con escasos recursos económicos y con una endeble red de vínculos contenedores.

El déficit en la función de sostén del sujeto y en las características de la calidad de vida, generan un potencial inespecífico para el desarrollo de patología. La producción de la misma depende además de factores biológicos y de los ideales culturales dominantes que plantean distintas soluciones para las manifestaciones deficitarias del sujeto y de la posibilidad de desarrollar conductas saludables asociadas a la calidad de vida. Cada una de estas características presentes en la vida de la paciente debido a su escasez de recursos económicos y de contención social y, evidentemente, por una clara disposición genética a la somatización, recordando que su madre también padecía de alopecia areata y contaba con muchas de las características de los paciente psicósomáticos.

A lo largo del marco teórico se fueron planteando desde diferentes autores sus perspectivas con respecto a la constitución del Yo y a los dispositivos para el tratamiento de las neurosis esto fue así para poder establecer un paralelo con respecto al tratamiento en pacientes psicósomáticos con características bastante más deficitarias

que las de un paciente neurótico, ya que se estaría, de alguna manera, en un nivel que cuenta con menos recursos psíquicos con los cuales trabajar. Siguiendo a Marty (1995) se plantea que el Yo en estos sujetos cumple a duras penas sus papeles de ligazón, de distribución y de defensa. Es en el nivel preconsciente donde se comprueban sobretodo las fallas, la supresión de las relaciones originales con los otros y consigo mismo, la pérdida de interés por el pasado y el futuro. Esto se debe a la ausencia de comunicación con el inconsciente lo cual da lugar a una verdadera ruptura con la propia historia del sujeto. Es entonces cuando se sitúa la depresión esencial la cual se establece a partir de sucesos traumáticos que desorganizan algunas de las funciones psíquicas desbordando sus capacidades de elaboración. También se produce un fenómeno llamado de desorganización progresiva que puede definirse como la destrucción de la organización libidinal de un individuo en un momento dado. Por eso el dispositivo debe ser especial, y estar basado no ya en la interpretación sino en la reconstrucción de las experiencias pasadas y en la reelaboración de las mismas. Es necesario saber con los recursos que cuenta el paciente y brindarles aquellos de los cuales carece, trabajar sobre sus mecanismos de defensa y sobre su relación con la realidad para de esta forma intentar alcanzar un fortalecimiento yoico que logre evitar la vulnerabilidad somática y los riesgos que esta conlleva. Ya que es muy claro el hecho de que las enfermedades psicosomáticas resultan, por regla general, de las inadecuaciones del individuo a las condiciones de vida que le tocan vivir.

La psicoterapia individual, por lo general, se realiza cara a cara, porque esta situación le brinda medios de defensa considerables a partir de percibir los gestos y las actitudes del otro. Se trata de no contar obligatoriamente con una transferencia, de no creer siempre en una interiorización de los conflictos y de tener en cuenta también la enfermedad somática.

Básicamente la psicoterapia se basa en todo momento, en la calidad de la relación del enfermo con el terapeuta, y significa para este último, obligaciones de control, de acompañamiento y de intervenciones de diversos tipos.

Los tratamientos de estos pacientes se realizan casi siempre al ritmo de una vez por semana esto se fundamenta en la necesidad de horarios definidos para todos. Mientras que la duración normal de las sesiones debe ser de cuarenta y cinco minutos.

Las psicoterapias psicósomáticas deben ayudar a los sujetos a establecer o reestablecer el mejor funcionamiento de su psiquismo. En consecuencia permitiendo alcanzar un fortalecimiento y una mejora en la calidad de vida.

Conclusión

A partir de todo lo expuesto se puede concluir expresando que el trabajo con pacientes psicósomáticos plantea diversas dificultades, entre las cuales se encuentran, como anteriormente se han mencionado, su tendencia al acto comportamental, su limitada capacidad de registro, la presencia de una notable alexitimia y otras características que avalan su gran vulnerabilidad somática y en consecuencia su notable debilidad yoica que da lugar a que esta estructura sea sustentada. Es necesario el trabajo paciente en la potenciación de los recursos tanto yoicos como personales, además del que compete a su entorno más cercano. Es necesario lograr que el individuo pueda responder lo más adecuadamente posible frente a los acontecimientos traumáticos que se presenten a lo largo de su vida, ya que estos son inherentes al ser humano.

