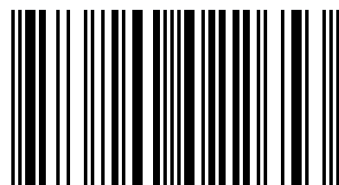


Encuentro Psicoanalítico

Encuentro Psicoanalítico es un libro dedicado a profesionales de la salud, interesados en la comprensión de las situaciones conflictivas de quienes los consultan. Su autora se basa en la teoría de Chiozza que describe la enfermedad orgánica como una forma de lenguaje, el cual una vez aprendido a descifrar, permite comprenderla ya no como un accidente indeseado sino como un suceso biográfico que le es intolerable al hombre que la padece, hallando en el enfermar, una "solución" para ese drama. Si se entiende esta "función" que cumple la enfermedad, se observa que su simple desaparición, mediante el "combatirla" puede reestablecer el problema inicial o incluso agravarlo. Sus capítulos comprenden un panorama general de la Medicina Psicosomática, una articulación entre la Neurociencia y el Psicoanálisis, el Enfoque psicósomático de la glándula pineal, un análisis en profundidad del Narcisismo y un último capítulo sobre Psicoterapia de pareja, área que junto a las manifestaciones psicósomáticas, ocupa un lugar importante en la solicitud de ayuda terapéutica.



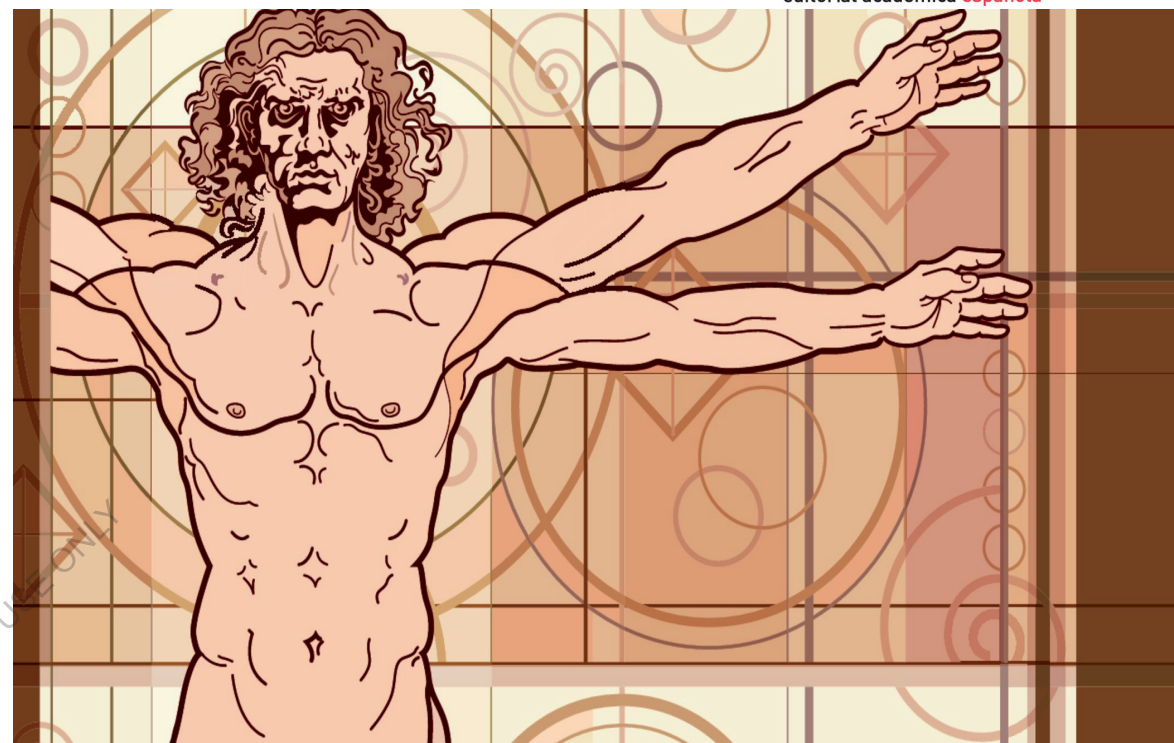
Psicóloga. Especializada en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática. Dictó cursos sobre los significados inconcientes de los trastornos orgánicos en Argentina, Uruguay, Brasil, Chile, USA, Puerto Rico, Venezuela, México e Italia. Se dedica a la actividad clínica desde 1971. Facebook: EPSI - Encuentro Psicoanalítico - <http://www.encuentropsi.com.ar>



978-620-0-02265-3

editorial académica española

Spagnuolo de Iummato



Ana Maria del Carmen Spagnuolo de Iummato

Encuentro Psicoanalítico

Medicina Psicosomática y Psicoanálisis

Ana Maria del Carmen Spagnuolo de Iummato

Encuentro Psicoanalítico

FOR AUTHOR USE ONLY

FOR AUTHOR USE ONLY

Ana Maria del Carmen Spagnuolo de Iummato

Encuentro Psicoanalítico

Medicina Psicosomática y Psicoanálisis

FOR AUTHOR USE ONLY

Editorial Académica Española

Imprint

Any brand names and product names mentioned in this book are subject to trademark, brand or patent protection and are trademarks or registered trademarks of their respective holders. The use of brand names, product names, common names, trade names, product descriptions etc. even without a particular marking in this work is in no way to be construed to mean that such names may be regarded as unrestricted in respect of trademark and brand protection legislation and could thus be used by anyone.

Cover image: www.ingimage.com

Publisher:

Editorial Académica Española

is a trademark of

International Book Market Service Ltd., member of OmniScriptum Publishing Group

17 Meldrum Street, Beau Bassin 71504, Mauritius

Printed at: see last page

ISBN: 978-620-0-02265-3

Copyright © Ana Maria del Carmen Spagnuolo de Iumato

Copyright © 2019 International Book Market Service Ltd., member of
OmniScriptum Publishing Group

FOR AUTHOR USE ONLY

Reconocimiento y dedicatorias

Sirvan estas líneas de cálido reconocimiento a mi familia, esposo, hijos, nietos, que con su afectuosa presencia me brindan alegría de vivir.

A mis pacientes, quienes con su deseo de curación, a través de la comprensión psicoanalítica, me estimulan a la búsqueda de significados que los ayuden a lograr bienestar.

A mis alumnos de la universidad y de EPSI (Encuentro Psicoanalítico) que me acompañan en la investigación del significado biográfico del enfermar. Cátedra y consultorio son, en mi experiencia, ámbitos motivadores para la interpretación del sentido de la enfermedad y su curación.

A la memoria del creador del Psicoanálisis, Sigmund Freud y a Luis Chiozza, quien con sus descubrimientos sobre Psicósomática, nos brindó un instrumento terapéutico eficaz para resignificar la historia del hombre que padece.

A Néstor Marchant, presidente de la Asociación Argentina de Psiquiatras, grupo de cuyo seno brotó un importante Manual de Psiquiatría y en el cual tuve el honor de colaborar.

Agradezco a la Editorial Académica Española la publicación de mi trabajo y a Loida Damian quien colaboró en el proceso editorial, brindándome la oportunidad de contactar a un público interesado en psicósomática y psicoanálisis.

INDICE

Medicina psicosomática..... 3

***Aproximación a la comprensión psicosomática
del cerebro. Articulación entre la neurociencia y
el psicoanálisis..... 50***

Enfoque psicosomático de la glándula pineal.....73

Acerca del narcisismo..... 102

***Psicoterapia de pareja y alianzas defensivas en
psicoterapia de pareja..... 125***

MEDICINA PSICOSOMÁTICA¹

“La salud es un hábito psicosomático al servicio de la vida y de la libertad de la persona que consiste en la capacidad física para realizar con la mínima molestia y si fuese posible con gozo, los proyectos vitales del sujeto”
Lain Entralgo

HISTORIA DEL CONCEPTO

Psicosomático es un término relativamente nuevo pero que, según Weiss y English², describe una aproximación a la medicina tan vieja como el mismo arte de curar: “No es una especialidad sino más bien un punto de vista que se aplica a todos los aspectos de la medicina y de la cirugía. No significa estudiar menos el cuerpo; significa estudiar más la psiquis. Es una reafirmación del viejo principio de que la mente y el cuerpo son uno, que funcionan como órganos interactivos e interdependientes –un principio que siempre ha guiado al médico práctico inteligente. Como ciencia, la medicina psicosomática se orienta a descubrir la naturaleza precisa de la relación entre emociones y función corporal². La investigación en este terreno se apoya en la convergencia de la moderna investigación fisiológica, según fuera desarrollada por la ciencia de laboratorio y la experimentación animal, y de los descubrimientos del psicoanálisis, ambos desarrollos dinámicos de la medicina”³.

En las antiguas civilizaciones de Oriente, la medicina primitiva se confunde con la magia: los primeros médicos eran sacerdotes; las primeras clínicas, templos. Las causas de las enfermedades no residían en el organismo de los pacientes sino en acciones de seres sobrenaturales, dioses o demonios. Resultaba lógico por lo tanto, que se buscara curar mediante prácticas religiosas: encantamientos, exorcismos, sacrificios expiatorios, etc. Mucho antes que los países orientales, Grecia supo liberarse, gracias a su espíritu realista, de supersticiones y prejuicios, adquiriendo así un concepto concreto y racional de la salud y la enfermedad. La profesión médica pasa a manos laicas, la observación se vuelve guía en el estudio de las enfermedades y el arte de curar se transforma en ciencia experimental. A partir del siglo VI a.C. surgieron centros médicos como la célebre Escuela de Cos,

¹ Capítulo incluido en el Tratado de Psiquiatría del Dr. Marchant (Grupo Guía, 2005)

² En sus aplicaciones, podemos diferenciar la Psicosomática como ciencia básica, como orientación médica y práctica clínica. Como ciencia básica, la Psicosomática tiene por objetivo la observación e interpretación de las relaciones entre estados, procesos y acontecimientos psicológicos y biológicos, tal como son influenciados por el entorno que rodea al sujeto, en la salud como en la enfermedad. Pertenecce al grupo de las ciencias naturales, tributaria del método experimental y abrevia a nivel teórico de los sistemas conceptuales provenientes de la Psicología y la Biología. Como orientación médica, la Medicina Psicosomática surge como reacción a las tendencias reduccionistas de la medicina, encarnando una actitud que comprende al paciente en su totalidad, atendiendo no sólo a los datos biológicos sino también a los factores sociales y psicológicos que lo afectan a fines de lograr un más eficaz diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad.

³ “...en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Munich, se exhibe en una vitrina especial, junto al microscopio de Alois Alzheimer una carta manuscrita de Freud en la que éste le agradece a Emilio Kraepelin la derivación de un paciente... Una vez más podemos apreciar cómo los grandes hombres en vez de disentir, se complementan”: Prof. Dr. Jaime Smolovich (Psiconeuroinmunoendocrinología, Prólogo,³⁰)

encarnada en el gran maestro Hipócrates que floreció alrededor del 400 a.C., y a quien la Historia confirió el título honorífico de padre de la medicina.

Hipócrates (460-377 a.C.) sostenía que encontrar la causa de la enfermedad y prever su evolución son las primeras tareas del médico y las condiciones previas del arte del curar. Su búsqueda de integración entre lo psíquico y lo somático se basaba en la concepción de la patología humoral, que relacionaba las cualidades y elementos de **Empédocles** (504-443 a.C.) con los cuatro humores, de cuya armonía dependía la salud: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema y los cuatro temperamentos correspondientes: el sanguíneo, el melancólico, el colérico y el flemático. Además describía casos de locura que encontraban alivio con una disentería y establecía correlación entre los tipos físicos muscular y fuerte –habitus apoplecticus-, propenso a la apoplejía y el delicado y débil –phthisicus- con tendencia a la tuberculosis. (PAPP,³⁹)

Platón (429-347 a.C.) enseñó que el equilibrio entre el cuerpo y el alma es el elemento importante en la salud y que los desórdenes mentales pueden deberse a trastornos morales o corporales⁴. Expresó el punto de vista de que cuando las pasiones no son inhibidas por las altas facultades, como ocurre en el estado de sueño, los deseos tienden a ser satisfechos en la fantasía: “el punto que deseo hacer notar es que en todos nosotros, aun en los hombres buenos, hay una naturaleza de bestia salvaje que persiste en el sueño”⁵.

Los términos "psicosomático" y "somatopsíquico" fueron utilizados, respectivamente, por primera vez, por **Johann Christian Heinroth**⁶ (1773-1843), en 1818, y por **Maximilian Jacobi** (1775-1858) en 1822. Siguiendo este recorrido histórico de precursores, hallamos a **Carl Gustav Carus** (1779-1868), médico y amigo de Goethe, a quien se le atribuye el mérito de describir por primera vez el cuerpo humano en su totalidad, como campo expresivo⁷.

⁴ “Si no debe descuidarse la cura de los ojos sin la cabeza, ni la de la cabeza sin el cuerpo, tampoco debe tratarse el cuerpo sin el alma; si muchas enfermedades se resisten a los esfuerzos de los médicos helenos, procede de que desconocen el todo... Pues es un error entre los hombres, en estos tiempos, el intentar ser médicos para una de las dos cosas (la templanza del alma o la salud corporal) separadamente”. Platón ‘*Cármides*’ 156 e, 157 b)

⁵ En esta descripción observamos como las ideas de Platón acerca de los sueños se anticipan a la teoría freudiana.

⁶ El primer trabajo de este psiquiatra alemán, profesor de Leipzig- inscripto en la corriente vitalista de Xavier Bichat, es un artículo sobre la influencia de las pasiones en la epilepsia y en la tuberculosis. Esta nueva corriente vitalista tenía por objetivo introducir en el pensamiento organicista y experimental de la medicina del siglo XIX, factores de orden psíquico para dar cuenta de la etiopatogenia de ciertas enfermedades.

⁷ Para Carus, las enfermedades del alma proceden del inconsciente o de la conciencia. Entre las primeras se encuentran las enfermedades corporales, en las tres formas primordiales de fiebre, inflamación y deformación. El segundo grupo de enfermedades, que se manifiestan fundamentalmente en el espíritu consciente, son llamadas enfermedades del alma o enfermedades psíquicas. (Lolas Stepke³⁷). Según expresó Sir William Osler, es importante conocer tanto lo que está pasando por la cabeza del hombre como en su pecho, para pronosticar el resultado de una tuberculosis pulmonar. El célebre fisiólogo británico George Day manifestó que “los factores psicológicos, sucedidos entre 18 y 24 meses antes de la aparición de la enfermedad, pueden tener influencia en el curso de la tuberculosis y, una vez que está establecida, la enfermedad puede ser minimizada si el paciente tuvo la oportunidad de ser escuchado por alguien durante un razonablemente largo período”. Day, G. (1951) The psychosomatic approach to pulmonary tuberculosis. *Lancet*. May 12, 1025-1028

En 1876, el médico inglés H. Maudsley (1835-1918) que obtuvo gran prestigio por una clasificación de las psicosis etiológica y somatológicamente orientada, ya decía que “si la emoción no se libera, se fija en los órganos y trastorna su funcionamiento”⁸.

Aun cuando el término psicosomático genera malentendidos, dado que en ciertas oportunidades se refiere a una aproximación holística médica y otras a un grupo diferenciado de dolencias, lo conservaremos en este recorrido como un intento abarcativo de referirnos a aquella zona de confluencia de las disciplinas médicas tradicionales. Atrapado en el dualismo soma – psique, iniciado en el planteo cartesiano, el pensamiento psicosomático también pendula entre enfoques que destacan *la especificidad del enfermar* – con el supuesto básico de que ciertas estructuras de carácter o determinada conflictiva, determinan ciertas dolencias- u otros que enfatizan la concepción del proceso patológico, como un *fenómeno “biopsicosocial”*, que en numerosas oportunidades comprende un listado de factores, sin terminar de explicar su imbricación en el resultado final que constituye el proceso patológico.

El psicoanálisis freudiano, según Haynal y Passini²¹, proveyó la primera reflexión sistemática y el primer modelo etiológico para explicar síntomas corporales de tal modo que ya en 1913, **Paul Federn** presentaba un caso de asma estudiado mediante el psicoanálisis.⁹

La expresión *Medicina psicosomática* fue introducida en el psicoanálisis por el discípulo de Freud, **Felix Deutsch**, quien en 1922 publicó el artículo “El campo de la psicoterapia en la medicina interna” y en 1928, “La posición del psicoanálisis en la clínica interna”.

Thure von Uexküll, uno de los pioneros de la psicosomática en Alemania, ha descrito de una manera simple lo que significó la asociación de psicoanálisis y medicina psicosomática en Alemania. Sugiere la existencia de tres fases, la *primera*, que estaría

⁸ Tanto la sabiduría antigua como la premoderna reflejaron el conocimiento de la unidad cuerpo-mente en interacción bidireccional. **Aristóteles** dijo, “Psique (alma) y cuerpo reaccionan complementariamente una con otro, según mi entender. Un cambio en el estado de la psique produce un cambio en la estructura del cuerpo, y a la inversa, un cambio en la estructura del cuerpo produce un cambio en la estructura de la psique”.

⁹ Sintéticamente podríamos decir que la psicosomática psicoanalítica parte del hombre enfermo y de su funcionamiento psíquico, para comprender las condiciones en las cuales ha podido desarrollarse una enfermedad somática y, en cambio, la medicina tradicional parte de la enfermedad y busca los factores etiológicos ya sean biológicos o psíquicos. Según Laín Entralgo³⁵, quien sepa prescindir de todo dogmatismo de escuela –sea ésta “freudiana” o “antifreudiana”-, pronto advertirá que la contribución del psicoanálisis a la medicina puede cifrarse en cinco puntos principales: 1) el descubrimiento de la *rigurosa necesidad del diálogo con el enfermo*, así para el diagnóstico como para el tratamiento de su enfermedad (...). La palabra dejará de ser puro instrumento de pesquisa y se convertirá en agente terapéutico. 2) la estimación diagnóstica y terapéutica del *componente instintivo de la vida humana*. 3) el descubrimiento de la existencia y de la significación que en la vida del hombre tienen los *diversos modos de la conciencia psicológica* (inconsciente-preconsciente-consciente). 4) una decisiva aportación al conocimiento cabal de *la influencia que la vida anímica ejerce sobre los movimientos del cuerpo*, y éstos sobre aquélla (correlaciones psicosomáticas). 5) la preocupación por ordenar comprensivamente en la biografía del enfermo el suceso de la enfermedad. Freud supo demostrar que la patografía es y debe ser biografía, en el más pleno sentido de esta palabra.

caracterizada por **Georg Groddeck** (1866-1934)¹⁰, considerado por muchos como el padre fundador de la medicina psicosomática moderna, quien extendió el andamiaje de la metapsicología freudiana a las enfermedades orgánicas y manipuló símbolos y analogías con inimitable desenvoltura. Groddeck estaba convencido que la distinción entre cuerpo y psique era sólo verbal, no sustancial, que ambos constituían un todo único, negando la distinción entre enfermedades físicas y psíquicas. (GRODDECK¹⁹).

La *segunda fase* se habría caracterizado por la introducción de métodos psicofisiológicos, con experimentos de hipnosis que habrían demostrado los condicionantes psicológicos de manifestaciones fisiológicas pero sin indicar una especificidad que permitiera predicciones. Los intentos de Félix Deutsch por introducir el psicoanálisis en la clínica médica –a principios de la década del 20- corresponderían también a este período.

La *tercera fase* –una fase de creciente conciencia metódica¹¹ - se caracterizaría por el intento de aportar comprobaciones empíricas a las numerosas generalizaciones teóricas. Aquí se ubica a Flanders Dunbar y su estudio sobre los tipos de personalidad, y a Franz Alexander, con la teoría del conflicto psicodinámico específico. Thure von Uexküll tampoco olvida a **Michael Balint**, cuya duradera contribución residió en investigar la estructura de la relación médico-paciente. Balint acuñó para esa época una curiosa idea: planteó que la medicina más frecuentemente utilizada en la práctica médica es el propio médico. Pero que todavía no existía una farmacología para esa tan importante droga: ni dosis, ni frecuencia, ni indicaciones ni contraindicaciones. Y concluyó que lo más riesgoso era que la droga "médico" se administraba frecuentemente sin saber siquiera que se la estaba administrando ya que, aunque cada profesional piense que en su tarea produce solamente acciones técnicas, en realidad en cada acto o decisión médica hay

¹⁰ Groddeck había tomado el concepto de Ello de Nietzsche para denominar un campo más amplio que el que Freud describía para el inconsciente. Opinaba que el hombre estaba animado por lo desconocido, por un Ello que regula todo lo que hace y le sucede, sintetizando su idea en la frase "el hombre es vivido por el Ello". Este concepto fatalista no era totalmente aceptado por Freud, que consideraba que las fuerzas del Yo permiten un dominio aunque sea parcial de sí y del mundo exterior. El Ello de Freud es un concepto tóxico y un polo opuesto al Yo. Para Groddeck, que no acordaba con tales oposiciones, el Yo es una forma de expresión del Ello. Consideraba que los síntomas orgánicos se desarrollan de un modo similar al trabajo del sueño y a la dinámica de las neurosis y que son accesibles a la influencia psicoterapéutica. Dentro de su concepción, siempre que el Ello no llega a la satisfacción libidinal en razón de una censura severa, se manifiesta bajo la forma del sueño o de un síntoma; si por medio de dicho síntoma no se aporta ninguna satisfacción a la pulsión reprimida, el síntoma se repite, manteniéndose hasta la aparición de la enfermedad. "El síntoma como patofisiología es, cual lenguaje del Ello, por así decir, el balbuceo de la impotencia humana. Comprender su significado, aceptar al hombre en su debilidad, y esto siempre recordando la propia humanidad, es la posición médica básica de Groddeck". (CLAUSER¹⁰).

¹¹ El órgano de difusión pionero en los Estados Unidos *Psychosomatic Medicine* fundado en 1939, anunciaba que sus páginas estarían destinadas a "publicaciones que trataran primordialmente de fenómenos observados concomitantemente desde ángulos psíquicos y somáticos en lugar de uno de ellos por separado" y señalaba como áreas de énfasis los "cambios fisiológicos que acompañan a la emoción... y los aspectos psiquiátricos de problemas médicos generales y específicos". (Nemiah, J.C. Denial revisited: reflections on psychosomatic theory. Psychother. Psychosom. 26:140-147, 1975). Cabe recordar también como hecho histórico significativo que en el año 1946 surge la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en su carta fundacional define a la salud "como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección".

necesariamente una interrelación entre acciones técnicas, imperativos ideológicos y condicionantes emocionales.

El renovado interés por lo psicosomático corresponde a un genuino afán científico por superar el dualismo cartesiano que separa la "psiquis" de la "materia" y también, al mecanicismo subyacente en ciertas explicaciones de la medicina tradicional que, más allá del progreso que acarreo en muchas áreas de la investigación, redujo la visión y la interpretación de los fenómenos humanos de su riqueza y complejidad a una peligrosa explicación causalista.

La mayoría de las concepciones causalistas diferencian a los trastornos en:

- *Trastornos psicogenéticos*: aquellos provocados por fantasías que se expresan simbólicamente a través de una alteración orgánica.
- *Trastornos organoneuróticos*: las funciones orgánicas pueden ser influidas fisiológicamente por actitudes instintivas inconcientes, sin que por ello los cambios que se produzcan tengan siempre un significado psíquico definido.
- *Trastornos somatogénicos*: son las llamadas patoneurosis y comprenden los trastornos psíquicos provocados por una enfermedad orgánica o investidos de significación psicológica "a posteriori".¹²

Desde nuestro enfoque de la medicina psicosomática, compartimos la definición de **Laín Entralgo**³⁵ como *"la orientación de la medicina que se caracteriza por incluir en cada acto médico y en cada juicio clínico, la consideración de las emociones inconscientes que contribuyen a que cada paciente, configure una persona enferma en una situación particular siempre diferente"*, que comprende, además, las vicisitudes de sus relaciones con el médico, la familia y la sociedad.

ESCUELAS Y ENFOQUES DE LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA

Hemos elegido para este capítulo, presentar algunas de las líneas de pensamiento que denominamos, dado sus lugares de nacimiento, norteamericana, francesa, alemana y argentina, presentando a modo de ejemplo, algunas interpretaciones de patologías orgánicas estudiadas por los investigadores de las mismas, a fin de poder comparar los distintos enfoques teóricos. Asimismo incluimos, dada la importancia de sus aportes, la escuela cognitiva, sistémica, los desarrollos de la psiconeuroinmunoendocrinología y el estudio del estrés

Escuela Norteamericana (Dunbar, Alexander, Deutsch, French, Weiss y English)

Se caracteriza por la búsqueda de los "perfiles psicológicos" correspondientes a las enfermedades que su grupo de investigadores considera típicamente psicosomáticas¹³: asma bronquial, úlcera péptica, rectocolitis ulcerohemorrágica, neurodermatosis,

¹² Lo opuesto, según Otto Fenichel, sería la pato-curación, en donde una neurosis desaparece con la irrupción de una enfermedad orgánica.

¹³ Comúnmente denominadas las "Siete de Chicago"

hipertensión arterial, artritis reumatoidea, tirotoxicosis. Los investigadores de esta línea, intentan establecer para cada caso una reconstitución muy completa de "patterns of behavior" y de "reactions of stress" que se han sucedido o combinado su acción a lo largo de toda la existencia del enfermo. Alexander enumera los puntos de la historia individual que deben ser explorados con vistas a obtener una "patobiografía" correcta: constitución hereditaria, traumatismos obstétricos, enfermedades de la infancia, accidentes físicos y afectivos traumáticos de la infancia, clima afectivo familiar, rasgos específicos de los padres y del ambiente, traumatismos físicos y experiencias afectivas ulteriores (relaciones interpersonales y profesionales). Tales observaciones permiten establecer correlaciones entre ciertas enfermedades y determinados *perfiles psicológicos*. (EY¹⁶)

Félix Deutsch¹² escribía en 1933 que “toda enfermedad orgánica está acompañada por una pequeña neurosis (donde) las energías instintivas derivadas del inconsciente forman la base para el curso de una enfermedad orgánica”. Según Deutsch, en una época anterior a la evolución completa de la vida instintiva, un trastorno orgánico se unió a un determinado conflicto psíquico, creándose así una *unidad psicósomática*. Luego cuando el antiguo conflicto psíquico se torna activo, el órgano asociado originariamente con el conflicto es el que produce los síntomas. Esta fusión tiene una energía potencial, de modo que reaccionará como una unidad siempre que se estimule un elemento de tal unidad.

Franz Alexander³ fue el primer teórico de orientación psicoanalítica que trató los procesos fisiológicos en forma algo más diferenciada que las usuales metáforas o analogías. “Consideramos la aproximación psicósomática –escribió en 1948- como el comienzo de una nueva era en la medicina. Se trata de una orientación que intenta comprender las enfermedades no como procesos locales aislados sino como perturbación de la coordinación total de los procesos orgánicos. Debido a que las funciones de la personalidad constituyen precisamente las más elevadas actividades de coordinación del organismo, esta nueva orientación incluye el estudio de la participación de la personalidad total en los procesos patológicos”.

En su artículo de 1943, Alexander⁴ definió tres conceptos fundamentales para la investigación psicósomática: *psicogénesis*, *conversión* y *especificidad*: “Cuando hablamos de *psicogénesis* nos referimos a procesos fisiológicos consistentes en excitaciones en el sistema nervioso que pueden ser estudiadas mediante métodos psicológicos debido a que ellas son percibidas subjetivamente bajo la forma de emociones, ideas o deseos. La investigación psicósomática trata de tales procesos, en los cuales ciertos eslabones de la cadena causal se prestan, en el estado actual de nuestro conocimiento, más fácilmente a su estudio mediante métodos psicológicos en lugar de fisiológicos, ya que la investigación detallada de las emociones como procesos cerebrales no está lo suficientemente avanzada”. Vemos como para Alexander la característica distintiva de los factores psicogénicos – emociones, ideas, fantasías- consistía en la posibilidad de estudiarlos mediante la introspección y la comunicación verbal.

Este autor menciona tres categorías de procesos somáticos influenciados por factores psicológicos: a) la conducta voluntaria, que se supone motivada por fines y cuya característica es ser adaptativa; b) las invenciones expresivas, “fenómenos de descarga que alivian (expresan) tensiones emocionales específicas” y c) las respuestas vegetativas a

estados emocionales, que contribuyen a superar condiciones a las cuales está expuesto el organismo. Aquí cabe distinguir entre dos tendencias generales: la preparación a la *lucha* o la *huida* en situaciones de peligro y el retraimiento de todo contacto con el mundo exterior, orientando la energía hacia el propio organismo. Alexander identificará estas tendencias con la función de las dos divisiones del sistema nervioso autónomo.¹⁴

Alexander ha separado completamente, dentro de su concepción, las afecciones psicósomáticas de la neurosis: la *histeria* pertenece a la patología de la expresión voluntaria, de la que los músculos estriados, que permiten la "vida de relación", son los órganos, mientras que los hechos psicósomáticos pertenecen a la patología de las reacciones vegetativas, expresadas por los músculos lisos que aseguran la armonía interna de las funciones vitales. El síntoma de *conversión* histérica es el equivalente de una tensión emocional con una expresión simbólica; en la cronología del desarrollo corresponde a una organización ya evolucionada, que incluye el lenguaje y el gesto; mientras que la enfermedad psicósomática representa una "conversión" mucho más profunda y mucho más radical del conflicto en el plano de las funciones y de las alteraciones tisulares¹⁵.

La tercera idea central en el edificio teórico de Alexander, la *especificidad*, asume en su obra caracteres distintivos. En primer término, se trata de la observación de que diferentes estados emocionales poseen un síndrome vegetativo específico. Esto es, la ira y la alegría difieren en cuanto a sus concomitantes fisiológicos. Los síntomas neuróticos gástricos tienen una diferente "psicología" que los de la constipación o la diarrea emocional, las enfermedades cardíacas difieren en su trasfondo emocional de los casos de asma. "Esta especificidad emocional puede precisarse sólo mediante detallada y cuidadosa observación, para la cual el mejor método disponible es la prolongada técnica de entrevista del psicoanálisis". En distintas oportunidades se le ha objetado a Alexander, que los procesos psicológicos enumerados, tales como ira, culpa, dependencia y otros, aparecen prácticamente en todas las personas, objeción a la que Alexander responde: "no se trata de

¹⁴ Con respecto a los mecanismos de producción de síntomas vegetativos, la teoría de Alexander descansa sobre la complementariedad y el antagonismo de los sistemas nerviosos simpático y parasimpático. Apoyándose en los trabajos de Cannon, sostiene que la principal función del sistema nervioso simpático consiste en la preparación de los procesos internos para afrontar demandas del exterior. A través de una exacerbada actividad simpática se prepara el organismo para la lucha o para la huida (tradicional patrón de respuesta "**fight or flight**"). En cambio, cuando predomina el sistema parasimpático, el individuo, por así decir, se "retira" de las demandas externas y se recoge a su pura existencia vegetativa, anula o inhibe la orientación hacia el ambiente y dedica sus energías al control de su ambiente interno. De estas dos tendencias deriva Alexander una nosología, que se basa en el predominio relativo de una u otra de ellas en situaciones de conflicto. Así, por ej., los deseos de dependencia y protección se identifican con el deseo de ser alimentado y se expresan en una hiperfunción del sistema parasimpático.

¹⁵ Al respecto nos dice: "Mantengo mi sugerencia original de restringir los fenómenos de conversión histérica a los síntomas de los sistemas neuromuscular voluntario y perceptivo-sensorial y diferenciarlos de los síntomas psicogénicos que ocurren en los sistemas viscerales, que están bajo el control del sistema nervioso autónomo". Se trataría, en el segundo caso, no de expresiones sustitutivas de emociones reprimidas sino de acompañantes fisiológicos normales de la emoción. Así, los procesos fisiológicos que acompañan la ira y el miedo no alivian ni una ni otro sino son corolarios normales de tales estados emocionales. De esta forma, en base al eje simbólico-no simbólico, podría distinguirse entre un síntoma de conversión y una neurosis vegetativa. (Alexander,⁴¹)

la presencia de uno o varios de estos factores psicológicos... la especificidad debe ser buscada en la situación de conflicto en que estos diferentes factores aparecen”¹⁶.

El programa de investigación de Alexander y colaboradores se orientó a intentar el diagnóstico de dolencias somáticas sólo en base a la constelación psicodinámica. Estos estudios, continuados a su muerte por Pollock y otros, demostrarían que en ciertas dolencias –sobre todo en las famosas siete de Chicago– existe una configuración conflictiva característica, si bien no única.

Alexander con suma cautela indicó además, que era necesario profundizar los estudios para determinar el rol de otros factores en la patogénesis de los trastornos somáticos. Concretamente, ellos fueron enumerados en una famosa fórmula, según la cual la enfermedad es función de numerosos factores: predisposición hereditaria; traumas del nacimiento; enfermedades de la temprana niñez que incrementan la susceptibilidad de ciertos órganos; características del cuidado del niño y su educación; vivencias traumáticas accidentales de la niñez; clima psicológico familiar y rasgos específicos de personalidad de padres y hermanos; lesiones físicas posteriores; vivencias emocionales tardías en relación a personas cercanas y relaciones laborales.

El clásico trabajo sobre las relaciones entre el “*perfil de personalidad*” –en un sentido dinámico- y determinadas afecciones somáticas lo constituye la investigación de **Flanders Dunbar**, en la que principalmente sobre la base de instrumentos psicométricos fue posible describir distintos “tipos” de reacción. Estas tendencias a reaccionar de una u otra manera podían estudiarse en la historia vital de los sujetos. Después de su formación analítica en Viena y Berlín, Dunbar desarrolló la tesis de que los sucesos vitales, sobre todo en la temprana infancia, son decisivos para el desarrollo del carácter y por lo tanto para la forma de enfrentar el ambiente. De manera que la hipótesis fue suponer que junto con ello se modificaría también la sensibilidad corporal, por así decir, y surgiría una predisposición a enfermar.

En la búsqueda de un grupo control, Dunbar llegó a estudiar pacientes que habían sufrido accidentes, es decir, eventos puramente físicos impredecibles pero no inevitables. Curiosamente, también en este grupo pudo Dunbar comprobar la existencia de un perfil de personalidad por lo menos en un 80% de los sujetos. Se trataba de individuos impulsivos, desordenados y vitales, ansiosos de aventura. Les habían ocurrido accidentes más a menudo que a otras personas. Tenían una tendencia al autocastigo. Este “accident prone patient”, se podía comparar con el perfil de personalidad de los sujetos afectados de angina pectoris e infarto del miocardio. (Lolas Stepke, 1995).¹⁷

¹⁶ El compara esta forma de especificidad con la que se describe en la esteoquímica. Los elementos constituyentes de los distintos cuerpos químicos son siempre los mismos, pero sus fórmulas estructurales difieren y son en buena medida responsables de sus propiedades específicas. Se trataría de una “isomería psíquica”: los mismos elementos ordenados de formas diferentes, llevarían a formas diferentes de trastorno.

¹⁷ En nuestro país, el Dr. Granel ¹⁸ aborda los accidentes desde una perspectiva donde una realidad latente subyace a la aparente. En esta “otra realidad” ocurren fenómenos no visibles ni directamente tangibles y mensurables donde se gesta el accidentarse. Ocurren en el sujeto una serie de situaciones internas, desconocidas para él, que se ordenan y encadenan en una secuencia convergente, no lineal, desembocando en un accidente que aparece como si éste se hubiera producido súbitamente, y fuera del contexto manifiesto de la persona que lo padece. Es un proceso con un origen, un desarrollo, una finalidad y un sentido. En él participan

Perfil psicológico del individuo con infarto de miocardio, según Flanders Dunbar ¹³

La personalidad de estos enfermos es extrovertida, con esfuerzos para resolver sus conflictos con las personas de autoridad mediante una identificación con ellas, pero con el propósito de sobrepasarlas. Esto se refleja en el curso de toda su vida, obligándoles a adoptar una conducta de trabajo constante y extenuadora, que los lleva a conseguir posiciones elevadas con buenos ingresos, siempre con vista al futuro. Suelen contraer matrimonio a menudo y tienen más hijos que cualquier otro grupo de enfermos. Dominantes, aparentemente buenos maridos, pero con poca satisfacción genital en el matrimonio, buscan a menudo relaciones extraconyugales. En su infancia sienten hostilidad hacia un padre severo y tienen una actitud más afable hacia su madre, también severa. Los sujetos con oclusión coronaria suelen tener una historia personal con enfermedades frecuentes y operaciones. Sufren a menudo de trastornos vegetativos. El café y el tabaco son usados como estimulantes del trabajo. Muestran interés por la filosofía y escaso por la religión. Socialmente parecen distinguidos, poco emotivos, sin la tensión aparente de los hipertensos, satisfechos de sí mismos y con tendencia a dominar, empleando argumentos. Es importante en ellos la existencia de vivencias, de haber sido testigos de algún accidente cardiovascular o de muerte de personas relacionadas con ellos, sucesos que necesariamente dejaron huellas en su psiquismo.

Además del trabajo extenuante, sin vacaciones, la causa desencadenante de la enfermedad coronaria puede ser un fracaso profesional o la ruina súbita. Una vez enfermos procuran disminuir la importancia de los síntomas y no hacen caso a los consejos médicos, relativos al reposo y a evitar preocupaciones. A pesar de tales inconvenientes, al revés de los predisuestos a accidentes, estos enfermos coronarios son a veces personas propicias a la psicoterapia, consiguiendo buenos resultados. Pero hay que evitar su tendencia a tomar a broma lo ocurrido; tampoco hay que limitar demasiado sus actividades habituales, al revés de lo que generalmente se hace. Estas consideraciones no deben servir para generalizar la tesis de que la asociación 'perfil de personalidad / determinada dolencia', signifique una relación causal. Los rasgos en cuestión pueden haber aparecido a posteriori. Por ejemplo, rasgos de personalidad y enfermedad coronaria pueden ser sólo manifestaciones de un tercer factor no dilucidado. La relación con la patogénesis queda en todo caso por aclarar. ¹⁸

Sistemas Coordinados de Causas en Interacción Recíproca y Circular donde lo azaroso no funciona como causal único sino que se incluye como un elemento más, dentro del conjunto en el que se produce el accidentarse. El accidente externo es la realización dramática y escenificada en el mundo exterior de un accidente interno. Si en el conflicto ante el cambio, el sujeto se ha disociado entre dos sistemas enfrentados entre sí en forma violenta, no representables y sin atenuantes; se producirá el accidente. Este choque interno, previo y subyacente, es el encuentro entre las *configuraciones nuevas*, que pugnan por imponer el cambio y la *resistencia*, de las *configuraciones antiguas*, que tienden a conservar la situación preexistente. El accidente, en la medida en que implica una nueva movilización de contenidos y de fuerzas internas, si bien tiene todas las características del caos, es un *caos determinado*, del cual emergerán las líneas de un nuevo ordenamiento.

¹⁸ A tal fin, puede ser útil recordar las preguntas que formulara Halliday ²⁰ ¿Por qué enfermó este paciente en la forma en que lo hizo?, ¿qué clase de persona es, para comportarse en esta forma?, ¿por qué enfermó cuando lo hizo?. También Halliday presentó la noción de qué tipos específicos de personalidad pueden asociarse a un cierto grupo de enfermedades a las que llamó psicósomáticas. En la úlcera duodenal se encontraría frecuentemente un tipo de individuo con actividad superficialmente exagerada y deseo de independencia. En los pacientes con artritis reumatoidea describe la reserva emocional y la tendencia al sacrificio. Enfoques posteriores como el de Rosenman y colaboradores han dado nueva vigencia a la noción de un factor de

Escuela Psicosomática de París (Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Christian David, Michel Fain, Joyce McDougall)¹⁹

Encabezada fundamentalmente por Pierre Marty, es una escuela que surge ante la dificultad diagnóstica y terapéutica que les presentaban cierto grupo de pacientes que no encuadraban en el marco de la conversión histérica ni de las neurosis actuales y que presentaban alteraciones como cefaleas, raquialgias, alergias y asma. Así dibujaron el perfil de un tipo particular de enfermos, "*el psicósomático*", caracterizado por una "insuficiencia en la mentalización" que le impide la expresión psíquica de sus conflictos. Al hallarse privados de esta posibilidad, drenan en el cuerpo sus excedentes excitatorios, no ya como modo de expresión, sino como producto del déficit mismo. Esta insuficiencia en la mentalización de los conflictos, equivale a decir que éstos dejan de ser psíquicos y poseer un sentido, transformándose en algo somático, material, asimbólico, proceso denominado por los integrantes de esta línea, *somatización*. Para que se produzca una somatización se postula un esquema evolutivo en el cual se habrían producido determinadas fijaciones somáticas que precedieron a las fijaciones mentales. En el extremo opuesto y antagónico se halla el grado de mentalización del cual un sujeto es capaz, dado que este proceso, ligado a lo representacional y significativo, supone un nivel evolucionado que, como producto del desarrollo alcanzado, determinará la expresión de los conflictos de un sujeto en el plano mental. La somatización, en cambio, será una "vía residual" que testimonia un déficit evolutivo. Un conflicto que no pueda expresarse a nivel mental, iniciará un camino de retorno, regresión somática, hacia esta vía arcaica en la cual ya no interesarán los significados, sino que, sencillamente se evidenciará la compulsión del primitivo terreno corporal. Se establece de este modo una proporcionalidad directa entre el nivel de la mentalización y la salud y una proporcionalidad inversa entre el nivel de mentalización y la somatización.

La insuficiencia psíquica de estos enfermos se manifestaría en un síntoma básico y característico denominado "*depresión esencial*" que consiste en una depresión sin objeto, ni autoacusación, ni siquiera culpabilidad conciente, donde el sentimiento de desvalorización personal y la herida narcisista se orienta electivamente hacia la esfera somática. Tampoco se observa pesadumbre mental previa a la manifestación corporal. La falta de desarrollo psíquico se manifestará, también de una manera particular, en otros dos terrenos: en los afectos y en los pensamientos. En el terreno del pensamiento, la supuesta incapacidad evolutiva presupone la ausencia de la dimensión simbólica, en la medida en que ésta representa el coronamiento de la secuencia evolutiva.

Los psicoanalistas franceses, al acuñar la expresión "*pensamiento operatorio*", querían dar a entender una estructura psíquica peculiar caracterizada por su ligazón a lo técnico-concreto, a la cotidianidad de lo pragmático desprovisto de fantasía, sin "dimensión

personalidad, sugiriendo que el riesgo de infarto crece en una forma proporcional al número de factores involucrados. La personalidad llamada tipo A (individuos que trabajan bajo un intenso y constante deseo de éxito con la mira puesta en elevadas metas, con profundos deseos de reconocimiento de los que los rodean) es menos importante que el nivel de colesterol, pero algo más importante que la presión arterial diastólica. (ROSENMAN,⁴²)

¹⁹ Esta síntesis refleja el pensamiento sostenido por el Dr. Luis Barbero y el Lic. Horacio Corniglio en sus conferencias (7)

histórica". Por fijación a ciertas etapas del desarrollo, existiría una incapacidad para relaciones transferenciales reales (las relaciones "objetales", en general, son descritas como "relation blanche"). Otras características, como la llamada "reduplicación proyectiva" -el sujeto ve a los otros como una imagen de sí mismo-, explicarían los riesgos que para tales personas involucra la separación. (MARTY, ³¹)

En cuando a los afectos, estos pacientes presentarían una imposibilidad en la expresión de los mismos ya que carecerían de los correspondientes engramas verbales para dar cuenta de ellos. Los discípulos de esta escuela llaman a esta dificultad "*alexitimia*"²⁰ caracterizada por un conjunto de rasgos de comportamiento muy semejante al *pensamiento operatorio*. Esta dificultad se hace extensiva a la discriminación entre las distintas cualidades afectivas. **Kristal** describe esta realidad como un fenómeno de "anhedonia", que consiste en una incapacidad para experimentar bienestar y placer. La incapacidad para verbalizar adecuadamente emociones, la deficiente fantasía y otra serie de particularidades observadas frecuentemente en personas con sintomatología somática, han llevado a proponer que la verbalización de los afectos podría ser un medio importante para contrarrestar la tensión. Tales sujetos, por un déficit hereditario o adquirido, tendrían sus posibilidades de relación interpersonal señaladas por un persistente vacío y una constante superficialidad, además de ser incapaces de controlar (a través de identificar y nominar) los estados somáticos de tensión²¹.

Según los autores de la escuela francesa el déficit patognomónico que caracterizaría a los enfermos psicossomáticos sería la construcción incompleta del aparato psíquico, surgida de un desamparo inicial producto del vínculo con una madre narcisista que promueve un vacío psicológico, en el cual se impide el despliegue del espacio simbólico de la fantasía y abre el camino a la acción directa corporal. Al no ser atendidas las señales indicadoras de sus deseos, el bebé las paraliza y produce respuestas corporales patológicas que equivalen a los primeros síntomas psicossomáticos²².

Sintetizando, la enfermedad actual se vincula con una situación conflictiva, traumática, asociada a las vicisitudes de la situación edípica. Lo que debió haber sido "mental" y tramitado simbólicamente deja de serlo, pierde dicha cualidad y se transforma

²⁰ término que toman de los psicoanalistas bostonianos Sifneos y Nemiah. Dicha palabra deriva del griego, y significa *falta de capacidad para verbalizar afectos y sentimientos*.

²¹ Entre las etiologías posibles de tal déficit se han señalado alteraciones bioquímicas en los haces dopaminérgicos, desconexión entre los hemisferios cerebrales (que poseen especialización funcional en relación a la experiencia y la expresión emocional) o bien perturbaciones en la dinámica temprana de las relaciones madre-hijo.

²² Continuando con la línea teórica de Donald Winnicott, Pelorosso ⁴¹, afirma que la enfermedad crónica psicossomática, representa y encubre conductas regresivas, que le permiten a la persona mantener una imagen unida y entera, no emocional frente al mundo externo. La regresión es a etapas de dependencia con los vínculos primarios. El desarrollo emocional es normalmente penoso y está signado por el conflicto, por lo que el cuerpo debe padecer aunque no sean enfermedades físicas. El desarrollo somático es un logro que tiene su propio ritmo y que se alcanza a través de lo que llama la función del "maternaje", una serie de procesos ineludibles, por su necesidad, y que debe cumplir la madre para que el bebé obtenga una unidad, una integración psicossomática.

en somático. La cualidad simbólica, que sólo puede ser "mental" se ha perdido y en su lugar aparece el cuadro orgánico, exento en sí mismo de significado²³.

Los conceptos de la escuela francesa y la noción de alexitimia no proponen conflictos específicos ni estructuras de personalidad típicas para determinados cuadros clínicos. El énfasis no se coloca en la presencia de excesivos "conflictos intrapsíquicos" sino justamente en su ausencia, en la incapacidad para elaborar adecuadamente –y "defenderse"– de la activación somática. La mayoría de los autores de esta línea de pensamiento, concuerdan en que los enfermos psicósomáticos desarrollan una especie de coraza contra el dolor psíquico al precio de una profunda ruptura consigo mismos.

Interpretación de la cefalea.

