

**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CONVENIO DE COMPLEMENTACIÓN ACADÉMICA ENTRE LAS FACULTADES  
DE FILOSOFÍA DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY Y PSICOLOGÍA DE LA  
UNIVERSIDAD DE BUENOS- AIRES-ARGENTINA

**SOBREADAPTACIÓN Y  
ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA**

TRABAJO MONOGRÁFICO PREVIO A  
LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
PSICOLOGA CLÍNICA

**DIRECTOR:**  
**DR. JUAN AGUILERA MUÑOZ**

**ALUMNA:**  
**MARÍA DEL CARMEN HIDALGO A.**

**CUENCA-ECUADOR**  
**2005**

## ***ABSTRACT***

Esta monografía tiene un enfoque psicoanalítico de la estructura sobreadaptativa y la enfermedad psicosomática que se genera frente a su ruptura.

Estos rasgos que se observan en pacientes con un funcionamiento peculiar: “dificultad para registrar la presencia de sufrimiento psíquico en su aparato mental”, puede desertar en variadas patologías, una de las más investigadas la enfermedad psicosomática cuyo origen se sitúa en el fracaso de períodos fundamentales de la estructuración del yo.

La organización psíquica de estos individuos los lleva a presentar variados tipos de patologías que van desde aquellos que padecen enfermedades psicosomáticas de diferentes grados de riesgo hasta aquellos que son incapaces de reconocer signos corporales pero que podrían manifestar en algún momento una irrupción abrupta de su vida.

La enfermedad psicosomática utiliza mecanismos para tramitar los conflictos generados por una deficiente relación materno-filial marcando las bases de una defensa que descuida el cuerpo para evitar el contacto con las emociones que la generaron, denunciando además una perturbación en el proceso de la simbolización que lo distingue de otros cuadros psicopatológicos que comprometen al cuerpo en su patología tanto por las vías que posibilitan su expresión como por el significado que el síntoma corporal pretende denunciar.

## **ABSTRACT**

This thesis is written with a psychoanalytical perspective of the over adaptive and the psychosomatic illness that is generated by cause of the rupture.

These characteristics that are usually seen on patients with a particular operation: “difficulty of registering the presence of the psycho suffering in their mental system”, it could be deserted on a variety of pathologies, one of the most research is the psychosomatic illness, it comes from the failure of the fundamental stages of My self.

The psychical organization of each individual causes different varieties of pathologies that go from the individuals that suffer psychosomatic illness with different risk stages to the ones that are able to identify corporal signs but they could present any time a dramatic irruption of their lives.

The psychosomatic illness uses methods to manage the conflicts generated by a deficient maternal branch relationship, his sets up the basis of a defence that neglects the body to avoid the contact with emotions that were the ones who generated it, also judging a disorder during the symbolization process that distinguishes the other psychopathologist charts that compromises the body within its pathology starting from the methods that make possible its expression as well as the meaning of the corporal symptom seems to denounce.

A mi familia

## ***AGRADECIMIENTOS***

Quiero agradecer de manera muy especial a mis padres y hermanos por el apoyo incondicional en todos los proyectos de mi vida y aún más durante mi formación profesional.

Agradezco también la colaboración del Dr. Juan Aguilera por la orientación, seguimiento y revisión de este trabajo monográfico, a todos mis profesores de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, y las autoridades de la UDA, por ayudarnos a hacer posible la realización del curso de graduación y apoyarnos durante toda nuestra trayectoria académica

## ***INDICE***

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	8
<b>1. ADAPTACIÓN</b> .....	10
1.1 Concepto.....	10
<b>2. SOBREADAPTACIÓN</b> .....	12
2.2 Concepto.....	12
2.3 Características.....	13
<b>3. ASPECTOS EVOLUTIVOS PATÓGENOS</b> .....	14
3.1 Simbiosis Evolutiva.....	14
3.2 Diferenciación-Individuación.....	16
3.3 Interacción Familiar.....	18
3.4 Pautas Evolutivas de la Primera Infancia.....	20

<b>4. RUPTURA DE LA SOBREADAPTACIÓN.....</b>	<b>23</b>
4.1 Inhibición del Yo.....	23
4.2 Diátesis Traumática.....	25
4.3 Enfermedad Psicósomática.....	26
<b>5. PSICOSOMÁTICA.....</b>	<b>29</b>
5.1 Concepto.....	30
5.2 Trastornos Psicósomáticos.....	31
<b>6. CORREDORES BIOLÓGICOS.....</b>	<b>34</b>
6.1 Concepto.....	34
6.2 Sistema Nervioso Autónomo.....	35
6.3 Sistema Inmunitario.....	35
6.4 Sistema Endocrino.....	36
6.5 Herencia.....	37
<b>7. OTRAS TEORÍAS EXPLICATIVAS.....</b>	<b>38</b>
7.1 Teorías de la Especificidad Estímulo-Respuesta.....	38
7.2 Teorías de la Especificidad Individuo-Respuesta.....	39
7.3 Teorías de la Especificidad Psicológica-Física.....	40
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>42</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>43</b>

## *INTRODUCCIÓN*

En la actualidad numerosos estudios han demostrado que entre los fenómenos emocionales y la enfermedad física no existe una brecha muy grande, los factores ambientales, las estrategias de afrontamiento, las modalidades de reacción y sobre todo las características personales pueden desempeñar un papel esencial en la etiología, curso y pronóstico de estos padecimientos.

Durante la realización del curso de graduación en la UBA tuve la oportunidad de trabajar con una orientación psicosomática en el Hospital Durand; aprendiendo la importancia que tiene este enfoque en el campo clínico y observando pacientes que en su mayoría presentaban rasgos comunes de comportamiento en cuanto a las exigencias que el medio les impone.

Estos pacientes difíciles de abordar por sus dificultades para expresar y asociar vivencias con sentimientos se presentaban en un inicio con quejas de tipo somático que dominaban a tal punto el cuadro clínico que en un inicio resultaba muy difícil reconocer la influencia mental, sin embargo su discurso reflejaba un mecanismo de disociación permitiendo ver entre líneas la negación de aspectos psicológicos que se inscriben en el cuerpo como medio de expresión.

De esta manera tomando en cuenta que hoy en día los registros de nuestro mundo cultural imponen gran exaltación de los cuidados estéticos, las expectativas de salud y el éxito social, pretendo enfocar en esta monografía las pautas de crianza de las personas



con tendencia a insertarse en el medio social con una sobre-adaptación a la realidad que contrasta con un descuido de su yo corporal.

A lo largo de este trabajo se desarrollan factores dinámicos estructurales basados en una evolución precoz que impuesta por los padres hace que desde un inicio estas personas expresen sus conflictos de formas únicas y peculiares que escogen la mente el mundo o el cuerpo para tramitar aquello que no logra inscribirse en su aparato mental.

La enfermedad psicosomática representa así, una protesta en contra del descuido al que ha sido sometido el cuerpo, lo que hace que estos individuos busquen en diferentes ámbitos respuestas a su padecer, incluyendo medicinas alternativas, sugestivas y mágicas en forma a veces compulsiva, descalificando sistemáticamente las mismas, ya que el proceso psicopatológico no es superado si no de manera parcial.

Aquí expondremos además la historia del enfoque psicosomático, los principales trastornos que implican factores psicológicos, las vías de expresión biológica y otras teorías explicativas que aunque fuera de la visión psicodinámica que proponemos aquí nos ayudan a comprender de manera más completa los factores que pueden intervenir en la aparición de estas enfermedades.