Retomando a Marty (1995) en el tratamiento, el terapeuta debe determinar el tenor de los conflictos que han hecho virar al paciente, tanto en el pasado como en el presente, hacía las somatizaciones.

El terapeuta debe tener en cuenta los comportamientos en su conexión, necesaria o no, con las enfermedades somáticas y debe interesarse en el curso de las enfermedades.

Es necesario lograr la modificación de las características de pensamiento anotadas al comienzo del tratamiento, la recuperación de los sistemas psíquicos anteriores a la enfermedad, la adquisición eventual de funcionamientos nuevos.

Y a diferencia de lo que ocurre en el curso del psicoanálisis la reanudación de sistemas mentales arcaicos, que sean anteriores a la enfermedad somática es un marcador de un buen pronóstico. Ya que de lo que se trata es de pasar de las características propias del paciente psicósomático a las de un paciente neurótico para de esta forma proseguir el trabajo pero en dicha estructura.

Desde el punto de vista de la objetalización se pretende el pasaje de la depresión esencial a la sintomatología depresiva, de las angustias difusas a las angustias objetales, de las fobias de ambiente a las fobias de objeto, de las heridas narcisistas y de los sentimientos de vergüenza a los de culpabilidad.

Desde el criterio instintivo-pulsional, se procura el pasaje de las conductas de descarga a las conductas con ligazón mental, las reanudaciones de una sexualidad o de una agresividad hacia objetos exteriores o hacia el propio terapeuta y la recuperación de deseos.

Desde el punto de vista del esclarecimiento de los conflictos, se deben considerar las tentativas, hechas con la ayuda del terapeuta, de verbalizar elementos traumáticos y conflictuales, luego, la interiorización de los conflictos, y después, los pasajes a la representación de los deseos y de las defensas internas bajo las formas rectoras de los complejos de castración y de Edipo, ya que la verbalización de los traumatismos y de los conflictos de la infancia es fundamental.

Por todo esto se hace evidente la cantidad de dificultades que pueden surgir en los diferentes pasajes del tratamiento y las complicaciones presentes a la hora de intentar generar a causa de este trabajo un fortalecimiento y/o modificando notablemente la vulnerabilidad somática reinante.

Se presenta como un enorme desafío para la clínica pero también como un trabajo muy necesario debido al notable número de casos de enfermedades psicosomáticas predominantes en la actualidad provocados por las características de la forma de vida tan precipitada de las sociedades actuales.

A la hora de realizar este trabajo han surgido varias complicaciones, debido a la magnitud de documentos e investigaciones contemporáneas en torno al mismo por estar tan en boga. Es una temática acerca de la cual hay demasiadas perspectivas, pero que en

algún punto concluyen en lo mismo. Es una tarea difícil puntualizar en una teoría en particular, porque todas aportan información enriquecedora acerca de esta problemática.

Más allá de que, en ocasiones, esta actividad se presenta como bastante extenuante y, en cierto punto, utópica por la dificultad que conlleva el trabajo con este tipo de pacientes, que como sus características expresan, son bastantes callados y presentan una importante desconexión con sus emociones y representaciones mentales.

La bibliografía es abundante pero a su vez escasa, limitada, porque, en cierta medida, aporta datos pero no enriquece. Ya que lo que enriquece es, justamente la práctica.

Siguiendo a Zukerfeld y Zukerfeld (2005) los recursos del Yo van a definir la manera en que un sujeto evalúa y responde a los sucesos vitales y las características de estas respuestas van a influir en su condición de más vulnerable o no. Pero teniendo en cuenta las características de la sociedad actual se hacen evidente importantes fallas estructurales que van más allá del individuo, y sobre las cuales es tarea difícil trabajar. Exorbitantes demandas, tiempos veloces y ausentes núcleos de contención dan lugar a estas patologías actuales.