Seleccionamos el caso de la cefalea, de los estudiados dentro de esta escuela, y vemos como sus investigadores hallaron un sistema de defensa parecido a las defensas neuróticas clásicas, que sin embargo hace intervenir mecanismos de orden somático (cerebro-vasculares). El síntoma no aparece como una pantalla neurótica, sino como la traducción de una "dificultad de pensar", como un miedo a la realización verbal del pensamiento, como un bloqueo de la conciencia en el sentido amplio de la palabra, promovido por la irrupción de un conflicto edípico. Esto diferenciaría a esta patología de la conversión histérica, alteración que se centra en la simbolización de un conflicto a través del cuerpo que, para ese fin, es utilizado como una "pantalla proyectiva", donde el cuerpo no sufre una alteración orgánica "real", sino que, sencillamente, es el psiquismo quien se aprovecha de él para expresarse. Dentro de esta concepción, el abordaje terapéutico se centraría en darle el marco al sujeto para restituir sus capacidades faltantes o dañadas en lo referente al campo fantasmático. Marty³² dice: "La psicoterapia de los enfermos somáticos se realiza casi siempre al ritmo de una sesión por semana, dos sesiones por semana son excesivas en la mayoría de los casos por la dificultad que supone para muchos pacientes tolerar la intrusión del psicoterapeuta y asimilar el efecto terapéutico, y respecto del terapeuta, la capacidad que tenga de tolerar a los múltiples pacientes desprovistos básicamente de facultades relacionales atractivas". Marty prefiere realizar la psicoterapia cara a cara, para ofrecer al paciente, a través de la experiencia gestual del analista, las connotaciones afectivas de las que el paciente carece y como medio evitativo de las situaciones regresivas que facilita el diván. Una primera etapa en la terapia analítica consistiría en construir una red o andamiaje básico que le permita al paciente descubrir la ventaja vital de verbalizar sus emociones²⁴.

²³ El psicósomático es, entonces, un enfermo con una adaptación social correcta, y aún excelente, que no presenta organización neurótica o psicótica propiamente dicha y en el cual la desviación respecto a la norma parece exclusivamente ligada a las anomalías somáticas.

²⁴ A propósito de esto, Winnicott sostenía que el terapeuta necesitará ser un "paciente artesano" para reconstruir el tejido conectivo entre cuerpo, emoción y pensamiento, suturando la herida de una desilusión precoz que el paciente ignora.

Escuela Alemana de Heidelberg o de Medicina Antropológica (Viktor von Weizsäcker; Paul Christian; von Bergman; E. Marx; Bilz; Hollmann; Hantel)

Esta escuela que comienza su actividad científica alrededor de 1925, desarrolla la denominada “*patología biográfica*” donde la génesis y la configuración del proceso morboso son comprendidos desde el punto de vista de su “sentido” en la biografía del enfermo: el patólogo se propone según el método de la “comprensión” aprehender el “sentido” de la enfermedad –así en cuanto a su génesis como en cuanto a su configuración psicósomática y biográfica-, dentro de la existencia humana que la padece²⁵.

Viktor von Weizsäcker (1881-1957) es la máxima figura en la historia de la Medicina Antropológica. Su pensamiento de inspiración biológica y filosófica, es el paso a la medicina de ciertas doctrinas neokantianas. Como kantiano, en el enfermo distingue un aspecto cognoscitivo o fenoménico y otro misterioso o nouménico. Para Weizsäcker, la salud y la enfermedad humanas no deben ser entendidas en términos de normalidad - anormalidad, sino en términos *de verdad - no verdad* (salud: realización de la verdad de cada hombre); de ahí que la enfermedad tenga sentido vital, y que éste, puesto que es un hombre el sujeto afectado por ella, haya de expresarse biográficamente.

La Medicina Antropológica “*introduce al sujeto* en la ciencia médica comprendiendo las relaciones de causa – efecto entre lo que constituye el sujeto humano, a saber, sus pasiones, su vida emocional e instintiva, sus conflictos escondidos, sus tensiones insatisfechas, en una palabra, la vicisitudes de su existencia, las periferias de su destino y la forma de su enfermedad. El enfermar humano está preparado, desde la infancia, por el caudal hereditario y además, por *su biografía personal*” (ROF CARBALLO, ⁴³ⁱⁱ). Este enfoque de la Medicina clínica supone una escucha del enfermo minuciosa y prolongada, penetrando en su intimidad por medio de una anamnesis profunda. Ante un enfermo el médico debe de tratar de resolver estas tres cuestiones: “*¿por qué aquí?*” (localización orgánica); “*¿por qué ahora?*” (puntualización biográfica); “*¿qué verdad del paciente tiende a evidenciar la no verdad de su proceso morboso?*” (esclarecimiento existencial). El adecuado conocimiento del cuadro de la enfermedad exige así que la relación médico-enfermo no sea mera relación sujeto-objeto sino un “*compañerismo itinerante*” entre personas y ante el mismo objetivo a la vez somático y psíquico²⁶. Weizsäcker piensa además, que toda persona enferma se encuentra en una situación particular siempre diferente, que comprende e integra las vicisitudes familiares y sociales, lo cual varía el abordaje terapéutico²⁷.

²⁵ En la escuela preponderante en Estados Unidos, conductista, el patólogo aspira a determinar la relación entre la conducta biográfica del enfermo y la índole de su enfermedad. La existencia humana es contemplada y descrita “desde fuera”, a diferencia de lo que sucede en la patología psicósomática comprensiva, cuya meta es contemplar y describir la enfermedad “desde dentro” del paciente, estudiándose de este modo la enfermedad de un hombre y en el conductista, un modo típico de enfermar. O sea, que la forma comprensiva de la patología psicósomática propende al estudio individualizador, y la conductista, al sociológico. Ambas formas pueden ser armónicamente complementarias. (LAIN ENTRALGO,³⁵)

²⁶ Para Laín Entralgo la relación transferencial y la relación amistosa con el médico son dos tipos de vinculación distinta. La transferencia es un fenómeno instintivo y la amistad es un fenómeno personal. El modo específico de la amistad del enfermo con el médico es la *confianza*.

²⁷ Según Weizsäcker la meta de la medicina antropológica comprende una triple tarea, la política, la humana y la científica. El elemento político será alcanzado cuando impere el principio de la solidaridad y la mutualidad;

Escuelas Argentinas

El grupo psicoanalítico argentino inicial, contó con eminentes representantes como Angel Garma, Arnaldo Rascovsky, Arminda Aberastury, Enrique Pichón Riviere, Marie Langer, David Liberman, quienes manifestaron ya desde la década del 50, un profundo interés y dedicación por la investigación psicosomática. A partir de la fructífera obra de estos maestros, numerosos investigadores psicoanalíticos se dedicaron a la profundización del significado del enfermar orgánico.

David Liberman³⁶ en su libro “La comunicación en terapéutica psicoanalítica” habla de cierto tipo de pacientes con características semejantes a la persona depresiva, que localizan sus conflictos a nivel del sistema nervioso autónomo, medio por el cual los expresan. Los denomina “*persona infantil*”²⁸ por sus características de comunicación verbal, dado que no han logrado en el curso de la infancia un buen desarrollo en la capacidad de simbolizar, donde ciertos acontecimientos se convierten en estímulos fisiológicos que configuran una respuesta somática sintomática. Suelen ser muy sensibles, pero piensan poco o nada acerca de lo que sienten. En el material verbal pueden llegar a expresarse con cierta objetividad pero esto ocurre siempre y cuando se refieran a situaciones concretas y objetivas. Son personas que han establecido una fisura entre pensamiento autónomo y realista, entre el principio del placer y el de realidad, entre proceso primario y secundario, entre consciente e inconsciente. Mientras la persona esquizoide fue en su infancia un niño silencioso y observador que contemplaba el grupo familiar desde la periferia, y sin poder participar, la persona infantil en su niñez se caracterizó por un comportamiento opuesto, con mucha cercanía y apego a su grupo familiar y con una fuerte participación emocional en el mismo. La persona infantil se halla en el polo opuesto al esquizoide; éste se interesa por sí mismo en cosas simbólicas, moviéndose en un mundo de abstracciones; en cambio la persona infantil utiliza el pensamiento y la acción como medio significativo. El síntoma somático constituye a la vez pensamiento, sentimiento y acción.

En el trabajo realizado por Liberman²⁹ y colaboradores, los describen como personas que, por lo general, llegan a la consulta psicoterapéutica enviados por un médico clínico y no por propia iniciativa (“mi médico me dijo que viniera porque esto me va a hacer bien”), profesional que ha registrado lo que el sujeto no puede expresar con palabras, sino con signos corporales, por lo tanto son pacientes que requieren del terapeuta la

el humano, con la transferencia y la relación psicoanalíticas; el científico, con la modificación de los conceptos fundamentales acerca del hombre y de la naturaleza. De ahí que el esfuerzo deba ser proseguido a lo largo de sendas de muy diversa apariencia. (Weizsäcker, citado por LAIN ENTRALGO³³). Para Gustav von Bergmann, la enfermedad es un documento histórico de un proceso ya pasado. La patología funcional intenta comprender no las enfermedades, sino las manifestaciones morbosas del hombre. En la enfermedad se entrelazan lo anímico y lo corporal. Para lo anímico se dispone de la experiencia introspectiva y la empatía; para lo somático, el método científico-natural o positivo. Lo que muchas veces llamamos enfermedades son “manifestaciones parciales de estar enfermo”.

²⁸ Liberman ha sido influido por las ideas de Ruesch, las cuales desarrolla en ciertos aspectos e integra en su nosografía junto a otras, como las de Fenichel, al igual que los aportes de la teoría de la comunicación.

²⁹ “Sobreadaptación, trastornos psicosomáticos y estadios tempranos del desarrollo” Elsa Aisemberg, Rodolfo D’Alvia, Julia Dunayevich, Octavio Fernández Moujan, Vicente Gallí, Alfredo Maladesky y Augusto Picollo, (APDEBA). Intenet: <http://www.cuerpocanibal.com.ar/lecturas/sobreadaptacion.htm>

suficiente flexibilidad para contenerlos hasta la toma de conciencia del mensaje expresado en su síntoma. Tienen la prodigalidad del melancólico, presentando una generosidad patológica, si bien lo que brindan al objeto en parte redundante en su propio beneficio, puesto que necesitan obrar así para realimentar su autoestima y sienten que no se los quiere por ellos mismos sino por los servicios que prestan. Se presentan como personas exitosas, que pueden adscribirse al grupo descrito por Fenichel como “adictos al trabajo”.

Desde el punto de vista del observador desprevenido, estas personas parecen tener una gran capacidad de sublimación pero en realidad hacen formaciones reactivas respecto de la pasividad. Llevan a cabo una conjunción particular entre autoplastia y aloplastia. La autoplastia deviene en aloplastia cuando consiguen una actividad productiva real en la cual insertarse; en estos casos modifican las condiciones del medio siguiendo el modelo autoplástico, razón por la cual no pueden delegar y a todo le imprimen su sello personal. Al no disponer de un espacio psíquico interno, utilizan el espacio de la realidad externa como equivalente de aquél. Establecen una “adicción” a la realidad externa, consiguiendo modificaciones y efectos eficaces de esta realidad que son valorados socialmente, pero a expensas de un alto costo psíquico y corporal. Lo que impresiona como más “normal” en estas personas es lo que corresponde a la parte psicótica de su personalidad: la *sobreadaptación*³⁰ a la realidad externa, su trastorno del sentido de la realidad, en tanto que su somatización, tomada como señal de alarma, es la denuncia adecuada de sus necesidades renegadas. En estos casos, el cuerpo es “sabio” y da un aviso expresando emociones que aún no han encontrado su inscripción mental. En lugar de experimentar emociones, sufren modificaciones corporales. Por ejemplo, en lugar de encolerizarse, tienen solamente una fuerte descarga adrenalinica que provoca una crisis hipertensiva, sin que experimenten ningún malestar de otra índole.

La escuela de **Luis A. Chiozza** desde la década del 60 hasta la actualidad, se ha caracterizado por la investigación ininterrumpida, publicando los resultados de las investigaciones psicosomáticas de cuadros de trastornos respiratorios, óseos, cardiovasculares, renales, accidentes cerebrovasculares, leucemia linfoblástica aguda, psoriasis, herpes ocular, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad, cefaleas, cáncer, entre otros (CHIOZZA⁹) y ha desarrollado un procedimiento clínico-psicoterapéutico para el tratamiento de los trastornos somáticos, denominado *Estudio Patobiográfico*.

Las teorías desarrolladas por Chiozza se fundan en el pensamiento de Freud y en la obra de autores como Groddeck, Weizsäcker, Racker, Rascovsky y Cesio. Fundamentalmente su teoría comprende a la *enfermedad orgánica como una forma de lenguaje*, el cual, una vez aprendido a descifrar, ya no se presenta como un accidente indeseado sino como un capítulo de una biografía, o sea que el padecimiento orgánico ocultaría una historia cuyo significado le es insostenible al hombre, hallando en la enfermedad una “solución” para ese drama (CHIOZZA, ^{9iv}). Si se entiende esta “función”

³⁰ En la sobreadaptación, la realidad es forzada hasta el límite de la mayor exigencia posible. Aparece una adecuación exagerada, en relación a la cual el paciente crea un uso abusivo de la realidad externa en detrimento de la realidad psíquica, constantemente saboteada. Es de subrayar el uso del proceso del pensamiento, en general son ejecutivos, empresarios o profesionales de alto nivel, que permanentemente están tomando decisiones trascendentes.

que cumple la enfermedad, se deduce que su simple desaparición, mediante el “combatirla” puede reestablecer el problema inicial o incluso agravarlo³¹.

En la conceptualización de Chiozza la relación psicosomática no implica necesariamente una relación de causa-efecto, en la medida en que "psíquico" y "somático", ambas categorías que establece la conciencia, equivalen a dos caras de una misma moneda. Lo inconciente no reprimido es incognoscible por definición, y por lo tanto no posee, o no se le puede atribuir, existencia o cualidades psíquicas o somáticas. Estas categorías derivan de que el conocimiento conciente se estructura alrededor de dos organizaciones conceptuales. Una “física”, que da origen a las ciencias naturales, y la otra “histórica”, que sustenta las ciencias que toman por objeto al espíritu o la cultura. Si se estudia a un enfermo desde su “cara física” mediante su historia clínica que consigna los síntomas, signos y la evolución de su enfermedad y desde su “cara biográfica” que atiende a los episodios y acontecimientos de su vida, se comprueba que la superposición de ambas historias revela que aquello que las personas callan con los labios, no sólo suelen expresarlo con gestos o actitudes, sino también con el mismo funcionamiento de sus órganos.

Se deduce de este planteo que para Chiozza, lo somático no es una realidad primaria sobre lo que asienta todo lo demás, ni lo psíquico un emergente de la materia, sino que, siguiendo a Weizsäcker, *todo lo corporal posee un sentido psicológico y todo lo psíquico un correlato corporal*, lo cual no presupone que un fenómeno psíquico se *convierta* en corporal o viceversa, sino que la existencia misma del fenómeno somático está dotada de ese sentido y la existencia misma del fenómeno psíquico posee un aspecto corporal. Este investigador denominó *fantasía específica* a la relación unívoca existente entre ambas realidades, somática y psíquica. La investigación de los significados inconcientes en las distintas enfermedades somáticas revela que cada una de ellas “oculta” una historia propia, específica, típica y universal que difiere de las otras, tanto como difieren entre sí los trastornos que la medicina ha logrado tipificar³².

³¹ Weizsäcker lo señalaba diciendo que la actitud del médico frente a la enfermedad, que podría resumirse en la expresión “fuera con ella” debería ser reemplazada por otra acorde con el pensamiento “sí, pero no así, sino de esta otra manera”.

³² Se podría sintetizar lo antedicho en los siguientes puntos:

1. Interpretar el significado de un síntoma no implica postular una causa.
2. La existencia psíquica, y con ella el terreno de los significados, constituye una realidad tan primaria como la realidad material que constituye el mundo en el cual rigen las leyes de la ciencia física. Se trata de una realidad “histórica”, cuya organización conceptual, como la de la física, se rige por sus propias leyes y posee sus propios derechos.
3. Del mismo modo que la comprensión del significado inconciente inherente a un determinado trastorno corporal no excluye la posibilidad de explicarlo como el efecto de una determinada causa, la percepción de una causa eficiente no excluye la posibilidad de interpretar el significado inconciente específico de un determinado trastorno.
4. Del mismo modo que la imposibilidad de explicar una causa eficiente no implica haber demostrado su ausencia, la imposibilidad de comprender un significado inherente no implica haber demostrado su ausencia.
5. Cuando se admite que un determinado trastorno corporal es un signo que expresa o representa un particular significado inconciente, se admite también que toda transformación de ese significado llevará implícita una transformación del trastorno que constituía su signo.

En el modelo que Chiozza desarrolla, el modo somático del enfermar, deviene resultado de una particular tramitación del afecto comprometido en el conflicto. Plantea, siguiendo a Freud, que en el aparato psíquico "lo único que paga derecho de aduana" son los afectos, es decir, son aquello que importa y deben ser restringidos en su tránsito hacia la conciencia. Junto a las modalidades de "ocultarlos" neuróticas y psicóticas, Chiozza describe otra forma que denomina "*desestructuración patosomática del afecto*".

Los afectos, dice Chiozza sustentándose en Freud, arraigan en lo inconciente en calidad de "estructuras disposicionales", "claves de inervación", que, al ser actualizadas devienen en la expresión "coherente" del afecto de que se trate. Puede suceder que para evitar su desarrollo y la consiguiente emergencia en la conciencia, la investidura completa recaiga en un aspecto parcial de la mencionada clave, descomponiendo consecuentemente dicha coherencia y, por lo tanto, "la figura" que el afecto, de no haber sido descompuesto, debía haber representado. Ese aspecto *sobreinvertido* aparecerá en la conciencia como una "alteración somática", una enfermedad orgánica, despojada del sentido originario³³.

Interpretación del infarto de miocardio

Como resultado de la investigación psicoanalítica de las cardiopatías isquémicas, Chiozza^{9iv,vii,viii} y colaboradores, establecen algunas conclusiones que podemos resumir así:

1. Cabe hacer una primera distinción entre aquellos afectos inefables que la conciencia no puede nominar y los sentimientos, hasta cierto punto tipificados, a los cuales se hace referencia mediante la palabra. Puede establecerse luego una segunda distinción, en los afectos inefables, entre aquellos que, aun sin poder ser nominados, poseen una clave típica y coherente y los que no cumplen con esa condición. Estos últimos constituyen un *estado afectivo* conflictivo en el cual diversas claves se disputan la descarga. O sea, conforman un *des-concierto* afectivo. Cuando este tipo de des-concierto se presenta en

³³ Cabe agregar también que en la consideración de Freud que Chiozza retoma, los afectos son "ataques histéricos universales y congénitos", es decir, residuos de situaciones ancestrales vividas "realmente" por la humanidad primitiva y que, en su momento, se enlazaban a sucesos dramáticos, plenos de sentido; eran, en consecuencia, *acciones justificadas*. Cuando, entonces, en nuestras vidas, nos convoca una situación dramática, revivimos en ella una temática ancestral y la reactualizamos a través del afecto que otrora fue "un acto necesario y valedero". En la tarea de trazar un encuadre teórico para la psicopatología, Chiozza parte de la metapsicología de los afectos. Freud sostenía que el verdadero motivo de la represión era el de impedir el desarrollo de un afecto que generaría placer en un sistema y displacer en el otro. En el caso de las neurosis la transacción se logra desplazando al afecto de una a otra representación; en el caso de las psicosis se altera el juicio de realidad a los fines de sustituir un afecto por otro. Tanto en las neurosis como en las psicosis, los afectos que se descargan son siempre reconocidos, por la conciencia como tales, porque continúan manteniendo la coherencia de la clave de inervación. De modo que cuando un afecto conserva íntegra la coherencia de la clave es posible reconocerlo como una determinada emoción. La teoría que propone Chiozza surge, entonces, de considerar que el desplazamiento puede transcurrir "dentro" de la misma clave de inervación de los afectos, sobrecargando alguno de sus elementos en detrimento de otros. Cuando ocurre esta deformación "patosomática" de un afecto (por ej. el de tristeza-llanto), se pierde la conciencia de su significado afectivo, o sea, la conciencia ya no percibe una emoción y el afecto deformado pasa a ser categorizado como un síntoma somático -epífora en el ejemplo citado- precisamente porque la cualidad psíquica, el significado afectivo de ese fenómeno, permanece inconciente. La descomposición patosomática del afecto no nace de una discapacidad "a priori" del aparato anímico, sino que, así como se describe un "núcleo neurótico" y "psicótico" de la personalidad, Chiozza señala la existencia de un "*núcleo patosomático*" constituido por el conjunto de afectos "descompuestos".

alguna persona, tiende a configurarse, en condiciones normales, adquiriendo la coherencia de un sentimiento *nuevo* para esa persona.

2. La emoción, como descarga motora vegetativa, es un proceso en el cual el elemento vasomotor tiene una participación tan preponderante que, de acuerdo con las leyes inconcientes que rigen a los procesos de representación, este elemento vasomotor puede, y suele, arrogarse la representación de la emoción completa.

3. El corazón, por su origen, es un vaso modificado hasta el punto de llegar a ser el que más complejamente se ha desarrollado. Por este motivo el corazón es el órgano más adecuado para arrogarse la representación de las emociones, cuya representación particular otros órganos se adjudican. Su ritmo se presta especialmente para otorgar un “tono” afectivo, o importancia, a cada instante que se vive. En otras palabras: el “tono” del afecto que se está viviendo, se asocia a la percepción inconciente de un particular ritmo o “marcapaso” cardíaco. El corazón, por lo tanto, se arroga la representación *general* de los afectos, pero, sobre todo, la representación del *tiempo primordial*, que es el tiempo del instante cualitativamente teñido por un tono afectivo que le otorga importancia. Los investigadores concluyen por lo tanto, que *el corazón es, respecto al tiempo, lo que el ojo respecto al espacio*.

4. Si el corazón -debido a su importante participación en la conmoción vegetativa que llamamos *emoción*- se arroga la representación general de los sentimientos, puede también, por la misma razón, representar, en general, los *proto-afectos*: aquellos estados afectivos inefables que denominamos des-concierto afectivo. *Cuando decimos que el corazón “recuerda” o pre-siente, es porque le adjudicamos la representación de un protoafecto*. Dado que los protoafectos, en condiciones normales, tienden a desarrollarse como sentimientos que son nuevos para la persona que experimenta ese proceso, podemos decir también que el corazón puede representar esa particular integración por la cual “nacen” los distintos afectos.

5. La coronariopatía representaría el proceso por el cual el corazón, simbólicamente, se “estrangula a sí mismo” en el intento de evitar el nacimiento de un afecto nuevo que, de llegar a configurarse, conformaría una *ignominia* (algo que “no tiene nombre”). Así como el rubor, en general, representa la emoción, la palidez (anemia o isquemia) representa su inhibición.

Los cinco parámetros necesarios para que se configure una “*ignominia*” son:

- 1) Es algo inefable en el sentido indignante e insoportable de algo que se halla más allá de cualquier nominación imaginable.
- 2) Exige perentoriamente una solución, no es posible soportar su permanencia y evitar “tomarlo a pecho”.
- 3) No se le encuentra solución, se presenta como un dilema insoluble.
- 4) Existe el sentimiento de una culpa que no puede ser claramente atribuida a uno mismo ni tampoco adjudicada a algún otro.
- 5) Implica siempre una situación pública desmoralizante (en el sentido de des-ánimo e in-moralidad), degradante. Es lo contrario de la colación de grados, que también es una ceremonia pública, o de la condecoración (que se coloca sobre el pecho, en la región precordial).

De acuerdo con la teoría sabemos que el afecto se descarga siempre. Aquello que denominamos “afecto retenido”, desde el punto de vista de la economía de la libido, es sólo

una metáfora. Alude a que la descarga “pendiente” nunca se ha realizado bajo la forma de la configuración original reprimida y es derivada por otros caminos.

¿Cómo se descarga entonces la ignominia? Dado que esta ignominia no puede “ni debe” vivirse, “permanece” como un afecto “retenido” que se descarga derivado a través de la isquemia miocárdica. Se trata de un protoafecto que “no se configura” como ignominia, dado que se descarga a través de un derivado que tiene “la particular figura” patosomática de la cardiopatía isquémica.

Terapéutica de las enfermedades psicosomáticas^{9v}

Así como existe una cirugía menor que se puede realizar en el consultorio y una cirugía que requiere un quirófano y un cirujano avezado, existe una psicoterapia menor, que puede realizar todo médico y una psicoterapia mayor, que requiere la presencia del especialista. El psicoanálisis de los enfermos con trastornos somáticos, tal como ocurre en el caso del psicoanálisis de niños, o de enfermos psicóticos, requiere asimismo de un encuadre y un procedimiento llevados a cabo por un profesional con una adecuada comprensión del lenguaje de órganos implícito en la enfermedad somática. Pero a pesar de dicha formación puede, al hallarse frente a la emergencia de una enfermedad que exige una resolución inmediata, necesitar una intervención inmediata para la protección de su paciente. Chiozza y su equipo, diseñaron el *Estudio Patobiográfico* cuya finalidad específica es intervenir con prontitud y eficacia en la enfermedad somática.

De este modo el psicoanálisis “longitudinal” puede mantenerse libre de la responsabilidad, y del deseo, de cuidar el destino de una complicación orgánica. Podemos decir que este Estudio es un procedimiento “transversal”, no sólo porque se orienta hacia un fin premeditado e inmediato, sino porque lo hace mediante el esfuerzo conjunto de un equipo interdisciplinario, concentrado en contemplar ese particular momento de la vida de un paciente. Dicho Estudio Patobiográfico³⁴ tiene como meta obtener un cambio en la significación de una historia, lo cual equivale a una resignificación de los hechos, y está diseñado para lograr una experiencia emocional mutativa en el corto tiempo que la necesidad impone.⁹ⁱⁱⁱ

El “material” que durante la realización del Estudio Patobiográfico, será objeto de la interpretación psicoanalítica se constituye, fundamentalmente, a partir de 4 fuentes: 1) Un interrogatorio acerca de la enfermedad actual y de los recuerdos, deseos y circunstancias que conforman una biografía esquemática; 2) Un diagnóstico clínico de su estado físico general y del estado actual de la enfermedad por la cual consulta; 3) Algunas fotografías del enfermo en los distintos períodos de su vida, y de las personas allegadas más significativas. Además el enfermo debe redactar un cuento corto, relatar uno de sus sueños y narrar una película cinematográfica y una novela libremente elegidas; 4) La observación del paciente y del vínculo que establece con el equipo que realiza el Estudio, durante las entrevistas.

Una vez reunido y procesado el material, que consta de una historia clínica tradicional más una parte biográfica que ocupa unas treinta o cuarenta páginas

³⁴ Patobiografía: biografía centrada en el pathos, del griego: sentimiento, pasión, padecimiento.

dactilografiadas, deberá ser estudiado por un grupo de psicoanalistas para establecer las conclusiones que se comunicarán al paciente en las dos entrevistas finales. Estas entrevistas apuntan a dos objetivos coincidentes, una orientación terapéutica en cuyo criterio interviene lo que el psicoanálisis puede ofrecer, y un esclarecimiento acerca de la relación inconsciente que existe entre la enfermedad por la cual el enfermo consulta y el drama, más o menos oculto, que se encuentra en su historia³⁵.

Rubén Zukerfeld y Raquel Zonis Zukerfeld han realizado valiosos aportes a la investigación psicosomática. Uno de ellos es el especial desarrollo que le dan al concepto de *vulnerabilidad* que adquiere la importancia que en otras épocas tuvo la noción de especificidad. La vulnerabilidad es un concepto interdisciplinario que permite el estudio de los factores predisponentes, desencadenantes o que exacerben tanto los trastornos psicopatológicos como los somáticos y la repercusión de estos últimos. Existe en todos los seres humanos y se revela en épocas de crisis, estrés o tragedias. Representa la tendencia a angustiarse y a mostrar extremos emocionales mientras se intenta lograr la adaptación a dichas situaciones – reflejo de una dificultad cognitiva – y a la vez predispone a reacciones neurovegetativas, autonómicas y a lesiones tisulares. Para Zukerfeld⁵⁴ “en condiciones ambientales para el desarrollo de una vida digna, entendemos 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, de acuerdo a ideas como las de Marty, funcionan como

³⁵ El Estudio Patobiográfico, que se substancia en el plazo aproximado de unos cuarenta días, progresa, desde las distintas fuentes, para converger en un procedimiento interpretativo que podemos describir, esquemáticamente, en cinco parámetros:

- 1) Identificar una temática, típica y universal, que pueda otorgar unidad a la biografía del paciente. En el desarrollo de ese “argumento”, se deben ubicar los distintos personajes que conforman el drama que ha hecho crisis, y pensar en cada uno de ellos como versión de los personajes de su infancia.
- 2) Ubicar el “mapa” que el enfermo utiliza para recorrer el territorio de su vida, e identificar el “estilo”, adquirido en la infancia, con el cual lo ha trazado.
- 3) Comprender cuál es “la parte” que el trastorno “habla” dentro del drama nodal que ha entrado en crisis.
- 4) Encontrar los motivos por los cuales no puede soportar esa historia, para lograr que la interpretación del drama que se hallaba encubierto, permanezca en la conciencia del enfermo acompañada de su auténtico afecto.
- 5) Re-significar la historia del paciente, hasta el punto en que el conflicto de significados contradictorios que sostiene su enfermedad, incluido en una unidad de sentido trascendente y más amplia, adquiera la forma de un malentendido (malentendido que puede ser interpretado como el producto de un mapa fragmentario) En ese punto desaparece la necesidad que sostenía a la enfermedad del cuerpo.

un paliar 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 adquirió³⁶.

Mc Dougall considera que la presencia de alexitimia sería el punto de partida de la vulnerabilidad somática, en un psiquismo que solo cuenta con palabras escindidas, representaciones de cosa sin valencia afectiva. La evocación de “estos registros psíquicos primitivos” se realiza con riesgo de descarga corporal. La dificultad en la elaboración de las situaciones de sufrimiento implica un incremento de la vulnerabilidad somática y es un intento de defensa frente al dolor psíquico. Todo síntoma – en este sentido – es un intento de autocuración. Weisman⁵³ en un estudio con pacientes neoplásicos entiende que la vulnerabilidad es una insuficiente capacidad de “afrontamiento” y una distorsión cognitivo – emocional asociada a actitudes poco esperanzadas de recobrar la salud, así como también a la falta de apoyo social. Otros autores desarrollan una definición relacional de la vulnerabilidad (Kaplan, ²⁶) considerando que la insuficiencia de recursos es condición necesaria pero no suficiente para desarrollar vulnerabilidad psíquica ó somática. Se requiere además que el hecho sufrido haga referencia a algo que realmente le importe al sujeto, que se trate de un vínculo significativo³⁷.

La vulnerabilidad dependería entonces, del interjuego del modo de afrontamiento de los problemas, de la naturaleza traumática y/o estresante de esos problemas, de la *red social de apoyo* con que cuenta el individuo (RV) y de la *calidad de vida* (CV) del sujeto. El modo de afrontamiento a las situaciones estresantes, depende de factores constitucionales y de los recursos aprendidos por cada sujeto. *Afrontar* remite a la idea de conducta resolutive de problemas, encaminada a proporcionar alivio, recompensa, reposo y equilibrio. El término proviene de la psicología cognitiva. Implica un proceso amplio y recurrente de introspección, aprendizaje, ensayo, autocorrección y aplicación de pautas recogidas de fuentes externas. Las personas con modos inadecuados de afrontamiento:

- Son rígidos en sus planteos, sus expectativas sobre sí mismos son exageradas y son reuentes a comprometerse con otros o a solicitar ayuda.
- Tienen opiniones absolutas sobre cómo deben comportarse los demás, con poco margen de tolerancia.

³⁶ 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.

³⁷ Dentro de este modelo de comprensión 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 stress psicológico y su vulnerabilidad en relación con el mismo.

Según Sivak en “Clínica de la vulnerabilidad” (en <http://www.gador.com.ar/iyd/vulner/sivak.htm>) se podría señalar el paralelo con el perfil de tipo A de personalidad en las coronariopatías (desafiantes, omnipotentes, con conductas de riesgo) o el tipo C (evitadores de conflicto, pasivos, sumisos) que se ha relacionado con la predisposición al cáncer y a las enfermedades autoinmunes).

- A pesar de seguir firmemente ideas prejuiciosas, pueden mostrar sorprendente sumisión o resultar muy sugestionables.
- Tienden a la negación excesiva, con incapacidad de centrarse en los problemas principales.
- Suelen ser más pasivos de lo habitual careciendo de iniciativa propia
- En ocasiones ceden en su rigidez emitiendo juicios aventurados o adoptando conductas atípicas.

El desarrollo de sistemas grupales y comunitarios para tratar crisis vitales y enfermedades crónicas, permite inferir la jerarquía que ha adquirido el concepto de *red vincular* (RV) en cualquier abordaje terapéutico: toda la actual crisis de los modelos de solidaridad social y su conexión con el incremento de determinadas patologías expresa claramente esta concepción. Entendemos como RV a la presencia e interiorización de relaciones significativas que se traducen en una percepción subjetiva de sostén y/o de stress de magnitudes variables.

El concepto de *sostén* incluye tener tanto a quien recurrir, como en quién pensar para sentirse reconfortado, apoyado o motivado; el concepto de stress incluye tanto los vínculos hostiles, exigentes ó confusos, como la sensación de no tener a quién recurrir. Esta variable incluye las relaciones que establece el sujeto en su ámbito familiar pasando por todos los distintos niveles de pertenencia intermedios, (barriales, laborales, etc.) hasta su pertenencia a determinada clase social. Esta definición intenta jerarquizar la importancia del intercambio generador de apoyo ó perturbación y la existencia de una trama intersubjetiva que ofrece también distintos modelos de identificación.

Las características de la RV -más “sostenedora” o más “estresante”- las consideramos de gran importancia para: a) la regulación de la autoestima y de la identidad, b) la elaboración de duelos, c) la constitución de valores y proyectos vitales, d) el afrontamiento de situaciones traumáticas (sucesos externos, enfermedades orgánicas, etc.). En este sentido una RV crónicamente estresante quedaría asociada a un funcionamiento preconciente que tiende a ser repetitivo en su afán por ligar las magnitudes traumáticas, y su expresión predominante estaría caracterizada por distorsiones cognitivas con un fuerte sentimiento de desesperanza y ansiedad difusa. Obsérvese que estas son manifestaciones que se incluyen en la definición de vulnerabilidad y que son sostenidamente impermeables a las interpretaciones que intenten develar algún contenido reprimido, independientemente de que coexistan con soluciones neuróticas. Es también importante distinguir *percepción de apoyo de existencia de red social*. Existen ciertas condiciones básicas generales del contexto cuya ausencia será estresante (falta de libertad, de justicia, de trabajo, de parámetros éticos, de solidaridad) y en general toda aquella situación que medida desde el ideal del Yo se evalúe como deficitaria. Todo psicoanalista actual que trabaja dentro de las llamadas configuraciones vinculares conoce de estos problemas y alcanza a valorar en su actividad clínica el poder patógeno o reparador que tienen las distintas relaciones interpersonales”.

La calidad de vida del sujeto es la surgida del conjunto de cogniciones, sentimientos y conductas del sujeto. Esto constituye hábitos y estilos de vida que

incrementan la vulnerabilidad (factores de riesgo) o la disminuyen (factores protectores). Para apreciarla debe evaluarse el grado de satisfacción o insatisfacción en diversos aspectos: 1) percepción de salud y bienestar; 2) responsabilidad familiar; 3) papel marital y sexual; 4) empleo y dinero; 5) autoimagen y sentimiento de inadecuación; 6) expectativas y grado de aprobación del entorno social; 7) aspectos existenciales.

Según Zukerfeld y Zukerfeld⁵⁵ el interjuego de una pobre red social de apoyo y un mayor grado de vulnerabilidad conducirá a la mayor eficacia traumática de un hecho vital que en otras circunstancias no hubiera tenido valor patológico. Del mismo modo una menor vulnerabilidad y un mejor estilo de afrontamiento, asociados a la percepción de un efectivo apoyo social harán más tolerable una situación imprevista y difícil.

Escuela Cognitiva

Los orígenes remotos de la psicoterapia cognitiva se remontan a la filosofía estoica y el budismo. La máxima de Epicteto "*Los hombres no se perturban por las cosas sino por la opinión que tienen de estas*" recoge uno de los primeros modelos cognitivos del hombre. El budismo por su lado, parte de la realidad como construida por el pensamiento y las valoraciones como generadoras de pasiones que pueden engendrar sufrimiento. Un pensador que destaca el papel de la cognición es Bertrand Russell (1873-1971) que en su obra "*La conquista de la felicidad*" (1930) describe cómo las creencias adquiridas en la primera infancia se hacen inconscientes y pueden adquirir un carácter perturbador en la vida posterior del sujeto.

Desde la psicología individual, Alfred Adler (1897-1937) desarrolla un modelo cognitivo de la psicopatología y la psicoterapia. Para este autor, que para muchos es el fundador de las terapias cognitivas, el niño adquiere "esquemas aperceptivos" en su etapa infantil preverbal, esquemas que guían la dirección de su conducta en su vida posterior de modo inconsciente. La terapia intentaría hacer consciente esos esquemas y manejar sus aspectos disfuncionales.

Los fundadores modernos de esta psicoterapia son Albert Ellis y Aaron Beck, ambos formados en el psicoanálisis. **Ellis** fue modificando gradualmente su modelo terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica más clásica, pasando por otra más "neofreudiana" hasta llegar a su propio modelo. En 1958 publica su famoso Modelo A-B-C para la terapia. En este modelo afirmaba que los trastornos emocionales (C) no derivaban directamente de los acontecimientos vitales de la vida actual o los acontecimientos pasados (A), sino de determinadas Creencias Irracionales o exigencias que el propio sujeto había adquirido y en las que se "autoadoctrinaba" (B). Paralelamente se acercaba a la terapia de conducta al proponer determinados métodos activos para modificar tales exigencias. Su terapia constituye la llamada "Terapia Racional Emotiva".

Beck parte en su trabajo de la depresión. Observa que en este y otros trastornos emocionales la estructura de las experiencias de los individuos determinan sus sentimientos y conducta. Este concepto de Estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de "Esquema cognitivo" y en el ámbito clínico el de "Supuestos personales" que equivalen a las creencias irracionales. Estos supuestos son adquiridos en etapas tempranas de la vida,

permanecen a nivel no consciente, activándose posteriormente por diversos eventos y generando determinadas interpretaciones subjetivas de los eventos que suelen ser distorsionados (distorsiones cognitivas) generando a su vez problemas emocionales, conductuales y relacionales. La detección por el propio sujeto de sus distorsiones cognitivas, sus efectos y el aprendizaje de su modificación y de los supuestos personales que la sustentan, constituye la "Terapia Cognitiva", propuesta por Beck.

Método terapéutico

El terapeuta cognitivo desarrolla su trabajo recorriendo un camino que va desde la Conceptualización a la Intervención en el caso concreto. Los terapeutas cognitivos suelen ser multimodales a nivel de selección de técnicas terapéuticas. Emplean procedimientos de orígenes diversos (cognitivos, conductuales, sistémicos) según el caso concreto. La finalidad de los mismos es producir una modificación de los significados personales. Los objetivos generales de la terapia estarán en función de las distintas disfunciones implicadas en el proceso psicósomático. Para cada componente disfuncional se propondrían una serie de intervenciones³⁸ que, lógicamente, derivan del análisis médico y del análisis psicológico (análisis funcional-cognitivo) del trastorno que se trate.

Escuela Sistémica

Este abordaje terapéutico reconoce su origen en el modelo desarrollado a partir de 1966 por el Brief Therapy Center de Palo Alto (California) cuya premisa básica podría sintetizarse: en las 'soluciones' ensayadas por la gente con las que intentan rectificar un problema, existe algo que ayuda en gran medida al mantenimiento o exacerbación del problema. Para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse sólo dos condiciones: a) que se haga frente de forma equivocada a la dificultad; b) que cuando no se soluciona la dificultad se aplique una dosis más elevada de la misma 'solución'.

El desarrollo histórico de los modelos sistémicos va unido a la evolución de la terapia familiar. En la década del 1950-1960 algunos terapeutas formados psicoanalíticamente comenzaron a incluir a la familia en el tratamiento. Su propósito no era

³⁸ 1. Intervenciones sobre los agentes estresantes disfuncionales: intervenciones ambientales y relacionales (terapia familiar, terapia de pareja, intervenciones laborales-organizacionales). 2. Desconocimiento del desarrollo del proceso psicósomático: Clarifica las conexiones entre la experiencia pasada y el trastorno (historia personal e historia del problema). 3. Modificación de cogniciones disfuncionales: detección y modificación de cogniciones y significados asociados. 4. Reducción de la activación fisiológica disfuncional: Técnicas respondientes (relajación, exposición), técnicas operantes (biofeedback), medicación e intervenciones somáticas. 5. Estrategias conductuales deficitarias o disfuncionales: técnicas cognitivas (entrenamiento en detección y modificación de cogniciones disfuncionales, entrenamiento en autoinstrucción, inoculación al estrés y resolución de problemas), técnicas conductuales generales (p.ej. autoobservación y autocontrol) y técnicas de entrenamiento en habilidades sociales y asertividad. 6. Modificación de conductas malsanas: técnicas de autocontrol conductual (autoobservación, control de estímulos y control de contingencias). 7. Manejo sintomático del trastorno psicósomático: psicofármacos y otras intervenciones médicas.

modificar el funcionamiento familiar sino aumentar la comprensión del paciente para mejorar su tratamiento³⁹.

La siguiente década, años 60, supone un alejamiento de los planteamientos psicoanalíticos y un predominio de la teoría de la comunicación. Por un lado el grupo de Palo Alto, a partir del estudio de Gregory Bateson sobre la comunicación entre el esquizofrénico y su familia, genera su teoría del doble vínculo que explica la esquizofrenia como un intento límite para adaptarse a un sistema familiar con estilos de comunicación incongruentes o paradójicos. Otros destacados terapeutas seguirán la línea comunicacional del centro de Palo Alto (Jackson, Watzlawick, Haley, etc.).

Otro autor destacado es Minuchin que también en EEUU estudia el funcionamiento familiar de los jóvenes puertorriqueños emigrantes con problemas de delincuencia (Minuchin, 1967) y que le llevó a desarrollar su escuela estructural de terapia familiar.⁴⁰

³⁹ Ackerman estudió los problemas de los mineros y sus familias y cómo el desempleo del padre provocaba alteraciones en la vida familiar. Otro terapeuta, Bell citaba a la familia del adolescente para entender su problemática (en la misma línea Alfred Adler manejaba su consulta de problemas infanto-juveniles en los años treinta) y Bowen observaba las disfunciones relacionales madre-hijo en niños hospitalizados. La línea dominante en esta década era el neopsicoanálisis (Fromm, Sullivan, Horney) que ponía énfasis en el origen psicosocial de los conflictos psíquicos, y como la familia intermedia la interiorización de determinadas orientaciones de valor "patológico" social en sus miembros. Desde esta perspectiva surgieron conceptos como el de la "madre esquizofrenógena" de Fromm-Reichman (1948) o "madre perversa" de Rosen (1953) para explicar la génesis y mantenimiento de psicopatologías como la esquizofrenia.

⁴⁰ En la misma década en Europa aparecen dos centros geográficos de fuerte influencia. En Inglaterra Laing, que tenía contactos con el grupo americano de Palo Alto, trabaja con familias de esquizofrénicos. El otro centro, más influyente a la postre, está en Italia. Es el llamado grupo de Milán (Mara Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata)

En la década de los años 70 se expande el modelo de terapia familiar sistémico-comunicacional y proliferan las escuelas y sus mutuos debates. Las principales escuelas de esta década son:

-La Escuela Interaccional del MRI (Mental Research Institute) que supone la segunda generación de la escuela de Palo Alto sucesora de Bateson. Su aportación más significativa se ve reflejada en la obra de Watzlawick, Weaklan y Fisch "Cambio" (1974). Para estos autores las soluciones intentadas por las familias para manejar determinadas situaciones suponen los auténticos problemas; y por consiguiente las intervenciones se dirigen a cortocircuitar el flujo problema-solución intentada. Para ello distinguen entre los llamados Cambios-1 (que supuestamente siguen la "lógica" intentado lo contrario al problema, pero que no cambian la estructura del sistema) y los Cambios-2 (que se centran en intervenciones paradójicas distintas al sentido común, pero que producen cambios en la estructura del sistema familiar).

-La Escuela Estructural-Estratégica alrededor de las obras de Haley y Minuchin. Se centra sobretudo en los llamados sistemas triádicos (relaciones con un mínimo de tres miembros). Postulan que en los sistemas familiares se organizan como alianzas o coaliciones. Las alianzas suponen la mayor cercanía afectiva entre dos miembros de la familia en relación a otro, y la coalición supone una variación del anterior con el relevante matiz que se constituye en contra de un tercero. Las coaliciones están formadas por miembros de dos generaciones (un progenitor y un hijo frente al otro progenitor). El resultado de las mismas es la disfunción familiar y el impedimento del desarrollo del sistema. Las intervenciones terapéuticas se centran en desafiar las definiciones de la familia del paciente-problema (redefinición), y la prescripción de tareas (a veces paradójicas) con el fin de desequilibrar el atolladero actual del sistema.

-La Escuela de Milán alrededor de la obra de Selvini-Palazzoli que estudia las familias muy rígidas llamadas de transacción psicótica (generalmente con problemas típicos de trastornos psicóticos o anorexia nerviosa). Un aspecto destacado de este enfoque es el llamado análisis de la demanda de tratamiento a través del cual el terapeuta elabora su primera hipótesis sobre el papel que cumple el llamado paciente identificado

El concepto central de las terapias familiares sistémicas es el de la familia como sistema. Este concepto deriva de la Teoría General de los sistemas. Se refiere a que la conducta de un miembro de la familia no se puede entender separada del resto de sus miembros. Esto lleva a su vez a considerar que la familia es más que la mera unión de sus componentes (el principio sistémico de que "el todo es más que la suma de las partes"). En concreto se asume que considerar a la familia como sistema implica: 1) Los miembros de la familia funcionando en interrelación donde las causas y efectos son circulares y 2) Cada familia tiene características propias de interacción que mantiene su equilibrio y matiza los márgenes de sus progresos o cambios.

Método terapéutico

Dentro de este enfoque se le ha dado gran importancia a los vínculos existente entre la enfermedad psicósomática y las relaciones vinculares, especialmente las familiares. Dentro de esta estructura, las afecciones psicósomáticas pueden ser vistas como un *síntoma cristalizado de las relaciones familiares*.

En primer lugar el terapeuta intenta hacer un diagnóstico del sistema familiar implicado en el paciente identificado. Unos terapeutas se centrarán en el tipo de secuencia problema-solución intentada (por ej. Watzlawick) y quienes son los implicados; otros investigaran las alianzas o coaliciones familiares (Haley, Minuchin) y el grado en que la familia está desligada (límites rígidos entre sus subsistemas de componentes que conlleva una excesiva individualidad y una acrecentada dificultad para compartir la vida afectiva) o está aglutinada (límites muy difusos entre sus miembros donde es difícil mantener la individualidad de sus miembros y el compromiso con el mundo externo) y otros analizaran la demanda (quién y cómo se decide quién es el paciente) y la función que cumple el síntoma del miembro identificado para cada componente de la familia. (Selvini-Palazzoli).

Este proceso diagnóstico utiliza entrevistas con toda la familia (aunque a veces se considera de manera no rígida quien está dispuesto a venir a terapia como información y elemento "comprometido"). La siguiente fase consiste en introducir un cambio en la estructura y funcionamiento familiar, que se supone aumentará la capacidad del sistema para manejar la nueva situación. Dicho cambio se dirige a modificar patrones de relación familiares disfuncionales⁴¹.

en el funcionamiento familiar. Las intervenciones intentan modificar la estructura familiar en base a intervenciones típicas como la connotación positiva del síntoma (a menudo en términos de "sacrificio" para un bien mayor", que viene a ser una redefinición del problema) y las prescripciones paradójicas.