## ***1. ADAPTACIÓN***

Una vez que el niño abandona el vientre materno para establecer contacto con un mundo conformado de estímulos que desconoce en su totalidad, las partes que conforman su personalidad están carentes de unidad y coherencia por lo que su capacidad de supervivencia depende enteramente a diferencia de otras especies de un “auxiliar externo” para adaptarse física, social y psicológicamente al medio y construir su propia identidad.

Esta función de sostenimiento que es indispensable durante los primeros años de vida generalmente es desempeñada por la madre, quien se encarga de interpretar las necesidades del niño prestándose como pilar fundamental en la adaptación de este nuevo organismo a todas las exigencias que la realidad le impone.

### ***1.1 CONCEPTO:***

Hartman definió la adaptación como “la relación recíproca del organismo con su medio típicamente esperable”.<sup>1</sup>

La adaptación, una función del yo, es un proceso esperable en todo ser humano, que se inicia desde el nacimiento, y garantiza la conservación biológica psicológica y social de un individuo.

---

<sup>1</sup> HARTMANN, H, “Comentarios sobre la Teoría Psicoanalítica del Yo”, en “Ensayos sobre la Psicología del Yo”, México: FCE, 1960

La rigidez o flexibilidad de la integración del infante en su medio depende sobre todo de la relación que establezca con las figuras involucradas en su cuidado durante los primeros años de vida, ya que mediante estas logra incorporar progresivamente reglas externas que desplazadas hacia el mundo interior le van permitiendo una independencia mayor del entorno, este proceso se acompaña de logros o fracasos en la capacidad para mediar entre las exigencias de la sociedad y la vida pulsional logrando así un equilibrio entre estos polos.

En condiciones de desarrollo normal las exigencias pulsionales y las restricciones culturales se articulan de manera equilibrada logrando así adaptarse a las demandas que impone el medio con una eficiente postergación y gratificación de las pulsiones.

Cuando el desarrollo sigue un camino conflictivo dando primacía a los instintos o a la realidad, el proceso adaptativo obstaculiza el desarrollo normal, ya sea retrayéndose a la fantasía y al placer o sobre-adaptándose a una realidad que sofoca al organismo físico dando lugar a diversas psicopatologías que utilizan al cuerpo como el medio de expresión de sus conflictos.

## ***2. SOBRE- ADAPTACIÓN***

Liberman utilizó el término sobre-adaptación para referirse a personas con un self ambiental sobre-adaptado, en desmedro de un self corporal sojuzgado y repudiado, con un exceso de ajuste a la realidad exterior, lo que contrasta seriamente con una ausencia de conexión con los mensajes emanados del interior emocional y corporal, todo esto los define como “personas que padecen de cordura”.<sup>2</sup>

### ***2.1 CONCEPTO:***

Cuando hablamos de sobre-adaptación nos referimos a un tipo de estructura estable, cuya característica fundamental consiste en negar los aspectos emocionales que podrían generar sufrimiento. Esta estructura supone una falla en la inscripción de los estímulos corporales en el aparato psíquico, por lo tanto el cuerpo constituye un obstáculo para alcanzar objetivos que generalmente sobrepasan las posibilidades emocionales reales.

La preeminencia del mundo externo sobre el mundo interno que caracteriza a estas personas, los lleva a imponer el deber por encima de todo, especialmente del placer, y a definir su identidad a partir de lo que hacen, sometiéndose a un super yó cruel que no admite errores y por lo tanto demanda acciones esforzadas y valientes.

Esta parte psicótica de su personalidad se asienta sobre una fantasía omnipotente de invulnerabilidad e inmortalidad con una realidad delirante plasmada en la disociación

---

<sup>2</sup> LIBERMAN, D., “Observaciones Psicoanalíticas y Consideraciones Metapsicológicas acerca del Paciente Sobreadaptado que Somatiza” en “Del cuerpo al símbolo” Editorial Tres, Buenos Aires, 1986

cuerpo/mente, que no les permite registrar sensaciones que van más allá de los receptores exteroceptivos y que por lo tanto los lleva a estar sometidos constantemente a situaciones de riesgo para su vida.

## ***2.2 CARACTERÍSTICAS:***

Estos pacientes se presentan con las siguientes características

- Son personas exitosas, con una gran capacidad de trabajo, emprendedoras, se despliegan como líderes exigidos y exigentes, con tendencia a asumir grandes responsabilidades.
  - Suelen hacerse cargo de los problemas de los demás, se convierten en receptores de problemas familiares y suelen constituir el sostén estable de estos, pero no confían en los otros, no saben pedir ayuda, ni delegar.
  - No conciben el ocio, ni lo disfrutan, no admiten ninguna actividad que no sea productiva e incluso asumen grandes responsabilidades aún en los lugares a los que aparentemente concurren para el esparcimiento y relajación.
  - Es raro verlos fatigados, las pocas horas que pueden desconectarse de las exigencias externas hacen que se desplomen dormidos en cualquier lugar, pueden estar con una taquicardia crónica, no muy acentuada pero continua, tener el metabolismo basal aumentado, sin llegar a registrar signos de malestar corporal.
  - La mayoría han escalado posiciones socioeconómicas importantes a costa de enormes sacrificios, por lo que muchos los consideran como “adictos al trabajo”.
  - Definen su identidad a partir de lo que hacen, su pertenencia está determinada por sus cargos, títulos logrados, puestos en tal empresa y reconocimientos sociales obtenidos, no creen que se los quiera por ellos mismos, sino por lo que prestan.
  - La mayoría manifiestan bienestar corporal y orgullo por sus capacidad de trabajo y rendimiento por lo que es muy difícil encontrarlos en terapia debido a su incapacidad para ligar trastornos fisiológicos con emociones, cuando lo hacen no acuden a desarrollar un proceso, sino a que el terapeuta les preste un servicio que
-

los readapte nuevamente para poder seguir con sus tareas sin ulteriores complicaciones.

### ***3. ASPECTOS EVOLUTIVOS PATÓGENOS***

El nacimiento psicológico del infante es un proceso lento y silencioso a través del cual el niño va adquiriendo habilidades adaptativas que consolidan etapas, cada una de las cuales representa un cambio principal en relación a la anterior, por lo que constituyen las bases de la estructuración de la psique. Durante cada una de las etapas las experiencias del infante tienen consecuencias más trascendentales que en otros estadios más estables, en el caso de la sobre-adaptación las vivencias vinculares patógenas se conceptualizan como puntos de fijación en el establecimiento de la simbiosis y la diferenciación-individuación.

#### ***3.1 SIMBIOSIS EVOLUTIVA***

Durante los primeros días de vida el recién nacido permanece en un estado de autismo normal, que instala una barrera protectora al bombardeo de estímulos externos para facilitar el crecimiento fisiológico. Esta fase denominada etapa de “no diferenciación”<sup>3</sup> es esencial para el logro del equilibrio de un organismo dentro del medio ambiente.

Aproximadamente a partir del segundo mes esa barrera contra los estímulos empieza a romperse y una imperceptible conciencia del objeto que satisface las

---

<sup>3</sup> SPITZ, R., “La Etapa sin Objeto”, en “El Primer Año de Vida del Niño”, Editorial Aguilar, Madrid, 1961

necesidades abre paso a una nueva fase denominada por Mahler “fase simbiótica”<sup>4</sup> que hace referencia a la relación de íntima acomodación, entre las necesidades afectivas-corporales del bebé y la respuesta materna. Esta relación constituye en los primeros meses una fusión madre-hijo que reemplaza la barrera instintiva inicial que protege al yo de la tensión prematura.