Como idea para una futura investigación dentro de este ámbito se podría plantear la realización de un estudio de comparación de grupos, en el cual tendría en consideración a los tres conjuntos de factores que plantean Zukerfeld y Zukerfeld (2005), que son: la historia singular de acontecimientos traumáticos, la condición de la calidad de vida alcanzada y las características de las redes vinculares existentes. Cada grupo pertenecería a una clase social diferente y se buscaría la evaluación de cada uno de estos factores en cada uno de ellos. Para observar como influyen y que estrategias podrían tenerse en cuenta para lograr disminuir la vulnerabilidad mejorando estos tres factores. Trabajando interdisciplinariamente y con el entorno más cercano.

Referencias bibliográficas

- Baringer, W. (1971) *Posición y objeto en la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Kargieman editora.
- Farini Duggan, H. (1979) Estrategias psicoterapéuticas vinculadas al concepto de fortaleza y debilidad del yo. *Revista de Psicoanálisis*, 36, nº 6, 1043-1052.
- Freud, A. (1950) *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1894) Las neuropsicosis de defensa. En *Sigmund Freud obras completas. Primeras publicaciones psicoanalíticas, III*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1895) Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia. En *Sigmund Freud obras completas. Primeras publicaciones psicoanalíticas, III*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1912) Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *Sigmund Freud obras completas, XII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1913) Sobre la iniciación del tratamiento cuales son las condiciones. En *Sigmund Freud obras completas, XII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1914) Introducción al narcisismo. En *Sigmund Freud obras completas, XIV*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1923) El yo y el Ello. En *Sigmund Freud obras completas VII*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Freud, S. (1924) Neurosis y psicosis. En *Sigmund Freud obras completas VII*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Freud, S. (1937) Análisis terminable e interminable. En *Sigmund Freud obras completas, XXIII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Hartmann, H. (1969) Psicología del ego y el problema de la adaptación. En *Ensayos sobre la psicología del yo*. México D.F: Fondo de cultura económica.
- Hartmann, H. (1979) Comentarios sobre la teoría psicoanalítica del Yo. *Revista de Psicoanálisis*, 2.
- Hartmann, H. (1979) Influencias mutuas en el desarrollo del Yo y del Ello. *Revista de Psicoanálisis*, 2.
- Kernberg, O. (1994) *La agresión en las perversiones*. Buenos Aires: Paidós.
- Kohut, H. (1980) *La restauración del sí mismo*. Barcelona: Paidós.
- Laplanche, J & Pontalis, J. (1971) *Diccionario de Psicoanálisis*. Labor, Barcelona.
- Liberman, D. Aisemberg, E. D'Alvia, R. Dunayevich, I. Fernández Moujan, O. Galli, V. Maladesky, A. Picollo, A. (1982) Sobreadaptación, trastornos psicósomáticos y estadios tempranos del desarrollo. *Revista de psicoanálisis, APA*, 5.
- McDougall, J. (1982) *Alegato por una cierta anormalidad*, Barcelona, Petrel.
- Pierre, M. (1995). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Psicoanálisis actual: Tercera tópica, vulnerabilidad y contexto social (1999).
Recuperado el 20 de mayo de 2007, de
<http://www.aperturas.org/2zuckerfeld.html>
- Reseña: Procesos Terciarios. De la Vulnerabilidad a la Resiliencia, (2005)
Recuperado el 20 de mayo de 2007, de
<http://www.aperturas.org/23libermanabello.html>
- Vulnerabilidad somática. (1999). Recuperado el 22 de mayo de 2007, de
http://www.elpsicoanálisis.org.ar/numero3/vulnerabilidad_somatica3.htm
- Zonis Zukerfeld, R. & Zukerfeld, R. (2005). *Procesos Terciarios. De la vulnerabilidad a la resiliencia*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