⁴¹ Para ello el terapeuta dispone de una serie de recursos técnicos, como ser: 1) *La reformulación del problema*: Se trata de explicar, adaptándose al lenguaje de la familia y sus creencias, de un modo diferente lo que está sucediendo en la secuencia de relaciones familiares, de modo que posibilite un cambio. 2) *El uso de la resistencia*: Si el terapeuta intenta de manera lógica persuadir a la familia a cambiar una secuencia, se puede encontrar con una oposición de esta debido a su propia homeostasis. 3) *Intervención paradójica*: Consiste en proponer de manera controlada aquello que constituye el problema con ciertos matices, de modo que se rompa la secuencia habitual. Puede tomar la forma de pedir un cambio lento, el peligro de cambiar y la prescripción del síntoma. 4) *Prescripción de tareas*: Consiste en pedir y modelar con la familia determinadas pautas conductuales. 5) *Ilusión de alternativas*: El terapeuta sugiere que sólo hay dos posibilidades de manejo de un problema, indicando que no son posibles otras vías. 6) *Uso de analogías*: El terapeuta expone un caso

Desde la perspectiva sistémica, por lo tanto, el tratamiento no se focaliza en el paciente portador del síntoma sino en todas las fuerzas que intervienen en su etiología y mantenimiento provenientes de la dinámica familiar.

Onnis³⁸ critica el concepto de "familia nociva" utilizado por algunos profesionales, quienes en la búsqueda de una explicación causal de la patología, atribuyen a la familia la «culpabilidad» de la enfermedad psicosomática. "Los autores que, apoyándose en conceptos de causalidad lineal, hablan de *familia nociva* hacen exactamente la puntuación contraria y a la inversa (la familia es causa de la enfermedad del paciente) respecto de la que habitualmente proponen los padres (el paciente es la causa de la enfermedad de la familia)". La lectura de la familia como espacio no lineal donde se origina la enfermedad es primordial para la terapia, así como eliminar el sentimiento de culpabilidad del grupo hacia el enfermo y asumir el de responsabilidad de participación en el proceso de la cura.

Descripción de las familias

Desde el enfoque sistémico, trataremos de construir una especie de marco que nos sirva de referencia a la hora de tratar e identificar familias psicosomáticas. Para nuestro cuadro utilizaremos los estudios realizados por Minuchin³⁴ en familias psicosomáticas y por Selvini⁴⁶ sobre la anorexia nerviosa.

Del estudio que se ha realizado con familias que tienen un miembro que padece un problema psicosomático, principalmente niños, se postula que se presentan determinados tipos de organización familiar que están estrechamente relacionados en el desarrollo y mantenimiento de síndromes psicosomáticos, en donde los síntomas, juegan un papel importante en el mantenimiento de la homeostasis familiar (Minuchin³³). Por lo tanto, el síntoma no puede ser definido solamente como la conducta de un miembro de la familia sino como producto de la interacción de todos los miembros del sistema.

Desde esta óptica se establece la existencia de factores que, conjugados, facilitan el desarrollo de enfermedades psicosomáticas (Minuchin,³⁴) como ser: que el niño se encuentra fisiológicamente vulnerable, por una disfunción orgánica específica (esta vulnerabilidad se encuentra relacionada a factores hereditarios en la familia) y en segundo lugar, que la familia de estos niños presentan pautas transaccionales que proveen el contexto para utilizar la enfermedad como un modo de comunicación y protección de la homeostasis:

- a) Se trata de una familia *aglutinada*: sus miembros están muy ligados entre sí, con roles individuales mal definidos y límites generacionales no bien demarcados.
- b) Por dicho amalgamamiento, las familias presentan un problema de *sobreprotección* que alude al alto grado de preocupación de los miembros de la familia por

similar mediante una metáfora al problema de la familia que está tratando para observar sus reacciones y abordar la resistencia.

Con respecto a la influencia de la familia, Halliday ha hallado ocasiones en que en la conducta patológica es reforzada como también inducido el paciente a permanecer enfermo mediante gratificaciones y castigos, a veces muy sutiles. Las investigaciones de Halliday avalan la importancia de los *factores socio culturales en la estructuración de las afecciones psicosomáticas*. (HALLIDAY,²⁰)

el bienestar de todos. Dicho sentimiento de protección se agudiza con el síntoma sobre el paciente identificado.

c) Las actitudes y opiniones del grupo muestran gran *rigidez* que configura el núcleo de la *resistencia al cambio*. Afirman que no existe ningún problema en la familia, sólo el que presenta el enfermo, cuyo mal interrumpe la tranquila vida familiar. El terapeuta se encuentra ante una encrucijada: una armoniosa familia que viene a resolver la enfermedad de uno de sus miembros y niega la necesidad de un cambio en el interior de la familia.

d) La *evitación del conflicto* está muy ligada con la rigidez. La familia tiene muy poca tolerancia al conflicto. Al aparecer el conflicto ponen en marcha una serie de mecanismos para evitar y no agravar el desacuerdo, percibiéndose sólo una atmósfera de tensión latente.

e) Por lo tanto el niño, está envuelto en el conflicto parental negado. Su enfermedad protege y refuerza la estructura familiar patológica.

Ninguna de estas características sola parece suficiente para despertar y fortalecer los síntomas psicosomáticos. Sin embargo, este grupo de patrones es considerado como característico de un proceso familiar que estimula la somatización. Visto así, el síntoma del paciente adquiere un nuevo significado dentro del sistema, convirtiéndose en un regulador del sistema familiar. La efectividad del síntoma en la regulación de esta estabilidad interna refuerza tanto la continuación del síntoma como de los aspectos particulares de la organización familiar en el cual emergió⁴².

Interpretación de la anorexia

Para Selvini⁴⁶ existen reglas en las familias psicosomáticas con pacientes anoréxicos que complementan la anterior descripción de Minuchin. Estas reglas fundamentales son: 1) cada miembro rechaza los mensajes de los otros (ya sea a nivel de contenido, ya sea a nivel de relación) con una elevada frecuencia; 2) todos los miembros de la familia revelan grandes dificultades para tomar abiertamente el rol de líder; 3) está prohibida toda alianza abierta de dos contra un tercero y 4) ningún miembro se hace cargo de culpa alguna.

Stierin y Weber⁵⁰ describen un tipo ideal de familia anoréxica que amplía esta tipología familiar. Describen unos supuestos básicos bastante específicos obtenidos de su larga experiencia terapéutica. Son familias con una insistencia en la cohesión familiar, el autosacrificio y la abnegación o renuncia personal. Todo esto para lograr la tan anhelada unión familiar, que es su característica principal. La familia está por encima de cualquier actitud personal que afecte al todo. Los ideales de logros siempre están presentes al igual que un alto sentido de justicia. Dichos ideales envuelven a la familia en una dinámica de competitividad, siguiendo de forma similar las mismas expectativas sociales. El sentido de justicia inculca en los miembros de la familia la idea de que todos somos iguales y por tanto tenemos los mismos derechos a la hora de repartir el amor y todo en la familia. Según

⁴² En nuestras investigaciones sobre la enfermedad del niño como emergente del conflicto familiar (Spagnuolo,⁴⁹) denominamos "hijo fusible" al que presenta la enfermedad, niño que como eslabón débil de dicha estructura, escenifica simbolizando la conflictiva, a la vez que denuncia con su patología, la dramática familiar de la cual es depositario.

Stierin y Weber, al aparecer estos elementos en la familia, se impide la individualización de los miembros y se consigue separación emocional. Están todos unidos en un sólo sentir en el cual aparecen en forma constante, contradicciones especialmente para los hijos. Siempre se les ha dicho que todos son iguales, que no hay preferidos, pero la realidad se muestra muy diferente. El paciente entiende que ese sentido de justicia tantas veces idealizado no es cierto. En estos casos el síntoma aparece como una forma de recobrar los derechos perdidos. La pareja dentro de ese tipo ideal de familias, suele tener un poderoso vínculo de lealtad que hace que los hijos se vuelvan susceptibles a ella. Así los padres esperan la misma lealtad por parte de sus hijos, a veces en situaciones que van más allá de las posibilidades de estos, haciendo de ellos sus confidentes y aliados adultos y formando de esta manera triángulos y coaliciones en contra de uno de los padres.

En su estudio sobre anoréxicas, Stierin y Weber encontraron que con frecuencia los padres habían sido hijos muy preocupados por satisfacer las expectativas de sus padres. Siempre atendiendo al cuidado de sus padres y que suelen, cuando se vuelven ancianos y frágiles, llevar a vivir a sus casas. Suelen casarse bastante adultos. Al escoger pareja buscan un tipo muy específico de cónyuge. Es más importante para ellos ser buenos padres y buenos hijos de sus padres que buenos amantes el uno del otro. La pareja encarna la división de funciones tradicionales, en la cual el hombre se encarga de traer el sustento y la mujer de las tareas, problemas domésticos y el cuidado de los hijos. La relación de la pareja es básicamente a través de los hijos y las relaciones sexuales pasan a segundo plano cuando no son totalmente nulas, manteniéndose unidos por sus hijos⁴³.

La familia psicossomática básicamente encierra un problema de fronteras. El afán por la unión familiar crea un ambiente de dificultad para espacios individuales. A esta dificultad, Minuchin³³ la llama *ausencia de distancia psicológica*. La define como el momento en que uno, o los miembros de la familia comienzan a funcionar en un "holón". Las alianzas, coaliciones, roles inadecuados y expectativas desmesuradas son algunas de las formas que diluyen o eliminan las fronteras entre los subsistemas y entre los miembros.

Todas las familias a lo largo de su historia, tienen algún problema de fronteras debido a las etapas evolutivas. En el caso de familias psicossomáticas el problema surge al no evolucionar positivamente en su momento. A las familias llamadas "normales" les cuesta trabajo el cambio, pero lo entienden como necesario y parte de la vida. En las familias psicossomáticas su afán cohesivo y su resistencia al cambio no les permiten una interpretación positiva de cualquier signo de individualización. Por el contrario, es entendido como signo de deslealtad hacia la familia. Los hijos de estas familias están sometidos a una especie de alineamiento comportamental en el cual están encajonados y obligados a mantener una dinámica familiar que persigue, a los ojos de los padres, la paz en la familia. En realidad no es otra cosa que una olla de presión con una válvula. Dentro de la

⁴³ Para Onnis ³⁸ la mayoría de las familias con problemas psicossomáticos encierran un problema de pareja muy serio. Por el tipo de pareja que describimos anteriormente es fácil comprender que su problemática parte desde el mismo momento de su constitución. En el vínculo que mantienen, la enfermedad del hijo constituye un elemento muy importante para que esta pareja no se disuelva o no caiga en contradicciones al enfrentarse como pareja. La enfermedad funciona como un distractor y da fundamento al hecho de estar juntos, ya que es su misión ser buenos padres antes que pareja

olla están todas las tensiones que puede reunir una familia que considera una discusión como una alteración a la paz⁴⁴.

En terapia una de las resistencias que nos encontraremos con mayor frecuencia es que la pareja vino a terapia a solucionar el problema de su hijo, no el de ellos. Al ser familias con gran resistencia al cambio, en cuestiones de pareja lo son más, que podríamos resumir en el planteo: “Como buen padre, vengo a terapia por la situación de mi hijo y sería mal padre si robo la atención que el terapeuta debía tener hacia mi hijo”. Al hablar de ellos en terapia, pueden ver en peligro su frágil estabilidad familiar. Preferirán abandonar la terapia antes que sacrificar la paz y la unión familiar⁴⁵.

Como mencionamos, es común que el problema en las familias psicósomáticas sea de *fronteras*. Para esto nuestro trabajo debe centrarse en el fortalecimiento de los subsistemas, rompiendo alianzas y coaliciones existentes y haciendo que cada cual se ubique en el holón que le corresponde. Trabajar con la pareja a solas o con los hijos es una manera de trabajar con separaciones. Nuestro objetivo principal debe ser fomentar la individualización y evolución de los hijos en la familia sin dejar que los padres se valgan de ellos para evitar sus problemas de pareja. La terapia se dará por finalizada no con la desaparición del síntoma sino con la evolución positiva de la dinámica familiar.

ESTRÉS

Dentro del capítulo de la medicina psicósomática, es necesario ocuparnos del estrés, ya que los desarrollos teóricos que se han realizado en el tema, constituyen una de las contribuciones más sólidas provenientes del ámbito de la biología a la teoría psicósomática.

⁴⁴ Otro caso puede ser el de familias sobreprotectoras donde la autonomía de los hijos es nula. Stierin y Weber hacen una descripción de una familia de este estilo con una hija anoréxica. Describen como en una familia donde la autoridad de los padres está claramente integrada en el credo familiar, la enfermedad se vuelve una forma de rebelarse contra ello. Al restringir la cantidad de alimentos que ingiere y negarse a comer, puede parecer que la joven rechaza esa expresión de amor, desafiando un principio central del credo familiar e iniciando su individualización contra los padres. Al hacerlo, sin embargo, no sólo da muestras de autonomía respecto de los progenitores, sino también respecto de su propio cuerpo. Ésta es otra posible lectura de la enfermedad psicósomática; la protesta o rebeldía contra la autoridad de los padres. Pero esto puede traerle consecuencias incontroladas para el propio paciente dado que lo que comenzó siendo una forma de protestar puede convertirse en su propia celda por haber caído en una contradicción o paradoja al provocar consecuencias contrarias a las que se proponía. Si lo que buscaba era una individualización dentro de la familia su enfermedad tiene una consecuencia contraria, ya que todo el mundo y la familia se vuelcan hacia él. El enfermo se vuelve el centro de la dinámica familiar y cae en la misma contradicción que menciona Watzlawick⁵¹ cuando el esquizofrénico trata de no comunicar pero se encuentra que es imposible no comunicar. Eso lo lleva a autocontradecirse y perderse en su propia definición.

⁴⁵ Dentro del enfoque terapéutico, lo primero que se debe intentar es crear un ambiente donde se le haga ver a la familia el papel que cada uno juega en dicho proceso a fines de abriarnos paso dentro de la unión cohesiva que presentan y la resistencia al cambio. Es importante prestar atención al paradigma de la circularidad para ir llevando a sus miembros hacia una nueva forma de ver la enfermedad: comprender que la familia puede ser muy útil para la recuperación del paciente sin pensar en ningún momento que ellos tienen la culpa de la enfermedad.

La palabra estrés fue empleada por primera vez en un contexto científico en 1911, por Walter Cannon, quien descubrió la influencia de factores emocionales en la secreción de adrenalina. Cannon, estudiando este efecto, desarrolló el concepto de reacción de *lucha* o *huida* ante amenazas inesperadas, con sus correlatos fisiológicos, y el de *homeostasis*, basado en la ley fisiológica general que formuló Claude Bernard: "La constancia del medio interno es la condición indispensable de la vida autónoma". Cannon llamó homeostasis a los procesos encargados de mantener esa constancia, y estrés a todo estímulo susceptible de provocar una reacción de lucha o huida.

Fue Hans Selye (1907-1982) de Montreal, quien en 1956 estudió los procesos fisiológicos asociados a sobrecargas de mayor duración y definió el estrés como la respuesta inespecífica del organismo ante estímulos, tanto psíquicos como físicos, involucrando procesos normales de adaptación (eustrés) así como anormales (diestrés), cambiando el concepto de Cannon que lo definía como estímulo y no como respuesta. El núcleo de su teoría consiste en un modelo homeostático de autoconservación y reubicación de recursos en respuesta a la adversidad: excesivas demandas al organismo, somáticas o psicológicas, producen una secuencia típica de respuestas fisiológicas, junto a una activación del simpático y del eje hipotálamo-hipofisoadrenal (HPA). Selye consideraba que era difícil definir el concepto de estrés y entre otros conceptos lo enunció como "*la velocidad de desgaste vital*".

En sus estudios administró diversos tóxicos a animales de experimentación, observando una respuesta estereotipada y uniforme, consecuencia de la producción masiva de corticoesteroides. Así determinó que si el estímulo estresante persiste, aparece el *síndrome general de adaptación* (SGA)⁴⁶, definido como la suma de todas las reacciones inespecíficas del organismo consecutivas a la exposición continuada a una reacción sistémica al estrés⁴⁷.

También Selye comprobó que en el caso que la exposición al estresor se prolongara, aparecían signos de agotamiento donde los animales sometidos al experimento, tras denodada resistencia, "abandonaban" y dejaban de responder, incluso antes del agotamiento de los recursos fisiológicos, cayendo en un estado descrito como *desesperanza*. No es posible trasladar estos resultados automáticamente al hombre porque como sabemos por experiencias catastróficas (reclusión en campos de concentración, por ejemplo) se ha demostrado que la intensidad de la reacción fisiológica frente a un estímulo

⁴⁶ En el SGA Selye describió 3 formas clásicas de la respuesta orgánica: la fase de alarma – primitiva respuesta de preparación para la lucha o la huida (shock y contrashock); la fase de resistencia (en la que se encuentra el síndrome de adaptación) y la fase de agotamiento neurovegetativo (la ruptura de los mecanismos regulatorios lleva a alteraciones irreversibles)

⁴⁷ Posteriormente, en diversas experiencias con monos, se comprobó que la activación de la corteza suprarrenal es secundaria a la reacción psicológica del sujeto frente a un estímulo desagradable y no necesariamente al estímulo en sí, o sea que es la interpretación de un estímulo como nocivo lo que determina la activación del eje simpático médula-adrenal y del eje hipofiso-cortico-adrenal. La secreción de catecolaminas desempeña un papel fundamental en la regulación general del organismo, y actúa como regulador del comportamiento, de la secreción neuroendocrina y del sistema circulatorio. También a nivel central se ve aumentada la secreción y metabolismo de diversas sustancias neurotransmisoras fundamentalmente por inhibición y activación de la MAO.

determinado no depende sólo de la intensidad de éste, sino de la forma en que es percibido y “evaluado”⁴⁸.

Las respuestas de adaptación demostraron científicamente la participación de los procesos emocionales en la modulación de las respuestas a estímulos tanto internos como externos y a la posibilidad de desbordamiento de las capacidades de adaptación individuales.

Situación actual nosológica

Actualmente, tanto el CIE-10, como el DSM-R han incluido las reacciones al estrés dentro de los grupos F40-F48 (Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. CIE-10) y 309.89-T por estrés postraumático y T. adaptativo en sus diversas formas DSM-III-R.

Los síntomas que el DSM-IV-TR⁵ describe como pertenecientes al trastorno de estrés agudo comprenden:

- a) Numbing o anestesia emocional: embotamiento, desapego o ausencia de respuestas emocionales o anestesia afectiva.
- b) Amnesia disociativa: consiste en la inhabilidad para recordar una parte importante del trauma.
- c) Desrealización: sensación de estar desconectado del mundo y tener la sensación de que el entorno es irreal.
- d) Despersonalización: percepción distorsionada del propio cuerpo, y de la propia identidad como unidad coherente. Puede manifestarse a través de la sensación de estar “fuera” de sí mismo.
- e) Reducción de la atención: pérdida o disminución de la capacidad atencional y aturdimiento.

Múltiples estudios clínicos en diferentes campos de la medicina han mostrado que la palabra más adecuada para describir la relación entre estrés y salud es *impacto*, pues los factores psicosociales no son causa de enfermedad, sino que desempeñan un rol en la alteración de la susceptibilidad del paciente a las enfermedades.

De acuerdo a Lazarus, en el proceso de evaluación de los estímulos participan variables de personalidad, mecanismos defensivos y de control, los cuales tienen la función de minimizar o eliminar el daño, real o anticipado. Los procesos de control dependen tanto de las actividades cognoscitivas como de los patrones conductuales aprendidos. Wolff introdujo el concepto de “life estrés” para resumir el conjunto de interacciones y adaptaciones de un individuo, incluyendo factores fisiológicos, sociales y

⁴⁸ Desde la perspectiva de la aparición de determinadas enfermedades como desadaptación frente a situaciones de demanda, se han desarrollado cuestionarios con listados de eventos vitales con capacidad patogénica como “muerte de cónyuge”, “divorcio”, “pérdida del trabajo”, que permiten proveer un nexo entre enfermedad y situación vital.

psicológicos⁴⁹. Von Uexküll relata que durante la guerra los casos de afecciones psicósomáticas disminuyeron. No puede dudarse que esos fueron tiempos plenos de eventos sumamente tensionantes, de lo cual se deduce que el factor societario, de pertenencia al grupo, debe entrar en toda consideración patogénica.

Otra concepción que ejemplifica la noción de enfermedad como desadaptación – donde podría hablarse de teoría psicoanalítica del estrés– procede de G. Engel y A. Schmale⁵⁰ y parte de la observación de que un estado psicológico especial antecede a la aparición de muchas enfermedades cuyo momento desencadenante está señalado por una “pérdida” real o simbólica. Se produce primero un estado en el cual los mecanismos defensivos fallan, con incapacidad para recobrar sentimientos satisfactorios. La fase del “abandono” es el estadio terminal; en él se consolida la pérdida de “objetos psíquicos”. En esta fase aparecen dos afectos principales: la desesperanza y el desamparo. En el desamparo predomina la convicción de haber sido abandonado por el medio, de no haber recibido suficiente apoyo, de carecer de ayuda. La desesperanza (o desesperación) refleja la propia incapacidad para procurarse la deseada satisfacción³⁷.

El concepto de trauma psíquico, que fue desarrollado desde un campo muy distinto, ha terminado por converger con el de estrés. Breuer y Freud⁸, lo definieron inicialmente como "toda experiencia evocadora de emociones desagradables". Posteriormente, en 1916, esta definición fue elaborada por Freud y expresada en términos más generales: "una experiencia es traumática cuando, en un corto lapso produce una sobrecarga de excitación neuronal que no puede ser disipada de la manera habitual, dando como resultado alteraciones permanentes en la distribución de la energía psíquica". Con ligeras variantes y adaptaciones, la concepción freudiana del traumatismo psíquico es todavía válida, aunque es ampliamente reconocido que traumas mínimos, incapaces de desbordar aisladamente los mecanismos psicológicos de defensa, pueden conducir a efectos patógenos si se acumulan o actúan de manera repetida e insistente.

Además del estrés fisiológico descrito por Selye, otros autores como Engel¹⁵ se preocuparon de la definición del estrés psicológico, "un proceso originado tanto en el ambiente exterior como en el ambiente interior de la persona que implica un apremio o exigencia sobre el organismo cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo de los mecanismos psicológicos de defensa antes de ser activado ningún otro sistema".

En ocasiones un trauma puede no ejercer efectos inmediatos, pudiendo aparecer una intensa reacción tardía. Este fenómeno o trauma retrospectivo obedece a dos mecanismos fundamentales, el primero es la retención en la memoria de un significado

⁴⁹ Los pacientes de sexo masculino con enfermedad cardiovascular asociada a dificultades psicosociales experimentaron una reducción importante en su angina cuando tenían parejas que los amaban y apoyaban (Medalie, J.A. et al. Angina pectoris among 10.000 men: II Psychosocial and other risk factors as evidenced by a multivariate analysis of five year incidence study. Am. J. Med. 1976: 910-921)

⁵⁰ Estos autores interpretan la enfermedad en términos económicos. Sostienen la hipótesis de que el desfallecimiento de las defensas mentales tiene por efecto una activación de las defensas biológicas. La exacerbación de las defensas biológicas actúa entonces como un estrés suplementario y esta sobrecarga económica sobrepasa el umbral de la tolerancia del organismo, lo que tiene por consecuencia la aparición o la evolución rápida de una patología.

que es comprendido más tarde; en el segundo mecanismo, los efectos del trauma son inmediatos, evocando una intensa acción defensiva del organismo, esta defensa se constituye en una regresión masiva de la calidad traumática del evento y hace que no aparezcan manifestaciones del estrés, excepto un aire distraído e indiferente que es fácilmente reconocible como patológico. Las representaciones mnémicas de la experiencia permanecerían encapsuladas fuera de la conciencia y un fallo en la represión enfrentaría al individuo bruscamente con los contenidos reprimidos⁵¹.

La resistencia a las experiencias desestabilizadoras depende de un factor genético y de un factor adquirido, el primero está íntimamente ligado a la constitución del individuo. El factor adquirido se forja en las experiencias tempranas del individuo con el medio y la madre quien en los primeros meses de vida contiene las reacciones primarias del niño para, posteriormente, posibilitarle su adaptación al medio ambiente. Desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje las primeras percepciones infantiles determinarán como han de ser percibidos los sucesos posteriores de la vida, formándose también las pautas de respuestas psicofisiológicas que se repetirán posteriormente ante estímulos similares.

Dentro del enfoque evolutivo, las relaciones tempranas satisfactorias permiten la creación de una resistencia especial a la adversidad y las enfermedades, que Saul⁴⁴ llamó el *apoyo interno*. Este concepto es descrito por Juan Rof Carballo⁴³ como *urdimbre afectiva*⁵², ingrediente radical de la identidad, forjada por el amparo o el rechazo recibido en la infancia y que va a contribuir posteriormente a la formación de una membrana social desde la cual actuamos en nuestro entorno y a través de la cual recibimos del mismo sus influencias⁵³.

El enfoque de la enfermedad psicosomática como una patología de adaptación al estrés, se funda en las relaciones existentes entre el ambiente, las circunstancias sociales, los cambios vitales y el desencadenamiento de determinadas enfermedades. Los hechos

⁵¹ Este es el caso de ciertas reacciones de duelo que se presentan años más tarde cuando la reacción inmediata había sido mínima o ausente. También es interesante el conocimiento del estímulo simbólico en la formación del estrés psíquico, un estímulo indiferente puede adquirir cualidad traumática en virtud de su similitud o asociabilidad con otra circunstancia naturalmente estresante.

⁵² J. Rof Carballo denomina 'urdimbre afectiva' a ese intercambio de experiencias emotivas que caracteriza las peculiares relaciones de la madre con cada hijo durante los primeros años de su existencia. Es el entramado sobre el que se va a estructurar el carácter de la persona. No se trata únicamente de intercambios de naturaleza biológica, tendentes a satisfacer las necesidades de nutrición, de alivio físico, calor y estimulación sensorial, sino más bien del modo concreto con que la madre satisface tales necesidades básicas. La relación madre-hijo es una profunda relación psicobiológica en que el hijo es sentido como continuación vital de la madre: "... el hombre no sólo corre un gravísimo peligro en el momento de nacer, en la asfixia del parto o en sus peripecias sino que es aún mayor el riesgo que le acecha en los primeros meses de la vida... Es el momento en que va a realizar su encuentro decisivo, en la constitución física del cerebro, en sus neuronas y sistemas enzimáticos, la percepción y el afecto, la primera vivencia de lo temporal, las tensiones internas, el placer y el dolor. Lo que entonces ocurra puede ser tan irreversible como una lesión anatómica. En el alborar de la vida el mundo perceptivo requiere el hábito del amor, del afecto... Pero ya hemos visto que nuestra cultura se opone a esto por mil medios... (Rof Carballo⁴³)

⁵³ La relación genuinamente microgrupal que se establece a través de las secuencias interactivas observables entre madre e hijo (grupo primario por excelencia), recíprocamente implicados en un lazo emocional que rebasa, con amplitud, la mera necesidad biológica de la nutrición y cuidados materiales que un lactante necesita, fue gráficamente definida por Rof Carballo como *útero social* o *vínculo primario*.

que son aceptados en general como etiopatogénicos se los puede resumir como: 1) estímulos ambientales (excesivos, insuficientes, especiales); 2) constitución, predisposición genética; 3) experiencias tempranas y aprendizaje previo; 4) recursos personales frente a la agresión; 5) soporte social; 6) respuesta del ambiente al síntoma psicósomático (posibles ganancias secundarias, etc.).

Estos factores actuarían sobre diversas estructuras orgánicas (neuronales, metabólicas, bioquímicas y estructurales) que producirían los consiguientes cambios patológicos que en su conjunto son considerados como la enfermedad psicósomática.

Trastorno de estrés postraumático (SEPT)

En la forma crónica el SEPT es la situación clínica más característica de alteración psíquica producida por un episodio suficientemente estresante para alterar el equilibrio mental. La sintomatología, especialmente el entumecimiento psíquico puede presentarse poco después del suceso causal instaurándose los demás en forma progresiva, insidiosa o repentina, generalmente en un lapso no superior a unos pocos meses, el cuadro clínico completo se caracteriza por entumecimiento psíquico, tendencia involuntaria a revivir el trauma, hiperreactividad simpática neurovegetativa, anhedonia, alteraciones en la capacidad de respuesta al medio y evitación de situaciones y actividades evocadoras del trauma. En algunas ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico, agresividad generalmente desencadenada por estímulos que evocan un repentino recuerdo del trauma, o de la reacción original ante él.

Frecuentemente se acompaña de alteración del sueño y estados depresivos ansiosos, la hiperactividad simpática se acompaña de aumento generalizado de la vigilancia, predisposición a las reacciones de sobresalto, dificultad para conciliar el sueño con despertares precoces añadidos, sensación de angustia y tendencia a las disfunciones vegetativas como diaforesis, taquicardia y diarrea. El diagnóstico no debe realizarse si la alteración es menor a un mes. Los traumas que desencadenan estas reacciones frecuentemente son amenazas graves para la propia vida o de hijos, cónyuges, etc., también la destrucción súbita del propio hogar (catástrofes naturales) o la observación de como otra persona se lesiona gravemente o muere como resultado de un accidente o violencia física.

La acción traumática se puede experimentar en solitario o en grupo, además la sintomatología puede variar dependiendo de la edad del sujeto expuesto, los niños pueden permanecer mudos o negarse a hablar del trauma, y también frecuentemente, pueden manifestar jaquecas o molestias abdominales⁵⁴.

⁵⁴ SEPT atípico: Es una forma clínica de descripción reciente que solo se diferencia de la habitual en que los fenómenos de repetición involuntaria de la experiencia traumática no son de tipo cognitivo o emocional, sino somático. El trauma causante suele ser una intoxicación involuntaria severa, un accidente laboral o incluso la exposición repetida pero poco intensa a tóxicos industriales (Scholtenfeld, ⁴⁵). El paciente reexperimenta estados somáticos y síntomas físicos que estuvieron presentes en el momento de la intoxicación o lesión original, con frecuencia desarrollan una incapacidad laboral secundaria y son diagnosticados erróneamente de trastorno somatoforme.

En el proceso de respuesta habitual ante situaciones traumáticas intensas, la integración cognitiva de una situación altamente inusual se acompaña de unos instantes de inhibición, tras los cuales el sujeto despliega sus respuestas características que pueden ser apropiadas, inapropiadas o patológicas. En los traumas de efecto retardado la intensidad y duración del estadio inicial de shock son tan exagerados que el sujeto no parece reaccionar, adoptando un aire distraído e indiferente, que puede confundirse con valor y entereza. Esta situación es frecuente en momentos de duelo, pudiendo deberse a una inhibición del proceso de neutralización traumática. Las representaciones mnémicas de la experiencia permanecen encapsuladas fuera de la conciencia sin provocar ninguna reacción hasta que un fallo de los mecanismos de represión, enfrenta bruscamente al sujeto con los aspectos traumáticos reprimidos, desencadenándose la respuesta psicósomática de forma aguda y total.

Evolución, pronóstico y terapéutica

En los estudios de seguimiento de grandes masas de población sometidas a los efectos del SEPT se demuestra que la sintomatología va remitiendo con el tiempo, sin embargo en la clínica del paciente individual esta disminución no es tan clara, ya que un gran grupo de los que desarrollan este cuadro tienden a seguir un curso tórpido como se demostró en los estudios de seguimiento que realizó Kolb²⁸. Así las repercusiones del SEPT pueden llegar a ser absolutamente invalidantes, con altos índices de alcoholismo, adicción a drogas, suicidio, divorcio, complicaciones laborales y traumatofilia. Hearst en sus trabajos de 1986 demostró una mayor tendencia de los individuos afectados de SEPT crónico a los accidentes de tráfico, siendo esto una de sus mayores causas de mortalidad. Basándose en experiencias de tratamientos del SEPT en el frente de batalla en la Segunda Guerra, se han descrito pautas terapéuticas en términos que han llegado a ser clásicos:

El *principio de proximidad*. El paciente tiene que ser tratado lo más cerca posible del lugar donde ha experimentado la crisis emocional.

El *principio de prontitud*. Debe ser atendido de forma inmediata o lo más pronto posible después de la aparición de la crisis.

El *principio de expectación*. El paciente tiene que esperar (y se esperará de él) su reincorporación a sus anteriores funciones tras un corto periodo de recuperación de su equilibrio emocional.

Con estos principios resultó sensato y práctico ayudar a los soldados con alteraciones a soportar las exigencias del combate en vez de mandarlos a remotos

SEPT retardado: En ocasiones la circunstancia traumática puede no ejercer efectos inmediatos provocando sin embargo una intensa reacción tardía con un periodo libre de síntomas que puede llegar a años, el mecanismo atiende a dos formas etiopatogénicas: en el primer caso denominaremos trauma retrospectivo a una situación consistente en la retención en la memoria de un suceso en apariencia banal, pero dotado de un gran poder traumatizante que permanece oculto y no es comprendido hasta más tarde; la segunda forma es lo que se denomina trauma pospuesto que consiste en la represión masiva, inmediata y persistente de la calidad traumática del acontecimiento. Aquí los efectos del trauma están presentes desde el primer momento, pero la reacción psicológica no será aparente hasta después de un cierto tiempo.

hospitales con lo que se evitó la sensación de fracaso personal y el desarrollo de síntomas permanentes de evitación fóbica y la consiguiente incapacitación crónica⁵⁵.

El enfoque terapéutico por excelencia está conformado para la mayoría de los autores por una combinación de farmacoterapia y psicoterapia. Los clínicos han utilizado varios agentes farmacológicos en el tratamiento del SEPT, pero generalmente en estudios abiertos y sin un número suficiente de ensayos controlados, Kolb realizó ensayos con betabloqueantes a dosis de 120 a 160 mg diarios en veteranos del Vietnam afectados del síndrome, después de seis meses un 90% refirió mejorías en el sueño, reacciones impulsivas, pensamientos invasores, pesadillas nocturnas y estado de hiperactividad y alarma, otro grupo de autores realizó pruebas con clonidina (Agonista alfa-2-noradrenérgico) en nueve veteranos del Vietnam con SEPT con dosis de 0.2 a 0.4 mg diarios durante seis meses y obtuvieron resultados similares a los pacientes tratados con betabloqueantes, los autores llegaron a la conclusión de que los agentes bloqueantes adrenérgicos, atenúan los síntomas derivados de la somatización de las emociones de ira, temor y ansiedad. En la mayor parte de las publicaciones sobre el tratamiento del SEPT se han utilizado los antidepresivos, destacándose los efectos de la imipramina a dosis de 50 a 300 mg día en la reducción de los fenómenos de flashback y en los terrores nocturnos postraumáticos, mostrando mayor eficacia que los traquilizantes mayores en la mejoría de los síntomas impulsivos y el alivio del insomnio²³.

Desde las primeras descripciones del SEPT se han utilizado numerosas variantes psicoterapéuticas, Se describieron éxitos con hipnosis o relajación, especialmente cuando resultaba favorecido el proceso de catarsis. Al parecer una vez que se instaura el SEPT crónico se producen alteraciones más o menos persistentes en los sistemas de neurotransmisión noradrenérgica que dificultan la acción beneficiosa de la catarsis (Kolb, 1987). Por esto si se realiza la intervención poco tiempo después del suceso traumático, probablemente puedan evitarse la evolución crónica o retardada. La psicoterapia breve psicodinámica es considerada como un buen método terapéutico.

Se ha postulado también que individuos con traumas psíquicos en el pasado tendrían predisposición a distintas reacciones desadaptativas o a reacciones disociativas que abarcarían de la despersonalización a la psicosis (Krystal,²⁹), por lo tanto sería útil intentar modificar los conflictos preexistentes, las dificultades del desarrollo y los estilos adaptativos que hacen más vulnerable al individuo ante una experiencia determinada.

Horowitz²⁴ propuso un modelo de tratamiento orientado respecto a las fases en el que se establece un equilibrio entre una intervención inicial de terapia de apoyo que atenúe

⁵⁵ Expresado en términos psicodinámicos, la organización y la administración del área psiquiátrica de vanguardia se esforzó por preservar la identificación del paciente con el grupo de combate, por disminuir la ganancia secundaria derivada de la neurosis y por evitar el atractivo de la enfermedad y la incapacidad, de esta forma los principios terapéuticos se ponían en práctica mediante la manipulación social o de grupo. Tales medidas constituyeron un éxito y fueron una de las más importantes lecciones médico-psiquiátricas de la II Guerra Mundial. Actualmente la evolución del tratamiento del SEPT ha tenido distintas contribuciones, manteniéndose en parte los principios fundamentales del tratamiento, dado que son difícilmente instaurables fuera del estricto y bien organizado medio militar.

el estado traumático y un tratamiento progresivamente más agresivo en fases más avanzadas. Los elementos terapéuticos más importantes durante el tratamiento son una relación segura, estable y comunicativa; la reexposición al suceso traumático, la revisión de la imagen del mundo y de la autoimagen que tiene el paciente y finalmente terminar con las experiencias subjetivas de pérdida.

La terapia cognitiva ha mostrado ser de gran utilidad en el control de la actividad mental intrusiva del SEPT.

Enfoque Psiconeuroinmunoendocrinológico (PNIE)⁵⁶

“La psiconeuroinmunoendocrinología es la rama de la medicina que tiene por objeto el estudio de las relaciones entre los cuatro sistemas de control y regulatorios, que tiene el organismo humano: el psicológico⁵⁷, el neurológico⁵⁸, el inmunológico⁵⁹ y el endocrinológico⁶⁰. La comunicación entre sus componentes es determinada por diferentes tipos de señalización molecular, conformando de esta manera distintos idiomas. De esta forma tendremos un idioma psíquico-neurológico dado por los neurotransmisores, otro inmunológico, dado por las interleuquinas, y otro endocrinológico dado por las hormonas. Hoy se sabe que cada uno de los componentes que forman la PNIE, es capaz de interrelacionarse con otro o bien actuar sobre sí mismo (automodulación) mediante todos los idiomas PNIE. Debemos conceptualizar entonces que citoquinas, neuropéptidos, neurotransmisores y hormonas, pueden actuar o ser sintetizados en cualquiera de los tres sistemas implicados (cerebro, hipófisis, tejidos glandulares y células del sistema inmune). Todos los órganos que forman el sistema PNIE poseen receptores específicos para las diferentes sustancias biológicas, que permiten la interrelación de los subsistemas implicados. (Marquez Lopez-Mato³⁰)⁶¹.

⁵⁶ Anteriormente **psiconeuroinmunología**, conocida por la sigla “PNI”, término inventado por el psicólogo Robert Ader a fines de la década del 70. (SOLOMON⁴⁸) Sabiendo hoy las interrelaciones de los ejes y conociendo la función secretora hormonal del cerebro, el término adecuado es el de PNIE.

⁵⁷ Esta área se encuentra expresada fundamentalmente por los circuitos límbico, paralímbico y pineal. Estas estructuras son las encargadas de la exteriorización de las conductas ante el procesamiento de las emociones

⁵⁸ Se expresa por el Sistema Nervioso Central y Periférico, fundamentalmente mediante neurotransmisores y neurorreguladores. Los neurorreguladores se encuentran en mayor número que los neurotransmisores e incluyen, entre otros, a los péptidos hipotalámicos, enterohormonas y citoquinas.

⁵⁹ El sistema inmune posee como principal función, la discriminación entre lo propio y lo ajeno. Destaquemos que el sistema inmune y el nervioso son los dos únicos sistemas del organismo con capacidad de memoria y de aprendizaje en sus funciones y regulan su proliferación clonal por el mecanismo de muerte por apoptosis.

⁶⁰ Es el sistema de control expresado por los distintos ejes hipotálamo-hipófisis-periféricos. Hace 30 años Schapiro lo llamó “hormonostato”. El hipotálamo, como principal estructura neuroendocrina de interés para la comprensión de los mecanismos de control superiores del sistema PNIE, está formado por la región cerebral que rodea el sector inferior del tercer ventrículo, extendiéndose desde el quiasma óptico a los cuerpos mamilares. Se encuentra conectado entre sí con la neocorteza, con las otras áreas cerebrales y con el sistema inmune. Produce factores de liberación, que son péptidos o glucopéptidos, que regulan en forma inhibitoria o estimulatoria la liberación de hormonas hipofisarias, las que a su vez regulan a las hormonas periféricas. De esta forma, se vinculan y regulan las conductas efectoras (endocrinas) con los estímulos viscerales (SNA) y/o emocionales. El Sistema Nervioso y el Sistema Endocrino tienen el mismo origen embriológico, por lo que no sorprende la producción de una misma hormona polipeptídica o esteroidea por células del cerebro y del ovario. Tampoco que una sustancia pueda actuar indistintamente como neurotransmisor u hormona.

⁶¹ Interacciones inmunoneuroendocrinas: numerosos trabajos han mostrado resultados que pueden aceptarse como evidencia de una integración funcional entre el sistema inmune y el neuroendocrino.

Desde la PNIE se puede explicar la endogenización de las vivencias reactivas. Un hecho traumático externo puede quedar grabado en tres tipos de memoria: la sensorial que es corta, la límbico-temporal que es larga o la inmunoendocrina que es eterna. Por lo tanto, esté el desencadenante patológico en lo endógeno o en lo ambiental, se traducirá en más o menos tiempo, en rupturas de este sistema. Las reacciones vivenciales o las adaptativas a situaciones del medio pueden dejar trazas de alteración bioquímica o metabólica que se independizan de la causa y persisten de por vida. Sin embargo, la repercusión metabólica excede a la orgánica. No respondemos todos del mismo modo al mismo estrés, ya que la respuesta multimodal al estrés no depende de la calidad del mismo sino de la evaluación cognitiva individual que cada uno hace sobre él, de acuerdo con el bagaje socio-genético-cultural que arrastra. La PNIE nos enseña lo errado del concepto de homeostasis. Lo normal es la adaptación circadiana, metabólica, endocrina y psicológica a cambios permanentes. La fluctuación y la adaptabilidad definen la salud. La pérdida de esta capacidad es la enfermedad.³⁰

La PNIE recupera la versión holística de la Medicina hipocrática pero sin olvidar la singularidad de cada ser. Sólo en la interacción del hombre biológico, psicológico y social con su medio, se entiende que no hay enfermedades sino enfermos. (...) Es en la PNIE donde la aseveración gassetiana de que “Yo soy yo y mis circunstancias” adquiere su real correlato biológico. Sólo con la comprensión psicóneuroinmunoendocrinológica puedo vivir en equilibrio conmigo mismo (sistema límbico), con el otro (sistema paralímbico) y con el ecosistema (sistema pineal).³⁰ Por lo tanto podemos concluir que la PNIE con sus estudios y aplicación clínica está disolviendo los dualismos mente-cuerpo, cuerpo-ambiente e individuo-población. La PNIE no sólo ayuda a entender la patofisiología y la psicofisiología de la enfermedad en el sentido de un sistema de orientación teórica, sino que valora también la relación médico – paciente y el propio rol del paciente en la superación de la enfermedad y mantenimiento de la salud. Así, la PNIE provee una base científica para la práctica de la medicina humanística por constituir una mirada integradora y dinámica de los procesos de Salud y Enfermedad.⁶²

El enfoque PNIE se nutre de las teorías de los Sistemas y del Caos, que constituyen una forma de pensar a la fisiología humana mediante complejas redes de comunicación

La integración de estos sistemas se da a diferentes niveles, los cuales pueden resumirse de la siguiente forma:

- 1) las hormonas clásicas y neurotransmisores se unen a receptores específicos de las células del sistema inmune, regulando su actividad;
- 2) productos clásicos del sistema inmune como son las citoquinas pueden actuar sobre las células del sistema neuroendocrino, alterando su funcionalidad,
- 3) hormonas liberadas por el hipotálamo, así como estímulos inmunes, pueden actuar sobre linfocitos favoreciendo la liberación de neuropéptidos, los cuales podrían modificar la actividad del sistema neuroendocrino, y
- 4) algunas células del sistema nervioso producen citoquinas o péptidos semejantes a las citoquinas, las que son capaces de modular la función de las células del sistema inmunitario.

⁶² La primera relación del sistema endocrino con el inmunológico fue comunicada por Calzolari en 1898, quien observó en conejos castrados el aumento del timo, confirmado por Chillido en 1940; posteriormente Solomon en 1964 escribe sobre la integración entre inmunidad, enfermedad y cómo podrían influir los estados emocionales. Ader en 1975 escribe sobre la conducta y estados emocionales que pueden llevar a la inmunosupresión y Farrar en 1987 publica un interesante artículo sobre la relación del sistema inmune y el nervioso.¹⁴

bidireccionales, con mecanismos de retroalimentación positivos y negativos donde se busca el orden subyacente bajo el aparente desorden, dejando de lado por reduccionistas la etiología única y los fenómenos causa/efecto.

En la década del 80⁶³ aparecen los principales artículos que conciben la enfermedad como resultado de un desequilibrio en la compleja red de mensajes, señales y respuestas, en la que las distintas moléculas y sustancias juegan un rol capital al aumentar o disminuir ante estímulos emocionales o electrofisiológicos. Ader (1998) había observado la interrelación entre sistema inmune y vulnerabilidad, inclusive en los estudios en animales⁶⁴ se evidenció como los factores psicosociales y de comportamiento, incluyendo el sentimiento de bienestar así como los elementos estresantes de la vida, están asociados con alteraciones de la inmunidad humoral y de la inmunidad celular, y con una susceptibilidad alterada a las enfermedades infecciosas, autoinmunes y neoplásicas.

Janine Kiecolt-Glaser²⁷ y su equipo, describieron los cambios inmunológicos y endocrinológicos dependientes de la mayor armonía o infelicidad del vínculo matrimonial⁶⁵: “Iniciamos estos estudios en 1986, cuando nos comenzamos a preguntar si

⁶³ No obstante, en 1926, Serge Metalnikov y colaboradores, que trabajaban en el Instituto Pasteur de París ya habían realizado el siguiente experimento: inyectaban bacterias a cobayas y a la vez, arañaban su piel. Como era de esperar, las cobayas desarrollaban una respuesta inmune. Pero lo sorprendente era que los animales seguían respondiendo sólo a la escarificación de la piel. Era como si las cobayas hubieran aprendido que la “escarificación” equivalía a “bacterias”, lo mismo que para los perros de Pavlov, la “campana” equivalía a “hueso”.