Esta acomodación se efectiviza no sólo a través de la alimentación, sino de la estimulación táctil, kinestésica y afectiva. Sin embargo en los pacientes sobre-adaptados existe un serio fracaso materno para comprender y satisfacer tanto la necesidad de amor como la descarga de ansiedad y agresión.

Estos niños reaccionan pasivamente, inhibiendo el llanto, los descontroles y todo tipo de conducta corporal que resulte angustiante para la madre. Pasan muy pronto de ser bebés a ser nenes que no traen dificultades en su manejo, sin embargo este cambio, que desde una perspectiva materna es un logro, lo consiguen a costa de una progresiva desconexión con los estados de displacer corporal.

La reiteración de este vínculo patológico impide atravesar por situaciones que habiliten la capacidad para atribuir significados a los desbordes emocionales del infante e incrementan por ende la hostilidad y la desorganización que se transforman en descargas viscerales sin sentido, por lo que el propio self debe transformarse en continente de las identificaciones proyectivas que por su inmadurez es incapaz de transformar, lo que hace que estos niños polaricen muy tempranamente su atención al estado del objeto, que en tanto intolerante y exigente pasa a ser frágil y concebido como necesitado de reparación incondicional.

Esta inversión convierte al objeto tiránico y perseguidor en un objeto que valora y confía en la capacidad del yo para hacer frente a sus expectativas, en tanto los objetos buenos son conceptualizados como indiferentes y abandonantes porque como no exigen

---

<sup>4</sup>MAHLER, M., “Algunas Definiciones”, en “El Nacimiento Psicológico del Infante” Editorial Marymar, Buenos Aires 1979

no entran en el campo de sus ideales, de esta manera la madre en lugar de ser un escudo protector de su hijo, necesita que sea este quien cumpla esa función, en tanto que sus propias necesidades internas permanecen sin contención debido a la inversión de roles que implica esta situación: el hijo es el encargado de calmar la ansiedad materna y satisfacerla mediante logros que colmen sus aspiraciones adaptándose pasivamente a la realidad y a la instauración temprana de la lógica formal de un adulto.

### ***3.2 DIFERENCIACIÓN-INDIVIDUACIÓN:***

El segundo momento de interacción patológica se ubica en el período que abarca desde los 12 a los 18 meses en el que coinciden evolutivamente el logro de la deambulación, el desarrollo del lenguaje verbal y el registro corporal de la materia fecal en el pañal, como ajena al cuerpo.

En la terminología de Mahler, la fase de diferenciación-individuación hace referencia a “logros que jalonan la asunción por parte del niño de sus propias características individuales, mediante la emergencia de la fusión simbiótica con la madre.”<sup>5</sup> Es un momento en el que se efectiviza la separación de la madre, el niño cobra progresiva noción de su autonomía y atraviesa por serios conflictos ambivalentes, entre su deseo de independización y el temor a la pérdida de contacto y amor.

Esta ambivalencia se expresa en el desarrollo normal de crisis de ansiedad, pataletas, alteraciones entre muestras de autonomía y necesidad de recibir atenciones, sin embargo en estos casos nos encontramos con un fracaso de los padres para entender estos conflictos. Ellos necesitan que el bebé crezca rápidamente por lo tanto imponen fuertes exigencias para que camine solo y bien, se desprenda de ellos, modere su ansiedad y controle su musculatura, en especial la esfinteriana.

---

<sup>5</sup> MAHLER, M., “Enfoque General”, en “El Nacimiento Psicológico del Infante”, Editorial Marymar, Buenos Aires, 1979



Los primeros movimientos mediante los cuales el niño sale gradualmente del universo de la madre hacia círculos mas amplios son controlados por el temor de los padres a la capacidad agresiva y destructiva de su hijo, por lo que intentan inhibir el gateo limitando el espacio de movimientos del niño, necesitan reforzar el control por temor a que el nuevo deambulador “haga desastres”, “rompa” o “desordene”.

El momento de la bipedestación que marca el inicio de la separación-individuación propiamente dicha conforma otra situación de ansiedad familiar. Se imponen nuevamente exigencias muy altas al bebé; tanto en el área del lenguaje como en el de la adquisición de conductas y hábitos de independencia.

Los padres de estos chicos son intolerantes a las continuas variaciones que presenta este proceso, para la madre salir con el hijo en esas condiciones representa una situación de angustia por lo imprevisible de su conducta que se encuentra fuera de lo programado, por lo tanto privan a sus hijos de hacer experimentos de límite corporal, distancias, alejamientos y acercamientos, regulación del equilibrio del cuerpo en movimiento en el espacio, y adquirir nociones de altura y perspectiva que sólo se pueden conseguir a partir de sucesivas experiencias de mover objetos, investigarlos, trepar por ellos, caerse y volverse a levantar.

Un aspecto importante del control de la musculatura que también esta expuesto a la imposición de control excesivo es la educación esfinteriana que en estos casos no se deriva de signos de maduración sino de circunstancias familiares que potencian exigencias rígidas y tempranas interfiriendo en el libre desarrollo de las distintas etapas que se suceden en el aprendizaje normal, “como ya caminan, deben controlar”.

Como en el período anterior el bebé logra todas las acomodaciones que se esperan de él, sin embargo no acceden a un auténtico aprendizaje, en tanto este solo es posible si puede conectarse con las ansiedades y miedos que cada cambio evolutivo supone. Por el contrario, estos bebés en tanto saltan este elemento vivencial del proceso y se sobre-adaptan a la realidad.

### ***3.3 INTERACCIÓN FAMILIAR:***

El paciente sobre-adaptado forma parte de una familia que, desde su nacimiento, lo incluyen en una red de interacción con una seria distorsión de base: el hijo que nace tiene como misión satisfacer las aspiraciones sobrevaloradas de los padres.

Sobre la base de esta distorsión familiar, el niño pasa a conformar un medio de recuperación de padres que se han sentido postergados en su vida. Aún antes de que nazca ellos ya han depositado en él intensos ideales, alojando exageradas ambiciones.

De este modo el hijo real pasa a convertirse en el hijo ideal que refiere una sensibilidad extrema a la percepción del estado del otro que lo obliga a satisfacer sus necesidades, así como también un anhelo de logros que están más allá de sus posibilidades madurativas.

Dentro de esta estructura los pacientes sobre-adaptados son hijos de padres que generalmente se ubican dentro de alguna de las siguientes modalidades:

Son padres que han estado expuestos a intensas exigencias de adaptación frente a las que fracasaron total o parcialmente, de tal manera que sus hijos siguen la dirección de compensación de sus fracasos y deberán ser exitosos generalmente en las áreas en las que ellos mismos fallaron.

Otras en cambio son parejas que han tenido que atravesar por varios cambios en su vida, con pérdidas y readaptaciones. Uno o ambos son inmigrantes o personas que han realizado transformaciones bruscas a nivel cultural, social o económico, por lo que

necesitan que los hijos respondan con una óptima adaptación al medio y a los requerimientos a los que ellos no lograron adaptarse.

Existen también padres que han atravesado serias crisis emocionales personales o en la relación de pareja por lo que el hijo pasa a tener la misión salvadora de unir a sus progenitores, calmar la depresión de la madre o llenar el vacío dejado por la muerte de un ser querido.