⁶⁴ Un estudio realizado en Texas a principios de 1979 por Robert M. Nemeroff y su equipo, llamado el experimento de los conejos mimados de Nueva Zelanda: un grupo de conejos neozelandeses fueron alimentados con una dieta rica en colesterol durante más de 5 semanas. Un investigador le tomó cariño a un animal. Cada día, durante media hora, le acariciaba, le hablaba e incluso jugaba con él mientras el alimentaba. Tiempo después los animales fueron sacrificados para estudiar el efecto del colesterol en sus arterias. Con sorpresa, se descubrió que el conejo en cuestión presentaba un 60% menos daño que el resto de sus compañeros. Los investigadores decidieron repetir la experiencia un par de veces más. Se hicieron dos grupos y en uno de ellos cada conejo tenía el mismo cuidador, que le visitaba cariñosamente 5 veces al día. Por el contrario, los animales restantes pasaron a constituir un grupo de control. Los resultados mostraron un abismo entre ambos grupos. Sacrificados los conejos, se vio que aquellos que recibieron más cariño frente al trato frío habitual de laboratorio presentaban nuevamente, un 60% menos de lesiones aórticas, aunque tenían la misma cantidad de colesterol en sangre, la misma presión y el mismo ritmo cardíaco que el resto de sus compañeros. Quedó bien claro que, de algún modo, los conejos mimados estaban más protegidos contra el infarto. (Luis Miguel Ariza “Psiconeuroinmunología”, Muy Interesante, Año VI, # 11)

⁶⁵ To assess endocrinological and immunological correlates of marital conflict and marital satisfaction, 31 older couples (mean age 67 years) who had been married an average of 42 years were studied. METHOD: Couples were admitted to the Clinical Research Center and a catheter was placed in each subject's arm. Blood was drawn on entry for immunological assays; for hormone analyses, five blood samples were drawn during a 30-minute conflict discussion and a 15-minute recovery session. The conflict session was recorded on videotapes that were later coded for problem-solving behaviors using the Marital Interaction Coding System (MICS). RESULTS: Among wives, escalation of negative behavior during conflict and marital satisfaction showed strong relationships to endocrine changes, accounting for 16% to 21% of the variance in the rates of change of cortisol, adrenocorticotropic hormone (ACTH), and norepinephrine (but not epinephrine). In contrast, husbands' endocrine data did not show significant relationships with negative behavior or marital quality. Both men and women who showed relatively poorer immunological responses across three functional assays (the blastogenic response to two T-cell mitogens and antibody titers to latent Epstein-Barr virus) displayed more negative behavior during conflict; they also characterized their usual marital disagreements as

el divorcio iría o no, asociado a una función deficiente del sistema inmune. Cuando comparamos parejas casadas con personas que acababan de divorciarse, vimos que éstas últimas tenían un sistema inmune más débil. Pero dentro del grupo de casados resultó que los que eran más felices en su matrimonio, tenían un mejor funcionamiento del sistema inmunológico". También se comprobó que ante las discusiones maritales, los aumentos en las hormonas del estrés (adrenalina, noradrenalina y ACTH) y la depresión del sistema inmune, era de una muy superior incidencia en la esposa que en el marido. Este estudio demostró que, incluso después de que las parejas hubiesen dejado de discutir, la batalla fisiológica continuaba alterando el cuerpo femenino.^{66; 67}

A modo de síntesis

Hemos intentado mostrar como el pensamiento psicossomático trata de superar visiones parciales y reduccionistas, guiado por la búsqueda de integración de manifestaciones biológicas, psíquicas y sociales, en la comprensión del ser humano.

more negative than individuals who showed better immune responses across assays. *CONCLUSION: Abrasive marital interactions may have physiological consequences even among older adults in long-term marriages.*

⁶⁶ Estudios previos habían llegado a conclusiones que podrían explicar estos resultados: en las discusiones, el hombre trata de escapar del problema o renuncia a seguir dándole vueltas, hecho que resulta muy frustrante para la mujer. El trabajo de la psicóloga Dra. Kiecolt-Glaser -directora del departamento de Psicología y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ohio, junto con el inmunólogo Ronald Glase- demostró que las respuestas desagradables y las evasivas de los maridos -plasmadas en videos- marcaban los cambios en los niveles hormonales: cuanto más acusadas eran las reacciones hostiles, mayor era el incremento de hormonas del estrés en la sangre de las esposas. Obviamente, si estas hormonas se mantienen a un nivel elevado el tiempo suficiente, pueden producirse consecuencias inmunológicas negativas en la salud. Según Ana Aslan, endocrinóloga de Rumania, que trabaja en su clínica de Bucarest, hay que valorar la química producida por la "voluntad de vivir": ella afirma la existencia de una conexión directa entre una fuerte voluntad de vivir y ciertos balances químicos cerebrales que estimularían la glándula pituitaria, la cual dispara a su vez, una serie de efectos en la glándula pineal y en todo el sistema endocrino.¹¹

⁶⁷ En un estudio David Spiegel, psiquiatra de la Universidad de Stanford (California) intentó demostrar que el bienestar psicológico, claramente evaluable, no podía ayudar en ningún cáncer de mama en fase terminal. Para hacerlo, recurrió a un estudio que había realizado años atrás con el psiquiatra Irving Yalom, también de Stanford, destinado a mejorar el bienestar mental de mujeres con cáncer de mama. Comprobó que el grupo que había recibido psicoterapia, además del tratamiento estándar, había sobrevivido 36,6 meses; dos veces la media de supervivencia del grupo que sólo recibió el tratamiento estándar para el cáncer (18,9 meses). Impresionado, Spiegel pidió a más de 20 científicos escépticos, que estudiaran los datos antes de publicarlos. Ninguno de ellos detectó ningún error en el diseño de la investigación. (Mundo Salud, <http://www.el-mundo.es/salud/1994>).

En nuestras investigaciones sobre cáncer de mama, hallamos siempre presente como antecedente a la aparición del cáncer de mama, una importante pérdida objetal (que confirma la hipótesis de LeShan) y la alta incidencia en la recuperación de la enfermedad (ausencia de recidivas y metástasis) si se entablan nuevos vínculos que resignifiquen dicha pérdida. (Spagnuolo,⁴⁹ⁱ)

Desde 1940, algunas observaciones psicossomáticas fueron hechas con respecto a factores emocionales en el inicio y curso de las enfermedades autoinmunes, principalmente la artritis reumatoidea, el lupus eritematoso sistémico (LES), el mal de Grave y otras. La observación más intrigante de este período, fue el hallazgo de que los parientes físicamente saludables de pacientes con artritis reumatoidea, quienes tenían en su serología las características del anticuerpo de esa enfermedad, el factor reumatoide (Anti-inmunoglobulina G) pero con superior adaptación psicológica que aquellos a los que les faltaba el factor, dejó planteado que el bienestar psicológico podría tener una influencia protectora ante una vulnerabilidad genética (Solomon, G.F and Moos, R.H. (1965) The relationship of personality to the presence of rheumatoid factor in asymptomatic relatives of patients with rheumatoid arthritis. *Psychosomatic Medicine* 27; 350-360.).

La diversidad de teorías que guían el modelo psicosomático nos dan cuenta de la complejidad del problema, verdadera encrucijada imposible de resolver con un único enfoque y necesidad de la visión interdisciplinaria. La función de tal perspectiva consiste en facilitar la *fertilización* cruzada entre ellas y proponer modelos para repensar relaciones, antinomias y convergencias.

Cuando uno se pregunta por qué tantos enfoques y líneas de pensamiento se han sucedido en la historia de la Medicina y la Psicología en estos intentos comprensivos, se hace evidente que para el hombre la integración mente – cuerpo despierta importantes resistencias ya que el concebir la enfermedad como un lenguaje, un mensaje que el otro puede decodificarnos, o que lo que ocurre en un vínculo de pareja o familia, puedan estar influyendo en nuestro padecimiento, son concepciones hirientes para el narcisismo que nos constituye. De allí que surge la disociación y proyección en el agente bacteriano, en la herencia o en cualquier otro depositario, que nos permita salir indemnes en nuestro ideal de perfección.

En el área de la biología aún hoy existen enfoques cartesianos que conciben los organismos vivientes como máquinas constituidas por diferentes partes⁶⁸. Sin embargo, los científicos actualmente conciben los organismos vivos como pertenecientes a los sistemas no-lineales, mundo impredecible donde un pequeño cambio en un parámetro puede virar hacia un suceso completamente nuevo, como cuando en la física cuántica se producen los “saltos cuánticos”, circunstancias novedosas que no se hayan controladas por las leyes causales sino solamente previstas por las leyes de la probabilidad. Estos sistemas desafían la lógica tradicional, reemplazando el concepto de energía por el de *información*, y el de causa – efecto por el de *estructura* y *realimentación*. Por lo tanto, si el valor de cada elemento de una estructura dinámica o sistema vivo, está íntimamente relacionado con los demás, y si cada elemento es necesario para definir a los otros, no puede ser visto en forma aislada sino a través de la posición y la función que desempeña en la estructura total.

Consideramos que de la comprensión profunda de las circunstancias del padecimiento orgánico, surgiría la posibilidad de una eficaz prevención primaria⁶⁹ que se dirigiría hacia la identificación de los comportamientos nocivos implicados en el proceso patológico y procuraría su modificación, promocionando la adquisición de conductas bio-psico-sociales más saludables⁷⁰.

⁶⁸ De este modo, tres siglos después de Descartes, la ciencia de la medicina sigue basándose, como escribe George Engel¹⁵¹ en “el concepto del cuerpo como máquina, de la enfermedad como consecuencia de la avería de la máquina, y de la tarea del médico como la reparación de esta máquina”. La medicina tradicional tiende a considerar como “*psicosomática*” cualquier enfermedad cuyo origen y desarrollo no resulten comprensibles dentro de la estructura biomédica y a etiquetar como “*efecto placebo*” cualquier proceso de curación introducido por las expectativas positivas del paciente y por su fe en el médico y en el tratamiento, mientras que la curación que ocurre sin ninguna intervención médica se denomina “*remisión espontánea*”. Estas tres expresiones se refieren a los poderes curativos de la actitud mental del paciente que puede influir positivamente en la dinámica físico química de su cuerpo.

⁶⁹ La prevención secundaria consistiría en el tratamiento de la problemática y la terciaria abordaría la reducción de los efectos residuales y perjudiciales que siguen al tratamiento, posibilitando la rehabilitación, la reinsertión en el mundo social y laboral, la prevención de recaídas, etc. Por lo tanto podemos concluir que sólo la prevención primaria es estrictamente prevención.

⁷⁰ De este modo también se podría lograr el ideal de *salud* que propone Laín Entralgo cuando la describe como la capacidad del organismo para resistir, sin reacción morbosa, situaciones vitales intensamente

Deseamos como cierre, recordar las palabras de **Leopold Bellak** ⁶⁶“Todo ser humano tiene una básica necesidad de amor, que conserva en mayor o menor grado, a través de todas sus vicisitudes, su carácter pristino y original, de necesidad de ser amado por los progenitores. Todos los médicos –y la mayor parte de los pacientes- han tenido oportunidad de reconocer la eficacia que puede tener un placebo, además de la frecuencia con que los fármacos pueden producir resultados benéficos bastante lejanos de los que indican los textos de estudio y del hecho de que incluso una receta en el bolsillo del paciente puede producir una inesperada mejoría. Esto se debe a que, en la medida en que el mal de ese paciente representa una necesidad de carácter neurótico, ha recibido *amor*: alguien se ha ocupado de él y se preocupa por su bienestar. Puede no ser el caso de una receta. Puede tratarse nada más que del tiempo que se le dedica, o apenas de una benévola pregunta. La demanda infantil de amor no se supera a ninguna edad. Es reprimida, o lleva a la desesperación, se satisface en la fantasía o es obtenida de una u otra manera de un ambiente más o menos indiferente. En la relación ideal de médico y paciente esta necesidad se siente debidamente *satisfecha*, con la consiguiente euforia y el correspondiente efecto sobre los síntomas.”⁷¹

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman, N.W. (1961) Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires, Hormé
2. Ader, R. (1998) "Introducción", en Estrés y procesos de enfermedad. Psiconeuroinmunoendocrinología: modelos de integración mente-cuerpo. Arias P. et. alt. Tomo I. Ed. Biblos, Buenos Aires, 1998
3. Alexander, F., French, T. (1948) Studies in psychosomatic medicine. An approach to the cause and treatment of vegetative disturbances. New York, Ronald Press, 1948
4. Alexander, F. (1943) Fundamental concepts of psychosomatic research. Psychosom.Med.,1943, 5, 205
i. (1950) Psychosomatic Medicine. New York, Norton, 1950
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Revised Edition, Washington, 1987.
6. Bellak, L. (1965) Psicología de las enfermedades orgánicas. Hormé, Argentina.

esforzadas o fuertemente agresivas, donde la felicidad consiste en la vivencia de una plena posesión y una plena fruición de todo lo que uno es, puede ser y quiere ser.

⁷¹ “Los médicos no deben actuar como meros técnicos del cuerpo, también deben arriesgarse a ingresar en la vida emocional y espiritual de sus pacientes... si se atreven a cruzar esos límites, conseguirán el máximo de visión e intuición y podrán prestar un máximo de ayuda” Víctor Frankl

7. Barbero, L., Corniglio, H.; *La teoría psicósomática de Pierre Marty y el psicoanálisis y Estudio comparativo de dos epistemologías diferentes para la comprensión psicoanalítica de la enfermedad orgánica*. Conferencias pronunciadas en el Centro de Consulta Médica Weizsäcker, Buenos Aires. 1993.
8. Breuer J., Freud, S. (1893) Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar. Amorrortu Editores, volumen 2. Buenos Aires. 1980.
9. Chiozza, L. (1996) Definiciones para un diccionario. Obras Completas. CD, In Context.
- i. (1991) Los afectos ocultos en...; Op.cit.
 - ii. (1993) Los sentimientos ocultos en..., y
 - iii. (1995) Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis. Op.cit.
 - iv. (1986) ¿Por qué enfermamos?. Op.cit.
 - v. (1991) El problema de la operatividad en la medicina psicósomática. Op.cit.
 - vi. (1988) Lo psicósomático. Op.cit.
 - vii. (1980) Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar. Op.cit.
 - viii. (1982) Las cardiopatías isquémicas. Op.cit.
 - ix. (1995) Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis. Op.cit.
10. Clauser, G. (1966) Selección y recopilación de “Escritos sobre lo psicósomático”. Limes Verlag, Wiesbaden (Traducción de Ulrike Heuse de Hejt)
11. Cousins, N. (1991) *Anatomy of an illness*. Nueva York. Bantam Books.
12. Deutsch, F. (1933) Studies in pathogenesis: biological and psychological aspects. *Psychoanal.Quart.* 1933, 2, 225.
13. Dunbar, F. (1943) *Psychosomatic diagnosis*. Ed. Hoeber, Nueva York, 1943.
14. Eiguchi, K y Soneira, S. (2002) *Psiconeuroinmunoendocrinología en enfermedades autoinmunes (LES)*. Volumen 33, Suplemento 1, Año 2002. S8
15. Engel, G.L. (1962) *Psychological Development in Health and Disease*. Saunders, Philadelphia.
- i. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129 April. 8.
16. Ey, H. (1969) *Tratado de Psiquiatría*, Ed.Toray-Masson. Barcelona.
17. Freud, S. (1916) Conferencias de introducción al psicoanálisis. Amorrortu Editores, volumen 15. Buenos Aires. 1978.

18. Granel, J. (1978) Sobre Accidentes y Accidentados. Centro de Investigaciones en Medicina Psicosomática, Buenos Aires.
19. Groddeck, G. (1981) El libro del Ello. Ed. Taurus, Madrid, 1981
20. Halliday, J.L. (1943) Concept of a psychosomatic affection. *Lancet*, 1943, 2, 692
i. (1961) Medicina psicosocial. Eudeba, Buenos Aires.
21. Haynal, A. y Passini, W. (1978) Abrégé de médecine psychosomatique. París, Masson, 1978.
22. Hocking, F.H. (1971) Estrés and Psychiatry. *Med. J. Aust.*; 2:837-840.
23. Hogber, G.L, Cornfield, R.B. (1981) Treatment of traumatic war neurosis with phenilzine. *Arch. Gen. Psychiat.*; 38: 440-445.
24. Horowitz, M. (1974) Estrés response syndromes. *Arch. Gen. Psychiat.*; 31:768-781.
25. Insua, J. (1974) Psicosemiología y psicopatología. Ed. Columba, Argentina.
26. Kaplan, H.B. (1976) Antecedents of negative self - attitudes: Membership group devaluation and defensiveness. *Social Psychiatry*, 11. 15-25, 19
27. Kiecolt-Glaser, J.; Glaser, R., y col. (1997) Marital conflict in older adults: endocrinological and immunological correlates. *Psychosom. Med.* 59: 339-349.
28. Kolb, L.C. A neuropsychological hypothesis explaining posttraumatic estrés disorders. *Am. J. Psychiat.*, 1987; 144:989-995.
29. Krystal, H. (1984) Psychoanalytic views on human emotional damages. En: B. A. Van der Kolk, (Ed.) Post-Traumatic Estrés Disorder: Psychological and Biological Sequelae. American Psychiatric Press, New York , 1-28.
30. Márquez López Mato, A. y col. (2002) Psiconeuroinmunoendocrinología. Aspectos epistemológicos, clínicos y terapéuticos. Ed. Polemos. Buenos Aires.
31. Marty, P., De M'Uzan, M., David, C. (1963) L'investigation psychosomatic. París, Presses Universitaire de France.
32. Marty, P. (1992) La psicosomática del adulto. Amorrortu Ed. Bs. As.
33. Minuchin, S., Fishman, H.Ch. (1988) Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós.
34. Minuchin, S. (1990) Familias y terapia familiar. Barcelona, Gedisa.

35. Laín Entralgo, P. (1961) *Enfermedad y pecado*. Ed. Toray. Barcelona
- i. (1950) *Introducción histórica al estudio de la patología psicosomática*. Paz Montalvo, Madrid.
- ii. (1985) *Historia de la medicina*. Salvat Editores. España
36. Libermann, D. (1962) *La comunicación en terapéutica psicoanalítica*. Eudeba, Argentina
37. Lolas Stepke, F., (1995) *La perspectiva psicosomática en Medicina. Ensayos de aproximación*. Editorial Universitaria. 2ª. Edición. Chile.
38. Onnis, L., (1990). *Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos*. Barcelona, Paidós.
39. Papp, D. (1988) *Breve historia de las ciencias*. Emecé, Argentina.
40. Parry, C.H., (1978) *Collections from the unpublished medical writings*. En: Mayor RH, editor. *Classic descriptions of disease with biographical sketches of the authors* Springfield (Illinois): Thomas CC.
41. Pelorosso, A. *Abordaje del paciente psicosomático. El Paciente psicosomático; Cabalgando sobre dos caballos. III Jornadas Universitarias de Psicología*. Hospital Durand, setiembre 2003. Buenos Aires.
42. Rosenman, R.H. y col. (1964) *A predictive study of coronary heart disease*. J.A.M.A., 1964, 189, 103.
43. Rof Carballo, J. (1961) *Urdimbre afectiva y enfermedad*. Ed. Labor.
- i. (1984) *Teoría y práctica psicosomática*. Ed. Brouwer. Bilbao
- ii. (2003) *La paradoja epistémica*. Revista Atlántida N° 8.- 1 julio 2003 Edición digital de Arvo Net. <http://www.arvo.net/>
44. Saul, L.J. (1970) *Inner sustainement: The Concept*. Psychoanal. Quart.; 39:215-222.
45. Schottenfeld, R.S, Cullen, M.R. *Occupation induced posttraumatic estrés disorders*. Am. J. Psychiat., 1985; 142:198-202.
46. Selvini, M. & otros, (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona, Paidós.
47. Selye, H. (1950) *The Physiologie and Pathology of exposure to Stress*. Montreal. Acta Inc. Med. Publ.

48. Solomon, G.F. (2001) Psiconeuroinmunología: sinopsis de su historia, evidencia y consecuencias. 2° Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2001. Mesa Redonda: Psicósomática, 1 Febrero – 7 Marzo, 2001

49. Spagnuolo de Iumato, A. (1993) La enfermedad del niño como emergente del conflicto familiar, presentado en el Encuentro Internacional de Psiquiatría de Lactantes, Niños y Adolescentes. Punta del Este. Uruguay, noviembre de 1993.

i. (1985) Un estudio psicoanalítico del cáncer de mama, presentado en el IV Encuentro Brasileño-Argentino de Contribuciones Psicoanalíticas a la Medicina Psicósomática, San Pablo. Agosto de 1985.

50. Stierin, H. & Weber, G. (1990). ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia? Barcelona, Gedisa.

51. Watzlawick, P. & otros, (1981). Teoría de la comunicación humana. Barcelona, Heder.

52. Weiss, E. y English, O.E. (1949) Psychosomatic Medicine. The clinical application of psychopathology to general medical problems. Philadelphia and London, w.b. Saunders Co., 1949. (2ª edición).

53. Weisman, AD. (1976) "Early diagnosis of the vulnerability in cancer patients". American Journal of the Medical Sciences, 271, 187-196

54. Zukerfeld, R. (1999) Psicoanálisis actual: Tercera tópica, vulnerabilidad y contexto social. Aperturas Psicoanalíticas, Revista de Psicoanálisis. Julio 1999 - No.2

55. Zukerfeld, R. y Zukerfeld, R. Z. (1999) Psicoanálisis, tercera tópica y vulnerabilidad somática. Lugar Editorial, Buenos Aires.

APROXIMACIÓN A LA COMPRENSIÓN

PSICOSOMÁTICA DEL CEREBRO

ARTICULACIÓN ENTRE LA NEUROCIENCIA

Y

EL PSICOANÁLISIS⁷²

“No hay nada que pueda reemplazar a la vieja medicina clínica de “sentir” al paciente, palparlo, tocarlo, escucharlo. El problema, el “síntoma” de la medicina moderna es, tal vez, un olvido. El paciente es una persona y como tal tiene tres dimensiones de existencia: una comprende su fisiología, anatomía y estructura; otra, sus sentimientos, emociones, afectos y pensamientos –todo lo que hace a la psiquis en forma general- y la tercera representa sus relaciones con los otros seres humanos y su posición dentro de la red social. El paciente es la fusión indisoluble de estas tres dimensiones. Es antinatural pretender separar la mente, si se quiere, el alma, del cuerpo del paciente. Como todo está íntimamente relacionado, una palabra, un acto, un gesto son capaces de cambiar, en cierto modo, nuestra fisiología. Una frase o un abrazo pueden herir o reconfortar nuestra salud.”

Dr. René Favaloro

Intentaremos abordar la comprensión psicosomática del sistema nervioso. Para ello recorreremos distintas enfoques teóricos y descripciones⁷³ que tratan de integrar el psicoanálisis con los aspectos neurobiológicos, con la intención de lograr una comprensión más abarcativa y así poder ofrecer terapéuticas más adecuadas.

Actualmente la mayoría de los investigadores sostiene la existencia de correlaciones entre los aspectos psicodinámicos y los procesos neurofisiológicos de las estructuras neuroanatómicas, viendo a unos como la manifestación de los otros.

Así comprenden lo psicodinámico, lo neuroanatómico y lo neurofisiológico, como diversos niveles de un mismo fenómeno, de forma tal que las alteraciones en uno de ellos afectarían a los otros.

⁷² Trabajo premiado con Mención de Honor “Dr. Celes Cárcamo”, en el XI Congreso Internacional de Psiquiatría, Buenos Aires, octubre 2004

⁷³ Nuestra revisión abarcará trabajos de Taylor, Garbari, von der Becke, Solms, Pally y Chiozza. Las citas que aquí transcribimos no obvian la consulta a la bibliografía correspondiente, si se desea una profundización temática.

Gordon Rattray Taylor en su libro “El cerebro y la mente” (1979) nos describe localizaciones de distintas funciones investigadas. En un principio, nos recuerda que a grandes rasgos, se han diferenciado dos cerebros: el medio, que se encarga de nuestros sentimientos, y la corteza que cuida todas las sensaciones (salvo el olfato), así como los pensamientos, el control de los movimientos, y tal vez, la memoria. La corteza parece referir sus hallazgos sobre el mundo al tálamo para que los tase emocionalmente. El cerebro nuevo nos dice qué es y el tálamo nos comunica si tiene importancia.

Old diferenció entre “cerebro caliente” o medio y “cerebro frío” o corteza, con su sistema estimulador en el bulbo raquídeo. El caliente intenta imponer sus normas al mundo exterior, el frío trata de establecer la organización externa en la interna. (Ello y Yo-Superyó). Con la leucotomía (corte de algunos enlaces entre la corteza frontal y el cerebro medio) se alivian en ocasiones severos sentimientos de culpabilidad pero el paciente se vuelve grosero en su lenguaje y conducta, carece de inhibiciones sexuales y cede con facilidad a la ira (el Superyó se ha debilitado).

Arthur Koestler afirmó que los pesares del hombre se deben al enorme desarrollo del cerebro frío, al exceso de razón y no a su escasez. Indica que los problemas humanos se generan en la búsqueda de propósitos, intelectualmente propuestos, a expensas del sentimiento.

Opina que si les concediésemos más libertad a nuestros sentimientos, retrocederíamos aterrados ante actos inhumanos. Para Taylor la solución, si es que la hay, sería a través de modificar las exigencias del cerebro caliente, orientándolas en direcciones pacíficas y comunitarias.

El hecho de que la destrucción de la glándula pineal, situada en el cerebro medio, prive a los animales de la agresividad, da cierto motivo para suponer que esa modificación resulta posible. En ocasiones también se comprobó que su extirpación destruye la facultad de evaluar el medio ambiente y el animal acaba por morir. Esta glándula responde directamente a la luz en aves y anfibios; en los hombres (por el grosor de la caja craneal) y en otros mamíferos que han aprendido a usar la información proveniente de los ojos, sigue ejerciendo raros efectos químicos. Por ejemplo, si se ciega a un hamster, sus testículos se reducen; pero si se le retira también la pineal, no sucede lo mismo. Si se mantienen constantemente bajo la luz, las ratas hembras están en celo persistente, pero el fenómeno se interrumpe con una inyección de extracto pineal. En los gatos, su repetida estimulación ocasiona frenesí.

El investigador J.W. Papez llamó “sistema límbico” a las estructuras existentes bajo la corteza. Lo recorren las líneas aferentes de los órganos sensoriales y se ponen en contacto en cada uno con las dendritas; las líneas eferentes descienden de las ramificaciones dendríticas y van al aparato muscular. En base a experimentos con ratas se descubrió que una de las funciones del hipocampo consiste en comparar memorias, en serie ordenada, de disposiciones espaciales en relación con una recompensa. El hipocampo, plenamente organizado, aparece en ratas y mamíferos primitivos. En el hombre se especula que media en la apreciación de la música y la palabra. Karl Pribram, destacado

neurofisiólogo estadounidense, nacido en Viena, entiende que le compete por completo la misión de organizar un comportamiento complejo.

El hipotálamo regula el equilibrio entre el sistema simpático, que induce al cuerpo a pelear o a huir, y el parasimpático, que lleva de la actividad al descanso. Su parte anterior calma y la posterior excita. El sueño no se concilia si aquélla se lesiona y no se logra permanecer despierto si ésta sufre daño. Está encargado de la sed y el hambre y envía varias hormonas o mensajeros químicos al torrente sanguíneo, los cuales afectan a otros órganos, principalmente, los sexuales.

El primero en localizar una función del encéfalo fue el anatomista francés Paul Broca, que en 1861, describió la incapacidad de expresarse verbalmente o por escrito de un paciente, estado que denominó **afasia**, en una pequeña área que desde entonces se la denomina circunvolución de Broca. Más tarde, en 1873, el alemán Carl Wernicke identificó otra área, cercana a la de Broca, que describió como la de la comprensión del lenguaje. Su paciente hablaba y escribía pero no entendía lo que le decían. En 1870, Eduard Hitzig descubrió que en el lóbulo parietal regía la activación de los músculos del cuerpo (estando representada la porción derecha del cuerpo en la izquierda y viceversa). En el lóbulo occipital se halla el área responsable de la visión. En el temporal, la intervención estimulante causa sonidos. El único lugar donde la excitación no tuvo resultados específicos fue la de los lóbulos frontales: sólo consiguió interrumpir lo que el animal estaba haciendo. En consecuencia, se le dio el nombre de “áreas silenciosas” y durante mucho tiempo se pensó que carecía de funciones.

Ahora se sabe que son el aparato encargado de planear, la parte ejecutiva del cerebro. El resto no hace más que procesar informes en beneficio de los lóbulos frontales. Los animales a los que se han extirpado los lóbulos frontales parecen sufrir dificultades en decidir entre cosas alternativas. No aprenden cuando se los tienta con recompensas, como si no comprendieran las consecuencias de sus actos. El resultado de la ablación cortical en humanos, desconcierta aún más: por un lado los individuos se vuelven irritables y, por otro, indiferentes. Muestran impetuosidad combinada con falta de iniciativa, euforia y jactancia, fracaso en percibir detalles. Los lóbulos frontales parecen frenar los arranques impulsivos del cerebro medio.

Con respecto a la conciencia, Roger Sperry afirma que es un fenómeno emergente brotado en el decurso de la evolución como fruto de la creciente complejidad, no siendo homologable al conocimiento, aunque ambos sean procesos cerebrales. Descartes la localizó en la glándula pineal. Con todo, no cabe duda, aparentemente de que si la conciencia se halla en algún lugar, debe ser en la porción más antigua del cerebro: el bulbo raquídeo y su punto fundamental, el abultamiento denominado puente de Varolio y protuberancia anular donde se halla una especie de interruptor denominado **sistema activador reticular** (su activación lleva a un estado de vigilia permanente).

El sistema activador reticular posee dos componentes, uno difuso, que envía señales a toda la corteza y uno específico, que actúa a través del hipotálamo, el cual parece aportar la concentración en algo determinado; o sea que explicaría el fenómeno de la atención.

En resumen, la conciencia no es una sola entidad, sino que varía de género y de grado. La más primitiva quizá resida en el cerebro medio; la corteza cerebral la elabora, o sea, proporciona, una versión en tinte de la representación inicial en blanco y negro y además no debe ser propiedad de las neuronas, pues muchas, sobre todo las de la espina dorsal, no dan muestras de ella. Es también posible quitar porciones importantes de la corteza frontal sin que se afecte a la conciencia de manera apreciable.

Con respecto a la emoción, los fisiólogos no han encontrado señales de centros relacionados con las emociones más complejas. Sólo la depresión y la exaltación, la ansiedad y la rabia parecen mediar en este camino. Por consiguiente no se vislumbran fármacos que concedan orgullo, infundan vergüenza o – como los apócrifos filtros de amor de antaño- vuelvan el desdén en cariño. Parece más probable que las emociones complejas nazcan de patrones de actividad cerebral como un todo. El cerebro prefiere distribuir sus funciones siempre que le sea posible. Se observa a menudo que un estímulo en un animal provoca una conducta opuesta a la de otro, estimulado en el mismo punto. Todo eso propone la existencia de un sistema en estado de equilibrio, que cualquier intervención puede decantar en un sentido u otro.

El cerebro es capaz de hallarse en millones de estados diferentes, que se modifican en unas cuantas millonésimas de segundo. No sólo las conexiones eléctricas se alteran sin descanso, sino que también se modifican las ilaciones y los equilibrios químicos. El premio Nobel John Eccles ha declarado que, para cada suceso mental, hay un estado cerebral único. (Taylor, 1979).

Garbari (Garbari, 2000) nos dice “El gran avance de las investigaciones en neurociencias logrado en la última década, ha aportado una vasta cantidad de conocimientos que enlazan la psicología y los procesos neurobiológicos. En su tiempo, **Freud** colocó el énfasis en el desarrollo de los aspectos psicodinámicos, evitando dar un correlato categórico de los postulados psicoanalíticos con el funcionamiento cerebral, sobre la base de la ignorancia neurobiológica que existía. Para darnos una idea, la neurona no había sido descubierta cuando se inició el psicoanálisis, e inclusive los primeros trabajos sobre la existencia de ésta, como la unidad funcional del Sistema Nervioso, fueron realizados por el mismo Freud, varios años antes que Ramón y Cajal apareciera en la escena científica”.

En la búsqueda de dichos correlatos y expresiones psíquicas de los procesos correspondientes al sistema nervioso, recordamos la descripción brillante que de los mismos se halla en el *Proyecto de una psicología para neurólogos* escrito por Freud (1895) donde se evidencia, con el mérito de su genio de investigador, y sin contar con las técnicas actuales que le permitieran su observación directa, la descripción del fenómeno de la **facilitación** de la sinapsis neuronal. En la sinapsis neuronal (“las barreras de contacto” descritas por Freud) ocurre un proceso que denominó “facilitación neuronal”. Así nos dice:

“... A esta altura conviene aclarar que... las neuronas Ψ (impermeables y portadoras de la memoria)... son imprescindibles si pretendemos abarcar con ellas las características más generales de la memoria. La argumentación es la siguiente: Dichas neuronas son permanentemente modificadas por el pasaje de una excitación (o bien,

aplicando la teoría de las barreras de contacto: sus barreras de contacto quedan en un estado permanentemente alterado). Ahora bien: como la experiencia psicológica nos enseña que existe algo así como un «sobreaprendizaje», basado en la memoria, esa alteración debe consistir en que las barreras de contacto se tornen más aptas para la conducción - menos impermeables - o sea, más semejantes a las del sistema ϕ (sistema permeable destinado a la percepción). Designaremos este estado de las barreras de contacto como «grado de facilitación». En tal caso, podremos afirmar que la memoria está representada por las facilitaciones existentes entre las neuronas Ψ ».

Para Garbari (2000A) “se observa en la descripción de Freud preanunciado el mecanismo de facilitación de la Potenciación a Largo Plazo, que es crucial en los procesos de la memoria y el aprendizaje; los cuales, a su vez, resultan claves para comprender el modo de acción de la psicoterapia.. La modificación de las conexiones neuronales, es decir, facilitar u obstaculizar neurocircuitos que manejan redes de información (sean emocionales o cognitivas) ocurre a nivel de la sinapsis, tales neurocircuitos pueden ser modificados por la intervención psicosocial. La Potenciación a Largo Plazo, fue estudiada en organismos unicelulares muy primitivos como la *Aplysia* y luego se estudió en las células A1 del hipocampo de mamíferos; tales investigaciones han arrojado luz sobre cómo la experiencia puede alterar la estructura sináptica.

Actualmente se estudia el correlato entre las regiones neuroanatómicas y las emociones. Lane señala que la alegría, la tristeza y la rabia hallan su correlato en modificaciones de la actividad talámica, de la corteza prefrontal media y de las estructuras temporales. Reiman postula que las estructuras neuroanatómicas relacionadas con las emociones generadas internamente, son diferentes a las estructuras neuroanatómicas relacionadas a las emociones generadas desde el exterior. Rubinow halla que el lugar de interacción entre los neurotransmisores y los receptores de membrana, es decir, la sinapsis neuronal, corresponde al locus involucrado en los procesos afectivos y cognitivos, siendo los neurotransmisores más estudiados: la serotonina, la dopamina y la noradrenalina. A su vez, las neurohormonas, los neuropéptidos y diversos compuestos neuroquímicos, han sido relacionados con funciones de neuromodulación, función que está involucrada, de forma relevante, en el tono afectivo”.

Garbari continúa diciéndonos: “Un aspecto central del planteamiento teórico freudiano, y para la psicoterapia, es el aspecto emocional. El enfoque cognitivo-conductual ha relegado este aspecto, erróneamente, a un segundo plano, ya que suele considerar más el aspecto intelectual, y pone mayor énfasis en la idea y menos en la emoción. Sin embargo, la emoción es rectora de la psique, es ella quien proporciona las bases para armar el esqueleto mental y su papel resulta fundamental en el desarrollo de los procesos psíquicos normales y patológicos”.

Schore señala que durante los tres primeros años de vida, el hemisferio derecho (relacionado con los aspectos emocionales y el lenguaje no verbal) es quien gobierna el trabajo cerebral del infante. Es en esta época de la vida cuando se adquiere la mayor parte de la información que luego será "podada" para establecer las jerarquías, es decir, "lo que permanece, lo que es importante y lo que se descarta". El lenguaje que maneja el niño, en

su mayoría "no verbal", está basado en la dupla emocional: placer-displacer, rechazo-aceptación, amor-odio, bueno-malo, si-no. Este antagonismo, logrado en la relación del sujeto con sus objetos, constituye el futuro organizador del mundo de representaciones cognitivas de la persona".

En lo referente a las emociones, Garbari en su trabajo nos recuerda que "la estructura anatómica más relacionada con ellas es el sistema límbico, y dentro de éste la amígdala ocupa un lugar preponderante. Esta pequeña estructura anatómica aloja las imágenes emocionales "altamente cargadas", que permanecen como recuerdos de un alto contenido emocional, lo que Freud designó con el nombre de las huellas mnémicas altamente cargadas, asociadas a los eventos traumáticos".

Basada en diversos estudios, especialmente con neuroimágenes en pacientes que presentaban estrés postraumático, Kay ha denominado a la **amígdala** como la puerta al **inconciente** freudiano. El Ello y lo "reprimido", entonces, tendrían su asiento en la **amígdala**; así entendida esta pequeña estructura comprende los pilares emocionales más antiguos del miedo, la agresividad y la sexualidad, cuyo manejo involucra altas cargas de energía. Tales pilares emocionales que se erigen en el infante se basan en el proceso binario si-no señalado, el cual se traduce a nivel de la sinapsis en procesos de tipo: inhibición-facilitación.

Por ende, lo emocional en un primer tiempo forma redes de interconexión neuronal, "facilitando las sinapsis" u "obstaculizándolas", y sobre estos cimientos emocionales en un segundo tiempo, se "ensamblarían" las redes de los procesos cognitivos.

Es conocido que tanto en lo filogénico como en lo ontogénico el desarrollo de las estructuras neuroanatómicas relacionadas a la emoción, se desarrollan antes y son más primitivas que las estructuras neuroanatómicas relacionadas con la cognición. Este último, es decir, el aspecto cognitivo, parece estar asentado sobre diversas estructuras neuroanatómicas, y entre las más relevantes se encuentran el hipocampo y la corteza prefrontal. **El hipocampo, es una pequeña estructura que ha sido involucrada directamente con los procesos de memoria y aprendizaje, las cuales se corresponden con el proceso secundario descrito por Freud (así como la amígdala se corresponde con el proceso primario).** El hipocampo, de modo coloquial, es el encargado de "explicar" y "de simbolizar", y de dar un significado a los contenidos emocionales. **De forma más específica, asocia la idea a la emoción, colocándola en un contexto, y realiza lo que se puede denominar la "simbolización cognitiva".** Tal concepto, resulta similar a lo que Freud denominó "el representante". Aventurándonos en su trascendencia, el hipocampo podría ser una de las estructuras vinculadas en gran medida con el proceso asociativo, que representa la piedra angular de la técnica psicoanalítica.

La asociación libre de elementos cognitivos (elaborados por el hipocampo) sería el punto de partida que permite llegar al núcleo conflictivo emocional asentado en la amígdala, durante el análisis. Las funciones atribuidas al hipocampo, en un estudio reciente, sugieren la hipótesis de que el significar y resignificar (construir y reconstruir) las situaciones emocionales almacenadas en la amígdala, pudiese estar mediado por el hipocampo; en tal sentido, el enlace entre los contenidos emocionales y la ideación, que

Freud señaló como el "representante representativo", al menos en parte estaría dado por el hipocampo.

Otra de las estructuras asociadas a los aspectos cognitivos, es la corteza prefrontal. Sus funciones comprenden la mediación de la vida de relación del sujeto, en términos psicodinámicos, la relación del sujeto con los objetos. Su desarrollo comienza de forma tardía, está poco mielinizada en la primera infancia y logra su maduración completa luego de la adolescencia, inclusive muchos autores señalan que la mielinización persiste en el adulto. Su acción, entre otras, consiste en coordinar y gerenciar los procesos mentales superiores, regular y controlar lo emocional, y planificar acciones sobre la base de las necesidades del individuo y las exigencias del medio ambiente. A la luz de la teoría psicoanalítica tales funciones corresponden a las funciones del Yo y del Superyó, y están vinculadas a las relaciones objetales y al principio de realidad. Ya Weinberger, hace más de una década, indicó que la corteza prefrontal tiene un papel integrador de la psique y es responsable de la capacidad de "insight" del individuo, así como del sentido de identidad del Yo; y Anderson, más recientemente, correlacionó de forma significativa el daño temprano de la corteza prefrontal con alteraciones del comportamiento moral y en la conducta social (funciones atribuidas al Superyó).

De lo anterior se deduce que la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal, son regiones cerebrales que median muchas de las funciones mentales descritas por el psicoanálisis, y representan estructuras neuroanatómicas esenciales en el proceso de psicoterapia.

A pesar que estos cambios moleculares son de difícil observación, se ha logrado ver por técnicas de neuroimágenes modificaciones de las estructuras neuroanatómicas antes de la psicoterapia, y en diversos estadios del proceso terapéutico. Mediante tales técnicas se ha precisado la activación de regiones cerebrales que subyacen a la memoria, así como de estructuras que subyacen a los procesos de "insight" y autoconciencia.

En tal sentido, Beitman plantea que la intervención psicoterapéutica puede "redirigir" las señales que suben del tálamo sensorial en forma directa a la amígdala y a la corteza prefrontal. Redirigir este flujo de información hace que el paciente aprenda a responder más concientemente a las situaciones externas y a los estímulos internos (emociones e ideas), en vez de simplemente reaccionar de una forma habitual no adaptativa.

En apoyo a lo anterior Kandel (1998, 1999) señala:

"... Alteraciones en la expresión genética inducidas por el aprendizaje hacen que surjan cambios en los patrones de conexiones neuronales... Como la psicoterapia es efectiva en producir cambios duraderos en el comportamiento, se presume que tales cambios ocurren por el aprendizaje, el cual produce alteraciones de la expresión genética que alteran las conexiones sinápticas y producen modificaciones estructurales, que afectan el patrón anatómico de interconexiones entre las neuronas. A medida que la resolución de las técnicas de imágenes aumente, podremos evaluar cuantitativamente los logros de la psicoterapia..."

Continuamos citando el excelente trabajo del Dr. Garbari dado que nos aporta una profunda comprensión de la temática propuesta. Dentro de la neurobiología nos describe el concepto de "atractor" de Velasco (Velasco, 1999). El atractor es a lo que tiende, o a lo que es atraído, el comportamiento de un sistema, y se relaciona directamente con "la compulsión a la repetición" descrita en la teoría psicoanalítica. La atracción frecuente de un elemento psíquico al plano consciente, o su rechazo del plano inconsciente, implica una tendencia repetitiva que tienen ciertos elementos psíquicos afectivos, cognitivos y conductuales de invadir con mayor frecuencia el plano consciente. Desde el ensayo de Freud "Más allá del principio del placer"(1920), aparece en el desarrollo de la literatura psicoanalítica un concepto análogo al atractor, que luego Freud introduce en la psicoterapia en el ensayo "Análisis Terminable e Interminable" (1937).

Con respecto a los mecanismos defensivos, Galin aborda la represión desde un punto de vista neurobiológico, afirmando que la misma, así como las otras defensas del yo, comprenden algún grado de disociación o desconexión funcional entre los hemisferios cerebrales; y más recientemente Eagle apoya lo señalado, al describir que los estilos de vida represivos pueden estar asociados con una desconexión funcional del procesamiento por el hemisferio izquierdo (referente a conceptos verbales del "self" y reporte de los estados de ánimo), con el procesamiento de información por el hemisferio derecho (donde predomina la respuesta neuroendocrina y autonómica a los estímulos afectivos negativos).

El "monto de excitación" del enfoque económico de la metapsicología freudiana pareciera estar directamente relacionado con los hallazgos en los registros de los potenciales corticales cerebrales de superficie. La idea central de Freud que describe el movimiento de cargas mentales, es muy similar al registro de los mecanismos cerebrales de activación e inactivación de las zonas cerebrales en los potenciales corticales de superficie. Una cita del ensayo de las "Neuropsicosis de Defensa", así lo evidencia (1894): "...en algunos pacientes ocurre una incompatibilidad en su vida ideacional... (cuando) ... su Yo encara una experiencia, una idea o sentimiento que genera un malestar afectivo... el sujeto decide olvidarlo ya que no confía en su poder para resolver la contradicción entre dicha idea incompatible y su yo como significado de su actividad de pensamiento... (si el olvido no es exitoso) ...el afecto que está unido a la idea... debe ser usado de otra forma... el afecto, que se torna libre, se une a otra idea que en ella misma no resulta incompatible; y, gracias a esta "falsa conexión" tales ideas se tornan en ideas obsesivas... ...en las funciones mentales algo debe ser distinguido - una cuota de afecto o una suma de excitación - que tiene todas las características de una cantidad, la cual no podemos medir, que es capaz de aumentar, disminuir, desplazarse, y que está distribuida sobre las trazas de memoria de las ideas, similar a las cargas eléctricas que se distribuyen sobre la superficie de un cuerpo".

Garbari concluye diciéndonos "En resumen, los aspectos psicoanalíticos mencionados (la emoción, la compulsión a la repetición, la represión y el enfoque económico metapsicológico), así como otros muchos, tienen un claro correlato con las neurociencias actuales. Al revisar las explicaciones de los fenómenos psíquicos, se descubre que mucho de lo observado y descrito por el psicoanálisis, hoy en día, se explica utilizando otra semántica, sin embargo, las nuevas explicaciones no difieren, y esencialmente representan lo mismo".

Recorreremos ahora los trabajos del investigador **Carlos H. von der Becke** (2001) quien nos brinda un amplio y profundo panorama del tema que nos ocupa. Con respecto a la ubicación de la conciencia, Becke evoca a Dennett para quien la conciencia no tiene una ubicación concreta en el cerebro sino que sería visualizable como un parlamento democrático de estructuras mentales, cada una de las cuales aporta con su voto la sensación de que hay un yo interno y hay una realidad externa al yo. También, con su voto, realiza en el plano conciente o inconciente la toma de decisiones con la que el cerebro amortigua los problemas o perturbaciones que se le presentan para su solución o logro de mínima energía de cómputo. Así como el espíritu de una colonia de termitas está distribuido entre el juego de genes comportamentales de 100.000 pequeños agentes, logrando que cada uno sepa qué papel le toca, "nuestra conciencia humana y nuestra mismidad narrativa", es más el resultado de lo que nos decimos nosotros mismos y le decimos a los demás que de un sitio determinado dentro nuestro.

Becke en la búsqueda de la comprensión de la memoria y del aprendizaje, se guía por Karl Lashley, quien enseñó a pequeños animales a resolver determinados problemas y sistemáticamente les extirpaba, a diferentes ejemplares, una porción del cerebro. Nunca pudo encontrar un sitio para la memoria donde estaba guardada la solución. La cantidad de memoria era proporcional, además, a la cantidad de tejido que dejaba sin extirpar. Lashley señaló: la memoria está presente en ninguna y en todas partes. Cuando respondemos a los estímulos externos en una forma refleja y determinista, estamos dejando que opere el inconciente.

Becke reflexiona "Nos pueden dar un golpe en la cabeza y nos olvidamos del pasado (amnesia), pero lo que nos pasa de allí en más es bastante normal, en el sentido que volvemos a recordar cosas de allí en adelante. Muchas memorias perdidas - sin golpes - vuelven: o sea que no perdemos la memoria sino la capacidad de recuperarla. Podemos sufrir una lesión en el hipocampo y perdemos la capacidad de transferir los datos de la memoria corta a la memoria larga, nos acordamos de la niñez pero no donde estamos ahora.

Hay otras personas que han sufrido accidentes en el hipocampo, la amígdala cerebral y la corteza entorrinal, que no les prohíben adquirir habilidades o recordar recetas aprendidas luego del accidente, pero los incapacita para recordar quién se las enseñó y en qué circunstancias. Esas zonas del cerebro, aunque afectadas, no destruyen tampoco a la memoria inmediata o de corto término. Se encuentran casos donde el daño a la memoria de trabajo, sin la cual no se puede acceder al resto del sistema, no vuelve amnésicos a esos accidentados, que no tienen problemas con las circunstancias normales de la vida diaria".

Con respecto a la memoria de largo alcance, Becke nos aporta el modelo de Hopfield de la memoria asociativa "El cerebro almacena en dos lados de la memoria de largo alcance los sucesos por los cuales pasó y que aprendió:

- * en la memoria del lenguaje o perceptual, ubicada en las estructuras de los lóbulos parietales y temporales y

- * en la memoria instintiva y motora, ubicada en las áreas frontales, entre otras regiones que no enumeramos.

El hemisferio derecho casi siempre se encarga del uso del espacio en la descripción de relaciones topográficas y el hemisferio izquierdo actúa como mediador entre el uso del espacio y las relaciones sintácticas del habla.

De acuerdo a las contribuciones de Hopfield se sabe que una neurona sola no es una neurona, en el sentido que se necesita formar aunque sea una red mínima de dos neuronas, para visualizar la función de una neurona en búsqueda de su mínimo de energía o de sus atractores”.

De acuerdo a distintos autores que han estudiado el cerebro en sus niveles evolutivos, Becke nos recuerda el conocido modelo del cerebro de Paul MacLean en el cual se lo describe como tres computadoras biológicas interconectadas, cada una con su particular inteligencia, con su subjetividad diferente, con su noción diferente de la trama espacio-temporal y su propia memoria.

Según Mac Lean (1984) el conjunto de la actividad cerebral tendría 3 formas de funcionamiento correspondientes a los “tres cerebros”: el **cerebro “reptil”, o arquicéfalo**, vinculado a la autoconservación, obra por instinto de acuerdo con la sabiduría acumulada desde lo pretérito. Regula el funcionamiento visceral y los mecanismos reflejos y posee un sistema de alarma frente a la información sensorial. Este cerebro se halla activo aún durante el sueño profundo. También lo denomina “*Imagen grabada*”.

El **cerebro “roedor” o paleocéfalo**, o “*Leteo*”, que se relaciona con los procesos emocionales, denominado también “cerebro caliente”, integra las emociones. Su vinculación con el cerebelo, órgano que incorpora las habilidades aprendidas y las transforma en hábitos “automáticos” (Taylor, 1979), permite admitir la existencia de automatismos afectivos, heredados y adquiridos. Sitio de residencia de la atención, ha sido muchas veces ligado por los expertos a la conciencia. Comprende hipotálamo, hipocampo, amígdalas cerebrales.

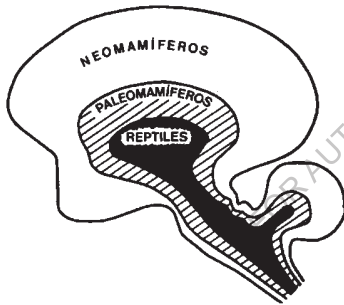
Y el cerebro “**mamífero” o neocéfalo, (neocórtex)**, o “*Gurú*”, o “cerebro frío”, que está ligado a los procesos de pensamiento racional y a la ejecución de acciones voluntarias, capaz de planear el futuro y que se lo suele comparar con las computadoras digitales. Se considera que posee, asimismo, la importantísima función de inhibir o atemperar la conducta afectiva. Esto último se deduce al observar las reacciones emocionales intensas (ataques de ira) que se producen cuando, por medio de lesiones experimentales, se libera al arquicéfalo y al paleocéfalo del control (inhibición) ejercido por el neocéfalo. (Cobb, 1954). Corresponde a los primates. Maclean señala que el córtex es “la madre de la invención y el padre del pensamiento abstracto”.

Cada una de los tres partes, de origen evolutivo secuencial, representa un estrato evolutivo distinto construido encima de la más vieja capa, como estratos arqueológicos de una vieja ciudad y está conectado por nervios a los otros dos. No es cierto - según MacLean - que el neocórtex domine a los otros paleo cerebros. El sistema límbico, regulador de las emociones, puede muchas veces dominar todas las funciones mentales superiores.

Según Maclean, (1984) en el ser humano, debido al crecimiento “exponencial” del neocórtex (“cerebro frío”), la conexión del neocórtex con el arquicéfalos y el paleocéfalos (“cerebro caliente”) se ha vuelto insuficiente o inadecuada, por lo cual denomina “esquizofisiología” a esta particularidad. La curva que representa el crecimiento de este último cerebro en el hombre, presenta un carácter exponencial análogo al de la curva de crecimiento demográfico que se considera una amenaza para el ecosistema, y ha sido comparada también a la curva de un crecimiento tumoral (Koestler, 1978).

Se le atribuye a Paul MacLean en algunas publicaciones, una novísima cuarta capa, típicamente humana, de la época de los Cro-Magnon, denominada **Novísimo Cerebro - Humano reciente**. Sería el lugar que nos capacita para combinar la imaginación (especialmente la capacidad de planear) con la sensación (necesaria para la empatía y para la motivación). Según Becke, este cuarto cerebro se centra poderosamente en la integración tanto de la racionalidad como de la emocionalidad, logrando la emergencia de actividades "extrañas" como el altruismo y la teoría del regalo (hoy te regalo algo que necesites y entiendo que cuando yo necesite algo no te harás el desentendido).

Esquema de los niveles en la evolución del cerebro y el comportamiento de Mac Lean



Mark Solms en su trabajo “Hacia una anatomía de lo inconsciente” presentado al Grupo de Investigación de Psychoanalysis – Neuroscience, el 4 de junio de 1994, dice que no podemos simplemente traducir los conocimientos neuropsicológicos a los términos psicoanalíticos. Afirma que “una neuropsicología verdaderamente psicoanalítica debe basarse en métodos psicoanalíticos de observación e investigación de los síntomas mentales causados por las lesiones localizadas cerebrales. Dicha neuropsicología debería no intentar reemplazar el modelo psíquico de la mente con un modelo físico sino complementar los puntos de vista tradicionales de la metapsicología con un punto de vista nuevo y “físico””. Luego reflexiona acerca “del hecho de que el psiquismo se nos presente bajo dos formas diferentes, una como órgano físico y otra como actos de consciencia, es uno de los grandes misterios de la vida y podemos sospechar que dicho aspecto dual del psiquismo es un resultado necesario del hecho de que tenemos un conocimiento consciente tanto de nosotros mismos como del contexto externo simultáneamente”.

Solms continua recordándonos las observaciones neuropsicológicas que Freud realizó: “Freud siempre había localizado el sistema Pcs – Cs dentro de la corteza cerebral. En el modelo de la mente del Proyecto, equiparaba dichas zonas corticales con el sistema de neuronas “w”. Anteriormente en su monografía sobre la afasia (1891), identificó las cortezas sensoriales primarias cuya función abarcaba las cuatro modalidades de conciencia humana (la visión, el oído, la cenestesia y la sensación táctil) como piedras angulares de dicho sistema perceptivo. Durante el transcurso de la vida de Freud, la representación de los sentidos olfatorio y gustativo, y los componentes secundarios de la “sensación en general” no se habían determinado aún con precisión.

Sin embargo, en línea con el principio básico de que las modalidades sensoriales pueden ser localizadas dentro de regiones de la corteza relativamente circunscriptas, sería razonable incluir estas modalidades sensoriales más oscuras también dentro del esquema general del “sistema Pcs”. Todo ello ubica el sistema Pcs dentro de la corteza posterior del cerebro, que **Luria** (1973) describiera como unidad funcional dedicada a la recepción, análisis y archivo de información. (Esta unidad incluye el cerebelo, una parte del cual puede describirse como el extremo cortical del analizador vestibular).

Sin embargo, es importante que recordemos que aunque Freud sentía que se justificaba localizar las modalidades elementales de la consciencia perceptiva dentro de las zonas sensoriales primarias de la corteza posterior, siempre enfatizó dos importantes observaciones con respecto a esta localización estrecha. La primera fue que para cuando un estímulo de la periferia llega a la corteza, ya ha atravesado una cantidad significativa de transformaciones en el nivel subcortical. Dichas transformaciones subcorticales representan la contribución del sistema de neuronas “ø” (en el modelo de Freud del Proyecto de 1895). Podemos equiparar este modelo (sobre la base de las propiedades funcionales que posee) con los receptores sensoriales mismos, junto con todos los ganglios y núcleos con los cuales se conectan en el transcurso de su pasaje por la médula espinal y nervios craneales, por los núcleos de modalidad específica del tallo cerebral (que comprende el mesencéfalo, el puente de Varolio y la médula oblongada) y el tálamo hacia la corteza.

A raíz de la influencia de este sistema subcortical intermedio, Freud (1891, 1893) afirmó que el mundo externo no se “proyecta” sobre nuestra consciencia de modo directo alguno, sino que se “representa” allí, según varios criterios funcionales, que se integran con las estructuras anatómicas y las propiedades fisiológicas del aparato sensorial periférico.

El segundo punto que Freud enfatizó en 1891, fue que las zonas corticales primarias representan puntos ideales en una red anatómica que, en realidad, continúa en forma ininterrumpida. Localizamos dichas zonas porque sus fronteras anatómicas corresponden casi directamente con las categorías básicas psicológicas que constituyen la percepción consciente.

Solms cree que no es apropiado hablar de los correlatos mente-cerebro como reducciones de la mente al cerebro. Cree que los modelos anatómicos son tan básicos como los modelos psicológicos y que las células cerebrales son, efectivamente, tan reales como los pensamientos y los sentimientos. En otras palabras, aunque piensa que es posible definir los *conceptos correlativos* precisos y físicos de todos los fenómenos conscientes, no cree

que dichos conceptos lleguen jamás a reducir esos fenómenos a una serie de procesos celulares. Lo que se habrá conseguido mediante dichos conceptos es determinar los equivalentes fisiológicos de las experiencias mentales. Pero las experiencias mentales permanecen; no pueden ser reducidas a ninguna cosa. Para Solms, el enfoque metapsicológico de Freud trasciende el dualismo cartesiano entre cuerpo y mente, gracias al concepto central de lo inconsciente.

Ahora bien, cuando Freud comenzó a ocuparse de dichas correlaciones, alrededor de 1884, un pequeño grupo de médicos ya había estado rastreando correspondencias correlativas de este tipo hacía varios años. El hecho de que la mayoría de ellos fueran neurólogos, da cuenta de la primera conclusión a la cual llegaron, es decir, que algunos procesos corporales están más íntimamente asociados a estados de conocimiento consciente subjetivos que otros procesos corporales. Sobre la base de reiteradas correlaciones empíricas entre las alteraciones patológicas de la conciencia y las alteraciones patológicas del estado del cerebro, se formó un consenso general con relación al hecho de que el cerebro (o el sistema nervioso), era el locus de los procesos conscientes. Hoy en día, aceptamos tan gustosamente dicho correlato, que ni nos damos cuenta de las cuestiones problemáticas que plantea. Me refiero al hecho de que aunque todo estado de conciencia innegablemente se correlaciona con cambios de estado en el cuerpo, no todo cambio en el estado del cuerpo es registrado como un estado de conciencia. E incluso dentro del sistema nervioso, y dentro del cerebro mismo, no todo acontecimiento físico tiene un correlato consciente subjetivo. Dicho hecho empírico que nadie puede contradecir seriamente llevó a concluir equivocadamente, antes de que Freud apareciera en escena, que el estudio del cuerpo da cuenta del ser humano de un modo más abarcativo que el estudio de la conciencia subjetiva.

En síntesis, dado que podía demostrarse que los procesos fisiológicos ocurren como series completas de los acontecimientos entre elementos contiguos y anatómicos, es decir como secuencias completas causales y dado que los estados de conocimiento consciente estaban conectados con algunos de esos acontecimientos y no con otros, se concluyó equivocadamente que los acontecimientos fisiológicos eran la base de los hechos conscientes. En otras palabras, se infirió equivocadamente, a pesar de todas las evidencias contrarias, que los acontecimientos conscientes mentales podían ser reducidos a los acontecimientos fisiológicos y que los acontecimientos fisiológicos *eran la causa* de los acontecimientos mentales. De esta manera, *el objeto externo perceptivo conocido como el cerebro se confundió con la cosa inconsciente en sí misma*. Naturalmente, sin embargo, todos los intentos de reducir desde una única perspectiva de la conciencia perceptiva a la otra estaban destinados al fracaso, desde el comienzo mismo.

José Antonio Méndez Ruiz y Mariano de Iceta Ibáñez de Gauna nos ofrecen una excelente revisión del trabajo de **Regina Pally**, esclarecedora del tema que nos ocupa. En el diálogo entre el psicoanálisis y la neurociencia, las posiciones se ubican a lo largo de un espectro amplio que va desde los que consideran que el psicoanálisis es una disciplina delimitada en torno a un objeto de estudio y a una metodología de investigación que no requiere ni aportes ni validación desde el exterior, hasta aquellos que piensan que los descubrimientos sobre la biología del cerebro dejarían obsoleto al psicoanálisis como una disciplina no científica. Frente a estas polarizaciones extremas, resultan interesantes los

trabajos que intentan elaborar un marco conceptual en el cual se puedan estudiar las articulaciones, las formas de interacción entre los sistemas de significación del psiquismo y los circuitos neurofisiológicos.

Méndez Ruiz y Gauna eligieron para comentar el artículo de Pally "Emotional Processing; The mind-body connection", que parte de considerar que la función de la emoción es coordinar el cuerpo y la mente organizando la percepción, el pensamiento, la memoria, la fisiología y el comportamiento, pero que no sólo ayuda a conectar la mente y el cuerpo en un individuo, sino que, además, y éste es uno de los ejes que marcan el artículo, la emoción es fundamental para conectar las mentes y los cuerpos entre individuos. Así, gracias al conjunto de emociones que el bebé experimenta por la angustia de separación se activan respuestas consoladoras por parte de su cuidador.

El segundo gran eje teórico que trata de desarrollar el artículo es el de establecer el puente de unión entre la neurociencia de la emoción y el psicoanálisis a partir de un punto en común que puede parecer sorprendente en una primera aproximación al tema: ambos se centran en mecanismos inconscientes. Para la neurociencia la mayor parte de la emoción se procesa lejos del conocimiento consciente del sujeto y se podría aplicar aquí la conocida metáfora psicoanalítica de la punta del iceberg. Con todo, se trataría en este caso de un inconsciente biológico gobernado por los circuitos neurales y la neurofisiología en general. La autora señala hallazgos fisiológicos, conductuales y tecnológicos (el PET, la resonancia magnética, etc.) como demostración de la existencia de circuitos cerebrales inconscientes.

Tras un somero repaso histórico de los primeros autores que intuyeron la existencia de esta corriente inconsciente, pasa a presentar un esquema general del procesamiento emocional. Basándose en los trabajos de LeDoux (1994, 1995, 1996), Damasio (1994, 1995) y Joseph (1996), afirma que la emoción puede considerarse como una constelación en la que intervienen:

(a) la valoración del estímulo en cuanto a su relevancia para el organismo, esto es, en cuanto a su significación integral para el organismo. Esta función de evaluación se realiza desde diversos centros cerebrales, unos dependientes de los sistemas subcorticales, especialmente la amígdala, y otros dependientes de la corteza cerebral. Parece que la amígdala elabora tipos de valoración "programadas de forma innata" más simples, mientras que la corteza orbitofrontal reacciona a la información más compleja y elabora valoraciones que se construyen a partir de la experiencia personal a lo largo de la vida. Ambas estructuras están estrechamente interconectadas tanto con las áreas corticales sensorial y motora, como con la región límbica subcortical, el mesencéfalo y el tronco cerebral.

(b) los cambios corporales y cerebrales resultan de esa valoración ya que, tras la misma, esos centros envían mensajes al tronco cerebral y al hipotálamo que, a su vez, son los responsables de los cambios cerebrales y corporales de la emoción: la producción endocrina regulada por el hipotálamo a través del fundamental "eje hipotalámico-hipofiso-adreno-cortical"; las respuestas del sistema nervioso neurovegetativo (autónomo), regulado tanto por el hipotálamo como por el tronco cerebral, y que es el responsable de la acción sobre las vísceras internas mediante los sistemas nerviosos simpático y parasimpático operando en tándem; y las conductas motoras gracias al control de la musculatura

esquelética mediante los pares craneales y la médula espinal que provocan las "conductas emocionales". Se ofrece en el artículo una buena ejemplificación de los diferentes niveles en los que se desarrolla el proceso emocional, ya que si en general existe un buen control cortical sobre el movimiento de la musculatura esquelética, éste es menor sobre las cuerdas vocales y resulta mínimo sobre la inervación autónoma de las vísceras.

(c) la retroacción sobre el cerebro de esos cambios cerebrales y corporales que, al ser reenviados al cerebro, se representan como parte de la experiencia, ocurriendo todo esto sin conocimiento consciente. Cuando estos cambios son procesados por las regiones cerebrales implicadas en el conocimiento consciente, contribuyen a lo que experimentamos de manera subjetiva como nuestras emociones conscientes.

Como modo de ejemplificar el funcionamiento de los circuitos cerebrales de la emoción y afianzar su tesis de que el cuerpo juega un papel activo en la vida mental, la autora elige como modelo las investigaciones que se han realizado sobre el miedo. Parte de considerar que el miedo es un logro evolutivo para facilitar la detección y la respuesta al peligro, y que esto es común a todos los animales. Recalca un aspecto que nos parece fundamental a la hora de pensar en el trabajo psicoterapéutico y es que una vez establecido el condicionamiento al miedo, éste es relativamente permanente, no se elimina completamente, tan sólo se inhibe. Volveremos sobre este punto más adelante cuando hablemos de los trastornos de ansiedad.

En primer lugar considera el papel de la amígdala, que resulta esencial tanto en la recepción de los estímulos (inputs), como en la emisión de respuestas (outputs). La información llega por dos vías diferentes, una primera, más rápida, es subcortical; la segunda pasa por la corteza, es más lenta y responde a estímulos más complejos. El conocimiento consciente no es necesario para crear el miedo condicionado, esto es, la emoción puede desencadenarse por situaciones de las que la persona no tiene conciencia. Se sabe que la corteza no es necesaria para crear un miedo condicionado, pero que juega un papel regulador en el proceso, pudiendo o no, inhibir la respuesta subcortical y mejorar la discriminación sensorial. La conclusión de esto, también trascendente para la comprensión de determinados fenómenos observables en la psicoterapia, es que las respuestas de miedo tempranas, y probablemente de otras muchas emociones, quizás nunca desaparezcan del todo, aunque la conciencia puede contribuir a disminuir dichas respuestas. A esto contribuye que existen más conexiones de la amígdala a la corteza que a la inversa, por lo que es más fuerte la tendencia automática al miedo que nuestra capacidad para inhibirla de forma voluntaria.

El segundo gran elemento considerado en el circuito cerebral del miedo es el hipocampo, el cual juega un papel decisivo, ya que su participación en la memoria permite informar sobre la localización contextual, esto es, permite evitar el peligro antes de que ocurra, al relacionarse situaciones diferentes. Asimismo, puede activar el miedo en situaciones que fueron, pero que ya no son peligrosas. Finalmente, su daño en situaciones de gran estrés, puede llegar a deteriorar el recuerdo consciente de situaciones traumáticas. Esto implica que, a la vez que se "reprime" el recuerdo consciente de una experiencia traumática, se puede reforzar el recuerdo emocional inconsciente de dicha experiencia a

través del circuito de la amígdala cerebral. Fenómeno que, explicado desde la teoría psicoanalítica, nos resulta muy familiar.

Se pone de manifiesto por lo tanto la existencia de un doble circuito del procesamiento emocional: por un lado, un circuito que pasa por la corteza, que involucra al hipocampo y por el otro, un circuito que pasa por la amígdala cerebral y que es capaz de producir las reacciones emocionales de miedo sin conciencia ni recuerdo consciente.

Posteriormente, y tomando en cuenta la cercanía que existe entre las expresiones de miedo y ansiedad, así como la comprobación de que las mismas regiones cerebrales intervienen en ambos fenómenos, la autora sigue haciendo hincapié en el importante tema del doble circuito cerebral, dado que si el condicionamiento puede tener lugar inconscientemente mediante los circuitos de la amígdala, la persona puede no ser consciente de cuál es el estímulo desencadenante actual. Además, durante el estrés puede dañarse el hipocampo a la vez que se facilita la actividad de la amígdala, lo que puede hacer que el aprendizaje se realice sin especificidad contextual, lo que lleva a que el individuo no tenga conciencia de la situación traumática originaria. Todo lo referido le sirve para concluir que el procesamiento emocional no resulta necesariamente adaptativo, debido a que los miedos, una vez establecidos, son casi imposibles de eliminar.

La parte final del artículo va a estar dedicado a la aplicación de todo lo descrito a fenómenos concretos, especialmente los trastornos psicósomáticos y, muy particularmente, al fenómeno del apego y la comunicación no verbal. Con respecto a los trastornos psicósomáticos, la conclusión parece clara, ya que la conexión referida entre la emoción y las respuestas corporales hormonales, viscerales y motoras, conduce a cambios físicos reales que pueden producir trastornos psicósomáticos. Como nos dice Regina Pally, "los médicos ya no pueden decirle a sus pacientes "todo está en su cabeza", dado que cualquier cosa que esté "en la cabeza" también está en algún sentido "en todo el cuerpo". Ejemplos como el de niveles crónicamente elevados de la activación autónoma (neurovegetativa) pueden causar síntomas físicos crónicos de ansiedad, o que niveles de cortisol elevados de forma crónica pueden deteriorar el sistema inmunológico o contribuir a la formación de úlceras, resultan suficientemente explicativos.

Los últimos apartados dedicados a la relación de la neurociencia con el apego y la comunicación no verbal son desde nuestro punto de vista, los más intensos y especulativos del artículo, ya que en ellos la autora quiere desarrollar su idea angular: "el apego y la comunicación no verbal son ejemplos de cómo los individuos se regulan entre sí tanto en la biología como en su psicología". La neurociencia aporta el descubrimiento de que el apego es también un fenómeno biológico, que implica un delicado lazo de retroacción en el cual la madre y el bebé se regulan psicobiológicamente de forma recíproca. Esto parece aplicable incluso en las díadas adulto-adulto. Se cree que los mecanismos biológicos de apego identificados en los animales son también aplicables al apego en los humanos. Tanto las respuestas de separación, como las de reunión, están mediatizadas por diferentes neuroreceptores, los benzodiacepínicos en las primeras y los opiáceos/endorfinicos en las segundas, todos ellos en la amígdala. Así, las endorfinas, por ejemplo, se liberan durante las conductas de reunión y sirven para reforzar el apego/reunión, en el sentido de hacernos adictos a las figuras de apego.

Con respecto a la comunicación no verbal se enfatiza de nuevo la neuroregulación entre individuos, afirmando la influencia inconsciente que tiene sobre la biología, la emoción y la conversación verbal de un otro. Las comunicaciones no verbales pueden llevar información sobre los estados bioemocionales entre individuos, regulando así el funcionamiento biológico de ambas personas en una cadena que va desde la expresión facial (el músculo estriado), pasando por la modulación autónoma (del sistema neurovegetativo) de las funciones corporales (músculo visceral), hasta los sentimientos subjetivos asociados con la emoción. En experimentos realizados se ha podido comprobar que hay un alto porcentaje de sujetos que si son instruidos para contraer determinados grupos musculares asociados con una determinada emoción acaban sintiéndola realmente y mostrando los cambios autonómicos asociados con ella. La comunicación no verbal resulta fundamental para todas las formas de interacción social, son pistas que se utilizan para dirigir las relaciones sociales y activan respuestas en los otros (utilización de los otros como "autorreguladores"). Finalmente, señala cómo la comunicación no verbal estructura inconscientemente todas las formas de intercambio verbal.

La conclusión, en la que Regina Pally escoge como referente la obra de Damasio, pretende tener un alto contenido en cuanto a sus aplicaciones a la terapia psicoanalítica. Parte de considerar que la toma racional de decisiones no lo es tanto, que la corteza controla y modula una buena parte de la conducta del sujeto, pero que la memoria emocional, representada como cambios corporales, influye en las elecciones más allá de la conciencia. La neurociencia enfatiza que la emoción y su expresión están implicadas en todas las tareas humanas importantes, también las consideradas racionales. Por todo ello se debe concluir que, en el campo de la terapia psicoanalítica, el intercambio emocional no verbal puede ser al menos tan importante como lo es el intercambio verbal. Analista y paciente pueden influirse recíprocamente mediante pistas no verbales de emoción procesadas inconscientemente. Estas pistas son datos vitales del analista, así como del paciente. Cómo se siente el analista, tanto en lo referente al "cuerpo" como a la "mente" puede ser tan importante como indicador de lo que está pasando con el paciente como cualquier cosa que el analista esté pensando. Cómo se comunica, incluso como se comporta, puede ser tan importante como lo que dice.

Este artículo de Regina Pally puede ser considerado como uno de los más interesantes aparecidos en los últimos tiempos dentro del campo de investigación que trata de establecer vínculos entre los últimos y sorprendentes avances en neurociencias con los conocimientos clásicos y más recientes del mundo psicoanalítico.

Deseamos concluir este intento de comprensión psicosomática del cerebro aportando ideas de uno de los autores que, en nuestro país, ha profundizado en la búsqueda de las fantasías inconscientes específicas de las distintas funciones o trastornos somáticos: **Luis A. Chiozza**, quien con sus desarrollos nos brinda una herramienta útil para investigar el lenguaje orgánico.

Chiozza (1980) nos dice "Si tuviera que aventurar una opinión acerca de cuáles pueden ser las fantasías específicas correspondientes a la existencia física y función fisiológica del sistema nervioso, diría que la descripción más convincente que puedo

imaginar se aproxima al *Proyecto de una psicología para neurólogos* escrito por Freud (1895). Estas ideas, a pesar de lo que pudiera creerse teniendo en cuenta el tiempo transcurrido, no necesitan tanto ser remozadas a partir de la neurología moderna, como necesitan ser sometidas a un examen prolijo con el fin de poder restituir a su lugar específico primordial la "cuota" de "psicología" que corresponde a las otras estructuras orgánicas, las que no forman parte del sistema nervioso, ni aún del que llamamos vegetativo, autónomo o visceral.

A los fines de una primera aproximación, basándonos en el modelo cibernético, digamos ahora que tal vez podemos concebir a las fantasías cerebrales como configuraciones formales de integración, equivalentes a los circuitos de retroalimentación negativa que participan tanto de la construcción de un reflejo como del establecimiento de un juicio. Naturalmente esta concepción debe ser completada con la idea, ya esbozada por Freud en el Proyecto, de que la facilitación "dibuja" complejos en el retículo formado por la vinculación entre neuronas.

La inteligencia, el conocimiento y la memoria son productos del conjunto completo de lo que denominamos organismo, y no pueden ser adscriptos únicamente al cerebro. El conocer y el memorizar se llevan a cabo con la totalidad del organismo, es decir, con la totalidad de la persona.

La investigación de las fantasías específicas (Chiozza, 1970) nos condujo a postular que todo órgano que interviene de manera preponderante en determinados procesos se arroga la representación de esos procesos. Así como "lo cardíaco" – a través del corazón – se arroga la representación de las emociones, "lo cerebral" – a través del cerebro – se arroga la representación de los procesos de pensamiento. Expresado en otros términos, podemos decir que, a partir de una misma estructura disposicional inconsciente, ingresan a la conciencia, por un lado, los procesos de pensamiento y, por otro, las representaciones del cerebro y la cabeza.

Tanto los usos del lenguaje como algunas concepciones científicas (Cobb, 1954; Azcoaga, 1983) confirman esta conclusión, ya que coinciden en considerar al cerebro y a la cabeza como la "sede" de la función de pensar, de la inteligencia y también de la atemperación de los afectos. Veamos algunos ejemplos: Cuando alguien se concentra para pensar, es frecuente que sostenga la frente con la mano; para significar el surgimiento de una idea, es habitual que se coloque el dedo índice sobre el ángulo frontotemporal. La sien, por otra parte, es vinculada con la locura, en el gesto con el que se expresa: "le falta, o tiene flojo un tornillo". Es también frecuente que, para referirse a una escasa participación emocional en el ejercicio racional, se hable de una "cabeza fría".

Continua Chiozza exponiendo acerca del pensamiento y la acción, para lo cual nos convoca a Freud (1895; 1900, 1911), para quien el pensar es una "acción interiorizada" que opera mediante la investidura tentativa, "a pequeña cantidad", de las huellas mnémicas de las acciones realizadas. El aparato psíquico progresa desde la "identidad de percepción" (Freud, 1900) hasta la "identidad de pensamiento" mediante el establecimiento de complejas conexiones asociativas, lo cual implica la capacidad de tolerar la postergación de la descarga pulsional, coartando el desarrollo a plena cantidad que corresponde al proceso

primario. El juicio es el proceso que pone fin a la dilación que significa el pensamiento mismo, conduciendo del pensar al actuar.

Denominamos *acciones eficaces* o *adecuadas* (Freud, 1895) a las que logran hacer cesar las necesidades que emanan de las fuentes pulsionales. Queda implícito que, por lo tanto, deben ser específicas y, por este motivo, Freud también las denomina acciones específicas. Debemos agregar que las acciones se “justifican”, en cambio, cuando, independientemente de cuál sea, en definitiva, su eficacia, su sentido, su dirección hacia una meta, su finalidad, resulta comprensible.

Todo *pensamiento*, por más pequeña que sea la investidura de las representaciones que utiliza, lleva siempre, implícita, una descarga motora (Freud, 1895, 1901, 1905). Podemos sostener, además, que toda descarga de una pulsión se realiza a través de la suma de un componente vegetativo y un componente motor que pertenece a la vida de relación. El primero integra aquello que denominamos afecto y el segundo lo que denominamos acción. El ejercicio de toda acción se acompaña siempre de una cuota de descarga afectiva y el proceso de descarga que denominamos afecto ocurre siempre con un componente de acción (Freud, 1911; Chiozza, 1974).

Teniendo en cuenta lo anterior, debemos admitir que los procesos vegetativos cerebrales, forman parte de la “clave de inervación” normal de los procesos de pensamiento.

Los procesos cogitativos contribuyen a configurar las pautas de las acciones. Una vez que se ha comprobado la eficacia de una acción adecuada, pasa a ser conservada en la memoria inconsciente. Tanto el proceso de constitución de una pauta, como su registro inconsciente, pasa por una serie de estadios que van desde las ideas y juicios implícitos en los movimientos imprecisos, vacilantes, impulsivos o tentativos, hasta los que corresponden a las coordinaciones motoras más elaboradas y precisas.

El *pensamiento* y la *acción* transcurren, entonces, indisolublemente unidos en lo inconsciente. Esto ocurre no sólo porque la omnipotencia de las ideas, que rige el psiquismo inconsciente, los equipara (Freud, 1909, 1913), sino porque la “clave de inervación” de los procesos de pensamiento se halla siempre íntimamente integrada con la “clave de inervación” de los actos motores que corresponden a la vida de relación (Freud, 1895, 1905). Esta integración entre acciones y pensamientos es tan íntima como la que es dable constatar entre el *pensamiento* y la *experiencia*.

Los afectos fueron definidos por Freud (1900, 1915) como procesos de descarga que, a través de “inervaciones” vegetativas, a partir de la investidura “plena” de las ideas inconscientes que constituyen sus “claves de inervación” (Freud 1900), corresponden - a la manera de ataques histéricos heredados y congénitos - a la perduración actual de *acciones justificadas* en la filogenia (Freud, 1926).

La descarga afectiva es una de las manifestaciones de la excitación que proviene de la organización pulsional. Cuando la descarga se realiza a plena cantidad, estamos en presencia de un *afecto primario* (Chiozza, 1976), que corresponde a lo que se denomina “pasión”. La descarga de un afecto primario puede realizarse en el propio organismo, o bien

trasladar su elevado montante hacia la acción (Freud, 1895). Cuando esta descarga resulta displacentera (contradictoria) para el resto del yo coherente surge la necesidad de *atemperar* los afectos. Puede suceder también que el conflicto generado entre afectos contradictorios implique la constitución de una formación de compromiso, que subyace a la constitución de los síntomas (Freud, 1899, 1900, 1905 A).

Se comprende que el trabajo de pensamiento -considerado sinónimo del concepto de elaboración psíquica (Freud, 1895, 1900, 1940; Laplanche y Pontalis, 1967; Aizenberg, 1975) - cumple la importante función de atemperar los afectos, gracias a las relaciones existentes entre pensamiento y acción, por una parte, y afecto y acción, por la otra. La ligadura puede obtenerse integrando los componentes ideativos del afecto conflictivo, con los componentes ideativos de otros afectos o de procesos cogitativos y judicativos previos (pre-juicios), que forman parte del yo coherente. Puede ocurrir también que se sobreinvista la "clave de inervación" de otro afecto, que pasa así a sustituir por completo al primero, actuando como contrainvestidura. Surge así, de uno u otro modo, un *afecto secundario* (Chiozza, 1976) que corresponde a lo que se denomina "sentimiento".

La "nominación" de los afectos primarios o secundarios, su enlace con representaciones – palabras adecuadas, forma parte del proceso de "atemperación" de los afectos. Puede alcanzarse de este modo una nominación verbal impasible, despojada totalmente de emoción, tal como ocurre en la formación del pensamiento lógico". (Chiozza, 1991)

Fue nuestro intento con este recorrido a través de distintos investigadores, enfatizar la necesidad creciente de una fecundación cruzada, con mutuos aportes enriquecedores entre las distintas disciplinas, las neurociencias y el psicoanálisis, a fines de evitar la disociación cartesiana que surge en las circunstancias donde, por buscar la profundidad y la certeza en nuestra área de conocimiento nos olvidamos, en ocasiones instrumentalmente, pero sin camino de retorno, la integración del objeto de nuestros desvelos, el hombre y nuestra permanente búsqueda un saludable y armonioso bienestar en todas sus dimensiones existenciales.

BIBLIOGRAFÍA

AIZENBERG, S. (1975) La interpretación psicoanalítica. Consideraciones metapsicológicas, en Eidón, año 2, n° 4, CIMP, Paidós, Buenos Aires, 1975.

AZCOAGA, J. (1983) Las funciones cerebrales superiores y sus alteraciones en el niño y en el adulto, Paidós, Buenos Aires, 1983.

BEESON, P.B., Mcdermott, W. (1972) Tratado de Medicina Interna, Editorial Interamericana. Buenos Aires,

COBB, S. (1954) Fundamentos de neuropsiquiatría, Barrenechea, Bs. As. 1954.

CHIOZZA, L. (1970) Apuntes sobre fantasía, materia y lenguaje, en Trama y figura del enfermar y el psicoanalizar, Paidós, Buenos Aires, 1980.

(1974) La transformación del afecto en lenguaje, en Trama y figura del enfermar y el psicoanalizar, Paidós, Buenos Aires, 1980.

(1976) La enfermedad de los afectos, en Trama y figura del enfermar y el psicoanalizar, Paidós, Buenos Aires, 1980.

(1980) Cefaleas vasculares y accidentes cerebrovasculares, en “Los afectos ocultos en...” Alianza Editorial, 1991, Buenos Aires.

DAMASIO, A. R. (1994) Descartes error. New York: Putnam.

(1995) Toward a neurobiology of emotion and feeling: operational concepts and hypotheses. The Neuroscientists, 1, 19-25.

DASSEN, R., FUSTINONI, O. (1957) Sistema nervioso. Ed. El Ateneo. Bs. As.

DELMAS, J., DELMAS, A. (1965) Vías y Centros Nerviosos, Editorial Toray-Masson. Barcelona.

FREUD, S. (1895) Proyecto de una Psicología para Neurólogos, en Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1976.

(1900) La interpretación de los sueños, en Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1976.

(1901) Análisis fragmentario de una histeria, en Obras Completas,

(1909) Generalidades sobre el ataque histérico, en Op. Cit. 1976.

(1911) Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico, en Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1976.

(1913) Tótem y tabú, en Obras Completas, Amorrortu, Bs. As. 1976.

(1915) Pulsiones y destinos de pulsión, en Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1976.

(1926) Inhibición, síntoma y angustia, en Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1976.

(1940) La escisión del yo en el proceso defensivo, en Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1976.

GARBARI ESPINOSA, A. (2000) Una justificación biológica del inconsciente, publicado en JANO. Psiquiatría y Humanidades; vol. II, n° 3. Presentado en el Simposio "Hacia la Integración de la Psicoterapia Psicodinámica y las Neurociencias" en el XVIII Congreso Venezolano de Psiquiatría "Dr. Mauro Villegas".

(2000A) Hacia la Integración de la Psicoterapia y las Neurociencias. Iº Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000. Internet (augusto@etheron.net)

JOSEPH, R. (1996) Neuropsychiatry, neuropsychology and clinical neuroscience. Baltimore: Williams and Wilkins.

KANDEL, E..R. (1998) A New Intellectual Framework for Psychiatry. Am J Psychiatry April; 155(4): 457-469

(1999) Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited, American Journal of Psychiatry, 156 (4), 505-524

KOESTLER, A. (1978) Janus, Vintage Books, Random House, N. Y., 1979

LAPLANCHE y PONTALIS (1967) Vocabulaire de la psychanalyse, P.U.F., París, 1967.

LEDOUX, J. (1994) Emotion, memory and the brain. Scientific American, 270, 32-39.

(1995) Emotion: clues from the brain. Ann. Rev. Psychol., 46, 209-235.

(1996) The emotional brain. New York: Simon and Schuster.

MAC LEAN, P.D. (1984) Evoluzione del cervello e comportamento humano. Einaudi, Torino, 1984

MÉNDEZ RUIZ, J., ICETA IBÁÑEZ DE GAUNA, M. (1999) Reseña bibliográfica. Rev. de Ps. Aperturas Psicoanalíticas, Julio 1999, N°2.

PALLY, R. (1998) Emotional Processing; The mind-body connection, International Journal of Psycho-Analysis, 79 (2), 349-362

SANGUINETTI, L. V. (1977) Semiología, semiotécnica y clínica propedéutica. López Libreros Editores

SOLMS, M. (1994) "Hacia una anatomía de lo inconsciente" aparecido en Psychoanalysis and Neuroscience, traducción del inglés por Cynthia Mansfield

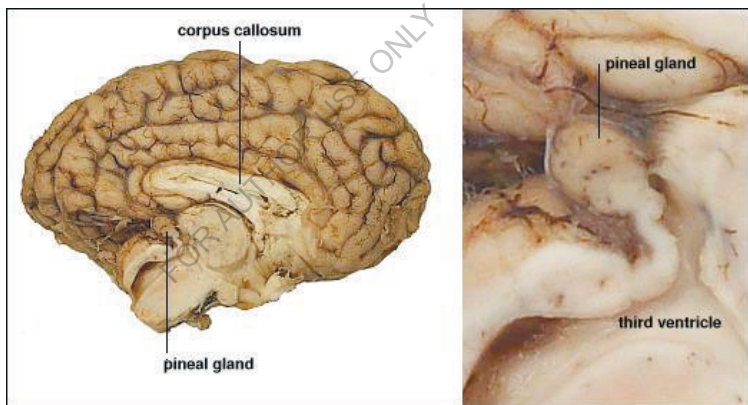
TAYLOR, G. R. (1979), El cerebro y la mente. Planeta. España

TESTUT, L., LATERJET, A. (1960) Tratado de Anatomía Humana. Editorial Salvat. Buenos Aires.

VON DER BECKE, C. H. (2001): Portal Personal de Internet
(<http://geocities.com/CapeCanaveral/Hangar/4434/index.html>)

FOR AUTHOR USE ONLY

ENFOQUE PSICOSOMÁTICO
DE LA
GLANDULA PINEAL



Este trabajo recibió el Premio “Dr. Celes E. Cárcamo” al Mejor Trabajo en
Psiquiatría Dinámica: “Enfoque psicosomático de la glándula pineal”.
13° Congreso Internacional de Psiquiatría de la AAP. Buenos Aires. 2006

Historia

Estructura anatómica y fisiología

Hormona melatonina y reproducción

Relojes circadianos

Melatonina y sueño

Melatonina y respuesta inmune

Melatonina y cáncer de mama

Melatonina y sexualidad

Trastornos afectivos estacionales y fototerapia

Cuadro de síntesis de procesos y funciones de
la melatonina

La glándula pineal y la filosofía hindú

Integración de enfoques y conclusiones

Bibliografía

ENFOQUE PSICOSOMÁTICO DE LA

GLANDULA PINEAL ⁷⁴

Historia

Desde hace unos años es notoria la convergencia entre las neurociencias y la psicología con hallazgos de interrelaciones, vínculos y configuraciones que rompen los tradicionales límites entre dichas disciplinas enriqueciéndolas a ambas.

Algunos comentarios provenientes de una investigación sobre melanomas (Chiozza y col., 1981) nos llevaron a incursionar en el misterio de la glándula pineal. Tomamos en consideración para ello el estudio de su anatomía, fisiología, neuroendocrinología y la farmacología experimental relacionada con ella y además, ideas provenientes de la filosofía hindú.

Esta glándula recibe su nombre del fisiólogo francés **Philippe Pinel**, que fue el primero en describirla en un cerebro humano aunque se sostiene que ya históricamente había sido estudiada por Herófilo de Alejandría, anatomista griego del siglo IV a. C., quien la describía como el tercer ojo que regula el flujo del pensamiento. Junto a Erasístrato la habrían bautizado como “konarium”, que significa piñón en griego, por su semejanza en tamaño y forma con el piñón proveniente del pino.

Posteriormente Galeno⁷⁵, famoso médico y filósofo griego (130-210AD), en su octavo libro titulado “On the usefulness of the parts of the body” la describió como otra glándula más que servía para apoyar los vasos sanguíneos.

Muchos otros pensadores teorizaron al respecto, pero fue René Descartes (1596-1650), famoso filósofo y matemático, quien en su libro “Tratado del hombre”, lo describió como una criatura creada por Dios, formada por dos elementos, un cuerpo y un alma. En su teoría, la **glándula pineal** (Tratado de las pasiones del alma – 1649) es sede del alma y comprendía las sensaciones, imaginación, memoria y la causa de movimientos corporales,

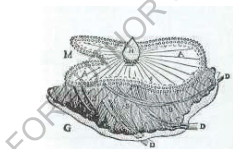
⁷⁴ Deseo hacer público mi agradecimiento al Dr. Daniel Cardinali quien en 1983 me brindó su inestimable y generosa ayuda para el desarrollo de estas ideas que constituirían el germen de este trabajo.

⁷⁵ El prestigio de Galeno entre los miembros de la clase médica se mantuvo hasta el siglo XVI cuando los científicos renacentistas iniciaron una serie de descubrimientos cruciales para la evolución de la medicina. Galeno ejerció su sabiduría en la escuela de [gladiadores](#) de Pérgamo durante casi una década hasta que en el año 164 decidió instalarse en Roma. En la capital imperial sería nombrado médico de corte del emperador [Marco Aurelio](#). Las aportaciones de Galeno serán fundamentales al determinar la importancia de la columna vertebral, utilizar el pulso como indicador en el diagnóstico, identificar varios músculos importantes o realizar disecciones en animales. El sistema de fisiología corporal elaborado por Galeno será el más completo de su tiempo, tomando como referencia la teoría de los fluidos de Erasístrato. También se destacó como escritor, plasmando sus descubrimientos en numerosos tratados de los que conservamos aproximadamente un centenar. (www.artehistoria.com)

ligando de esta forma conceptos psicológicos con una estructura anatómica⁷⁶. O sea, De este modo, una idea producida en “la mente” (en el mundo de las ideas) alcanzaba la glándula pineal y generaba una cierta actividad en nuestro cerebro. Y a la inversa, la información del mundo exterior llega al cerebro a través de los nervios, y en la glándula pineal se realiza la transformación de actividad cerebral a «idea».

Además, aun cuando sus teorías sobre el cuerpo diferían de lo que los médicos contemporáneos escribían, Descartes expresó que el rol de la glándula pineal, en adición de lo ya mencionado, era el de albergar espíritus de animales que brindaban poder a una persona y llegaban allí a través de las arterias (hecho que se probó no totalmente cierto pues la glándula está cubierta de venas y no arterias). Descartes elige la glándula pineal porque le parece que es el único órgano en el cerebro que no está duplicado bilateralmente y porque cree, erróneamente, que era exclusivo de los seres humanos.

Según Wozniak (1992), al localizar el punto de contacto entre el alma y el cuerpo en la glándula pineal, Descartes planteó la cuestión de las relaciones de la mente con el cerebro y el sistema nervioso, pero al mismo tiempo, al trazar una radical distinción ontológica entre el cuerpo como extensión y la mente como puro pensamiento, Descartes, en búsqueda de la certidumbre, habría creado paradójicamente, un caos intelectual. La solución de la glándula pineal habría sido autocontradictoria, ya que suponía la afirmación de una sustancia que era pensante y extensa a la vez, lo cual choca con la propia definición cartesiana de sustancia.



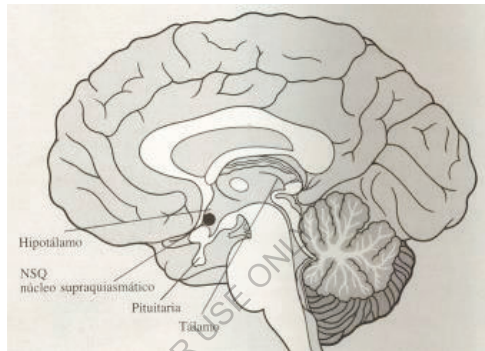
La glándula pineal, según el “Tratado del hombre” de Descartes

Dentro de nuestro enfoque, siguiendo la teoría de Chiozza, interpretamos que lo psíquico o lo somático de un proceso normal o patológico son categorías que impone nuestra conciencia en sus modos de conocimiento del fenómeno que aborda, donde conceptualizamos como físico lo que percibimos con nuestros sentidos o sus prolongaciones instrumentales y como psíquico lo que, ante nuestro afán interpretativo,

⁷⁶ “los nervios son tubos huecos, llenos de espíritus de animales. Además contienen pequeñas fibras que llegan de un lado a otro. Estas fibras conectan los órganos sensoriales con pequeñas válvulas en las paredes del ventrículo del cerebro. Cuando estos órganos son estimulados, partes de ellos son puestos en movimiento. Estas partes entonces jalan de las fibras, que resulta en el que se abran las válvulas, algunos espíritus de animales en los ventrículos cerebrales escapan, y una imagen de baja presión del estímulo sensorial aparece en la superficie de la glándula pineal. Es esta imagen, que entonces causa percepción sensorial de blanco, cosquillas, dolor, etc. Pero no se imprime en los órganos sensoriales externos, ni en la superficie interna del cerebro, cuales se deben tomar como ideas reales, de aquellas que se pueden trazar como espíritus en la superficie de la glándula (donde se encuentra la imaginación y el sentido común).

posee un significado o sentido. En estas “dos caras de la moneda” que el objeto de nuestra investigación nos ofrece, intentaremos su descripción a los fines de lograr una mirada integradora, de lo que expresa o simboliza, la glándula pineal.

Estructura anatómica y fisiología



Localización en el encéfalo de las principales estructuras anatómicas relacionadas con el estudio de los relojes y calendarios biológicos⁷⁷

La glándula **pineal** o **epífisis** es una pequeña proyección cónica de la parte superior del cerebro medio de la mayoría de los vertebrados, que aparece en el embrión como una excrescencia del cerebro, como un cuerpo grisáceo, cónico, algo aplanado que mide de 5 a 8 mm de largo y de 3 a 5 mm de ancho. Su peso es de 100 a 200 mg.

Está situada en el borde posterior e inferior del cuerpo calloso entre ambos tubérculos cuadrigéminos superiores. Su flujo sanguíneo es uno de los más elevados del organismo. Su masa está constituida por pinealocitos – claros y oscuros –⁷⁸ en un 85% y el resto lo forman células gliales que se distribuyen como elemento de sostén y terminaciones nerviosas.

El cuerpo pineal aparece al comienzo del segundo mes de gestación como un pliegue situado en el techo del diencéfalo, delante del cual hay un acúmulo de células redondas. Hacia el final del sexto mes, éstas se diferencian en células neuróglificas y pineales. Se cree que aumenta de tamaño hasta los 7 años y luego involuciona hacia los 14,

⁷⁷ Foto tomada de: Los relojes biológicos, de *Daniel P. Cardinali*, Departamento de Fisiología, Fac. de Medicina, UBA.