A partir de recurrencias verbales y analógicas del material clínico Liberman describió dos tipos de vínculos dentro de la patología materna de pacientes sobre-adaptados: “madre-que-rebota” y “madre-mete-bombas”.<sup>6</sup>

La “madre-que rebota” es incapaz de recibir y decodificar el mensaje del bebé, es una madre narcisista e infantil que no puede ofrecerse como objeto de hostilidad por su incapacidad para sostener las manifestaciones ansiógenas de su hijo rebotando así las identificaciones proyectivas de este.

La “madre-mete-bomba” no solamente rebota las necesidades del niño sino que además lo sobrecarga con sus propias proyecciones buscando que su hijo le ayude a organizar su propia vida, por lo que esta modalidad vincular reviste aún mayor patología que la anterior.

Estas características maternas organizan el ideal del yo infantil y explican los motivos por los que estos pacientes tienden a hacer un desarrollo precoz inscribiendo en su aparato psíquico la carencia de algo que nunca tuvieron: el cariño de la madre, prestándose ellos mismos como objetos que “contienen” para evitar ser destruidos por estas.

---

<sup>6</sup> LIBERMAN, D., “Configuraciones Evolutivas Comunes en el Paciente Psicossomático” en “Del Cuerpo al Símbolo” Editorial Tres, Buenos Aires, 1986

Los padres de estos pacientes se caracterizan en cambio por la inoperancia de sus funciones en la crianza de los hijos, dentro de los vínculos patógenos encontramos los siguientes tipos:

El padre esquizoide que se encuentra alejado emocionalmente manifestando una debilidad yoica muy marcada, sin posibilidades de suprimir pautas inadecuadas de interacción madre-hijo por lo que no puede establecer límites en este vínculo conducido por madres excesivamente fálicas, reforzando así situaciones de confusión que no ayudan al niño a diferenciarse de la madre.

El padre impulsivo que compite con la madre en cambio sufre accesos de cólera comportándose como un hermanito menor que hace rabietas infantiles por lo tanto no puede producir cambios en la interacción familiar, sin embargo por el rol más activo que desempeña puede dar lugar a un acercamiento emocional a su hijo potenciando descarga de agresiones que generan alivio.

Finalmente tenemos padres con una fuerte conflictiva edípica no resuelta que establecen una alianza perversa con la madre sometiendo a su hijo a la condición de un tercero excluido. Sin embargo en momentos en los que ya no es posible excluir como por ejemplo en el desprendimiento adolescente de los hijos con los padres, el vínculo ilusorio de la pareja entra en conflicto por la imposibilidad de excluir provocando separaciones o relaciones extramatrimoniales de alguno de los miembros.

En todos los casos son padres que obstaculizan el desenvolvimiento natural del desarrollo de sus hijos, esperan y estimulan desarrollos tempranos, y su ambición se satisface en toda conducta que manifieste independencia en el mundo externo, precocidad y autocontrol, excluyendo el dolor psíquico, las crisis afectivas, los altibajos de humor, y las regresiones temporarias inherentes al crecimiento normal.

### ***3.4 PAUTAS EVOLUTIVAS DE LA PRIMERA INFANCIA:***

La estructura e interacción familiar patógena que hemos descrito se expresa con un estilo que se va cumpliendo en las etapas evolutivas y que marca una ideología de crianza que refuerza la oralidad pasivo-receptiva pero priva del placer sensorial que le acompaña, que estimula la maduración muscular en lo relativo a las funciones de control de la realidad externa y restringe las funciones sensorio-perceptuales y motoras.

Es la madre quien pone en práctica esta normativa estricta en la crianza, apoyada casi siempre por el padre, de esta forma el proceso evolutivo temprano se va inscribiendo de sucesivas privaciones en una amplia gama de necesidades evolutivas.

La lactancia es encarada como una actividad exclusivamente alimenticia, privada de las experiencias exploratorias y lúdicas que le son propias. Al mismo tiempo que se cercenan el chupeteo y presión previos, paralelos y posteriores a las mamadas, son inhibidas la actividad del juego, ternura y agresión que se desarrolla con las manos, faltando aquello que es esencial en las lactancias satisfactorias: toda una gama de movimientos rítmicos de la mano que se abre y se cierra acompañando a la succión (presión con los dedos o tironeo con el pulgar y el índice del pecho de la madre) estos bebés en cambio mamaron demasiado tranquilos, con sus manitos quietas.

Cuando en la dieta del niño comienzan a agregarse alimentos sólidos se imponen restricciones a la masticación mediante el consumo preferente de papillas, alimentos blandos o licuados. Este tipo de alimentación no sólo impide que el niño disponga de situaciones favorables para ejercitar su sadismo oral sino para empezar a diferenciar olores, sabores, para tocar y manosear la comida adecuando la cantidad a su deseo.

Esta situación moviliza intensas ansiedades anales en la madre, que no tolera que el bebé pueda ensuciarse y ensuciar, de ahí que el biberón graduado se constituye en un baluarte que da seguridad, pero que impide la discriminación de texturas, consistencias y temperaturas.

En el área de la maduración motora se observan restricciones que impiden la libertad de movimientos necesarios para la exploración del espacio circundante, son niños a los que se les tiende a inmovilizar, se los tiene poco tiempo en brazos por lo que carecen de vivencias específicas que surgen de ser mecido, arrullado y estimulado con juegos de movimiento y ritmo. Así en la etapa de gateo y ejercitación vertical de la marcha que entablan el desarrollo de la capacidad de investigar, reconocer y clasificar los objetos ofreciendo un campo de conocimiento y ordenación de la realidad, mediante el uso de distintos sentidos que permiten conceptualizaciones cada vez más abstractas, estos bebés se encuentran sometidos a una conducta materna igualmente inadecuada: instalan un control muy intenso sobre la motilidad, a través de los límites del corralito, la sillita de paseo, el andador o el “no” de los padres.

Durante el aprendizaje del control de esfínteres la mayoría de los casos están condicionados sobre la base de horarios fijos, olvidando el aprendizaje por ensayos y error, que privan al niño de la posibilidad de vivir su cuerpo en relación con sus productos (los excrementos) y de asistir como protagonista y espectador, al proceso completo de las distintas sensaciones corporales que culminan en la separación de la materia fecal de la masa corpórea.

De esta manera se omite todo el placer funcional que proporciona la función excretoria, insertándola en el área de las obligaciones: el desear es suplantado por el deber, por lo que no conciben la posibilidad de unir el trabajo con el placer sentando raíces para la posterior relación distorsionada de estos pacientes con la productividad y la creación.

Finalmente en el área de la socialización se presentan las mismas características de precocidad y ausencia de etapas de transición y aprendizaje. Se acomodan aparentemente sin ansiedad a las exigencias del entorno, desarrollan tempranamente el lenguaje imitativo; repiten desde muy pequeños y casi de forma literal expresiones de los padres referidas a situaciones cotidianas que provocan la impresión de estar frente a un adulto en miniatura.

En la adaptación al espacio exterior, al mundo familiar primero y luego a los sucesivos ámbitos que se les presentan como la guardería y el jardín de infantes no presentan crisis de ansiedad, ni reclaman compañía, en realidad no hay lugar para el miedo porque éste es significado por los padres como una emoción humillante “hay que ser fuertes, no debes llorar”, las ansiedades fóbicas normales de la evolución irritan y descolocan a los padres

#### ***4. RUPTURA DE LA SOBRE-ADAPTACION***

Los pacientes sobre-adaptados responden a una gama de personalidades clínicas distintas, pero que sin embargo comparten como elemento común el sistema defensivo de disociar el cuerpo de las emociones y huir al mundo externo.