⁷⁸ se puede pensar que en un futuro próximo se podrán tipificar los pinealocitos con mayor precisión, así como también, los principios activos secretados por estos.

pudiendo presentar calcificaciones aún desde la vida fetal, pero su actividad secretoria no disminuye. Con el envejecimiento⁷⁹, tiene lugar la acumulación de carbonato de calcio y fosfato de magnesio en la glándula pineal, los cuales se depositan en capas y dan lugar a los cuerpos arenosos del cerebro o acérbulas. La glándula pineal es grande en los lactantes y se calcifica en un 50% en los adultos. Entre los 70 y 80 años disminuye su actividad y entonces los niveles de melatonina se reducen, lo que con probabilidad conduce a la alteración de diversos ritmos circadianos. (Gómez-Mont, 1999).

La glándula pineal, conectada al epítalamo por un pedúnculo no recibe inervación epitalámica. Está inervada por fibras nerviosas posganglionares que parten del ganglio simpático cervical y que circulan con la vena de Galeno⁸⁰. En la glándula se han encontrado noradrenalina, serotonina⁸¹, histamina y melatonina. Puede presentar tumores. Los pinealomas se presentan en varones jóvenes y se manifiestan por pubertad precoz, presumiblemente por daño físico directo de áreas del cerebro asociadas con la regulación de las gonadotropinas.

El pinealocito deriva del mismo elemento neurosensorial que da origen a los fotorreceptores retinianos. Este origen común se exterioriza funcionalmente en los vertebrados inferiores (anfibios, peces, reptiles), donde los pinealocitos tienen la estructura del fotorreceptor. Esta estructura modificada es la que, en los mamíferos a través de la inervación proveniente de la retina, vincula la pineal al fotoperíodo⁸². Es decir, **atiende a la relación del individuo con el medio en el que habita.**

⁷⁹ El envejecimiento resulta de un complejo e intrincado proceso multifactorial en donde la carga genética, los procesos involutivos encefálicos y metabólicos y el medio ambiente, demarcan e inician el inexorable destino finito de la especie humana. No existe un factor único o independiente que permita explicar el envejecimiento neurológico, el cual aparece por efecto de diversos factores; más bien se trata de un proceso anatomofisiológico que se inicia en el momento mismo de la concepción y se hace más evidente después de la madurez, en el cual se producen cambios importantes cuya **principal manifestación es la pérdida progresiva de la adaptabilidad del organismo a su entorno.** Por ello, se ha promulgado como factor importante para frenar y aliviar el deterioro mental asociado al envejecimiento, la modificación del estilo de vida desde edades tempranas, para mantener en las mejores condiciones posibles el funcionamiento de los distintos órganos y sistemas y, en especial, del sistema nervioso central.

⁸⁰ Aunque existen conexiones entre la glándula pineal y el cerebro, aquella se encuentra *fuera* de la barrera hematoencefálica y está inervada principalmente por los nervios simpáticos que vienen de los ganglios cervicales superiores.

⁸¹ John Ferarstrom de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pittsburgh, dice que la serotonina, uno de los neurotransmisores requeridos por el cerebro, necesita del aminoácido triptofán para trabajar. Aunque este triptofán se encuentra presente en las proteínas, el organismo ha de consumir carbohidratos para que el cerebro pueda producir serotonina. Esta hormona aporta al organismo, entre otras cosas, serenidad, propensión al sueño y resistencia al dolor. Es por esta razón que el azúcar tiene un efecto calmante. En algunas prisiones se da a los reclusos una dieta más rica en glucosa, para que se mantengan tranquilos. A su vez, la serotonina, abunda en algunas frutas como plátanos, ciruelas e higos (con justa razón, Buda solía tomar asiento a la sombra del bo, o higuera que crece en la India, árbol al que los orientales han mirado siempre como el árbol de la sabiduría).

⁸² La conexión neuronal utiliza a las proyecciones retinohipotalámicas que penetran en el hipotálamo y establecen contacto con el núcleo supraquiasmático, desde donde se proyectan al mesencéfalo y vías simpáticas descendentes. Se trata de una vía multisináptica, originada en la retina, que tiene como estación final al ganglio cervical superior.

Participa en la regulación de los biorritmos, particularmente en el ritmo circadiano (del latín circa: aproximadamente, y dies: día). Ella se activa y fabrica la melatonina⁸³ cuando no hay luz, de allí que ha surgido la idea de llamarla “**tercer ojo**” aunque esa denominación también se debe a la creencia de que en los ancestros de los vertebrados esta glándula formaba un ojo que complementaba a los otros dos, de hecho, algunos reptiles presentan un pequeño ojo dorsal medial. En las ranas la glándula pineal es sensible a la luz y actúa como un verdadero tercer ojo, que convierte en impulsos eléctricos la energía luminosa, según descubrió el alemán Eberhardt Dodt. Se ha comprobado asimismo que influye en los cambios de color de ciertos animales como los pulpos y camaleones, entre otros.

La variación diaria de la secreción de melatonina suministra al organismo un reloj circulante bajo el control de las variaciones de la luz ambiental. Este factor es tan determinante que los ciegos producen esta hormona todo el día. La glándula pineal no existe en los cocodrilos ni en los mamíferos del orden Edentata (osos hormigueros, perezosos, armadillos), y consta sólo de algunas células en las ballenas y los elefantes.

En los mamíferos la melatonina se produce en cantidades significativas sólo en dos estructuras: la glándula pineal, según lo demostrara Julius Axelrod en 1960, y la retina, como fuera demostrado en el laboratorio de Cardinali en 1971. La melatonina se libera hacia la circulación general y actúa primariamente en el sistema nervioso central, particularmente a nivel del núcleo supraquiasmático. Es a este nivel que la melatonina afecta el período oscilatorio del reloj circadiano y los ritmos reproductivos.

Se acuñó el término “**transductor neuroendócrino**”⁸⁴ para describir la función de la glándula pineal, un órgano que **convierte la información proveniente de la retina y originada por el fotoperíodo, en una respuesta endócrina, la producción de**

⁸³ En 1917 los científicos McCord y Allen observaron *in vitro* que extractos de glándula pineal clareaban la piel de la rana pipiens. En 1958, Aaron Lerner, profesor de dermatología de la Universidad de Yale, y sus colaboradores, aislaron la hormona pineal que producía este efecto y en 1959 describieron su estructura química: 5-metoxi-N-acetilriptamina (melatonina), utilizando más de 250.000 pineales de oveja para su purificación. Su precursor primario es la serotonina, cuya concentración en la glándula pineal durante el período luminoso es superior a la de cualquier estructura del SNC, precursor fabricado a partir del aminoácido esencial, el triptófano, que hemos de tomar en la dieta, al no ser sintetizado por nosotros. La melatonina a su vez controla la producción de melanina, pigmento que da color a la piel y el cabello. Lerner la denominó “melatonina” por ‘melanos’ negro y ‘tosos’ trabajo. La mayor parte de la melatonina se conjuga en el hígado y es excretada en la orina.

⁸⁴ Durante la luz del día, la síntesis y secreción de melatonina son reducidas, ya que el impulso va a los nervios simpáticos que inervan la glándula pineal. Al comienzo de la noche, hay una activación de estos nervios, y el incremento en la liberación de noradrenalina desde estos, activa los b-adrenoceptores de la glándula pineal para aumentar la formación de AMPc, con la activación de los a₁-adrenoceptores se amplifica más la respuesta. Este segundo mensajero provoca la activación de la serotonina N-acetiltransferasa que va a incrementar la síntesis de melatonina. Por tanto, la glándula pineal funciona como un **transductor neuroendócrino**. En mamíferos, la información fotosensorial que entra por la retina influye en la actividad de sus proyecciones neuronales, que sirve finalmente para inhibir o estimular la secreción de serotonina. En animales aislados en oscuridad continúa el ritmo circadiano de secreción de melatonina. Entonces la síntesis de melatonina se lleva a cabo desde un **reloj** endógeno, probablemente situado dentro del núcleo supraquiasmático del hipotálamo, habiendo sido entrenado normalmente en el ciclo día-noche.

melatonina⁸⁵, cuyo período de síntesis máxima coincide con la exposición a la oscuridad. La influencia de la epífisis sobre el resto del organismo, al carecer de un nervio eferente se ejerce a través de la hormona mencionada.

Existe una asociación significativa entre melatonina y fenómenos relacionados con el sistema de microtúbulos: a través de esta acción participa en la determinación de la rapidez o lentitud del transporte por el conducto axonal⁸⁶ jugando un papel fundamental en el mantenimiento del sistema nervioso en su totalidad. Además actúa sobre los potenciales postsinápticos influyendo sobre el sistema de neurotransmisores. Produce cambios ultraestructurales en la eminencia media compatibles con neurosecreción alterada. Los neurohistofisiólogos coincidieron en denominar a la glándula pineal como “**regulador de reguladores**” dadas las funciones señaladas.

El aislamiento de la hormona melatonina, condujo a un conocimiento más completo de la glándula pineal. Estudios realizados en animales demuestran que esta glándula sintetiza y segrega melatonina casi sólo por la noche - por lo cual se la ha llamado “la hormona de la oscuridad” - e interrumpe esta función durante el día. A su vez, la melatonina puede influir en las funciones de otros órganos endocrinos, tales como la tiroides, las glándulas adrenales y las gónadas.

Como transductor de los períodos luz – oscuridad, la pineal facilita o inhibe los procesos en los cuales interviene, gestando un modo de comunicación entre el sujeto y el medio, a través de la influencia de la luz. Tiene acción directa sobre el hipotálamo medio basal y de allí influye en la secreción hipofisaria estableciendo la relación entre la hipófisis y el medio ambiente.

Hormona melatonina y reproducción

Diferentes observaciones indican que la hormona pineal es una sustancia antigonaadal en respuesta a condiciones ambientales. La función pineal, con sus ritmos circadiano y circanual, juega un rol fundamental en la sincronización de la reproducción en condiciones más favorables para la sobrevivencia de la cría, denominándose animales fotoperiódicos a aquellos cuyas funciones estacionales están primariamente cronometradas por la longitud del día. El apareamiento ocurre en primavera o verano en hamsters, lobos y caballos y en otoño o invierno en ovejas, o cabras, según el periodo de gestación. En todos los mamíferos fotoperiódicos estudiados hasta la fecha, hay evidencia que la glándula

⁸⁵ Aunque la principal hormona que segrega es la melatonina, también sintetiza otros indoles (como 5-hidroxi-indol-3-acético, 5-hidroxi-triptofol o 5-metoxi-triptofol) y péptidos como VIP, sustancia P, péptido histidina-leucina, etc. En los últimos años nuevas investigaciones permitieron identificar otros compuestos pineales como la arginina vasotocina.

⁸⁶ La secreción hormonal sucede por un proceso contráctil. Mantener el trofismo celular del cual depende el axón, se puede realizar gracias a esta capacidad contráctil que está mediada por los microtúbulos. La presencia de una actividad contráctil en los microtúbulos, de fibras contráctiles en los bronquiolos, de tejido muscular de contracción voluntaria, de un inicio muscular que se autoexcita y se contrae, de la capacidad contráctil de las arteriolas, nos ha llevado a pensar en la presencia de una fantasía general contráctil que “antecede” y de la cual participan todos los tejidos contráctiles de la economía.

pineal, vía secreción de melatonina, transmite la información de la longitud del día para sincronizar las funciones reproductoras⁸⁷.

Aunque se creía que los efectos de la melatonina sobre la reproducción era únicamente antigonadotróficos, se ha visto que la melatonina puede ser capaz de causar efectos progonadotróficos. El tipo de efecto provocado por la melatonina depende del momento en el fotoperiodo en el que es administrada, la especie y la dosis administrada.

Los cambios en la secreción de melatonina le permiten al animal anticipar los períodos de hibernación y reproducción, aunque posiblemente esté también involucrado en el ciclo menstrual ya que se encuentra elevada durante la menstruación y disminuida en la evolución. La secreción de la melatonina aumenta al aparecer los primeros signos de la pubertad, sobre todo cuando empiezan a desarrollarse las glándulas mamarias en la mujer.

Se ha observado que los animales pinealectomizados entran en estación de apareamiento fuera de su período natural, al decir de Cardinali “esta lesión vuelve al animal ‘ciego neuroendocrino’ sin disminuir en absoluto su capacidad visual”. De esta manera, nacen sus crías en una estación adversa climáticamente para su supervivencia y por lo tanto se pone en peligro el mantenimiento de la especie. En la especie humana y a pesar de los cambios evolutivos que han aminorado estos efectos, el ambiente luminoso continúa ejerciendo influencia sobre la reproducción⁸⁸.

⁸⁷ Nuestro sistema rítmico no sólo tiene reloj sino también calendario. Ya en los escritos hipocráticos se destaca la importancia que tiene en la práctica médica el correcto conocimiento de los climas y la estación del año. No es difícil imaginar que una exitosa adaptación al medio ambiente en el que se compete con nutrientes siempre limitados significa optimizar los procesos de gran consumo de energía como la reproducción. Es así que la casi totalidad de las especies presentan apareamiento estacional. Tomemos por ejemplo la oveja; ésta es un apareador de días cortos que muestra actividad sexual ante el acortamiento de los días en el otoño, tiene su preñez en el invierno y nace el cordero en la primavera. Este cronograma asegura que, por una parte, la madre puede alimentar al recién nacido adecuadamente ya que existe un nivel de pasturas acorde con la lactancia y, por otra, que luego del destete, unos meses después, el clima del verano permita al borrego una adecuada sobrevida en su hábitat natural. Es claro que la señal más adecuada para transmitir al sistema circadiano la información sobre la época del año, es la duración del fotoperiodo. Esto, por supuesto, es válido para especies que se desarrollan en zonas alejadas del Ecuador. Sobre el Ecuador la estacionalidad de la reproducción depende de factores aún no adecuadamente caracterizados. (Cardinali, 1989)

⁸⁸ La noche invernal prolongada en regiones árticas produce en la mujer esquimal alta incidencia de amenorrea y el índice de natalidad en mujeres ciegas es menor que en las videntes. Otros datos provenientes de diferentes investigaciones nos indican: a) en Finlandia se observa un aumento significativo de concepciones durante el verano en relación al invierno; b) la estacionalidad del proceso reproductivo observado en poblaciones aborígenes de África del Sur, ha sido vinculada a señales ambientales y posible participación pineal; c) en concordancia con el hallazgo de que un fotoperiodo prolongado aumenta la reincidencia de ovulación en la mujer, se observa que 3 ó 4 días de luz permanente durante el período periovulatorio resulta en regularización de los ciclos; d) aunque nos hemos realizado una búsqueda exhaustiva de datos estadísticos, los médicos obstetras consultados nos informaron que el mayor número de partos sucede durante los meses de octubre, noviembre y diciembre, es decir, el mayor número de embarazos se produce durante los meses de enero, febrero y marzo. Se atribuye habitualmente a las vacaciones, aunque nos parece significativo que se trata de la época en la que el fotoperiodo es más amplio. Generalmente se asocia el despertar genital a la primavera. También se habla de “la primavera de la vida”.

Según Cardinali y colaboradores, (2000) en países del extremo norte del globo la actividad del eje hipófiso-ovárico y la incidencia de concepción en poblaciones humanas disminuyen durante los meses oscuros del año. Es posible que en tales regiones, que tienen un fuerte contraste estacional de la luminosidad, sea la melatonina -la "hormona de la oscuridad"- como en muchas otras especies animales, la señal endocrina que regula el fenómeno. En estudios comparativos entre verano e invierno realizados en Finlandia por A. Kaupila y colaboradores, y publicados en noviembre de 1987, se observó una secreción y excreción aumentada de melatonina durante el invierno, en coincidencia con la disminución de hormonas ováricas. El pulso nocturno de melatonina en el plasma se extiende por unas horas en la mañana durante la noche invernal. Es posible que durante el invierno, debido a la corta duración del día (3-4 horas) y a la baja intensidad de la luz causada por la incidencia oblicua propia de los 65° de latitud norte, la recepción de luz sea insuficiente para suprimir la secreción de melatonina. Esta puede ser la señal que desencadena la involución gonadal estacional. Esta circunstancia lleva a pensar que, aunque el planeamiento familiar se determina por factores sociales, existe también una base biológica que permite explicar una diferencia estacional de los nacimientos en los países escandinavos.

Relojes circadianos

Los dos grandes tipos de desincronizaciones de los ritmos biológicos en los seres humanos son las que provienen de su medio ambiente. Las externas, como las derivadas de los horarios de trabajo rotativo, o de los vuelos transmeridianos ("jet-lag") y las provenientes de su interior como consecuencia de alteraciones patológicas crónicas o del proceso normal del envejecimiento. Un indicador de alteración cronobiológica es la alteración en la amplitud de los ritmos. Los sistemas circadianos de fases lábiles presentan menores amplitudes, por lo que las medidas que aumenten la amplitud son beneficiosas para el paciente.

Cardinali y colaboradores (2000) describen con minuciosidad la desincronización que se produce en nuestro reloj circadiano⁸⁹, derivada del trabajo rotativo: "Se estima que unos 60 millones de trabajadores en el mundo están sometidos a turnos rotativos. La alteración más usual que se encuentra en ellos es la del sueño. El cambio frecuente de turnos horarios de trabajo lleva a la colisión entre la respuesta reactiva homeostática, ante la carencia de sueño reparador, y el ritmo circadiano de sueño. Se cree además que el ritmo de temperatura corporal influye significativamente en la inducción del sueño, y que la disminución de la misma durante la noche determina cuánto y cómo dormimos. En aquellos trabajadores rotativos en los que se desfasa la vigilia del ritmo de temperatura corporal, el rendimiento mínimo ocurre en las horas de la madrugada. No es de extrañar, entonces, que una alta proporción de accidentes laborales se produzca en esos momentos. Los accidentes nucleares de Chernobyl en la Unión Soviética y de Three Mile Island en los Estados Unidos, así como el escape de gas tóxico en la planta de Bhopal, en la India, ocurrieron en horas tempranas de la mañana. Quizás el punto más importante a destacar sea el siguiente: en muchos casos, no se observan signos externos de sueño en las personas obligadas a enfrentar durante una vigilia tediosa la disminución de su temperatura corporal, pese a que

⁸⁹ el oscilador construido en el genoma de cada célula

el estudio electroencefalográfico revela que efectivamente están dormidos (episodios de "microsleep"). Estos estados no son percibidos, en ocasiones, ni siquiera por el propio individuo. De allí la trascendencia de evitar este "asalto" a los ritmos biológicos en el caso, por ejemplo, de tripulaciones aéreas, conductores de vehículos o médicos de guardia".

"El hecho de que los relojes circadianos expresen el tiempo a pesar de estar expuestos a un medio ambiente constante, es conocido desde hace más de 250 años. En 1729, el astrónomo francés Jean Jacques d'Ortous de Mairan observó que heliotropos encerrados en un armario oscuro seguían presentando el ritmo de 24 horas en el movimiento de sus hojas a pesar de haber desaparecido la señal ambiental que aparentemente lo inducía. La conclusión de de Mairan fue que existía un reloj interior que regulaba la conducta del vegetal. Cien años más tarde se demostró que bajo condiciones de constancia del medio ambiente luminoso las hojas del heliotropo no se abren exactamente cada veinticuatro horas sino que muestran un período de aproximadamente veintitrés horas (*free-running* del ritmo, es decir, oscilación según su ritmo propio, sin sincronización externa). Esta es la base para llamar circadianos a estos ritmos: en condiciones de constancia ambiental muestran un período de "circa-24 horas", no de 24 horas exactas. El experimento de de Mairan fue adaptado al hombre mediante el diseño de cámaras ambientales donde todas las señales periódicas (luz a través de ventanas, relojes, radio, TV) habían sido eliminadas. También se obtuvo información de interés del estudio de los ritmos biológicos en espeleólogos aislados en cuevas durante largos períodos. Un experimento típico en cámara de aislamiento consiste en dar al individuo durante los primeros días información temporal normal, que luego se interrumpe permitiendo que en adelante el sujeto seleccione su propio ritmo de actividad. En estas condiciones la actividad sigue siendo rítmica y es autoevaluada como normal. Sin embargo los ritmos circadianos (temperatura corporal, vigilia-sueño, la concentración de diversas hormonas plasmáticas) comienzan a mostrar un período de aproximadamente veinticinco horas. Así, por ejemplo, el comienzo del sueño se retrasa, con respecto al mundo exterior, en aproximadamente una hora por día, y lo mismo ocurre con las otras funciones rítmicas tabuladas. Es de destacar que aunque el sistema circadiano está en condiciones de *free-running* la relación temporal entre los distintos ritmos biológicos se conserva: los parámetros fisiológicos y de conducta que se dan durante el "día subjetivo" del individuo en condiciones de constancia ambiental muestran una relación normal con aquellos de la "noche subjetiva". La única modificación observada en estas circunstancias es que esta actividad rítmica ha dejado de ser sincrónica con la rotación de la Tierra". (Cardinali y col. 2000).

Melatonina y sueño

Según Cardinali la melatonina es aplicable como cronobiótico en el hombre ya que administrada en forma oral, tiene tanto un efecto sincronizador del oscilador circadiano como un efecto promotor del sueño. Señalamos en el cuadro posterior que, como todo agente que actúa sobre el reloj circadiano, la administración de melatonina produce una típica curva de respuesta de fase, es decir, se obtienen adelantos de fase cuando se

administra en la tarde tardía o en la noche, y retrasos de fase al inyectarse en la mañana. Esta curva de respuesta de fase es opuesta a la que se obtiene con la luz.⁹⁰

Una definida aplicación farmacológica de la melatonina lo constituye el insomnio observado en la edad avanzada. No sólo existe en estos pacientes (que en ciertas estadísticas representan más del 50% de la consulta médica en edades mayores de 60 años) una disminución de amplitud de los ritmos circadianos sino también hay una tendencia al empobrecimiento del efecto de los sincronizadores ambientales lo que lleva a un cuadro de fase retardada del sueño. La administración de 2-5 mg. de melatonina 30-60 minutos antes de dormir es de gran utilidad para revertir estos trastornos, ya que produce un adelanto de fase del sistema circadiano y aumento de la amplitud de su principal señal sincronizadora. Esto conduce al mejoramiento, no sólo la calidad del sueño sino también del alerta, una diferencia sustancial con lo que normalmente se obtiene con hipnóticos como las benzodiazepinas, que en oportunidades mejoran el sueño con deterioro del alerta durante gran parte del día

Creemos que es valioso contar con nuevas opciones en este ámbito, ya que propuestas terapéuticas como la de la hormona melatonina, pueden brindar una mejoría tanto en síntomas como padecimientos, así como una mayor seguridad, debido a que muchos de los medicamentos cuentan con rangos terapéuticos estrechos, o provocan tolerancia y dependencia física.

No obstante, es necesario tener en siempre presente que el sueño no se encuentra regulado por un único neurotransmisor, sino que existen muchos de ellos (serotonina, dopamina, GABA, acetilcolina, entre otros) que junto con otras sustancias endógenas, hormonas, estados de ánimo, enfermedades y hábitos, producen patologías como el insomnio. Ahora bien, es cierto que la melatonina no tiene reportes de producir dependencia física y sus efectos adversos parecieran ser menores, pero todavía no se ha ahondado en el análisis del uso prolongado de esta hormona, por lo tanto no se puede tener una certeza total de que por poseer un origen natural (ser una sustancia endógena) no causará efectos indeseados.

Melatonina y respuesta inmune

Entre las propiedades más llamativas de la melatonina se halla su **actividad antioxidante** y la **estimulante del sistema inmune**. Los primeros estudios en animales indicaron que la ablación de la glándula pineal producía un estado de insuficiente respuesta inmunológica, revertido por la administración de extractos pineales o, más recientemente, de melatonina. Su acción antioxidante⁹¹ la ejecuta destruyendo eficazmente los peligrosos

⁹⁰ La melatonina aumenta el sueño delta; la administración de 50mg intravenosa acorta la latencia hasta el sueño, mientras que 80mg por vía oral aumenta la somnolencia. La privación de sueño demuestra un aumento de la amplitud de secreción de melatonina, sin cambios de cortisol. La administración continua de melatonina (2mg) en la tarde originó cansancio excesivo y aumento en la concentración plasmática que excedió entre 10 y 100 veces la concentración fisiológica nocturna.

⁹¹ La función de la melatonina descubierta más recientemente ha sido el comportarse como un potente antioxidante natural, con una capacidad antioxidante cinco veces mayor que el glutatión y más efectiva en la eliminación de los radicales libres que la vitamina E. El mecanismo consiste en fijación de los radicales

radicales hidroxilos y otros agentes oxidantes asociados a los procesos de envejecimiento⁹² y a otros degenerativos, como la arterioesclerosis, el Parkinson⁹³, la aparición de ciertos tumores⁹⁴ o el debilitamiento del sistema inmune. Ello es tanto más interesante por cuanto en los humanos, a partir de los 50 años, se calcifica la glándula pineal y la producción de melatonina va disminuyendo progresiva y continuamente, dependiendo entre otras causas el hecho de que los ancianos tengan sueños menos profundos y sean más sensibles al estrés oxidativo.

En tercer lugar, la melatonina actuaría como "basurero" de los radicales hidroxilo libres y protegería a las macromoléculas y especialmente al ADN, del ataque de los radicales libres, lo que podría ser un **factor determinante en el ritmo de envejecimiento**. La melatonina promueve la actividad de la enzima glutatión peroxidasa, lo que también contribuye a reducir el daño producido por el metabolismo oxidativo. El sistema nervioso central es el órgano más susceptible al daño producido por los radicales libres y sería en esta localización donde actuaría preferentemente. Esta acción antioxidante sería similar a la de la vitamina C y la vitamina E. La melatonina podría actuar impidiendo la disregulación del sistema inmunitario y de esta forma prevenir el envejecimiento que también se ha atribuido a un progresivo declive de la función inmunitaria con la edad.

En cuanto al sistema inmunitario, uno de los grupos investigadores más activos al respecto, el del Dr. Maestroni, en Suiza, recientemente ha señalado, en una recapitulación publicada en el Journal of Pineal Research que la clave es que la hormona se enlaza a linfocitos T, que regulan la inmunidad celular, estimulando la producción de interleuquina-

hidroxilo, potentes oxidantes, mediante apertura del núcleo indólico y producción de un derivado de la kirurenilina. Dado que la melatonina es altamente lipófila y que sus efectos se han observado solamente a concentraciones más altas de las normales para los receptores, es posible que los efectos antioxidantes se realicen con independencia de dichos receptores.

⁹² El interés general se incrementó cuando la prestigiosa New York Academy of Sciences auspició, el año pasado, la aparición de un volumen de 588 páginas que recogía los estudios científicos más recientes sobre la hormona, presentados en una reunión científica celebrada en Italia. La mayor repercusión la alcanzó el trabajo del Dr. Pierpaoli, mostrando que el suministro de melatonina prolongaba la vida de una cepa de ratones alrededor de un 15%, paralelamente a un incremento de su calidad de vida ya que presentaban menos achaques y enfermedades, envejeciendo más lentamente. Lo que lanzó al estrellato a esta sustancia fue, sin lugar a dudas, su acción natural citoprotectora, previniendo en muchos casos los fenómenos de daño celular o muerte celular y, como consecuencia, actuando como una sustancia "antienvjecimiento" celular y orgánico.

⁹³ Se encuentra en la sustancia negra del mesencéfalo que se altera en esta enfermedad y su administración mejora el temblor y la rigidez. También es posible que la melatonina esté involucrada en la patogénesis de la esclerosis lateral amiotrófica, dado que puede actuar en el sistema serotoninérgico y las neuronas del asta anterior son parte de este sistema.

⁹⁴ Ciertos investigadores plantean hipótesis acerca de cómo los campos electromagnéticos reducen sensiblemente la producción de la neurohormona melatonina. Entre otras investigaciones vinculadas a este tema se destaca la de la Universidad de San Antonio, Texas, donde se evidencia que los campos electromagnéticos artificiales tienen el mismo efecto sobre la glándula pineal que la luz e impiden de este modo la secreción nocturna de la melatonina lo cual redundaría en la disminución de la capacidad del sistema inmunológico y esto podría ser una de las claves para comprender el aumento del riesgo de contraer cáncer en las personas sometidas a este tipo de radiaciones. (My. José Luis Pérez Alejo. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Ave. Monumental, Habana del Este, CP 11700, Ciudad de La Habana, Cuba. (2005)

4. Esta, a su vez, actúa sobre las células estromales de la médula ósea e induce la liberación de los factores hematopoyéticos que contrarrestan las inmunodepresiones que se originan a consecuencia del estrés, el tratamiento con fármacos, las enfermedades víricas o el propio envejecimiento. (Lozano Teruel, 1995)

Melatonina y cáncer de mama

Mientras la medicina oficial sigue sin reconocer los riesgos aparejados de la exposición a campos electromagnéticos procedentes de líneas de alta, media o baja tensión, transformadores, equipos eléctricos y electrodomésticos, la evidencia científica muestra los riesgos biológicos a que es sometida la población debido en muchas ocasiones al desconocimiento y en otras a importantes circunstancias económicas. En primer lugar es importante reconocer que estos campos se originan artificialmente y no corresponden a los que produce la propia naturaleza y gracias a los cuales la vida surgió sobre ella. La exposición a dichos campos reduciría la producción de melatonina (que actúa como anticancerígeno) y, por tanto, la capacidad de respuesta del sistema inmunológico.

Entre otras investigaciones vinculadas a la glándula pineal, destacaremos las realizadas recientemente por Russel Reiter, profesor de neuroendocrinología de la Universidad de San Antonio, en Texas. Sus resultados demuestran que los campos electromagnéticos artificiales tienen el mismo efecto en la glándula pineal que la luz, impidiendo de este modo el proceso generador nocturno. Esta circunstancia explicaría la disminución de la capacidad del sistema inmunológico, así como la causa de muchos insomnios o cambios de comportamiento y humor, trastornos que también son habituales en las personas expuestas a campos electromagnéticos.

Reiter realizó un experimento con ratas, exponiendo a las mismas a un foco emisor de un campo magnético. Comprobó que se reducían sus niveles de melatonina hasta un 50%. En el laboratorio Battelle Pacific Northwest, fueron realizados unos estudios, con los que se demostró que campos eléctricos de 60 hercios y de cerca de 2 kilovoltios por metro, reducían la cantidad de producción de melatonina durante la noche, precisamente cuando estos niveles debían ser máximos. Se ha comprobado que una dosis de 400 microwatios/cm², inhibe la secreción de melatonina en los seres humanos.

Actualmente existen muchos estudios que demuestran cómo la disminución de la melatonina aumenta el riesgo de padecer cáncer. Las mujeres con **cáncer mamario**, presentan un **nivel de melatonina extremadamente bajo**, en comparación con las de los grupos de control. De hecho, la melatonina inhibe el crecimiento de células tumorales positivas a receptores estrogénicos. Según Reiter, hay cada vez mayor número de datos que evidencian la relación de la disminución de melatonina con el crecimiento tumoral.

La intervención antineoplásica de la melatonina se ejerce en diversas fases de la evolución tumoral: iniciación, promoción, progresión y metástasis. Además del estradiol, otros factores mitogénicos son contrarrestados “in vitro” por la hormona pineal. La melatonina bloquea los efectos estimulantes de la prolactina sobre el crecimiento de células mamarias cancerosas. El proceso de formación de tumores es influido por la disposición de algunas grasas; el ácido linoleico, una molécula esencial para el organismo humano,

promueve el crecimiento tumoral y la melatonina inhibe su captación y metabolismo por los tumores.

En 1988, los Dres. Cos, Mediavilla y Sánchez, de la Universidad de Santander (Departamento de Fisiología de la Fac. de Medicina), realizaron una investigación que intentaba relacionar las alteraciones en la actividad de la glándula pineal con el cáncer de mama. Trabajaron con tres grupos de ratas. El primero, se mantuvo en condiciones normales (comida sin restricciones, temperatura estable y confortable, luz similar a la diurna durante gran parte del día, etc.); a los miembros del segundo grupo, se les extirpó la glándula pineal, y los del tercero, estuvieron sometidos a factores teóricamente potenciadores de la actividad de la pineal (bajas temperaturas, régimen alimenticio reducido, pocas horas de luz, etc.). A los tres grupos, se les suministró una sustancia cancerígena, comprobando, en el primero de ellos, un rápido desarrollo de los tumores cancerígenos, especialmente los mamarios. En el segundo grupo (sin pineal), los casos tumorales se incrementaron con respecto al primer grupo, y su desarrollo fue incluso más rápido. Sin embargo, el tercer grupo (sometido a factores potenciadores de la actividad pineal), logró eliminar la sustancia cancerígena y no desarrolló tumores. En la misma línea de investigación, se logró la regresión de tumores con la potenciación de la glándula pineal, al igual que la progresión de los tumores cuando se les extirpaba ésta.

Otra de las vías por las cuales se explica la actividad antitumoral de la melatonina consiste en ser una de las moléculas con mayor capacidad depuradora de radicales (el doble de la potencia de la vitamina E y cinco veces las del glutatión). Como resultante, la melatonina ejerce efectos protectores en las macromoléculas contra la mutilación oxidativa que provocan los carcinógenos. Por otra parte, también hay reportes que le asignan la capacidad de incrementar la eficacia y reducir la toxicidad de la quimioterapia, como se ha demostrado con el estrés oxidativo de ratas tratadas con adriamicina.

Los reportes de concentraciones sanguíneas y urinarias de melatonina en mujeres con malignidad primaria de la mama son de disminución de la amplitud del pico nocturno y de la cantidad total en orina de 24 horas, y amplia variabilidad en los patrones circadianos de las pacientes. Las mujeres con tumores positivos a receptores de estrógenos o progesterona han mostrado picos nocturnos de concentración de melatonina más bajos que los de las que tienen tumores negativos para los receptores. En general, los datos acumulados sugieren que el tratamiento puede aumentar la sobrevida en casos metastáticos, enlentecer la progresión de la lesión, mejorar la calidad de vida, mejorar la inmunosupresión de otras sustancias citotóxicas y disminuir la ansiedad. Casi todas las drogas empleadas en el tratamiento médico del cáncer actúan a través de uno de los siguientes mecanismos:

- a. citotóxico o citostático directo;
- b. diferenciación celular;
- c. inhibición de factores de crecimiento tumoral o angiogénicos; y
- d. estímulo de la inmunidad anticancerosa.

Para Lissoni, la melatonina tal vez sea el único agente biológico conocido capaz de actuar por todos ellos. (Romero Adrián, 2002).

Melatonina y sexualidad

Tradicionalmente se ha concebido que los factores ambientales como el aumento de temperatura, influyen en el erotismo, basándose en razones aparentemente superficiales como que las temperaturas más cálidas, liviandad en la ropa, mayor cantidad de estímulos sobre todo visuales, despertarían la tendencia a intensificar los deseos. Pero cuando esta hipótesis se establece sobre los animales, se comprueba en cambio que lo estacional es determinante.

En un trabajo de divulgación, Haimovichi⁹⁵ convoca a distintos especialistas que brindan su opinión sobre el tema. La Dra. Silvina Wittis⁹⁶ expresa que "años de tabúes religiosos y culturales alejaron a la medicina de la investigación en el placer y el deseo, pero no es casual que se relacione a las poblaciones de las zonas tropicales con una mayor actividad sexual. Los climas cálidos favorecen la aparición de la primera menstruación, un proceso en el que intervienen estrógenos, andrógenos y progesterona", que son las hormonas que participan en la reproducción y en la libido, es decir en el erotismo.

Para la Dra. Nélica Sakalik⁹⁷ "es cierto que en primavera hay más enamoramientos⁹⁸, pero eso no significa que haya más amor". Y lo explica así: "Enamoramiento es el episodio narcisista en el que el sujeto busca y cree encontrar al objeto del deseo amoroso que construyó en su mente. A eso contribuyen el estallido de colores y olores, la mayor desnudez y la disminución de corazas provocadas por el buen humor que trae el buen tiempo. Amor, en cambio, es una situación no episódica, que se mantiene a través del tiempo más allá de las variaciones estacionales, donde se juegan el compromiso, la tolerancia y la participación. En general, los enamoramientos de primavera son fugaces e implican una cierta negación del otro porque el hombre y la mujer sólo se enganchan con la apariencia, con lo externo".

María Victoria Bertolino⁹⁹, sostiene que "el vínculo entre el medio físico-químico y la respuesta sexual ha sido estudiado en animales o in vitro y en algunos casos en humanos. Pero los factores ambientales sobre la sexualidad humana recién ahora son objeto de estudio de la biología. Sabemos que en la sexualidad los estímulos externos o internos, modulados por el Sistema Nervioso Central, desencadenan una cascada de cambios bioquímicos, hormonales y circulatorios. Es decir, una respuesta neurovasculohormonal que conducirá a la excitación psicológica y física. Así, los estímulos, que son señales acentuadas desde la primavera hasta el final del verano por la mayor exposición y sensualidad de los cuerpos, ingresan al organismo a través del tacto, el olfato, el gusto, la audición y la vista o de las fantasías y evocaciones. Con su mayor variedad de estímulos, la primavera provocaría una mayor predisposición para impulsar la erección psicógena originada en los niveles superiores del Sistema Nervioso Central e intervenir en el

⁹⁵ Laura Haimovichi. Clarín.com 21/9/2002

⁹⁶ jefa de Ginecología de LALCEC

⁹⁷ psiquiatra especializada en relaciones de pareja y titular del Centro Arg. de Psicodrama Psicoanalítico

⁹⁸ "Cuando se inicia la primavera se incrementan las ventas de preservativos por un mayor consumo que alcanza un 15% más que en el resto del año", asegura Felipe Kopelowicz, director de una empresa argentina, líder en la fabricación de preservativos.

⁹⁹ Médica ginecóloga y obstetra especializada en sexualidad y reproducción de Halitus

mecanismo del coito. Mecanismos similares ocurren en la mujer provocando una fase de deseo y otras de excitación, orgasmo y resolución".

De todos modos, como explica el Dr. Sergio M. Aszpis¹⁰⁰, "aunque en la mayoría de las especies las funciones sexuales se limitan a un período definido de fertilidad, en el hombre son continuas en el año. Sin embargo, advierte, "numerosas evidencias de estados patológicos avalarían la existencia de una relación entre el ciclo de exposición a la luz, la glándula pineal y su neurohormona, la melatonina. El hamster dorado es un buen modelo para investigar cómo los días cortos (invernales) inhiben la secreción de las hormonas gonadotrofinas (FSH y LH) probablemente actuando a nivel hipotalámico, lo que provoca que se detenga la producción de esperma y testosterona y que se disminuya la conducta sexual. En este proceso es fundamental la intervención de la glándula pineal que convierte señales nerviosas en hormonales, informa de los cambios de iluminación para disminuir los niveles de melatonina en el día e incrementa la actividad sexual. Al parecer, los cambios estacionales en la función reproductiva del macho no dependerían sólo de los ciclos de exposición de la luz. También influyen la temperatura y la disponibilidad de alimentos. En el caso del hombre —aclara Aszpis— hay variaciones estacionales en la cantidad, movilidad y morfología de los espermatozoides y de las hormonas, y en la actividad sexual, aunque estas oscilaciones son menores. De todas maneras, un estudio reciente hecho en la Antártida por la Universidad de Chile demuestra que existirían algunos individuos en los que la sincronización en la secreción de melatonina (inhibidora sexual) es más vulnerable a las variaciones de luz y oscuridad que en otros".

El hombre es el único animal que tiene una **pubertad tardía**. En este proceso también estaría involucrada la glándula pineal ya que se ha postulado que los niveles elevados prepuberales mantienen el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal en reposo, ejerciéndose de este modo un efecto inhibitor del desarrollo puberal. Como consecuencia, el descenso de los valores séricos de melatonina con la edad activa la secreción pulsátil de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) y de esta forma el eje reproductor, y en consecuencia se produce el comienzo de la pubertad tras ser liberado el sistema del freno mantenido por la melatonina durante la infancia.

La postergación de la capacidad reproductora facilitaría gracias a tal postergación, la **adquisición de los procesos sublimatorios y creativos**, que en algunas teorías son sinónimo de "proceso de hominización". Si bien no se puede afirmar taxativamente que la actividad pineal, en el retardo de la pubertad, sea causa, coincidencia o consecuencia, se sostiene que su acción es significativa, arrogándose la representación de la postergación.

Trastornos afectivos estacionales y fototerapia

En el hombre, la melatonina se ha estudiado en relación al **síndrome afectivo estacional**, caracterizado por desórdenes emocionales (depresión, manía) que se presentan regularmente en ciertas épocas del año. Este cuadro fue descrito en el siglo pasado por Esquirol y Kraepelin y "redescubierto" a comienzos de esta década por Rosenthal, Wehr y colaboradores en los Institutos Nacionales de Salud, EE.UU. Según Cardinali y col. (2000)

¹⁰⁰ Médico andrólogo del equipo de Halitus y docente de la Facultad de Medicina de la UBA

se trata en un 85% de mujeres en la tercera década de la vida con depresiones que duran unos cinco meses. En un alto porcentaje de los casos existen antecedentes de un cuadro de manía durante los meses de primavera y verano, constituyendo así lo que se denomina enfermedad afectiva bipolar. Las depresiones son, generalmente, moderadas. Se observan signos vegetativos tales como incremento del apetito -en particular por carbohidratos-, aumento de peso, somnolencia, problemas de relación y disminución de la capacidad de trabajo. La característica más importante de este cuadro es su **respuesta a los cambios en la iluminación ambiental o el clima**. Aquellos pacientes que han vivido en diferentes latitudes relatan que su depresión aumentaba o disminuía según se alejaran o acercaran al Ecuador.

Lewy y colaboradores observaron en 1980 que la secreción de melatonina en el hombre puede ser suprimida por medio de luz artificial brillante de intensidad considerablemente superior a la de la luz utilizada para la iluminación artificial común; posteriormente, varios grupos de investigadores demostraron que la extensión de las horas de luz del día en las mismas condiciones era beneficiosa para los cuadros afectivos estacionales. Los dispositivos de iluminación que se utilizan para el tratamiento constan de seis a ocho tubos fluorescentes de 40 watts montados sobre una superficie reflectora y una pantalla traslúcida en el frente. Los pacientes son colocados de modo que enfrenen a la pantalla luminosa a una distancia de aproximadamente un metro; de esta manera son expuestos a la cantidad de luz que recibirían si miraran el exterior a través de una ventana en un mediodía de verano, esto es, alrededor de 2.500 lux. Durante todo el tiempo de exposición los pacientes deben mirar cinco segundos de cada minuto a la fuente luminosa. Dos a cuatro horas de tratamiento por la mañana producen la remisión del cuadro hacia el cuarto o quinto día de tratamiento. También se han observado efectos beneficiosos al aplicarse el tratamiento durante la tarde.

No se sabe aún como actúa la fototerapia¹⁰¹. Hay dos teorías para explicar su efecto antidepresivo; una de ellas sostiene que lo logra al inhibir la secreción de la melatonina; la otra, que lo hace por medio de la corrección de ritmos circadianos desincronizados.

Podríamos sintetizar los procesos y funciones biológicas en los que participa la melatonina en el hombre, en el siguiente cuadro¹⁰²:

¹⁰¹ Propiedades de la luz en las que se ha inspirado la fototerapia: por ej., la luz fluorescente reduce la tasa de melatonina en la sangre, así como las de colores parecen ayudar en la cura de diversos males: los baños de luz azul benefician a los recién nacidos, así como la luz ultravioleta trata la psoriasis y ayuda al tratamiento de cierta leucemia y al sistema inmunitario. La luz infrarroja colabora en la curación de lesiones musculares y óseas y otros colores influyen en la presión sanguínea, el pulso, la respiración y la actividad cerebral, porque actúan sobre la secreción de estas hormonas.

¹⁰² Extraído del Boletín Terapéutico Andaluz, Año 1997, Volumen e3, Nº 6 y completado con Cardinali y colaboradores (2000)

| Función | Evidencia Experimental | Mecanismo propuesto | Tipo de evidencia |
|---------------------------------------|--|--|--|
| Sincronización circadiana | Se ha definido una típica curva de respuesta de fase para melatonina en la que la administración matutina produce retardos de fase de los ritmos circadianos mientras que la administración vespertina produce adelantos de fase | Secreción de melatonina en respuesta al estímulo neural desde los ojos y núcleo supraquiasmático. Efectos mediados por receptores en tejido neural y periférico. Termorregulación. | Estudio en animales y humanos sobre el patrón de secreción de melatonina y el efecto de la luz y del ciclo luz-oscuridad. |
| Sueño | Efecto hipnótico: la melatonina “abre las puertas” del sueño | Acción mediada por receptores en el sistema límbico | Ensayos clínicos controlados frente a placebo |
| Regulación de la temperatura corporal | El aumento nocturno de melatonina reduce la temperatura corporal. Estimativamente un 50-70% del ritmo de temperatura corporal es secundario al ritmo de melatonina | | |
| Sistema inmune | La melatonina tiene acción inmunopotenciadora en asociación a IL2 en pacientes con cáncer. En animales de experimentación distintos aspectos de la función inmune son afectados positivamente por la melatonina | Aumento de la producción de interleuquina por los linfocitos T y colaboradores | Estudios en animales y en humanos |
| Pubertad y reproducción | Existe una disminución de la secreción de melatonina en los distintos estadios de la pubertad pero no se ha establecido un vínculo entre la melatonina y la maduración sexual. Inhibición de la reproducción | Inhibición del eje hipotálamico-hipofisario-gonadal. Efecto sobre la esteroidogénesis ovárica | Estudios en animales y estudios clínicos comparativos del patrón de secreción de melatonina (durante la pubertad y en mujeres con amenorrea) |
| Cáncer | Efectos antiproliferativos | Efecto antiproliferativo directo. Aumento de la respuesta inmune. Secuestro de radicales libres. | Estudios en animales “in vitro” e “in vivo”, estudios en células neoplásicas humanas y en líneas celulares, y escasos ensayos clínicos en pacientes. |
| Envejecimiento | Posible efecto protector y disminución del daño celular | Secuestro de radicales libres | Estudios en animales “in vitro” e “in vivo” |
| Humor | Posible papel en los trastornos cíclicos del humor (alteraciones afectivas estacionales, depresión) | Respuesta a los cambios en la iluminación ambiental o el clima | Estudios clínicos comparativos del patrón de secreción de melatonina y estudios de fototerapia para alteraciones del humor |

La glándula pineal y la filosofía hindú

Desde otra vertiente, aportamos en esta comprensión psicósomática de la glándula pineal, algunos de los antiguos conocimientos provenientes de la filosofía hindú que nos proveen de conceptos que avalan la idea de la participación de la glándula pineal en íntima relación con el medio circundante.

Ya en la más remota antigüedad, los hombres encargados del conocimiento consideraban que en el hombre se reproducían todas las funciones de la Naturaleza y en la Naturaleza todas las del hombre. La pineal es una glándula que los monjes tibetanos siguen asociando a "un **tercer ojo**"¹⁰³, que en un tiempo habría sido el centro de la **clarividencia** y de la **intuición humana** y que en el transcurso de los tiempos se habría ido atrofiando, por lo que sería importante dentro de esta concepción filosófica, recuperar sus funciones. Para algunos científicos, este pequeño órgano "escondido" dentro del cerebro y venerado como un centro psíquico por las culturas egipcia, hindú y tibetana, no sólo recibe información del interior del organismo y capta las impresiones de los sentidos, sino que además es un receptor de campos electromagnéticos y se asocia a distintas manifestaciones de la mente consideradas paranormales¹⁰⁴.