Cuando el “objeto presente” que ofrece la posibilidad de perpetuar la relación simbiótica incondicional se experimenta como ausente de su función genera quiebres en esta estructura que cristaliza el síntoma en alguna de estas tres áreas: mente el mundo o el cuerpo produciendo respectivamente: inhibición del yo, accidentes (diátesis traumáticas), o síntomas somáticos.

##### ***4.1 INHIBICIÓN DEL YO:***

Durante los primeros meses el bebé es incapaz de procurarse satisfacción por sus propios esfuerzos por lo que necesariamente es víctima de situaciones traumáticas en las

cuales el yo angustiado se vuelve contra los instintos porque juzgando correctamente o no los cree peligrosos.

La angustia primaria constituye así la manifestación de tensiones no dominadas que se produce automáticamente en forma de pánico y que es experimentada por el yo en forma pasiva presentándose todas las veces que el organismo se ve inundado de excitación.

Cuanto más adecuada sea la relación de la dupla madre-hijo, más rápidamente se logra controlar el desencadenamiento de angustia agresiva y desorganizante (angustia automática), angustia que el yo aprende a usar para sus fines como una señal que indica la necesidad de iniciar una actitud defensiva (angustia señal). De esta manera la calidad de señal que adquiere la angustia para el yo, queda significada por la madre quien detecta las necesidades del bebé expresadas a través del lenguaje corporal cumpliendo acciones específicas para calmarla.

El registro de la secuencia expresión corporal de necesidad con el objeto que cumple la acción específica –calma y bienestar- permite la estructuración de la significación de la angustia señal. Sin embargo estos sujetos presentan una distorsión en la significación de la angustia señal, que no adquiere la cualidad anticipatoria ante el peligro, lo que en otras personas hace posible la puesta en marcha de las acciones que llevan al cuidado de la persona.

En estos sujetos la angustia señal no desencadena la respuesta pertinente, que frena el pasaje a la acción cuando ésta implica amenaza para el yo, sino, como en la psicopatía, la angustia los impulsa a la acción.

Si la angustia señal los condujera a la inhibición serían desvalorizados por la madre, mientras que la acción produce la admiración de éstas. Los pacientes de este grupo son personas que no sienten miedo, viven como maníacos sin serlo ya que, a diferencia de estos son hiperresponsables y perseverantes.



En cuanto a la estructuración de su aparato mental, los sujetos sobre-adaptados cuya ruptura se expresa a nivel mental funcionan con un predominio del código motriz, son hiperkinéticos, “creativos por audacia” impulsados por los ideales patológicos.

La inhibición, como respuesta a la angustia señal, tiene que ver con funciones defensivas que no son necesariamente patológicas, pero que sin embargo también puede constituirse en síntoma como vemos en estos sujetos que mientras funcionan con su estructura de sobre-adaptación, la falta de angustia señal impide la respuesta inhibición-función normal del yo, pero cuando dicha estructura claudica aparece la inhibición como síntoma, que es la manifestación de la rebelión del yo ante el sojuzgamiento a los altos ideales maternos.

Estas personas se ven estimuladas por el desarrollo de sueños diurnos, fantasías grandiosas y megalomanía que explica la hiperactividad que procura el cumplimiento de ideales inalcanzables, el motor lo constituyen las fantasías megalomaniacas, se juegan el todo por el todo, predominan los rasgos maníacos de carácter y la quiebra lleva generalmente a la melancolía.

#### ***4.2 DIATESÍS TRAUMÁTICA***

Al igual que el grupo anterior estos pacientes carecen de una señal de alarma defensiva y adecuada frente al dolor físico, por lo que son propensas a lastimarse.

Son personas que presentan una marcada torpeza motora y por esa razón tienen propensión a sufrir accidentes: tropiezan, pierden el equilibrio, calculan mal las distancias, se golpean y rompen cosas, manejan con brusquedad su cuerpo y los objetos, tomándoles con más fuerza que la que requieren o dejándolos caer.

Presentan un manejo desconectado del cuerpo, con poca habilidad para los movimientos; no se dan cuenta de que no están preparados para determinadas actividades

corporales, exponiéndose a accidentes de distinta gravedad. Así el accidente pasa a convertirse en el significante de un contenido ideacional que estos pacientes no lograron pensar y por lo tanto transmitir.

### ***4.3 ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA***

Estas personas manifiestan serias perturbaciones en el registro del significado de sus sensaciones cenestésicas, como consecuencia de lo cual, pasan por alto indicios de enfermedades orgánicas o síntomas iniciales de alteraciones funcionales.

El retiro prematuro de sus cargas interoceptivas (sensaciones viscerales), a la vez que un desarrollo prematuro de su sensorialidad exteroceptiva (sobrecarga de los receptores de los órganos de los sentidos) los convirtió en bebés precozmente conectados con el exterior, que saltaron etapas de aprendizaje, que aprendieron a cumplir órdenes y arreglarse solos.

Se separaron precozmente de sus madres pero no se individualizaron, manteniendo, por lo tanto, una ligazón simbiótica con ellas. Son toda la vida el chico que hace le mandados a la mamá, con gran eficiencia y sin posibilidades de equivocarse, logrando admiración de todos.

No tienen iniciativa propia, estos pacientes son perseverantes pero no creativos y resuelven los problemas de los demás, haciéndolos suyos, este modo de funcionamiento presenta una exigencia total sobre su self, por lo que se ven compelidos a realizarlo, aún a costa de esfuerzos desmesurados y desoyendo signos de agotamiento corporal.

El síntoma orgánico, paradójicamente, aunque puede llegar a ser grave y poner en peligro la vida misma, es una señal de alarma que emite el cuerpo del paciente, indicando el momento de fractura de la sobreadaptación.

A los fines del cumplimiento del ideal exigente, son pacientes en los que el síntoma somático denuncia el esfuerzo excesivo al que se someten, a través del órgano que enferma intentan recuperar la unidad psicosomática rota. No tienen otra posibilidad que responder a través de enfermedades a los conflictos emocionales que no pueden registrar y transmitir. Pero en tanto apelaron al código visceral, estas respuestas no llegaron a connotar un mensaje para los padres, transformándose así en buenos hijos que a través de un pacto narcisista con sus progenitores, potenciaron mutuamente su omnipotencia, a costa del sufrimiento somático.

Estos pacientes son descritos como presentando pobre actividad imaginaria, establecen una “relación blanca” con el interlocutor y parecen ignorarlos; hay ausencia de mentalización de los conflictos con un pensamiento dirigido hacia lo concreto y factual, la mayoría son considerados psicosomáticos con rasgos alexitímicos.

En la década de los 70, Sifneos y J Nemiah<sup>7</sup> observaron en pacientes sobreadaptados que somatizaban una dificultad para expresar sus estados afectivos con palabras, así como para diferenciar sensaciones corporales de afectos. Lo consideraron una perturbación cognitiva –afectiva que denominaron alexitimia (del griego a: “falta; lexis: “palabra”, thymos: “afecto”) que significa literalmente “ausencia de la verbalización de afectos”. Se refiere a un estilo cognitivo caracterizado por la inhabilidad para verbalizar sentimientos y discriminarlos.

Por otra parte los trabajos realizados por Marty sobre psicosomática señalaron que “no existen enfermedades psicosomáticas sino más bien enfermos psicosomáticos”<sup>8</sup> y describieron el “pensamiento operatorio” en sus observaciones clínicas de pacientes con

---

<sup>7-8</sup> SIVAK, R., WIATER, A., “Consideraciones Teóricas. Afecto e Historia de la Alexitimia”, en “Alexitimia, la Dificultad para Verbalizar Afectos”, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1997

trastornos psicosomáticos: un pensamiento puramente detallista, ajustado a sucesos presentes y cotidianos, con habilidades limitadas de fantasía.

Estos pacientes localizan sus conflictos en el sistema nervioso autónomo que pasa a convertirse en su medio de expresión privilegiado. Hay por lo tanto toda un área de su personalidad que se expresa con el código visceral.

El órgano enfermo en el que se ubican relaciones objetales inconscientes, altera sus funciones y su estructura en distintos grados de patología que implican toda una gama de riesgos vitales que los diferencia de la conversión tanto por la transitoriedad de este trastorno como por el sistema nervioso central que lo rige y que no deteriora el órgano.

Estos pacientes son lo que menos se declaran enfermos porque mantiene una relación de poca empatía y de poco cuidado con su cuerpo por lo que no se les debe confundir con los hipocondríacos en quienes su mundo comienza y termina en la preocupación e interpretación delirante de sus sensaciones cenestésicas y las relaciones ficticias que mantienen con los médicos y la medicina,

En los psicosomáticos el órgano enfermo contiene un vínculo tiránico con aspectos negativos de las personas significativas que el paciente desconoce y que por lo tanto no puede resolver mentalmente.

Así como ellos desconocen la índole de las emociones ubicadas en el cuerpo, las personas que los rodean tampoco pueden establecer esa conexión. Son por lo tanto, sujetos que no intentan movilizar a la gente en función de sus síntomas, manteniendo una actitud de falta de empatía con su enfermedad y su esfuerzo corporal por lo que siempre buscan hacerse exigir también por los demás.

---

## ***5. PSICOSOMÁTICA***

El término psicossomático fue utilizado por primera vez en 1818 por el psiquiatra alemán Johann C. Heinroth al referir que “el origen del insomnio es psicossomático”.<sup>9</sup> Dicho término apenas aparece en la literatura médica y no médica durante el siglo XIX; estando bastante avanzado el siglo XX cuando empieza a utilizarse de manera formal.

La introducción en 1922 del término “medicina psicossomática” por Felix Deutsch y la publicación en 1935 por H. Flanders constituyeron dos hitos importantes para la posterior consolidación de este concepto. Así el desarrollo de este concepto se produce en el contexto de la llamada medicina psicossomática que surgió sobre todo como un enfoque médico que se opone a la tradicional orientación dualista sobre el ser humano (la mente y

---

<sup>9</sup> BELLOCH A., SANDÍN B., RAMOS F., “Sobre el Concepto de Psicossomática” en “Manual de Psicopatología”, Editorial Mc Graw Hill, Madrid, 1995

el cuerpo separados), proponiendo en su lugar, la idea de inseparabilidad entre estos conceptos.

Posteriormente en 1939 la Sociedad Psicosomática Americana publicó el primer número de la revista Medicina Psicosomática definiendo sus objetivos y una serie de aspectos asociados a esta nueva disciplina que iban desde la aproximación de la psicología a la medicina hasta el interés en las interrelaciones de la vida emocional y los procesos corporales, esto constituyó un paso notablemente influyente en la delimitación de este campo.

Desde estos momentos también pareció quedar claro lo que no es la enfermedad psicosomática: no equivale a la psiquiatría ni a cualquier otra especialidad de la medicina o área de patología médica específica. No se trata de una especialidad médica sino de una nueva concepción de la medicina que estableció desde sus comienzos un elemento básico: “un diálogo entre médico y paciente, la cooperación entre ambos”<sup>10</sup>.....”

Si bien la convergencia de estos factores prepararon la infraestructura para que apareciera en 1939 la psicosomática como una disciplina científica organizada la connotación actual de disciplina implica multicausalidad e interrelación y, por lo tanto, es incompatible con la noción lineal de psicogénesis.

### **5.1 CONCEPTO:**

El término psicosomático, señala Lipowski “no debería ser utilizado para implicar causalidad, sino para referirse a relaciones recíprocas entre dichos factores implicados en el desarrollo y curso de todas las enfermedades”.<sup>11</sup> Este autor basándose en una concepción holista biopsicosocial de la salud y la enfermedad, propone la siguiente

---

<sup>10-11</sup> BELLOCH A., SANDÍN B., RAMOS F., “Sobre el Concepto de Psicosomática” en “Manual de Psicopatología”, Editorial Mc Graw Hill, Madrid, 1995

definición de la medicina psicosomática como alternativa moderna a la antigüedad de los enfoques unilateralmente psicógenos:

“Medicina psicosomática se refiere a una disciplina que trata sobre (1) el estudio de las correlaciones de los fenómenos psicológicos y sociales con las funciones fisiológicas, normales o patológicas y sobre la interrelación de los factores biológicos y psicosociales en el desarrollo, curso y resultado de las enfermedades; y (2) la defensa de una aproximación holista o (biopsicosocial) al cuidado del paciente y la aplicación de métodos derivados de la ciencias conductuales para la prevención y tratamiento de la morbilidad humana.”<sup>12</sup>

## ***5.2 TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS:***

La psicosomática tradicional, fundamentalmente la de corte psicoanalítico, que son la mayoría, se ajustan bastante a los tipos de trastornos psicosomáticos establecidos por Alexander<sup>13</sup>, quien refirió siete trastornos que han demostrado de forma más consistente la implicación de los factores y procesos psicológicos:

- Asma Bronquial
- Úlcera gastrointestinal
- Colitis ulcerosa
- Hipertensión Arterial
- Artritis Reumatoide
- Neurodermitis
- Hipertiroidismo

---

<sup>12-13</sup> BELLOCH A., SANDÍN B., RAMOS F., “Los Trastornos Psicosomáticos” en “Manual de Psicopatología”, Editorial Mc Graw Hill, Madrid, 1995

Posteriormente el DSM-II amplió el abanico de posibles trastornos al clasificarlos en base a nueve sistemas somatofiológicos:

- Respiratorios
- Gastrointestinales
- Cardiovasculares
- Músculo-esqueléticos
- De la piel
- Endocrinos
- Genitourinarios
- Hemáticos y linfáticos

Un criterio de diagnóstico central era la presencia de causas emocionales tanto en el inicio como en el mantenimiento del trastorno. Esta categorización si bien reflejaba un sano intento de separar ciertas condiciones médicas de acuerdo con su etiología psicológica, muy pronto evidenció que se trataba de un enfoque inadecuado, ya que no era lógico diagnosticar un trastorno siguiendo un criterio de causación lineal cuando la realidad nos dice que las causas son múltiples e interrelacionadas.

Con la publicación del DSM-III se asumió implícitamente el enfoque biopsicosocial, sugiriendo que cualquier trastorno orgánico podía ser psicósomático por lo que se introdujo la categoría denominada: trastornos psicológicos que afectan la condición médica. Esta categoría dice la APA “puede ser aplicada a cualquier condición física en la cual se considere que los factores psicológicos contribuyen de forma relevante,”<sup>14</sup> el DSM II por lo tanto no define una categoría específica de trastornos psicósomáticos en el eje I.