La conciencia alcanza el verdadero conocimiento de Sí – mismo, la libertad inefable, "desprendiéndose" de sus estructuras psíquicas y fisiológicas y de su condicionamiento temporal¹⁰⁵. Esta conquista es el objetivo de todas las filosofías y las técnicas místicas de la India y otras culturas orientales antiquísimas.

Según los tratados de Yoga tántricos, basados en la filosofía Sankhya, el cuerpo, que es físico y a la vez sutil o espiritual, se supone constituido por cierto número de "nadi",

¹⁰³ Los dos ojos dan la dimensión en el mundo normal; el tercer ojo da la visión, la profundidad y la dimensión de los mundos sutiles. Su función es ver lo invisible y conocer lo desconocido, funciones que podríamos sintetizar como la clarividencia. Es el centro de la intuición y de nuestra conexión directa con la fuente infinita de sabiduría, sobre todo a través de la meditación. La serpiente de fuego Kundalini al ser despertada, sube hasta el Sahasrara, donde la iluminación y sabiduría total, da poderes extraños y dominio sobre dos enemigos mellizos: El tiempo y la muerte.

Kundalini es la energía de nuestra alma, es la energía de la conciencia, es la conciencia del ser superior, es la emanación de nuestra infinitud, es la energía del cosmos dentro de cada individuo. (Mircea Eliade, 1962)

¹⁰⁴ Para algunos expertos, la explicación a los fenómenos que se perciben o acontecen al margen de los cinco sentidos, como la telepatía o transmisión del pensamiento a distancia, y que están pendientes de comprobación científica pero sobre los cuales hay evidencia estadística, puede relacionarse con esta glándula, que es una de las piezas más desconocidas del cuerpo. Para otros, las experiencias extrasensoriales atribuidas a la pineal se deben a que la melatonina y la serotonina relacionadas con esta glándula, tienen una estructura química similar a la de algunas drogas alucinógenas y pueden causar alteraciones de la percepción y la conciencia, y actúan como sedantes o hipnóticos. Observadores mexicanos y soviéticos han comprobado, mediante registro del electroencefalógrafo y otros medios, que el fenómeno de la visión extraocular, entendida como la capacidad de ver en la ausencia de luz sin ayuda de la retina, incluso con los ojos vendados, coincide con una enorme actividad de la pineal.

¹⁰⁵ Apetencias y deseos del hombre, obedecen siempre a deseos individualistas. En cambio esta libertad inefable es la del hombre que considera que la única libertad posible es la del sistema total.

canales, (que corresponden a las venas, arterias y nervios) y de “chakras”, discos, círculos, centros (en correspondencia con diferentes centros del cuerpo físico)¹⁰⁶.

Los Shat Chakras, ubicados en el Sushumna Nadi, son centros de energía cósmica presentes en cada ser humano en forma latente. Por encima de ellos se halla el Sahasrara Chakra, ubicado en la corona de la cabeza entre el eje del cerebro y los tubérculos cuadrigéminos. Coincidiría con la glándula pineal. Alcanzar su dominio es el objeto último de todo yoga¹⁰⁷.

Mientras que las cinco primeras chakras están asociadas con los cinco sentidos clásicos, el Ajna¹⁰⁸ y el Sahasrara se vinculan con la percepción extrasensorial y facultades parapsicológicas. Acceder a la séptima chakra – **pineal** - significa lograr el estado de superconciencia (Samadhi) en el espacio del conocimiento. La vivencia se describe como **abolición de toda experiencia de dualidad**. Ya no existe distinción entre sujeto y objeto, espíritu y materia. Los objetos se desvanecen en un estado que trasciende lo relativo al mundo fenoménico. Es otro modo de ser, donde se “muere a la vida” nacida de la temporalidad y creada por la historia. El liberado en vida no goza de una conciencia personal, sino de una conciencia – testigo, donde el vivir es un eterno presente más allá del tiempo.

La apertura del séptimo chakra tiene una condición clave: la **humildad, la entrega**, la capacidad de postrarse ante el Infinito. Por esto, en muchas tradiciones, las personas suelen inclinarse o postrarse ante la divinidad. El tope de la cabeza se inclina hacia la tierra y, al hacer este movimiento, la atención, la sangre, la circulación y el prana se concentran en el séptimo chakra y la persona se siente abierta y fortalecida.

¹⁰⁶ Estos centros, conocidos en occidente como centros etéricos, se denominan de la siguiente manera: a) Muladhara Chakra, que corresponde al plexo sacro, ubicado en la base de la columna vertebral entre el nacimiento de los órganos genitales y el ano. Ejerce control sobre el aliento, la mente y el semen; b) Wadhastana Chakra, que corresponde al plexo prostático, situado en la raíz de los órganos genitales. Controla la parte inferior del abdomen, riñones, etc.; c) Manipura Chakra, que corresponde al plexo solar, ubicado en la región del ombligo. Controla el hígado, estómago, etc.; d) Anahata Chakra, que corresponde al plexo cardíaco y ejerce control sobre el corazón; e) Vishuddha Chakra, que corresponde al plexo laríngeo, situado en la base de la garganta; f) Ajna Chakra, que corresponde al plexo cavernoso, ubicado en el encuentro entre el eje de la médula espinal y el cerebro y el eje perpendicular entre los ojos, aproximadamente entre la hipófisis y el hipotálamo.

¹⁰⁷ Chakra del tercer ojo (Ajna). Radica en la glándula pineal, entre las cejas. De color añil, regula el sistema endocrino, los ojos, la glándula pineal, los senos paranasales, el sistema nervioso, los hemisferios cerebrales y la memoria. Cuando está activo rige la memoria, concentración, pensamiento racional e intuitivo, imaginación, visualización, devoción, equilibrio entre el Ying y el Yang, clarividencia, templanza, dignidad, perdón, amplitud mental, conciencia sin pensamientos; el dominio del espíritu sobre la materia, la capacidad de transformar la realidad física, fusión del consciente y el inconsciente, así como evolución y el dominio sobre el dharma. Su desbalance provoca: dolores de cabeza, problemas en la vista, sinusitis, **enfermedades mentales**, poca capacidad de atención y concentración, pérdida de memoria, excesiva intelectualidad, locura senil, falta de lógica y miedo al futuro. Para balancearlo, practique la visualización y la meditación. (Raúl Aguiar, Revista científico-técnica digital de la juventud cubana, junio 2004). La combinación del uso de la facultad de la glándula pituitaria y de la glándula pineal es lo que se conoce en misticismo como "el tercer ojo." Esta es la región a la cual se le refiere como el **chakra de la corona**, el Loto de Mil Pétalos o la Décima Puerta. Las glándulas son físicas, pero los chakras no, son centros de energía localizados en el cuerpo etérico. **Chakra** es una palabra sánscrita que significa vórtice o **rueda de energía**.

¹⁰⁸ El significado literal de “ajña” es “comando”. Recordemos que los neurofisiólogos acordaron llamarla “regulador de reguladores”

Integración de enfoques y conclusiones

La evolución del pensamiento que permitió la idea de la aperspectiva, el modelo de Bateson que considera que la característica de lo psíquico es inherente a todos los seres vivientes, tanto al bosque de pinos, como la anémona de mar, como el Senado de los Estados Unidos y autores como Groddeck, Weizsäcker (1956) y Chiozza que permiten considerar al hombre como un todo y que psíquico y somático son maneras de acercarse a él, todos ellos nos llevaron a reconsiderar lo sugerido por la filosofía hindú, y a pensar en funciones corporales como la de la pineal con un sentido que trasciende a lo individual.

Nos dice Cardinali (1982), que dado que las manifestaciones de la pinealectomía son escasas, que no pone en peligro la supervivencia del individuo y los fenómenos residuales constituyen una incógnita, el escepticismo ha signado la investigación de la epífisis a través del tiempo. Agrega que es la actitud médica individualista la que lleva a desconocer y despreciar la importancia de la glándula pineal.

El biólogo José Luis Bardasano, director del Departamento de Especialidades Médicas de la Universidad de Alcalá de Henares, ha experimentado con ratones para probar que la epífisis es un receptor muy sensible de campos magnéticos, lo que explicaría la percepción extrasensorial que se le atribuye

Según Bardasano "la pineal humana es el resultado de la evolución biológica de las especies y muchos reptiles prehistóricos poseían entre sus ojos un órgano capaz de discriminar las radiaciones ultravioletas de las infrarrojas". Ello coincide con los vestigios de un supuesto "tercer ojo" hallados por los paleontólogos en los orificios pineales de los cráneos fosilizados de algunos protosaurios y lepidosaurios, que vivieron entre 250 y 300 millones de años¹⁰⁹ en el pasado.

Pensamos, que la carencia de una teoría que permitiera observar y conocer el funcionamiento de la pineal en lo que tiene de específico, por ejemplo, su relación con el medio ecosistémico a través del fotoperíodo¹¹⁰, impidió que su estudio progresara.

Las distintas funciones que tiene a su cargo la glándula pineal nos permiten deducir que se ocupa tanto de la **"comunicación" en la integración del individuo**, como de la **"comunicación" del individuo con su medio natural**.

El neurólogo Karl Pribram¹¹¹, de la Universidad de Stanford, y el físico David Bohm, de la Universidad de Londres, han adelantado teorías que, en tándem, parecen dar

¹⁰⁹ Artículo de Daniel Galilea, aparecido en el El Nuevo Diario el 16/2/2005, Managua, Nicaragua

¹¹⁰ es un término que indica las horas de luz diaria, siendo largo cuando las horas de luz son mayores que las nocturnas y corto cuando son menores que la noche. En el trópico, el día y la noche tienen una duración de 12 horas c/u aproximadamente.

¹¹¹ Referencias: Para la investigación y la teoría del procesamiento holográfico del cerebro de Karl Pribram, *Language of the Brain* (1971); para su síntesis del modelo holográfico del cerebro, junto con la visión del universo físico de David Bohm, *Consciousness and the Brain*, editado por G. Globus et al. (Plenum, 1976), y *Perceiving, Acting, and Knowing*, editado por R. E. Shaw y J. Bransford (Erlbaum/John Wiley, 1977). Las teorías de David Bohm aparecen en *Quantum Theory and Beyond*, editado por Ted Bastin (Cambridge U.,

cuenta de toda experiencia trascendental, de los acontecimientos paranormales e incluso de las rarezas perceptivas «normales». Pribram se figuraba que la *experiencia trascendental* también podía implicar cierto tipo de proyección. Decía que sus observaciones de la experiencia trascendental señalaban cierto papel de los circuitos en torno a la amígdala y que controlan la unión de los mecanismos de retroalimentación y de avance en el cerebro. Estos circuitos han sido la sede de trastornos patológicos, así como del *déjà vu* y la «conciencia sin contenido» de los estados místicos.

Pribram (Ciencia y conciencia, 2001) cree que la experiencia mística no es más rara que otros fenómenos, tales como la depresión selectiva del ADN a fin de formar primero un órgano y luego otro. Los científicos más productivos, dice, «*están dispuestos y en condiciones de defender el espíritu como dato. Es ciencia tal como se concibió en un principio: la búsqueda de entendimiento. Los días de los tecnócratas insensibles y prácticos parecen estar contados*».

Apuntaba que no existe la metáfora, o, en cierto sentido, que toda metáfora es cierta. «*Todo es isomorfo*.» (En la filosofía oriental: «*Como arriba, también abajo*».) Tal vez estemos ahora experimentando los efectos de un holograma social, de un modelo de interconexión de individuos. La *sincronicidad*, coincidencia significativa, tiene sentido en un universo significativo, holográfico. Pribram proponía que hasta la distribución aleatoria está basada en principios holográficos y, por lo tanto, está determinada. «*La incertidumbre de la ocurrencia de los acontecimientos sólo es superficial...* » Hay *simetrías subyacentes, y no sólo acontecimientos fortuitos*. Citaba las observaciones recientes de «giros» en la física y la insistencia de Einstein en que «*Dios no juega a los dados con el universo*».

El «ojo pineal mira»¹¹², por la especie cuando, por ejemplo, regula los ciclos de apareamiento para posibilitar la sobrevivencia de las crías y, al actuar postergando la aparición de la pubertad, favoreciendo los procesos creativos, estaría tomando en consideración el medio circundante y la organización interna del sujeto, para proveerle del marco adecuado, es decir, de la información contextual necesaria para la búsqueda de la satisfacción de sus necesidades. Quizás esta función guarde relación con lo que Freud postulara en «Lo Inconciente» acerca de que las mociones pulsionales *están coordinadas entre sí*. (Freud, 1915).

Esa coordinación, desde nuestro punto de vista, estaría a cargo de lo pineal. **La función pineal nos hablaría de la íntima unión que cada uno necesita sostener con su especie y con su ambiente, más allá de que posea o no conciencia de ello.**¹¹³

1971); Foundations of Physics 1 (4), 3 (2) y 5 (1); y Mind in Nature (University Press of America, Washington, D. C.).

¹¹² Vinculado con el estudio del psiquismo fetal, Rascovsky, A. (1977), relaciona la presencia de la glándula pineal con la visión interior característica de la vida fetal y de los sueños. Tomando estas ideas y algunos conceptos de Platón, Carotenuto (1978), sugiere que la función pineal se hallaría vinculada con los fenómenos de premonición e intuición.

¹¹³ Karl Pribram, famoso investigador del cerebro, ha reunido durante una década pruebas de que la «estructura profunda» del cerebro es esencialmente holográfica, de modo análogo al proceso fotográfico sin lente por el que Dennis Gabor recibió el premio Nobel. Pribram apuntaba las extraordinarias intuiciones de los místicos y de los antiguos filósofos durante siglos, anteriores a la verificación científica. Un ejemplo lo

Independientemente del deseo individual, **lo pineal** guardaría latente la posibilidad de **trascender las diferencias yo – no yo, sujeto – objeto, idea – materia, psíquico – somático**, etc.; en otras palabras, de trascender la experiencia de dualidad, que otorga esa libertad inefable.

Se adquiriría de ese modo esa *conciencia – testigo* que permite vivir un más allá de la cronológica, que es el *presente eterno de la vivencia*, donde no hay *nostalgia del pasado ni anhelo del futuro*, y a la que alude la filosofía hindú.

Este trascender la experiencia de dualidad lo vemos íntimamente relacionado con la problemática del **narcisismo**, problemática tan presente en nuestra época que desde distintas miradas, compartidas por otros autores¹¹⁴, la describieron como “la era del narcisismo”.

Recordamos a Chiozza (1996) cuando dice “El auge del individualismo, que otrora condujo al hombre hacia el florecimiento pleno de sus disposiciones latentes, nos muestra hoy sus formas caducas. Por ejemplo: el orgullo, que implica responsabilidad y esfuerzos, cede su puesto a menudo a la vanidad, que es irresponsable y más fácil. Un narcisismo excedido se oculta frecuentemente bajo el disfraz del amor a los hijos. La amistad, sazónada con el cálculo, queda sometida a las leyes de la relación concretamente útil. El cariño, que enriquece el vínculo amoroso a través de la generosidad y la capacidad de cuidar, se convierte en una debilidad peligrosa, que debe ser sustituida por la pasión y el enamoramiento, que procuran la posesión del objeto. Todo esto en nombre de una necesidad de progreso individual, que se hace imperativo bajo las formas, paupérrimas en su absurda simplicidad, de mayor poder, o prestigio, y mayor riqueza”. (...) “El hombre no ha nacido, sin embargo, para vivir aislado. Para realizarse plenamente necesita, como la neurona, vivir inmerso en un mundo de interlocución. Ninguna de sus posesiones, como le ocurre a un niño con una pelota, puede ser gozada en ausencia de otro con quien compartirla. Las formas de un individualismo degradado, que hemos llamado caducas, desoyendo esta perentoria necesidad de convivir, crean en el hombre medio de nuestros días un vacío existencial de fondo”.

El **narcisismo patológico** desde el punto de vista *ecosistémico* se lo puede descubrir bajo la forma de los llamados por Bateson “**propósitos conscientes**” que son aquellos en los que, y “con la más pura de las intenciones conscientes” se cometen graves acciones destructivas en sistemas más amplios que el individual, provocándose así repercusiones incontrolables. Es en este sentido como en ocasiones para nuestra “comodidad”, “progreso” y “bienestar”, *luchamos contra el ambiente y al derrotarlo, nos estamos destruyendo*. (Bateson, 1972).

constituye la descripción de la glándula pineal como «tercer ojo». Últimamente se descubrió que la glándula pineal podría ser una especie de superglándula maestra, puesto que su secreción de melatonina regula las actividades de la pituitaria, considerada desde hace tiempo la glándula maestra del cerebro. Pribram cree que la experiencia mística no es más rara que otros fenómenos, tales como la depresión selectiva del ADN a fin de formar primero un órgano y luego otro.

¹¹⁴ Entre los autores que la han denominado de esta forma, podemos citar a Christopher Lasch que se ocupa profundamente del tema en su libro “La cultura del narcisismo”, Bompiani. Milano. 1981.

Para alcanzar la verdadera comprensión trascendente de nuestra inclusión en el ecosistema es necesario tomar conciencia de la *insignificancia de nuestro Yo frente a la magnitud de dicho ecosistema*. Esta configuraría parte de una “injuria narcisista básica”, que pondría en crisis nuestra creencia egoísta de lo particular de nuestro propio yo, pero que, a su vez, sería el modo indispensable para que el hombre se incluyera culturalmente de una manera más plena y menos destructiva en todo lo que lo rodea.

Un adecuado sentimiento de amor propio y del propio valor, permitiría al individuo renunciar a sus motivos narcisistas patológicos, en la organización de su conducta y de sus relaciones, donde el equilibrio de los vasos comunicantes estuviera dado por una adecuada proporción entre la dedicación orientada hacia los objetos y su medio y la destinada al propio yo, o sea entre la investidura narcisista y la objetal. La distinción entre el narcisismo sano y el patológico estaría dado por el grado de éxito logrado en el armonioso desarrollo y enriquecimiento del sí – mismo, comprometido emocionalmente con la misma meta, en lo que respecta a su ecosistema.

Pensamos que la patología narcisista, en nuestra época, también se la puede adscribir a la falta de figuras relevantes que encarnen ideales lo cual alteraría el equilibrio libidinal, hundiendo al hombre en un “estancamiento narcisista” que lo mantendría sin encontrar la salida de dicho narcisismo, por imposibilidad de dirigir sus catexias hacia metas que funcionaran como fuente de enriquecimiento yoico, ayudándolo hacia su crecimiento, apuntando hacia el engrandecimiento de dicha instancia a través de posibilitarle cada vez mayores y más adecuados procesos sublimatorios. En este estancamiento el sujeto queda atrapado en un narcisismo tánático que rebaja y lesiona la autoestima, dado que el ideal del cual depende le impone una relación de sometimiento y de ausencia de posibilidades de trascendencia.

Freud descubrió que el conflicto psíquico era el motor del proceso mental. Actualmente concebimos al individuo como un ser en continua evolución hacia formas superiores de existencia, integrado a los ecosistemas a los que pertenece, a través de una dinámica de equilibrio en constante readaptación. Desde esta perspectiva ya no podemos mirar a la enfermedad y la salud como factores aislados o independientes, que pueden ser atribuidos exclusivamente a la conflictiva individual. La enfermedad no es solamente producto de la falta de armonía en el interior del sistema orgánico; ni es únicamente el resultado de la incapacidad de integración de ese individuo con su medio y con los sistemas a los que pertenece. La enfermedad es, además, una manifestación del estancamiento evolutivo y de la dificultad de integrar a ese individuo a su destino dinámico, social e históricamente multideterminado. Es la expresión de una serie de afectos que no han podido ser manifestados armónicamente, en lo físico, lo mental, lo emocional, lo espiritual y lo social.

Los apremios del medio circundante, para los individuos, se dan en función de diferentes factores: del nivel evolutivo alcanzado por los integrantes de esa comunidad, del lugar que ocupan en el sistema gracias a las decisiones que tomen brotadas de su capacidad creativa, de la flexibilidad que posean sus integrantes para tolerar la inestabilidad brotada de los cambios ecosistémicos y nuevamente, en otra progresión dialéctica, de los cambios nuevamente creativos que pueda introducir para retroalimentar a su vez su entorno.

De acuerdo a nuestro enfoque, la glándula pineal, sería el órgano que desde lo somático, se arrogaría la representación simbólica de trascender nuestro individualismo, relacionarnos con el ecosistema desde una comprensión totalizadora y creativa que incorpora un modelo perceptual integrado por informaciones de lo que nos circunda y de nuestra inclusión en un sistema universal de significados. Nos parece además que por toda su relación permanente con el entorno constituye un órgano privilegiado de *renuncia al narcisismo patológico*.

Nuestra cultura que impregnada de un individualismo acendrado, donde la crisis de los valores ha transformado completamente la existencia del individuo, provocándole replegamientos cada vez más frecuentes sobre su propio yo, es una cultura que desdeña la entrega afectiva al otro, entrega que es interpretada como un acto de debilidad, de sometimiento y de pérdida de autonomía. Es en este tipo de cultura, donde los actos de camaradería han sido sustituidos por la rivalidad, la magnanimidad por la voracidad, la búsqueda de lo esencialmente bueno, por el acaparamiento indiscriminado de bienes y relaciones¹¹⁵.

Desde otra vertiente¹¹⁶, podemos interpretar las **afecciones tumorales** como otra expresión de la patología narcisista, en las cuales se ha perdido el código ordenador del tejido al cual pertenece originalmente la célula tumoral, célula que inicia un derrotero individualista por el cual ella va a sobrevivir, pero haciendo peligrar la vida del hombre que la alberga. Esto en el lenguaje popular está representado por la expresión con la cual se denomina a un individuo como un “cáncer”, cuando se pretende describir metafóricamente su tendencia a vivir del otro, o sin preocuparle el destino de aquellos que lo rodean.

No nos llama la atención por lo tanto que los niveles de melatonina, en sangre como en orina, se hallen disminuidos en el cáncer de mama, dado que como se ha visto en otros trabajos psicosomáticos (Spagnuolo, 1989) en dicha patología se halla comprometido la adecuada satisfacción del impulso de dar¹¹⁷. Impulso que configura, por su magnanimidad

¹¹⁵ En la sociedad observamos la falta de inclusión de las personas en las redes de cooperación social, así como nos resulta paradójico, que la situación de ayuda al prójimo que debería constituir un verdadero placer objetual, figure como “castigo” ante determinados delitos, donde se incluye en la pena, el “trabajo comunitario”; desde la sociedad, lo que describiríamos como el altruismo y metapsicológicamente hablando, constituiría una falla en la adquisición del narcisismo sano, libidinal o maduro.

¹¹⁶ En *Más allá del principio del placer*, Freud (1920), afirma que las células germinales se comportan de un modo “narcisista”, porque tienen necesidad de la actividad de sus pulsiones de vida para sí mismas, en calidad de reserva, con miras a su posterior actividad de grandiosa dimensión anabólica. Agrega un año más tarde, en la misma obra, que tal vez habría que declarar narcisistas, en ese mismo sentido, a las células de los neoplasmas malignos, dado que la patología está preparada para considerar congénitos sus gérmenes y atribuir a ellos cualidades embrionales.

¹¹⁷ Lo mamario, por su función, la lactancia, a través de la cual se crea y entrega al otro lo que le es necesario para su subsistencia, sería el órgano que, en la mujer, se arrogaría, mejor que cualquier otro, la representación de la capacidad de dar y de las fantasías inconscientes que giran en torno a dicha capacidad. Nos fundamos, para tal deducción, en el planteo de Chiozza donde considera que “la existencia de una relación específica entre las fuentes orgánicas de la sexualidad y las fantasías que constituyen los distintos impulsos cualitativamente diferenciados, nos permite considerar a los distintos procesos que denominamos orgánicos, y a sus trastornos, como equivalentes a otras tantas fantasías específicas e inconscientes, tan cualitativamente diferenciadas unas de otras como lo están los procesos o trastornos mencionados” (Chiozza, L.: Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar. 1980)

con la propia cría y a través de la inmunidad favorecida por la lactancia, una verdadera *preservación*, más allá del goce maternal de la crianza, de *“todas las crías”*.

Sería deseable que el hombre frente a la soledad en que lo sume el narcisismo patológico, adquiriera conciencia de que necesita ineludiblemente al otro para ser plenamente feliz, para realizarse auténticamente. Para alcanzar este nivel, debería poder tolerar la *“injuria narcisista”* que implica la aceptación de que *sólo hay un Yo si hay un Tú, y que este Yo halla su verdadera trascendencia en la construcción del Nosotros. Nosotros enriquecedor, que basado en el compartir y en el re-descubrimiento del amor verdadero que tolera las diferencias, es el que trasciende las tendencias individualistas y ayuda en el verdadero crecimiento yoico.*

BIBLIOGRAFIA

BATESON, Gregory (1971) Pasos hacia una ecología de la mente. Ed. Carlos Lohlé. Bs. As. 1976

(1979) Espiritu y Naturaleza. Amorrortu Ed. Bs. As. 1982

CARDINALI, Daniel (1979) “La glándula pineal: una odisea científica inconclusa” en Rev. Ciencia e Investigación. Tomo 35 N° 9-10-11-12. Bs. As. 1979

(1979) “Melatonina: investigaciones recientes sobre su biosíntesis y mecanismo de acción” Boletín Clín. Endocr. Metab. Vol. XV, N° 1 Bs. As.

(1980) “Molecular Biology of Melatonin: Assessment of the Microtubule Hypothesis of Melatonin Action” Publicado en Melatonin: Current Status and Perspectives. Ed. by Birau and W. Schloot. Pergamon Press Oxford and New York.

CARDINALI, Daniel y VACAS, M. (1980) “Molecular Endocrinology of Melatonin: Receptor Sites in Brain and Peripheral organs” *ibíd.*

(1989) Los relojes biológicos. Departamento de Fisiología, Fac. de Medicina, UBA. En Ciencia hoy Revista de Divulgación Científica y Tecnológica de la Asociación. Volumen 1 - N° 1 - Diciembre/ Enero 1989.

CARDINALI, D., BRUSCO, NOSEDA, ESQUIFINO, (2000) “La melatonina como prototipo de cronobiótico” Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, UBA, Buenos Aires y Departamento de Bioquímica y Biología Molecular III, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid.

CAROTENUTO, Lidia (1978) “La presencia de la función pineal en la premonición e intuición”, Trabajo de circulación interna C.I.M.P.

CHIOZZA, Luis (1980) Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar. Ed. Paidós. Bs. As.1980

(1981) “Azar o acción terapéutica: Evolución de un paciente con melanomas malignos”. III Encuentro Argentino-Brasileño. Bs. As. 1981

(1996) Obras Completas de Luis Chiozza, Edición CD ROM, In Context informática documental, Buenos Aires, 1996.

CIENCIA Y CONCIENCIA (2001) Nueva perspectiva de la realidad (Nº 121 especial actualizado de The Brain/ Mind Bulletin) 7/4/2001

FAIGÓN, CARDINALI, MOGUILVSKY, (1982) “Pinelectomy advances the times of development of steroid feedback on luteinizing release in immature female rats.

FREUD, S. (1915) “Lo inconciente”. Amorrortu Ed. Tomo XVI. Bs. As. 1979

GÓMEZ-MONT, A F. (1999) Imágenes cerebrales funcionales en psiquiatría y neuropsicología. En: de la Fuente R y Alvarez-Leefmans F.-J, Biología de la mente. El colegio Nacional. 1999; 455- 474.

LOZANO TERUEL, José Antonio (1995) Melatonina: ¿hormona de la juventud? 1995. Ciencia y salud. (http://canales.laverdad.es/cienciaysalud/4_4_16.html)

MIRCEA ELIADE (1962) “Fatāñjali y el yoga”. Ed. Paidós Bs. As. 1978

RASCOVSKY, Arnaldo (1977) “La percepción interna y la función pineal”. Conferencia pronunciada en el CIMP. Abril 1977.

ROMERO ADRIAN, Tania y col. (2002) Melatonina y cáncer de mama. Gac. Médica Caracas 2002: 110 (3): 305-309

ROSA, Raúl de la (2004) “El lugar y la Vida” Ed. Revista Natura. Madrid

RUYER, Raymond (1974) La Gnose de Princeton. Libraire Generale Francaise.

SIMPOSIO DE NEUROLOGÍA (1982) Simposio realizado en AMA sobre glándula pineal. Sociedad de Endocrinología de la AMA Bs. As. 1982

SPAGNUOLO, Ana (1989) Un estudio psicoanalítico del cáncer de mama. Nuevas contribuciones”, presentado en el XXII Congreso Interamericano de Psicología, Buenos Aires. Junio de 1989.

(2004) Aproximación a la comprensión psicósomática del cerebro. Articulación entre la neurociencia y el psicoanálisis. Mención de Honor “Dr. Celes E. Cárcamo” 11º Congreso Internac. de Psiquiatría, de la AAP. Bs. As. 2004.

(2005) Capítulo sobre Medicina Psicosomática, en el **Tratado de Psiquiatría**, compilado por los Dres. Néstor Marchand y Alberto Monchablon, Ed. Grupo Guía, Buenos Aires. 2005.

VACAS, M., KELLER, SARMIENTO, M., CARDINALI, D. (1981) "Melatonin increases cGMP and decreases cAMP. Levels in rat medial basal hypothalamus in vitro" Ficha.

VIDEKANANDA, Swami (1963) Raya Yoga. Conquista de la naturaleza Interior. Ed. Kier S.A. Bs. As. 1979

WEIZSAECKER, Víctor v. (1956) El hombre enfermo, Ed. Miracle, Barcelona.

WOZNIAK, Robert (1992) *Mente / cuerpo: De René Descartes a W. James*.
Publicación electrónica: <http://platea.pntic.mec.es/~macruz/mente/descartes/indice.htm>

FOR AUTHOR USE ONLY



ACERCA DEL NARCISISMO¹¹⁸

*“Tú crees que me matas.
Yo creo que te suicidas”*

Antonio Porchia¹¹⁹

Introducción

El concepto de narcisismo es considerado uno de los más importantes y controvertidos en psicoanálisis dado que en él se entrecruzan situaciones que durante mucho tiempo permanecieron separadas, como es el punto de vista tópico y la teoría de las pulsiones. Su historia está signada desde su nacimiento por la insatisfacción de Freud acerca de su elaboración teórica y por las dificultades que halló luego en la clínica para precisarlo más adecuadamente¹²⁰, sobre todo los autores que luego profundizaron en el concepto, se esforzaron por relacionar el plano metapsicológico con el clínico sin caer en ambigüedades o en abstracciones que se revelaban inútiles por ser excesivamente genéricas.

Desde el punto de vista clínico, el trastorno narcisista de la personalidad, se ha impuesto en los últimos tiempos como una patología que exige un diagnóstico diferencial de los trastornos de personalidad, asociados al mismo, como ser los cuadros borderline,

¹¹⁸ Este trabajo recibió el **Premio Psiquiatría Dinámica “Dr. Celes Cárcamo”**, en el 7º Congreso Internacional de Psiquiatría, de la Asociación Argentina de Psiquiatras. Buenos Aires, octubre de 2000.

¹¹⁹ Del libro “Voces”, Ed. Hachette. Buenos Aires, 1978.

¹²⁰ “Muy difícil ha sido para mí el parto del narcisismo, y es lógico que hayan quedado en él los consiguientes rastros de deformación” (Freud en su carta a Karl Abraham, del 18 de marzo de 1914, en Sigmund Freud – Karl Abraham, Correspondance 1907 – 1926, París; Gallimard. 1969, pág. 171)

histriónicos y antisociales. En épocas recientes, a partir de 1980, a través del DSM-III, la personalidad narcisista ingresó en el diagnóstico psiquiátrico.

Para tener una idea más adecuada acerca del término en un sentido descriptivo, nos remitiremos al criterio diagnóstico utilizado en el DSM-III-R de 1987 de la American Psychiatric Association. De los nueve rasgos de personalidad propuestos, cinco son los indispensables para formular el diagnóstico de personalidad narcisística:

1. Tiene tendencia a aprovecharse de los otros para sus propios intereses o metas.
2. Experimenta un grandioso sentido de autoimportancia (por ej. exagera logros, capacidades, espera ser reconocido como superior, sin logros proporcionados a sus pretensiones)
3. Se siente único o especial y que sólo puede ser comprendido por ciertas personas (o instituciones) que son de alto status.
4. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza y amor imaginarios.
5. Exige una atención o admiración excesiva.
6. Es pretencioso (por ej. tiene expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus deseos).
7. Carece de empatía (es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás)
8. Frecuentemente envidia a los demás y cree que los demás lo envidian a él. (Este último criterio diagnóstico no se hallaba presente en el DSM-III de 1980 y fue añadido en el DSM-III-R).
9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbias. Reacciona a las críticas con rabia, vergüenza o humillación.

Riva Posse (1996) nos comenta acerca de dichos rasgos: “Los sujetos con este trastorno asumen con alegría el que los otros otorguen un valor exagerado a sus actos y se sorprenden cuando no reciben las alabanzas que esperan. Es frecuente que de forma implícita en la exageración de los logros, se dé una infravaloración o devaluación de la contribución de los demás. La vulnerabilidad de la autoestima hace al sujeto muy sensible al "ultraje" de la crítica o la frustración. Las críticas pueden obsesionar a estos sujetos y hacer que se sientan humillados, degradados, hundidos y vacíos. Estas experiencias pueden conducir al retraimiento social. Es habitual que no consigan darse cuenta de que los demás tienen sentimientos y necesidades. En todo caso, cuando los reconocen, es probable que los vean con menosprecio, como signos de debilidad. Quienes se relacionan con sujetos con trastorno narcisista es típico que lleguen a una frialdad emocional como también a una falta de interés recíproco”.

Evolución histórica del concepto de narcisismo

“El término *narcisismo* proviene de la descripción clínica y fue escogido por Paul Näcke en 1899 para designar aquella conducta por la cual un individuo da a su cuerpo propio un trato parecido al que daría al cuerpo de un objeto sexual; vale decir, lo mira con

complacencia sexual, lo acaricia, lo mimba, hasta que gracias a estos manejos alcanza la satisfacción plena”¹²¹

En la tradición griega, se llamaba narcisismo al amor a sí mismo. La leyenda y el personaje de Narciso se hicieron célebres gracias al libro tercero de las *Metamorfosis* de Ovidio.¹²²

Según Alice Miller (1994) la leyenda de Narciso describe la tragedia de la pérdida del Yo, del llamado trastorno narcisista. El Narciso que se refleja en el agua está enamorado de su hermoso rostro. También la ninfa Eco responde a las llamadas del joven, de cuya belleza está enamorada. Las llamadas de Eco engañan a Narciso. También le engaña su imagen especular en la medida en que sólo refleja su parte perfecta y extraordinaria, mas no las otras partes. Su parte posterior y su sombra, por ejemplo, le quedan ocultas, no pertenecen a su amada imagen especular, son excluidas de ella. Este estado de la fascinación es comparable con la grandiosidad, así como el siguiente, el deseo destructor de sí mismo, es comparable con la depresión. Narciso no quería ser nada más que el joven hermoso, negaba su verdadero Yo, quería fusionarse con la bella imagen. Y esto lo condujo a la autotregua, a la muerte, o bien –en la versión de Ovidio– a la metamorfosis en flor.¹²³

Havelock Ellis usa el término “narcisismo” en 1892 por primera vez en un estudio psicológico sobre el autoerotismo, describiendo la raíz mitológica y literaria del mito de Narciso, y extendía el término narcisismo al comportamiento no manifiestamente

¹²¹ Según el comentario de Strachey, Freud en una nota agregada en 1920 a Tres ensayos de teoría sexual, dice que se equivocó al afirmar en *Introducción del narcisismo* (1914) que el término “narcisismo” fue introducido por Näcke, y que debería haberlo atribuido a Havelock Ellis. Sin embargo, el mismo Ellis escribió posteriormente (1927) un breve artículo donde corrigió la corrección de Freud y sostuvo que, en verdad, la prioridad debía dividirse entre él y Näcke, explicando que el término fue usado por él como descripción de una actitud psicológica, y que Näcke lo introdujo para describir una perversión sexual. (Freud, 1914).

¹²² “Hijo del dios Cefiso, protector del río del mismo nombre, y de la ninfa Liriope, Narciso era de una belleza imigualada. Se atrajo el amor de más de una ninfa, entre ellas Eco, a la que rechazó. Desesperada, ésta cayó enferma y le imploró a la diosa Némesis que la vengara. En el curso de una partida de caza, el joven hizo un alto cerca de una fuente de agua clara: fascinado por su propio reflejo, Narciso creyó ver otro ser y, en pleno estupor, no pudo ya desprender su mirada de ese rostro que era el suyo. Enamorado de sí mismo, Narciso hundió entonces los brazos en el agua para estrechar esa imagen que no cesaba de sustraerse. Torturado por ese deseo imposible, lloró y terminó por tomar conciencia de que el objeto de su amor era él mismo. Quiso entonces separarse de su persona, y se golpeó hasta sangrar antes de decirle adiós al espejo fatal y entregar el alma. En signo de duelo, sus hermanas, las Náyades y las Driadas, se cortaron los cabellos. Al querer cremar el cuerpo de Narciso en una hoguera, comprobaron que se había transformado en una flor”. (Roudinesco, 1998).

¹²³ “Esta muerte –interpreta Miller– es una consecuencia lógica de la fijación en el falso Yo. Pues no son sólo los sentimientos “bellos”, “buenos” y complacientes los que nos permiten estar vivos, dan profundidad a nuestra existencia y nos proporcionan ideas decisivas, sino a menudo aquellos que nos resultan incómodos e inadecuados, precisamente aquellos que preferiríamos evitar: impotencia, vergüenza, envidia, celos, confusión, rabia y duelo. En el espacio de la terapia, estos sentimientos pueden ser vividos, comprendidos y ordenados. En este sentido, dicho espacio constituye un espejo del mundo interior, que resulta mucho más rico que el “rostro hermoso”. Narciso está enamorado de su imagen idealizada, pero ni el Narciso grandioso ni el depresivo pueden amarse realmente. Su entusiasmo por su respectivo falso Yo les imposibilita no sólo el amor al otro, sino también, pese a todas las apariencias, el amor por la única persona que les ha sido confiada por entero: ellos mismos”. (Miller, 1994).

sexual. Posteriormente, en 1908, Isidor Sadger (alumno de Freud que intervenía en las reuniones de los miércoles de Viena), lo hace entrar definitivamente en la terminología psicoanalítica.

En 1911, Otto Rank presenta el primer escrito dedicado específicamente al narcisismo asociándolo a fenómenos no sexuales como la vanidad y la autoadmiración: “amar el propio cuerpo es un importante factor de la vanidad femenina” (donde se puede interpretar que Rank está anticipando en muchos años, el concepto de “narcisismo sano” de Kohut) y entrevé por primera vez una posible naturaleza defensiva del narcisismo, como en el caso de aquella mujer que “se refugia en el amor de sí misma herida por un hombre malo y con incapacidad de amar” (ejemplo en el cual ya se observa el “retiro narcisístico” frente a la herida objetal, o sea el desenlace del encierro en sí mismo debido a la frustración en la relación interpersonal, temática que será retomada y teorizada por Freud). (Migone, 1995).

Dentro de este recorrido histórico del concepto de narcisismo, nos dedicaremos con un mayor detenimiento a su evolución dentro de la obra freudiana.

La tesis de Freud descansa sobre tres proposiciones básicas: El narcisismo es una catectización libidinal de uno mismo, un amor a sí mismo, pero en segundo lugar, dicha catectización pasa necesariamente en el hombre por una catectización libidinal del yo, y tercera, esta catectización es inseparable de la constitución misma del yo humano.

Comenzaremos el rastreo en la obra *Tres ensayos de teoría sexual* (1905) donde en el apartado III, *Las metamorfosis de la pubertad*, Freud define “la libido como una fuerza susceptible de variaciones cuantitativas, que podría medir procesos y trasposiciones en el ámbito de la excitación sexual.... Así llegamos a la representación de un *quantum* de libido a cuya subrogación psíquica llamamos *libido yoica*; la producción de esta, su aumento o su disminución, su distribución y su desplazamiento, están destinados a ofrecernos la posibilidad de explicar los fenómenos psicosexuales observados. Ahora bien, esta libido yoica sólo se vuelve cómodamente accesible al estudio analítico cuando ha encontrado empleo psíquico en la investidura de objetos sexuales, vale decir, cuando se ha convertido en *libido de objeto*.... Además podemos conocer, en cuanto a los destinos de la libido de objeto, que es quitada de los objetos, se mantiene fluctuante en particulares estados de tensión y, por último, es recogida en el interior del yo, con lo cual se convierte de nuevo en libido yoica. A esta última, por oposición a la libido de objeto, la llamamos también libido narcisista¹²⁴.... La libido narcisista o libido yoica se nos aparece como el gran reservorio desde el cual son emitidas las investiduras de objeto y al cual vuelven a replegarse; y la investidura libidinal narcisista del yo, como el estado originario realizado en la primera infancia, que es sólo ocultado por los envíos posteriores de la libido, pero se conserva en el fondo tras ellos”.¹²⁵

¹²⁴ El subrayado es nuestro.

¹²⁵ Freud reconoce que la ubicación de un **narcisismo primario** acarrea numerosas dificultades dado que no es fácilmente observable. En forma de observación indirecta destaca la admiración parental por “his majesty the baby” como una manifestación del narcisismo primario abandonado de los progenitores, en cuyo lugar se ha constituido progresivamente su ideal del yo. Entendemos que para la constitución de este estado, que organice el anárquico universo autoerótico, el mecanismo básico lo constituye la identificación primaria,

El término narcisismo aparece por primera vez en la obra de Freud, en su trabajo de 1910, *Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci*, a los fines de explicar la homosexualidad. Freud dice que el amor del niño por su madre, deber ser reprimido en un momento determinado del desarrollo. A partir de dicho proceso, se identifica con ella y busca como objeto erótico a un sustituto de sí mismo al cual podrá amar como su madre lo amó: “halla sus objetos de amor por la vía del narcisismo, pues la saga griega menciona a un joven Narciso a quien nada agradaba tanto como su propia imagen reflejada en el espejo y fue transformado en la bella flor de ese nombre”.

En 1911, en *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides)* descrito autobiográficamente, Freud describe al narcisismo como estadio intermedio entre el autoerotismo y el amor objetal. En esta etapa las pulsiones sexuales se han sintetizado en una unidad y toman por objeto amoroso al propio cuerpo, antes de dirigirse a la elección de otra persona. Describe esta etapa como normal e indispensable y nunca totalmente superable. De este modo, la primera elección de objeto es homosexual debida a la búsqueda de lo semejante y sólo posteriormente se encaminaría hacia el objeto heterosexual.

También en 1911, en *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico*, aparece la idea de un primer estado hipotético, en el que el organismo formaría una unidad cerrada con relación a su entorno. Tal estado no se definiría por una catectización del yo puesto que sería anterior incluso a la diferenciación de dicha estructura sino que se caracterizaría por un especial tipo de estancamiento libidinal bajo un modelo anobjetal ejemplificado con la vida intrauterina o con el estado del dormir y el sueño. En dicho estado la satisfacción primera de la necesidad estaría dada por la alucinación primitiva, de la cual se saldría por la presión de la necesidad vital.

En *Tótem y tabú* (1913), Freud aclara mejor el concepto de autoerotismo: “Las exteriorizaciones de las pulsiones sexuales se disciernen desde el comienzo, pero ellas no se dirigen entonces a un objeto exterior. Los diversos componentes pulsionales de la sexualidad trabajan en la ganancia de placer cada uno para sí, y hallan su satisfacción en el cuerpo propio. Ese estadio recibe el nombre de *autoerotismo*, y es relevado por el de la *elección de objeto*.”

Reitera en esta obra, la presencia entre ambas fases (dejando la posibilidad de que se trate de un desdoblamiento del autoerotismo) de una fase intermedia, el narcisismo, “en la cual las pulsiones sexuales hasta ese momento disociadas, se conjugan en una unidad y el yo es investido como objeto. Esta organización narcisista nunca se resignará del todo. El ser humano permanece narcisista en cierta medida aun después que ha hallado objetos externos para su libido; las investiduras de objeto que él emprende son, por así decir, emanaciones de la libido que permanece en el yo, y pueden ser retiradas de nuevo hacia este. Los estados de enamoramiento, psicológicamente tan asombrosos y que son los arquetipos normales de las psicosis, corresponden al máximo nivel de estas emanaciones comparado con el nivel del amor al yo.”

fundante del yo inicial. Es evidente que sublimación e identificación son las formas de transformación de la libido erótica en libido del yo.

Pero fue el importante trabajo de Freud de 1914 “Introducción del narcisismo” el que dio categoría oficial al concepto del narcisismo en el psicoanálisis. Comienza este estudio refiriéndose al narcisismo como descripción clínica de los casos en que el individuo toma como objeto sexual a su propio cuerpo, considerándolo una perversión que ha acaparado toda la vida sexual del individuo. Sin embargo aclara que el psicoanálisis descubre aspectos de esta conducta narcisista en otras perturbaciones como por ejemplo, en la homosexualidad. También la dificultad del análisis de neuróticos con rasgos narcisistas lo conduce a pensar que se dan localizaciones narcisistas de la libido en toda evolución sexual normal. De este modo, el narcisismo se presenta ya no sólo como perversión, sino como complemento libidinoso de la pulsión de autoconservación.

La idea del narcisismo como fase evolutiva surge al tratar de explicar la esquizofrenia aplicando la teoría de la libido. Compara los parafrenicos a los neuróticos y observa que ambos pierden su relación con la realidad. Pero mientras en los histéricos y neuróticos obsesivos se conserva el vínculo erótico con los objetos en la fantasía (sustitución), los parafrenicos parecen haber retirado su libido del mundo exterior sin realizar sustitución alguna. El destino de esta libido sustraída lo constituye el yo, surgiendo de este modo un estado narcisista.

Freud establece aquí que la manía de grandeza es la intensificación de un estado anterior que “nos vemos llevados a concebir el narcisismo que nace por replegamiento de las investiduras de objeto como un narcisismo secundario que se edifica sobre la base de otro, primario, oscurecido por múltiples influencias.... Nos formamos la imagen de una originaria investidura libidinal del yo, cedida después a los objetos; empero, considerada en su fondo, ella persiste, y es a las investiduras de objeto como el cuerpo de una ameba a los seudópodos que emite....Vemos también a grandes rasgos una oposición entre libido yoica y la libido de objeto. Cuanto más gasta una, tanto más se empobrece la otra.¹²⁶ Desde esta perspectiva, la libido objetal en su máximo desarrollo caracteriza el estado amoroso, mientras que a la inversa, la libido del yo en su mayor expansión da fundamento al fantasma del fin del mundo en el paranoico.

Además de las parafrenias que constituyen un excelente acceso para el estudio del narcisismo, los otros caminos que propone Freud en esta obra lo constituyen el estudio de la enfermedad orgánica, de la hipocondría y de la vida erótica de los sexos. En el primer caso, el enfermo retrae a su yo sus cargas libidinales a fin de destinarlas a su curación. El hipocondríaco retrae su interés y su libido de los objetos del mundo exterior y concentra ambos sobre el órgano que lo preocupa. El niño toma sus objetos sexuales de sus experiencias de satisfacción, provenientes de los cuidados de sus primeros objetos sexuales que son aquellas personas a cuyo cuidado se halla. Esta primera fuente de elección de

¹²⁶ “El estado de enamoramiento se nos aparece como la fase superior de desarrollo que alcanza la segunda; lo concebimos como una resignación de la personalidad propia a favor de la investidura de objeto y discernimos su opuesto en la fantasía (o percepción de sí mismo) de “fin del mundo” de los paranoicos. En definitiva concluimos, respecto de la diferenciación de las energías psíquicas, que al comienzo están juntas en el estado del narcisismo y son indiscernibles para nuestro análisis grueso, y sólo con la investidura de objeto se vuelve posible diferenciar una energía sexual, la libido, de una energía de las pulsiones yoicas”. (Freud, 1914)

objeto que Freud llama de apuntalamiento (o tipo anaclítico) se diferencia de la que realizan los perversos y homosexuales, quienes eligen sobre un modelo narcisista.