---

<sup>14</sup>BELLOCH A., SANDÍN B., RAMOS F., “Los Trastornos Psicósomáticos” en “Manual de Psicopatología”, Editorial Mc Graw Hill, Madrid, 1995



El DSM IV, mantiene la misma idea y además agrega algunas vías mediante las cuales los factores psicológicos pueden influir de forma significativa sobre el inicio y curso de cualquier trastorno orgánico ya sea alterando el curso de una enfermedad, interfiriendo con el tratamiento de la condición médica general, constituyendo un factor de riesgo adicional para la salud de un individuo o exacerbando los síntomas de una enfermedad.

Así mismo el DSM-IV establece los siguiente seis tipos de factores psicológicos que pueden influir mediante alguna de las direcciones señalas arriba:

- *Trastornos mentales:* un trastorno mental o de personalidad correspondiente al eje I o II pueden afectar significativamente al curso o tratamiento de una condición médica general.
- *Síntomas psicológicos:* síntomas que sin constituir un trastorno, afectan significativamente el curso o tratamiento de la condición médica general.
- *Rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento:* el rasgo de hostilidad o un estilo de afrontamiento represor por ejemplo, pueden ser un factor de riesgo para una enfermedad física.
- *Conductas desadaptativas relacionadas con la salud:* se trata de comportamientos nocivos para la salud, tales como el consumo de sustancias o prácticas sexuales poco seguras etc.
- *Respuestas fisiológicas asociadas al estrés:* pueden afectar tanto al curso como al tratamiento de la condición médica.
- *Otros factores no especificados* como las condiciones demográficas, culturales o interpersonales etc, pueden inducir efectos sobre el curso o tratamiento de una condición médica.

## **6. CORREDORES BIOLÓGICOS**

Al referirnos a la psicósomática como un enfoque biopsicosocial, no podemos dejar del lado las estructuras biológicas que interrelacionan las diferentes áreas de expresión del cuerpo y que en todos los casos posibilitan la manifestación de las funciones somáticas tanto normales como patológicas.

### **6.1 CONCEPTO:**

Los corredores biológicos son mecanismos que interrelacionan las distintas áreas de expresión del organismo. El término corredor es utilizado para tratar de dar una mejor idea de lo que es un proceso dinámico de comunicación y nexos y el término biológico para destacar las estructuras anatómicas y funcionales involucradas.

Los cuatro sistemas involucrados son:

- Sistema Nervioso Autónomo
- Sistema Endocrino
- Sistema Inmunitario
- Herencia

Es importante recalcar que en todos estos sistemas los estímulos emocionales pueden influir y sobre todo alterar su funcionamiento, no solo en pacientes constituidos por una estructura sobreadaptativa con riesgo somático sino en todas las personas que de una u otra manera vivimos expuestas diariamente a situaciones estresantes que muchas veces exceden nuestra capacidad de simbolizar y que ende se inscriben en el cuerpo como medio de expresión más viable.

### **6.2 SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO:**

Como su nombre lo indica es autónomo, involuntario, y ejerce el control sobre las funciones de muchos órganos y tejidos del cuerpo.

Se divide a su vez en simpático y parasimpático que tienen funciones estimulantes e inhibitorias opuestas frente a los órganos inervados: son por lo tanto antagonistas y su balance ajusta los fines necesarios para mantener un medio interno adecuado en el organismo.

Para explicar la influencia de la psiquis sobre las funciones vegetativas es necesario saber, que estas están controladas por el hipotálamo, un centro nervioso superior que regula actividades de la vida emocional y que esta en íntima relación con la corteza cerebral, convirtiéndose en eslabón modulador de las funciones tanto del sistema autónomo como del endocrino e inmunitario.

El sistema nervioso autónomo constituye el medio de expresión privilegiado de manifestaciones psicósomáticas, ya que muchas respuestas como por ejemplo el ruborizarse que podrían considerarse fisiológicas son mediadas por este corredor biológico aún frente a estímulos absolutamente subjetivos.

### **6.3 SISTEMA INMUNITARIO:**

La función principal del sistema inmune es identificar y eliminar las sustancias extrañas (antígenos) que entran en contacto con el organismo mediante células denominados glóbulos blancos: granulocitos, monocitos/macrofagos, y linfocitos, producidas por órganos de tejidos linfoides que comprenden: el bazo, los ganglios linfáticos, el timo, la médula ósea y placas de peyer.

Desde hace varios años se ha venido constatando que las variables de tipo psicosocial modifican de forma importante la función inmunológica. Básicamente, la evidencia surgida en torno a este tópico ha centrado sus esfuerzos en la influencia de los estados emocionales negativos, y se ha llegado a concluir que los eventos relacionados

con pérdidas, desempleo, estrés académico, divorcio y separación son los mas capaces de inducir decrementos en la inmunocompetencia.

En relación con el resto de corredores podemos decir que este sistema esta innervado por el sistema nervioso autónomo y que tiene además receptores para numerosos neurotransmisores y neurohormonas, así como otros mensajeros químicos producidos por el sistema endocrino. Todo esto ha llevado a considerar al sistema inmune como el cerebro móvil, teniendo en cuenta que algunas células de este sistema pueden sintetizar moléculas mensajeras que actúan sobre el hipotálamo modulando la secreción de otras hormonas.

#### **6.4 SISTEMA ENDOCRINO:**

Este complejo sistema está constituido por glándulas de secreción interna que están ordenadas por un sistema de jerarquías en donde hay una coordinación perfecta comandada por el hipotálamo encargado de traducir las órdenes internas y externas en factores liberadores que estimulan o inhiben la hipófisis (glándula madre) que a su vez se entiende con las glándulas: tiroides, timo, paratiroides, gónadas, suprarrenales y mamarías, las cuales producen hormonas: estructuras químicas sintetizadas por una glándula de secreción interna, y que a través del torrente sanguíneo llegan a un órgano para modificar su comportamiento manteniendo así el equilibrio del organismo.

Los estímulos psíquicos influyen claramente en este sistema, así por ejemplo las alteraciones en el ciclo menstrual se pueden producir por situaciones emocionales que alteran la liberación de hormonas produciendo cambios en situaciones de estrés o disgusto.

#### **6.5 HERENCIA:**

Todos los mecanismos y estructuras antes enumeradas discurren sobre una malla de sustentación constituida por nuestra herencia biológica. Podemos fácilmente comprender

que somos el producto de numerosos factores y que el primero de estos, determinante en muchos aspectos, es el resultado de la combinación de los genes de nuestros progenitores.

## ***7. OTRAS TEORÍAS EXPLICATIVAS***

En la primera fase del desarrollo de la psicopatología, las teorías psicodinámicas ejercieron un dominio preponderante, siendo su máximo representante F. Alexander, quien desarrolló una teoría basándose en la existencia de conflictos específicos inconscientes, a partir de esta teoría las distintas escuelas psicoanalíticas han propuesto enfoques muy similares como el que expusimos anteriormente, sin embargo, en forma paralela se han ido plasmando otras orientaciones que aunque tal vez no tengan en la actualidad una vigencia excesiva deben ser consideradas, ya que aparte de su inevitable influencia sobre la psicopatología actual, algunos de los enfoques modernos mantienen postulados de estas teorías:

### ***7.1 TEORÍAS DE LA ESPECIFICIDAD ESTÍMULO-RESPUESTA:***

Las hipótesis basadas en la especificidad estímulo-respuesta (E-R), asumen que un determinado estímulo, induce determinadas respuestas fisiológicas y en consecuencia, una determinada enfermedad en diferentes personas. En esta teoría se enfatiza la especificidad estimular, ya que es la constelación estimular lo que determina diferencialmente las reacciones fisiológicas.

Mediante ciertos experimentos algunos autores han constatado que los tipos de respuestas fisiológicas de estrés (por ejemplo cambios en la frecuencia cardíaca, presión arterial, etc) se asociaban a características propias de una determinada situación. Sin embargo aunque esta teoría no ha sido seriamente considerada por la psicopatología actual, existe evidencia experimental y clínica sobre la viabilidad de este tipo de especificidad.

### ***7.2 TEORÍAS DE LA ESPECIFICIDAD INDIVIDUO-RESPUESTA***

El concepto de especificidad individuo-respuesta (I-R), supone que un mismo sujeto tiende a responder fisiológicamente de forma similar a diferentes estímulos estresantes, es decir con hiperreactividad de alguna modalidad fisiológica, la aplicación de esta hipótesis de especificidad individuo-respuesta ha adoptado diversas formas y modelos, entre estas tenemos:

***Teoría de la Debilidad del Órgano:***

De acuerdo a esta teoría, una persona tiene una parte de su cuerpo predispuesta para enfermar independientemente del tipo de estresor. El tipo de enfermedad que puede surgir está determinada por el “eslabón más débil” dentro de su sistema funcional orgánico.

***Modelo de Diátesis-Estrés:***

El concepto de diátesis se refiere a la predisposición individual, (vulnerabilidad) mientras el de estrés hace referencia a los factores externos (estresores), de este modo la enfermedad se explica en base a la interacción entre estos dos factores; ante unas mismas condiciones estresantes, un individuo más vulnerable (por constitución personal) es más probable que desarrolle un trastorno que otro individuo con menor predisposición.

***Teoría del Balance Autónomo:***

Establece la hipótesis de que la gente posee un determinado balance sináptico-parasimpático al responder fisiológicamente a los estímulos estresantes. Hay personas en las que predomina el sistema simpático, en algunas existe dominancia parasimpática y en otras existe un balance entre ambos sistemas. Algunos autores hipotetizaron ciertos

patrones de predisposición a enfermar en función de los tipos de funcionamiento autónomo.

### ***Teoría de Tipos Específicos de Personalidad:***

Estas teorías proponen que la especificidad (I-R) no tiene porque implicar únicamente a la respuesta fisiológica del individuo, sino que también puede referirse a patrones específicos de un sujeto, que a su vez se relacionan con formas de enfermar, de esta manera los trastornos psicósomáticos estarían asociados a determinados tipos específicos de personalidad.

### ***Teoría de los Sistemas:***

Las teorías que consideran al organismo como un sistema que se autorregula mediante mecanismos de feedback sugieren que la especificidad de respuesta lleva a una activación mantenida de un mismo subsistema fisiológico durante el estrés, que, a su vez, conduce a una ruptura de la regulación homeostática del subsistema afectado.

## ***7.3 TEORÍAS DE LA ESPECIFICIDAD PSICOLÓGICA-FÍSICA***

La especificidad psicológica-física (P-F) se refiere a una asociación entre las descripciones psicológicas y físicas de la respuesta (enfermedad). No se trata de descripciones de eventos idénticos, sino de dos conjuntos de eventos diferentes, cada uno de los cuales se considera una parte de la respuesta total.

Cualquier formulación que asocie una emoción específica con una enfermedad determinada es un ejemplo de este tipo de enfoque. Por ejemplo cuando se dice que la ira reprimida se asocia con la hipertensión, la presencia de la ira reprimida se infiere del informe del paciente (por ejemplo de lo que este éste dice, expresa o autoinforma); relacionamos un conjunto de variables psicológicas (indicadores de la ira) con un conjunto de variables físicas (por ejemplo datos obtenidos con el esfigmomanómetro).



Una de las más reconocidas dentro de este enfoque es la:

***Teoría de Actitudes Específicas:***

Sostiene que las diferentes enfermedades o síntomas se asocian a actitudes específicas expresadas por el paciente hacia la situación (estímulo-cognitiva) que evoca la enfermedad. Los autores definen la actitud en base a estos dos componentes: (1) lo que siente la persona que el está ocurriendo y (2) qué desea hacer acerca de ello.

Se han referido, varias actitudes concretas vinculadas de forma específica a diversas enfermedades. Por ejemplo, según este modelo los individuos con hipertensión arterial (1) sienten la amenaza de algún daño y (2) necesitan estar preparados (alerta) para algo.

## CONCLUSIONES

Después de realizar las prácticas en el Hospital Durand y con la investigación que se realizó durante este trabajo concluimos que es de mucha importancia el enfoque psicosomático en la formación no solo del psicólogo clínico sino de todos los profesionales especializados en el área de la salud.

Las pautas de crianza siguen siendo de vital importancia para determinar el comportamiento y carácter de los individuos y más aún para generar, mantener, o agravar enfermedades que aparentemente no tienen ninguna relación con la vida anímica, sin embargo estas nuevas perspectivas nos demuestran y nos hacen reflexionar sobre la importancia de establecer equipos multidisciplinarios que consideren al ser humano como algo que va mucho más allá del beneficio económico y social que un paciente nos puede aportar.

Esta monografía toca sobre todo un punto indispensable que hoy en día ha sido muchas veces y por muchas personas olvidado, el hecho de que alguien que acude a una consulta es mucho más que un conjunto de síntomas y signos, es mucho más que un número en la lista de espera de un médico o psicólogo, es sobre todo un ser humano con dolencias que acude a nosotros muchas veces no solo para ser diagnosticado y tratado de manera impersonal, sino para ser escuchado y atendido como si fuese nuestro primero, nuestro único y nuestro último paciente, solamente así, cuando logremos comprender que la visión dualista del ser humano no puede guiar nuestra vocación, lograremos avanzar y ampliar la complejidad del tratamiento humano.

## BIBLIOGRAFÍA

- **BELLOCH, A, “Manual de Psicopatología”, Mc Graw Hill, Madrid, 1995**

- **LIBERMAN, D, “Del Cuerpo al Símbolo”, Editorial Tres, Buenos Aires, 1986**
- **HARTMANN, H, “Ensayos sobre la psicología del yo”, México FCE, 1960**
- **MAHLER, M, “ EL Nacimiento psicológico del infante”, Marymar, Buenos Aires 1979**
- **SIVAK, R., WIATER, A., “ Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos”, Paidós, Buenos Aires, 1997**
- **SPITZ, R., “El primer año de vida”, Aguilar, Madrid, 1961**
- **REVISTA ASOCIACIÓN ESCUELA ARGENTINA PARA GRADUADOS No 12 , “Tesis de Doctorado del Dr. David Liberman: Semiología Psicosomática” Buenos Aires, 1986**
- **REVISTA ASOCIACIÓN ESCUELA ARGENTINA PARA GRADUADOS No 7, “Sobreadaptación y falta de angustia señal”, Buenos Aires, 1982**
- **REVISTA ASOCIACIÓN ESCUELA ARGENTINA PARA GRADUADOS No 7, “ Los pacientes psicosomáticos vistos desde la clínica psicoanalítica”, Buenos Aires, 1982**