Luego Freud se pregunta por el destino de la libido yoica en el adulto normal. Lo explica por la represión que parte del yo, de la propia estimación del yo. Se entiende ese destino de la libido apuntando a la construcción en el interior de sí un *ideal* por el cual mide su yo actual. “La formación de ideal sería, de parte del yo, la condición de la represión. Y sobre este yo ideal recae ahora el amor de sí mismo de que en la infancia gozó el yo real”. Sustituye el narcisismo por su ideal, configurándose así una ubicación tópica permanente para el narcisismo¹²⁷.

Para Hornstein (2000) “cuando se instaura el ideal del yo, la pulsión ya no persigue una descarga automática y el placer ya no resulta de una simple baja de tensión. En este estado de narcisismo secundario, la relación recíproca que una vez tuvo lugar dentro de la unidad madre – niño, se reproduce ahora intrapsíquicamente. Se hace posible la regulación interna de la autoestima¹²⁸. El ideal del yo es una “operación de rescate” del narcisismo apuntado en su nostalgia por la época en que era para sí su propio ideal... El anhelo del niño de llegar a “ser grande” aspira a reconquistar la perfección perdida.”

El desarrollo teórico que constituye este texto de 1914, implica una primera revisión de la teoría de las pulsiones, desapareciendo la separación entre pulsiones del yo y pulsiones sexuales¹²⁹, y quedando el yo como el “gran depósito de libido” bosquejando el narcisismo que posteriormente en su obra, se convertirá en el *ideal del yo*.

¹²⁷ “La sublimación es un proceso que atañe a la libido de objeto y consiste en que la pulsión se lanza a otra meta, distante de la satisfacción sexual; el acento recae entonces en la desviación respecto a lo sexual. La idealización es un proceso que envuelve al objeto; sin variar de naturaleza, este es engrandecido y realizado psíquicamente. La idealización es posible tanto en el campo de la libido yoico cuanto en el de la libido de objeto. Por ejemplo, la sobrestimación sexual del objeto es una idealización de este. Y entonces, puesto que la sublimación describe algo que sucede con la pulsión, y la idealización algo que sucede con el objeto, es preciso distinguirlos en el plano conceptual.

La formación de un ideal del yo se confunde a menudo con la sublimación de la pulsión. Que alguien haya trocado su narcisismo por la veneración de un elevado ideal del yo no implica que haya alcanzado la sublimación de sus pulsiones libidinosas”. (Freud, 1914)

¹²⁸ Con respecto a la autoestima, Fenichel (1964) nos dice “la primera satisfacción proporcionada por el mundo externo, el suministro de alimento, constituye al mismo tiempo el primer regulador de la autoestima”. Más adelante, en la evolución, el alimento es reemplazado por pruebas de amor y entonces “el niño pierde autoestima cuando pierde amor y la logra cuando recupera amor. Posteriormente se diferencian las necesidades narcisísticas de las sexuales. Las necesidades sexuales se desarrollan en la relación con los objetos, las narcisísticas en la relación entre el yo y el superyó. Todo sentimiento de culpa hace decrecer la autoestima, todo ideal que se cumple, la eleva”

¹²⁹ Según Laplanche (1970), en este texto de introducción del narcisismo, es preciso introducir una distinción entre las pulsiones del yo y la libido del yo. Las pulsiones del yo, aquí y hasta 1920, designan a las grandes funciones vitales cuya finalidad es la autoconservación del individuo biológico. Se las opone constantemente, en un profundo dualismo, como pulsión de autoconservación no sexual, a la pulsión sexual. Si se retiene el hecho de que, por el contrario, la libido designa a la pulsión sexual bajo su aspecto energético, se verá que la libido del yo se sitúa en el otro extremo del dualismo, designando una catectización sexual del objeto – yo por oposición a la “libido de objeto” en la que la sexualidad se catectiza en el exterior. En el primer caso, por consiguiente, se trata de una denominación de la pulsión por su fin o por su esencia: pulsiones de autoconservación o del yo por una parte y pulsión sexual por la otra; en el segundo, en cambio, toda diferenciación recae sobre el objeto dentro del mismo grupo de pulsiones: las pulsiones sexuales o libido... entonces, ¿cómo explicar a pesar de todo esta ambigüedad suscitada por una denominación común y en cierto

En 1916, en su 26ª Conferencia de introducción al psicoanálisis, La teoría de la libido y el narcisismo, nos aclara respecto al hecho de la fijación de la libido al propio cuerpo en vez de la fijación a un objeto, que no se trata de una situación que carezca de importancia o que sea excepcional, “más bien – nos dice Freud – es probable que este narcisismo sea el estado universal y originario a partir del cual sólo más tarde se formó el amor de objeto”¹³⁰.

Es en esta conferencia también donde hace un aporte en términos del narcisismo, al fenómeno del dormir: “...el dormir es un estado en el cual todas las investiduras de objeto, las libidinosas así como las egoístas, son resignadas y retiradas al interior del yo.... En el durmiente se ha restablecido el estado originario de la distribución libidinal, el narcisismo pleno, en el cual libido e interés yoico moran todavía unidos e inseparables en el interior del yo que se contenta a sí mismo.”¹³¹

Luego distingue narcisismo de egoísmo, expresando que el narcisismo es el complemento libidinoso del egoísmo: “Cuando se habla de egoísmo se tiene en vista la utilidad para el individuo; cuando se mienta el narcisismo, se toma en cuenta también su satisfacción libidinal.... Se puede ser absolutamente egoísta y, no obstante, mantener fuertes investiduras libidinosas de objeto, en la medida en que la satisfacción libidinoso en el objeto se cuente entre las necesidades del yo; el egoísmo cuidará después que la aspiración al objeto no traiga perjuicios al yo. Se puede ser egoísta y al mismo tiempo extremadamente narcisista, es decir, tener una muy escasa necesidad de objeto, y ello en la satisfacción sexual directa o bien en aquella otra aspiración más alta, derivada de la necesidad sexual, que solemos llamar “amor” por oposición a la “sensualidad”. En todas estas relaciones, el egoísmo es lo obvio, lo constante, y el narcisismo es el elemento variable.”¹³² (Freud, 1916).

modo paralela: pulsiones del yo, libido del yo? Lo intentamos a través de la idea del pasaje del yo individuo biológico – tal como aparece precisamente en el “origen de las pulsiones del yo” – al yo instancia que puede ser objeto de la “libido del yo” y relevo en el trayecto que esta recorre: He aquí toda la problemática de la *derivación del yo psicoanalítico*”.

¹³⁰ “De la historia del desarrollo de la libido de objeto, tendríamos que recordar que muchas pulsiones sexuales se satisfacen al comienzo en el cuerpo propio (decimos que se satisfacen de manera *autoerótica*, y que esta capacidad para el autoerotismo es la base que permite el retraso de la sexualidad en el procesode educarse en el principio de realidad. Por tanto, el autoerotismo era la práctica sexual del estadio narcisista de colocación de la libido” (Freud, 1916)

¹³¹ El narcisismo primario es un estado absoluto que representa el límite de lo que se puede concebir como forma de inexcitabilidad total, dado que el principio de quiescencia postulado por dicho estado, tiene como objetivo esencial la abolición de todas las tensiones (principio de Nirvana). El principio de constancia, en cambio, que constituye una función secundaria, tiende a mantener el sistema con el mínimo de carga posible. Posteriormente Freud en *Más allá del principio del placer* (1920) asigna carácter primario al principio de constancia, del cual hará derivar el principio del placer y carácter secundario al principio de realidad. Para Green el narcisismo primario, que no es un estado sino una estructura, “es Deseo del Uno, aspiración a una totalidad autosuficiente e inmortal cuya condición es el autoengendramiento, muerte y negación de la muerte a la vez”. (Green, 1970). Freud consideró también entre las experiencias devenidas del narcisismo primario, el sentimiento oceánico y el anhelo de unión con Dios o con el universo.

¹³² Como bien se comprende, lo opuesto del egoísmo, *el altruismo*, no coincide con la investidura libidinoso de objeto; se separa de esta porque faltan en él las aspiraciones a la satisfacción sexual. Empero en el enamoramiento pleno el altruismo coincide con la investidura libidinoso de objeto. El objeto sexual atrae

En *Duelo y melancolía* (1917), Freud da como condiciones para el proceso melancólico, una enérgica fijación en el objeto de amor, junto a una escasa resistencia de la investidura de objeto. Esta contradicción la explica basándose en el hecho de que la elección de objeto se haya cumplido sobre una base narcisista, de tal modo que la investidura de objeto pueda regresar al narcisismo si tropieza con dificultades. La identificación narcisista con el objeto se convierte en el sustituto de la investidura de amor. La identificación es la etapa previa de la elección de objeto y es el primer modo, ambivalente, como el yo distingue a un objeto. Freud aclara que esta identificación narcisista es la más primitiva y la adscribe a la etapa oral. (Freud, 1917). Lo que interesa destacar en la melancolía es la caída de la hiperestimación narcisista que sufre el sujeto, hiperestimación que provenía de la propia elección de características narcisistas.

En *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921), Freud reitera el concepto de un narcisismo anterior al nacimiento cuya representación concreta podría concebirse con la forma de vida intrauterina, que se basta a sí mismo por completo, anterior a la constitución del yo, y al que se regresaría en el sueño.

En *El yo y el ello* (1923), en el apartado III, *El yo y el superyó* (ideal del yo), Freud plantea tomando la melancolía como modelo, una reconstrucción en el yo del objeto perdido. O sea la sustitución de una investidura de objeto (erótica), por una identificación (erección del objeto en el yo) que modifica al yo y contribuye esencialmente a producir lo que se denomina su *carácter*. “Quizás el yo, mediante esta introyección que es una suerte de regresión al mecanismo de la fase oral, facilite o posibilite la resignación del objeto. Quizás esta identificación sea en general la condición bajo la cual el ello resigna sus objetos”. Dado que este proceso para Freud se produce desde etapas muy tempranas del desarrollo, lo lleva a enunciar su concepción de que el carácter del yo es una sedimentación de las investiduras de objeto resignadas, conteniendo a su vez, la historia de tales elecciones objetales. “Esta trasposición de una elección erótica de objeto en una alteración del yo es, además, un camino que permite al yo dominar al ello, aunque, por cierto, a costa de una gran docilidad hacia sus vivencias¹³³.... La trasposición así cumplida de libido de objeto en libido narcisista conlleva, manifiestamente, una resignación de las metas sexuales, una desexualización y, por tanto, una suerte de sublimación.... El narcisismo del yo es un narcisismo secundario, sustraído de los objetos”.

Por lo tanto, recapitulando habría 4 fases libidinales: 1) la del autoerotismo¹³⁴, 2) la del narcisismo primario¹³⁵, 3) la del amor objetal (primero homosexual y luego

sobre sí, por regla general, una parte del narcisismo del yo, lo que se hace notable en la llamada “sobrestimación sexual” del objeto. Si en cambio se produce la trasmisión altruista del egoísmo al objeto sexual, este cobra máximo poder; por así decir, deglute al yo. (Freud, 1916)

¹³³ “Cuando el yo cobra los rasgos del objeto, por así decir se impone él mismo al ello como objeto de amor, busca repararle su pérdida diciéndole: “Mira, puedes amarme también a mí; soy tan parecido al objeto...” (Freud, 1923).

¹³⁴ Para tratar de delimitar el concepto de yo que subyace al narcisismo y al autoerotismo, recordamos que Freud los diferencia por el hecho que en este último no está constituido el yo, y se necesita de un “nuevo acto psíquico que le posibilite al individuo una representación unificada de sí mismo como objeto amoroso.

¹³⁵ En la discusión acerca de si el narcisismo primario es objetal o anobjetal coincidimos plenamente con el desarrollo de Bleichmar (1976) donde afirma que el narcisismo primario es objetal desde el punto de vista de la situación estructurante en que se constituye el yo, situación en la que no hay un yo preexistente al

heterosexual) y por último, la del narcisismo secundario, que se manifestaría bajo el fenómeno de los vasos comunicantes: cuanto más disminuye el revestimiento libidinal de los objetos, más tendrían lugar los fenómenos narcisistas.¹³⁶

Sintetizaremos el tema, siguiendo la visión de Bleichmar (1976) “Freud nos ofrece dos concepciones del narcisismo; en una de ellas el enfoque económico se une a la teoría de la libido. Desde esta perspectiva el narcisismo primario es la condición en que toda la libido está en el yo, o la situación prenatal en que por una armonía de orden biológico no existe tensión en el organismo.... En la otra concepción del narcisismo se lo entiende como la valoración que el sujeto hace de sí mismo, como la significación que el Yo en tanto representación de sí toma para el sujeto, es decir como éste se ubica en una escala de valores.....a partir de cada una de estas concepciones, surgirá una teoría diferente sobre la génesis del mismo. Si se acepta el narcisismo como condición económica, habrá un narcisismo primario, anobjetal, biológico. El narcisismo se originará dentro del individuo y de ahí partirá hacia los objetos. El narcisismo caracterizado por el amor del sujeto a la representación de sí mismo será siempre secundario.

El problema a explicar será cómo se pasa del nivel de las cargas, de las cantidades de excitación al de las representaciones valorativas. En cambio, si el concepto del narcisismo está desde su origen en el campo mismo de la significación, de las valoraciones, resulta evidente que éstas implican un orden simbólico que es exterior al individuo, el de la cultura, en la cual aquél se inscribe.... El propio Freud reconoció que la representación de sí mismo viene de otro cuando, en “Un recuerdo de infancia en Poesía y verdad (1917b), escribió “Cuando uno ha sido el predilecto indiscutido de la madre, conservará toda la vida ese sentimiento de conquistador, esa confianza en el éxito que no pocas veces lo atraen de verdad.”

Siguiendo la historia del concepto que nos ocupa, Karl Abraham (1919) en “Una forma particular de resistencia neurótica contra el método psicoanalítico” describe la resistencia transferencial en el tratamiento de determinados pacientes como proveniente de su narcisismo, resistencia que incluso conduce al fracaso terapéutico. Posteriormente en

encuentro con el objeto, sino que aquél se construye precisamente en ese encuentro. Pero desde la vivencia del sujeto, o sea cómo experiencia éste la existencia del objeto, hay dos creencias ilusorias: 1) la creencia en la no existencia del objeto, por tomar como representación de sí, como Yo, lo que es representación de un objeto no reconocido como tal y, 2) la creencia en la existencia de otro cuando en realidad uno está frente a su propia imagen, tal como describe el mito de Narciso o como realiza Freud el análisis de la elección homosexual, donde el sujeto vive en su conciencia como sí él y el otro fueran dos objetos separados y diferentes, pero en cuanto a los rasgos que determinaron esa elección narcisista hay una representación inconsciente – la de su propio yo – que es vista y amada en el otro.

¹³⁶Freud reúne bajo el significado del término narcisismo a tres fenómenos: a) un tipo de elección objetal; b) un modo de relación objetal y c) la autoestima. En Introducción del narcisismo (1914) ha utilizado dicho término para 4 situaciones distintas: 1) para una perversión sexual; 2) para un estadio del normal desarrollo sexual libidinal; 3) para una característica de la esquizofrenia, en la cual la libido sería retirada del mundo externo y recaería sobre el sujeto y 4) para un tipo de elección del objeto amoroso en la cual el objeto sería elegido en tanto representa aquello que el sujeto es o desearía ser. El estudio del narcisismo induce a Freud a presuponer la existencia de una fase de la evolución psicosexual intermedia entre el autoerotismo y el amor por el objeto. Con la segunda teoría del aparato psíquico, Freud contrapone un primer estadio narcisista, anobjetal, a la relación de objeto. El narcisismo desde dicha concepción, parece caracterizarse por una total ausencia de relación con el ambiente.

1921, lo relaciona con el posible origen de las dificultades en el establecimiento de la capacidad de amar.¹³⁷

Recordamos en este recorrido histórico, trabajos de Ernest Jones, Annie Reich, Edith Jacobson, hasta llegar a los más recientes como Herbert Rosenfeld, Béla Grunberger¹³⁸, Otto Kernberg y sobre todo Heinz Kohut, como los que más han contribuido al estudio de dicho aspecto de la personalidad.

Kohut ha inspirado un importante movimiento dentro del psicoanálisis definido como la psicología del Self, caracterizado por algunos críticos como la corriente disidente más importante dentro del psicoanálisis contemporáneo.

La radical diferencia de la teoría de Kohut con la freudiana clásica consiste en: su concepción del Self como dependiente del ambiente, que puede hacerlo crecer o no, según determinados sucesos como la empatía de los padres y en que el conflicto se da entre el Self y los objetos y no siendo intrapsíquico (como clásicamente se plantea entre el yo, el ello y el superyó), atribuyéndole así una gran importancia al ambiente como determinante en la constitución del sujeto. El Self de Kohut, por lo tanto, es una entidad que carece de conflicto en sí mismo, perteneciente a un nivel de abstracción distinto a la estructura tripartita (yo-ello-superyó) porque no ha sido concebido como una función del yo, según la definición de Hartmann que había establecido el Self como una representación de la persona, de parte del Yo.

En el inicio de sus desarrollos, Kohut rescata lo que considera los instrumentos fundamentales en la práctica del psicoanálisis: la empatía y la introspección como los caminos principales a través de los cuales se puede acceder al mundo de los fenómenos psíquicos. A partir de la observación empática de sus pacientes, él intuyó la existencia de una perturbación caracterológica no descrita hasta entonces, a la que llamó trastorno narcisista de la personalidad, que era distinguible clínicamente de las neurosis clásicas y en la cual los pacientes tendían a percibir al analista como una parte de su propio cuerpo o como una imagen especular de sí mismos a la cual denominó transferencia narcisista.

¹³⁷ La educación, que impone una renuncia a esos placeres, expone el narcisismo del niño a una severa frustración. Cuando las condiciones son óptimas el niño se identifica con la demanda de los educadores y se siente orgulloso de su adquisición. La gratificación original es reemplazada, entonces, por la gratificación del logro de "ser bueno" ante la estimación de sus padres. No todos los niños obtienen ese éxito y tratan, entonces, de alcanzar compensaciones detrás de las cuales se oculta la obstinación y el deseo de aferrarse al primitivo derecho a la autodeterminación. Muchos niños y adultos que sobresalen por su bondad y obediencia esconden fuertes impulsos rebeldes subyacentes, fundados en el hecho de haber sido obligados, desde la infancia, a someterse al control de los adultos. Si la limpieza se le exige precozmente, el niño adquirirá el hábito a través del temor, pero su resistencia interior permanecerá, y puede resultar de ello una perturbación en la capacidad de amar (Abraham, 1921).

¹³⁸ Es de destacar el aporte de Béla Grunberger quien considera al narcisismo como una instancia psíquica de igual importancia que las instancias freudianas de la segunda tópica. Oponiéndose a esta concepción, Melanie Klein, plantea su rechazo, al postular la existencia primera de las relaciones objetales, a la idea del narcisismo primario, así como la de un estadio narcisista, y sólo considera los estados narcisistas como resultado de las retracciones libidinales que se producen sobre objetos interiorizados.

Según lo desarrollan Bleichmar y Bleichmar (1999),¹³⁹ dicha transferencia narcisista planteaba un problema teórico (dado que el narcisismo era considerado básicamente anobjetal), que fue resuelto por Kohut con su planteo de que el narcisismo, lejos de ser superado en el curso del desarrollo, sufría una evolución paralela e independiente de la libido objetal, coexistiendo con éste a lo largo de toda la vida. El resultado del desarrollo pulsional es la estructura tripartita de la mente y el del desarrollo del narcisismo, es el self. Para su maduración, el narcisismo utiliza ciertos objetos del medio ambiente con los que establece relaciones peculiares; objetos a los que Kohut llamó objetos del self. En el tratamiento de los pacientes con dicho trastorno narcisista, Kohut propone fortalecer el self, a través de la interpretación y elaboración de las transferencias narcisistas y dar curso a un desarrollo normal de la libido narcisista. En síntesis, hacia el final de su obra, Kohut propone que los conflictos pulsionales considerados por el psicoanálisis clásico surgen sólo cuando el desarrollo de la libido narcisista no ha resultado suficientemente exitoso.¹⁴⁰

Otro de los autores que profundizaron el tema del narcisismo, fue Otto Kernberg. A pesar de coincidir en muchos planteos con Kohut, Kernberg difiere en las explicaciones etiopatogénicas y estructurales que aporta Kohut y por lo tanto, a partir de esas diferencias, discrepa con ciertas indicaciones técnicas.

“El sí-mismo grandioso descrito por Kohut constituye para Kernberg el resultado de la fusión de imágenes del sí-mismo ideal con el sí-mismo real y con el objeto, aunque difieren respecto a su origen: para Kohut, el sí-mismo grandioso refleja la fijación en un sí-mismo primitivo y arcaico pero normal, mientras que para Kernberg constituye una estructura patológica netamente diferente del narcisismo infantil normal.

Otro punto de divergencia es el relacionado con la naturaleza de la libido objetal y narcisista. Recordemos que para Kohut la libido narcisista tiene una línea de evolución paralela e independiente de la libido objetal. En cambio para Kernberg no es posible divorciar el estudio del narcisismo normal y patológico¹⁴¹ de las vicisitudes de los derivados de instintos tanto libidinales como agresivos, y del desarrollo de los derivados estructurales de las relaciones objetales internalizadas.

¹³⁹ Según nos aclaran los autores (1999), Freud propuso la idea de que el niño pasa en el comienzo de su vida por una fase de narcisismo primario en el cual los objetos externos no son reconocidos como tales. Poco tiempo después el bebé es capaz de percibir a su madre como objeto satisfactor; como su relación con ella se canaliza en gran medida a través del acto de mamar, esto produce como consecuencia que se catectice la zona oral. Así se produce el desarrollo pulsional del ser humano, a lo largo del cual distintas zonas corporales van adquiriendo prioridad como zonas erógenas. El narcisismo primario es reemplazado por la libido objetal. Sólo en circunstancias patológicas hay una regresión a ese estadio anobjetal del desarrollo.

¹⁴⁰ El narcisismo para Kohut no excluye la relación objetal: se puede necesitar del objeto y de sus cuidados lo cual no quiere significar que lo ama.

¹⁴¹ Para Hugo Mayer (1989) el narcisismo normal es equivalente de lo que diversos autores han llamado también erótico, libidinal o de vida... y el narcisismo patológico corresponde al narcisismo especular que es potencial o manifiestamente tanático. Este autor recuerda que Green propone que al narcisismo positivo se le debe anuar su doble invertido que llama narcisismo negativo, que se halla dominado por el principio de Nirvana, representante de las pulsiones de muerte, y que tiende al rebajamiento de la libido al nivel cero, aspirando a la muerte psíquica. Mayer subraya la íntima conexión entre el narcisismo patológico y la compulsión de muerte derivada de la interiorización de los sentimientos filiciales parentales.

La importancia que Kernberg da a los impulsos agresivos se pone de relieve al ahondar en las explicaciones que uno y otro autor ofrecen ante ciertos fenómenos transferenciales. Para Kohut la transferencia idealizadora es la expresión de una falla primitiva de los objetos del *self* idealizados, quienes no permitieron al niño vivir la experiencia de idealización y fusión con un objeto externo. Kernberg, por su parte, distingue en la transferencia idealizadora una formación patológica resultante de la condensación del sí-mismo con las imágenes del objeto real y del sí-mismo ideal. En dicho vínculo se puede observar una intención defensiva contra la expresión de la rabia y la envidia. El desarrollo narcisista no manifiesta fallas estructurales que la terapia podrá reparar sino una distorsión y desvalorización activa de los objetos externos. En síntesis, el problema que se expresa a través de la transferencia idealizadora no es un defecto de los objetos externos sino una incapacidad del sujeto de idealizar a sus progenitores a consecuencia de tener grandes montos de rabia y envidia en su relación con ellos.

Por lo tanto, surgen importantes discrepancias técnicas, Kernberg critica a Kohut que no interpreta las pulsiones agresivas y además, su propuesta de permitir la idealización del analista por parte del paciente. Opina que esto hace degenerar la técnica en una psicoterapia de apoyo, dado que aceptar la admiración implica un abandono de la posición neutral, en la misma medida en que lo hace la hiper-objetividad crítica". (Bleichmar y Bleichmar, 1999).

Según Elisabeth Roudinesco (1998) la concepción lacaniana del estadio del espejo, desarrollada en 1949, se basó en el punto confuso de la ubicación del narcisismo primario y su relación con la constitución del yo. Para Jacques Lacan, el narcisismo originario se constituye en el momento de la captación por el niño de su imagen en el espejo¹⁴², imagen a su vez basada en la del otro (en particular la madre), constitutiva del yo. Con la experiencia de esta fase, que se extiende desde los 6 hasta los 18 meses, el niño va configurando la imagen de su cuerpo, la que estructura al yo antes de que el sujeto se comprometa en la dialéctica de la identificación con el otro y con el lenguaje. La unidad del cuerpo es un resultado de este proceso, mientras que en la etapa previa el niño tiene la angustiante fantasía de su cuerpo fragmentado.¹⁴³

El período del autoerotismo corresponde entonces a la primerísima infancia, al período de las pulsiones parciales y del "cuerpo fragmentado", signado por ese "desamparo

¹⁴² Según nos aclara Bleichmar (1976) el niño obtiene una imagen unificada de sí, a través de la visión que él le devuelve el espejo, y la fantasía de cuerpo fragmentado resulta de un efecto retroactivo de tal representación unificada del cuerpo. Si tal representación unificada no existiera, nada podría entenderse como fragmentado, ya que la idea de fragmentado proviene del efecto de contraste con la representación unificada. El planteo recíproco también es cierto ya que si no se tiene la noción de fragmento, nada puede entenderse como entero y no se justificaría el saludo jubiloso de la imagen especular.

¹⁴³ En la fase del espejo pueden diferenciarse 3 etapas: 1) el niño percibe su reflejo en el espejo como si fuera un ser real que trata de aprehender; 2) la imagen reflejada es diferenciada de un ser real y el niño no trata de aferrarla; 3) el niño reconoce que el reflejo del espejo es una imagen y que la imagen reflejada es suya. El niño a través de esta dialéctica entre el ser y la apariencia, alcanzaría la identidad. La identificación primitiva de la fase del espejo sería la raíz de las identificaciones posteriores. (Palmier, 1971).

original” cuyo posible retorno constituye una amenaza, en el fundamento de la agresividad.¹⁴⁴

“Si pensamos que la imagen en el espejo no alude sólo a la relación física madre – hijo, sino que también constituye una metáfora del vínculo entre ellos, se nos ampliará de manera notable la comprensión de cómo el deseo materno contribuye a formar la imagen corporal de cada sujeto... Si la madre reconoce en el hijo la materialización de su ideal, o si percibe en él a alguien monstruoso, defectuoso o peligroso, todo ello será registrado por el niño, que verá – en los ojos y en la actitud afectiva de la madre – reflejada una imagen que no tardará en aceptar como propia”. (Mayer, 1989)

Según Laplanche (1970) la de Lacan constituye la tentativa más elaborada para tratar de llenar el vacío que deja la noción freudiana del yo en la descripción del “nuevo acto psíquico” susceptible de provocar el pasaje del autoerotismo al narcisismo. La intención de Lacan, interpreta Laplanche, no es por cierto el vincular de manera necesaria la aparición del yo humano con la creación del *instrumento* del espejo, ni con el hecho de que Narciso pueda contemplar su imagen en el agua sino con el reconocimiento de la forma del otro humano y la precipitación correlativa en el individuo de un primer esbozo de dicha forma. Según Laplanche, sin embargo, sería inexacto decir que Freud no delimitó el lugar de la identificación especular, que ya se halla presente en Duelo y melancolía (1917) y sobre todo en un pasaje de El yo y el ello (1923), donde especifica que “el yo es ante todo un yo corporal, no es tan solo un ser de superficie, sino que es en sí mismo la proyección de una superficie”.

La contribución de Green al tema del narcisismo es el resultado de largos años de tarea. En su obra Narcisismo de vida y de muerte, publicado en 1983, reúne escritos que van de 1966 hasta dicha fecha, y que trasuntan un esfuerzo por integrar los postulados freudianos con la concepción estructuralista. Green considera la estructura narcisista como un componente fundamental e insustituible de la esencia humana, componente además pesquizable en la clínica como estructura de fondo que en ocasiones constituye el aspecto conflictivo central.

Green subraya que en el tema del narcisismo, dado que Freud ha permanecido excesivamente atado al tema de las neurosis, y en particular a las de transferencia, se hace indispensable lograr una continuidad conceptual sin introducir una contraposición neta entre la vieja y la nueva conceptualización metapsicológica.

El deseo, entendido como el movimiento a través del cual el sujeto busca el objeto, constituye por consiguiente la unión entre la vieja conceptualización, fundada sobre el análisis de la neurosis y la nueva apoyada sobre la clínica de los casos límite. Según nos puntualiza Hornstein (2000), la insatisfacción del deseo señala la dependencia del sujeto respecto del objeto y acrecienta los sufrimientos narcisistas. Se aspira a una satisfacción no

¹⁴⁴ Articulada con la teoría lacaniana que reconoce la existencia del narcisismo primario incluso antes del estadio del espejo, la reflexión de Françoise Dolto ubica las raíces del narcisismo en el momento de la experiencia privilegiada constituida por las palabras maternas más centradas en la satisfacción de deseos que en la respuesta a necesidades.

sometida a la dependencia del objeto, logrando un silencio del deseo; cuando el otro impone una desmentida a la omnipotencia se genera la rabia narcisista. Esa insatisfacción lo priva al narcisista de ser liberado, por la satisfacción, del deseo. Busca más un *deseo de satisfacción que una satisfacción de deseo* (Green, 1983).

Según Green (1995), “lo que hace del narcisismo un estado mortífero es sin duda la autosuficiencia que veda todo intercambio verdadero, o limita los intercambios a relaciones especulares, condenando a la esclerosis al sistema cerrado que él constituye, como esas células que mueren por sobrecarga de grasa”. También nos parece importante destacar la idea de Green acerca del dormir como manifestación narcisista tanática y el soñar como expresión del narcisismo libidinal.

Nuestro interés en el tema

El propósito que nos guio para la profundización del tema del narcisismo, se basa en la hipótesis, compartida por otros autores¹⁴⁵, de que la última década de este siglo se la podría describir como “la era del narcisismo”.

Recordamos a Luis Chiozza (1982) cuando dice “El auge del individualismo, que otrora condujo al hombre hacia el florecimiento pleno de sus disposiciones latentes nos muestra hoy sus formas caducas. Por ejemplo: el orgullo, que implica responsabilidad y esfuerzos, cede su puesto a menudo a la vanidad, que es irresponsable y más fácil. Un narcisismo excedido se oculta frecuentemente bajo el disfraz del amor a los hijos. El egoísmo se viste con el ropaje más digno del amor familiar. La amistad, sazónada con el cálculo, queda sometida a las leyes de la relación concretamente útil. El cariño, que enriquece el vínculo amoroso a través de la generosidad y la capacidad de cuidar, se convierte en una debilidad peligrosa, que debe ser sustituida por la pasión y el enamoramiento, que procuran la posesión del objeto. Todo esto en nombre de una necesidad de progreso individual, que se hace imperativo bajo las formas, paupérrimas en su absurda simplicidad, de mayor poder, o prestigio, y mayor riqueza”.

Describe este autor la conflictiva del narcisismo vs. la relación objetal en términos que nos resulta fructífero compartir: “El hombre no ha nacido, sin embargo, para vivir aislado. Para realizarse plenamente necesita, como la neurona, vivir inmerso en un mundo de interlocución. Ninguna de sus posesiones, como le ocurre a un niño con una pelota, puede ser gozada en ausencia de otro con quien compartirla. El goce solitario se realiza mediante el artificio efímero de una presencia imaginaria. Las formas de un individualismo degradado, que hemos llamado caducas, desoyendo esta perentoria necesidad de convivir, crean en el hombre medio de nuestros días un vacío existencial de fondo. Entonces, como le ocurre a un solterón en el día de Navidad, no existe quien pueda llenar ese vacío. Sus hijos sólo funcionan como prolongaciones narcisistas de su propio ego; su cónyuge, frecuentemente devorado en un vínculo simbiótico, es sólo un pretexto para su crecimiento egoísta; sus amigos fueron elegidos para otros fines, acordes con la conveniencia de otro momento. Así, aterrizado por un silencio enfermo, intentará hablar

¹⁴⁵ Entre los autores que la han denominado de esta forma, podemos citar a Christopher Lasch que se ocupa profundamente del tema en su libro “La cultura del narcisismo”, Bompiani. Milano. 1981.

del tiempo, de lo que pasará con el dólar, o, irresponsablemente, de lo que ocurre en la política nacional o internacional. O intentará hacer algo, arriesgando su dinero, su vida o su honra, en el deporte o el juego; o soñará con vacaciones imposibles; o con adquisiciones nuevas, incluyendo en estas últimas las aventuras sexuales. Cuando, como a menudo sucede en la edad media de la vida, sus formaciones defensivas se agotan, aparece un cuadro que nuestra complicidad culpable prefiere encerrar, todo entero, en el diagnóstico de la melancolía. Sienten que sus vidas, o la vida en su conjunto, carece de sentido. En nuestra interpretación diagnóstica habitual, las vicisitudes de las relaciones del yo con el superyó, que fundamentan la psicodinamia de la melancolía, invaden abusivamente el campo nuevo, constituido por las relaciones del superyó “individual” con las formas ideales caóticas del consenso social”. (Chiozza, 1982).

Como patología emanada del trastorno narcisista manifestado en el individualismo acendrado que predomina en nuestra era, podemos describir, dentro del vacío de sentido que reina, a la depresión como una de las enfermedades más frecuente, resultante de vivencias como la ausencia de un futuro promisorio, la falta de trabajo creador, el nihilismo, el hundimiento de los ideales, el pesimismo abrumador del cual se intenta salir con drogas, en resumen, el profundo desánimo moral que embarga al individuo en la actualidad. Esta cultura que impregna las llamadas sociedades de avanzada, donde la crisis de los valores ha transformado completamente la existencia del individuo, provocándole replegamientos cada vez más frecuentes sobre su propio yo, es una cultura que desdén la entrega afectiva al otro, entrega que es interpretada como un acto de debilidad, de sometimiento y de pérdida de autonomía. Es en este tipo de cultura, donde los actos de camaradería han sido sustituidos por la rivalidad, la magnanimidad por la voracidad, la búsqueda de lo esencialmente bueno, por el acaparamiento indiscriminado de bienes y relaciones.

Entendemos que desde el individuo se halla enfermo el afecto descrito como la magnanimidad¹⁴⁶; desde la sociedad, lo que describiríamos como el altruismo metapsicológicamente hablando, constituiría una falla en la adquisición del narcisismo sano, libidinal o maduro, según la terminología de los distintos autores.

Sería deseable que el hombre frente a la soledad en que lo sume el narcisismo patológico, adquiriera conciencia de que necesita ineludiblemente al otro para ser plenamente feliz, para realizarse auténticamente. Para alcanzar este nivel, debería poder tolerar la “injuria narcisista” que implica la aceptación de que sólo hay un Yo si hay un Tú, y que este Yo halla su verdadera trascendencia en la construcción del Nosotros. Nosotros enriquecedor, que basado en el compartir y en el re-descubrimiento del amor verdadero que tolera las diferencias, es el que trasciende las tendencias individualistas y ayuda en el verdadero crecimiento yoico.

El narcisismo patológico desde el punto de vista ecosistémico se lo puede descubrir bajo la forma de los llamados por Bateson “propósitos conscientes” que son

¹⁴⁶ Es actualmente llamativa la falta de inclusión de las personas en las redes de cooperación social, así como nos resulta paradójica, que la situación de ayuda al prójimo que debería constituir un verdadero placer objetual, figure como “castigo” ante determinados delitos, donde se incluye en la pena, el “trabajo comunitario”.

aquellos en los que, y “con la más pura de las intenciones conscientes”, se cometen graves acciones destructivas en sistemas más amplios que el individual, provocándose así repercusiones incontrolables. Es en este sentido como en ocasiones para nuestra “comodidad”, “progreso” y “bienestar”, luchamos contra el ambiente y al derrotarlo, nos estamos destruyendo. (Bateson, 1972).

Para alcanzar la verdadera comprensión trascendente de nuestra inclusión en el ecosistema es necesario tomar conciencia de la insignificancia de nuestro Yo frente a la magnitud de dicho ecosistema. Esta configuraría parte de una “injuria narcisista básica”, que pondría en crisis nuestra creencia egoísta de lo particular de nuestro propio yo, pero que, a su vez, sería el modo indispensable para que el hombre se incluyera culturalmente de una manera más plena y menos destructiva en todo lo que lo rodea.

Una buena autoestima, como expresión libidinal de la función narcisista¹⁴⁷, debería realzar la importancia de todas aquellas actividades que incluyeran metas y ambiciones que se hallaran al servicio del desarrollo del sujeto y al enriquecimiento de aquellos objetos que lo rodean, sobre todo las orientadas al engrandecimiento de los vínculos objetales que no se encuentran destinados al servicio del propio Self. En este último caso englobamos a aquellos sujetos que “dan todo por sus hijos”, o por su familia o por su grupo de pertenencia, donde a través de una magnanimidad supuesta, se encubre el impulso egoísta de volver a recibir de acuerdo a lo invertido en dichos objetos.

Muchos de los supuestos “benefactores” que aparecen en las redes de intercambio social, en ocasiones esconden tendencias de grandiosidad y exhibicionismo, subyacentes a sus obras de bien.

Un adecuado sentimiento de amor propio y del propio valor, permitiría al individuo renunciar a sus motivos narcisistas patológicos, en la organización de su conducta y de sus relaciones, donde el equilibrio de los vasos comunicantes estuviera dado por una adecuada proporción entre la dedicación orientada hacia los objetos y la destinada al propio yo, o sea entre la investidura narcisista y la objetal. La distinción entre el narcisismo sano y el patológico estaría dada por el grado de éxito logrado en el armonioso desarrollo y enriquecimiento del sí – mismo, comprometido emocionalmente con la misma meta, en lo que respecta a su ecosistema.

Pensamos que la patología narcisista, en nuestra época, también se la puede adscribir a la falta de figuras relevantes que encarnen un Ideal para el Yo¹⁴⁸ lo cual alteraría

¹⁴⁷ En nuestro medio, fue Gilda Sabsay de Foks quien postuló para la actividad narcisista, el término de función, planteando que esta función puede ser libidinosa o tanática. Si es libidinosa se transforma en estructurante para el yo. Dicha autora considera que sólo si hay autoconsideración o autoestima es posible la emergencia, el desarrollo y el enriquecimiento de la maduración yoica. Se trata de una función multideterminada, que proviene de una estructura narcisista que, por lo tanto, es estructurante de la función, pero a su vez, esta función es estructurante del yo. En dicha función tienen un papel de importancia los componentes heredados que, a través del Ello, pasan a formar parte de ella. (Sabsay de Foks, 1974)

¹⁴⁸ La formación del Ideal del Yo también ha sufrido una evolución en el pensamiento freudiano ya que en un principio (1914) lo describe como una formación intrapsíquica que constituye un residuo del narcisismo primitivo perdido; posteriormente (1923) utiliza el término “superyó” como sinónimo de “ideal del yo”.

el equilibrio libidinal, hundiendo al hombre en un “estancamiento narcisista” que lo mantendría sin encontrar la salida de dicho narcisismo, por imposibilidad de dirigir sus catexias hacia un objeto que funcionara como fuente de enriquecimiento yoico, ayudándolo hacia su crecimiento, apuntando hacia el engrandecimiento de dicha instancia a través de posibilitarle cada vez mayores y más adecuados procesos sublimatorios.¹⁴⁹ En este estancamiento el sujeto queda atrapado en un narcisismo tanático¹⁵⁰ que rebaja y lesiona la autoestima, dado que el ideal del cual depende le impone una relación de sometimiento y de ausencia de posibilidades de trascendencia.

Este estancamiento narcisista también puede producirse por tomarse a sí mismo como objeto de amor, viendo en sí al ideal de perfección al que se aspira. Podemos interpretar que en dicha egolatría el sujeto queda varado en el lugar del ideal narcisista de sus padres, tratando de ser o tener aquello que ellos soñaron. Dentro de este vínculo endogámico, de una manera autosuficiente y sin necesidad de conquistar el amor del objeto, vive como en una especie de burbuja individualista, donde no hay realimentación posible por hallarse perturbados los vínculos enriquecedores con los otros. Dichos vínculos también son frecuentemente eludidos, porque al ser capaces de provocar frustración, angustia o miedo, lo llevarían al sujeto a poner en tela de juicio su propia omnipotencia.

Observamos en esta época una especie de formación reactiva al individualismo, por el cual se encubre este estancamiento narcisista con el hecho valorado socialmente, de entablar numerosos ligámenes, caracterizados en su mayoría por la superficialidad del vínculo afectivo que los sostiene, relaciones en las cuales los individuos “se llevan bien con todo el mundo” porque, en realidad, no le dan auténtica importancia, esencialmente, a nadie. Algunos autores se han referido a este fenómeno describiéndolo como la “época light”.

Estos vínculos, que adquieren la categoría de elecciones narcisistas, se configuran sobre la base de que los objetos seleccionados representan cómo es el sujeto que los elige, cómo fue o cómo quisiera serlo, o también, como describe Freud para la elección femenina de amor, eligiendo a quien más satisface su autoestima. En este caso la

Luego en 1932, el superyó aparece como una estructura que engloba las funciones de autoobservación, conciencia moral e ideal.

¹⁴⁹En esta dirección, sabemos que Freud (1914) define al narcisismo primario como aquel estado particular en el cual una magnitud de libido proveniente del ello carga al yo, que describe Freud como “ante todo un yo corporal” (1923). El narcisismo secundario surge mediante la asimilación de los objetos en el yo, que provoca la retracción sobre éste de las cargas libidinosas dirigidas hacia esos objetos. “Los psicoanalistas hablan de un narcisismo primario, o bien secundario. Si bien no existe un absoluto acuerdo acerca del uso de estas expresiones, se admite por lo general que el narcisismo primario designaría todos los revestimientos libidinales anteriores al revestimiento de un objeto *en el pleno sentido del término* (y, por tanto, ya que el revestimiento objetual en su pleno sentido no aparece sino con el Edipo, a todos los revestimientos pre-edípicos). El narcisismo secundario sería aquel en el que un sujeto, tras haber revestido a un objeto, retiraría este revestimiento del objeto, no para revestir con la libido liberada a otro objeto (como aquel que cambia de pareja o de objeto amoroso), sino para dirigirla sobre el propio sujeto. (De Waelhens, 1973)

¹⁵⁰ Diferenciamos el narcisismo tanático del sadomasoquismo, a partir de que en este último se puede ver una relación con el objeto externo (aunque sea un objeto de elección narcisista) y se observa una necesidad de sufrimiento o de agresión, como modos de lograr el goce. En cambio el narcisismo tanático, se hallaría más cercano a situaciones desintegrativas, con alto dosaje de desesperanza, que acercan el sujeto a lo inanimado.

elección no se hace por los atributos del objeto, sino porque convierte al individuo en un ideal que lo retrotrae a la antigua situación de “his majesty the baby”.

También en la misma dirección de alteración narcisista, ubicamos las “personalidades como sí” caracterizadas por contener en su estructuración identificaciones parciales y disociadas, que dan lugar a pseudoidentificaciones, características del mimetismo, merced a las cuales lo que *finjen* ser dichos individuos, es en realidad una vestidura vacía. Esta situación configura una difusión de la identidad (pseudoidentidad), donde falta un concepto integrado de sí y de los objetos totales, en relación con el sujeto, con manifiesta incapacidad para establecer adecuadas interacciones con los demás por falta de empatía emocional. (Spagnuolo, 1999).

Desde otra vertiente, y asimismo partiendo de Freud¹⁵¹, podemos interpretar las afecciones tumorales como otra expresión de la patología narcisista, en las cuales se ha perdido el código ordenador del tejido al cual pertenece originalmente la célula tumoral, célula que inicia un derrotero individualista por el cual ella va a sobrevivir, pero haciendo peligrar la vida del hombre que la alberga. Esto en el lenguaje popular está representado por la expresión con la cual se denomina a un individuo como un “cáncer”, cuando se pretende describir metafóricamente su tendencia a vivir del otro, o sin preocuparle el destino de aquellos que lo rodean.

En otros trabajos acerca del cáncer de mama, nos hemos ocupado más extensamente de la problemática de esta vicisitud de la relación objetal perturbada. (Spagnuolo, 1977, 1983, 1985). En dicha patología hemos interpretado, en términos del lenguaje de órganos, hechos como por ejemplo, la gran diferencia estadística de aparición de dicha patología, en mujeres que no han amamantado, de su ausencia en aquellas que lo han hecho con frecuencia. Desarrollamos en dichos trabajos una visión del vínculo de la lactación como un fenómeno mutuamente enriquecedor, donde interpretamos el dar de mamar como expresión de un “dar” mucho más abarcativo, símbolo del afecto que encarna a la magnanimidad y la aparición de la patología mamaria como una expresión somática de las alteraciones o vicisitudes que sufrió dicha entrega amorosa.¹⁵²

En otra enfermedad muy actual, sobre todo en uno de los países más desarrollados del mundo, en Estados Unidos de Norteamérica, la hiperobesidad, también se estaría mostrando el aspecto de voraz acumulación narcisista de reservas energéticas que nunca serán utilizadas y que se vuelven contra el propio sujeto que la alberga.

¹⁵¹ En Más allá del principio del placer, Freud (1920), afirma que las células germinales se comportan de un modo “narcisista”, porque tienen necesidad de la actividad de sus pulsiones de vida para sí mismas, en calidad de reserva, con miras a su posterior actividad de grandiosa dimensión anabólica. Agrega un año más tarde, en la misma obra, que tal vez habría de declarar narcisistas, en ese mismo sentido, a las células de los neoplasmas malignos, dado que la patología está preparada para considerar congénitos sus gérmenes y atribuir a ellos cualidades embrionales.

¹⁵² Clínicamente y por disección, se observa a menudo un notable grado de estancación láctea en el cáncer de mama, los conductos distendidos con secreción espesada faltan rara vez en la mama limitrofe al carcinoma y frecuentemente se halla esta estancación tan sólo en la zona que conduce a la neoplasia. (Ewing, 1948)

También podemos interpretar esta alteración libidinal, en las frecuentes enfermedades por autoinmunidad en donde se ve atacada la propia identidad, como si fuera desconocida, evidenciando una alteración de lo que algunos autores consideraron el “narcisismo sano” o una falla del narcisismo primario, traicionando de esta manera la forma más primitiva del amor propio.

El hombre ante la amenaza de su derrumbe individualista, se halla enfrentado a la terrible dramática de pactar con su tendencia narcisista, trocando los vínculos de rivalidad por las vivencias de encuentro pleno con el otro, yendo más allá de los límites que le provee su narcisismo patológico para construir con el otro una realidad donde el bienestar consista en el logro del placer mutuo, gozando la oportunidad que nos da el otro de convertirnos en dadores.

No podemos hablar propiamente de un objetivo amoroso sin presuponer el reconocimiento de una básica e ineluctable insuficiencia narcisista, al modo de la elaboración de la posición depresiva kleiniana. Dicha vivencia de carencia o incompletud, guiaría al yo en la búsqueda del objeto que posibilitara, en cuanto diferente, el hallazgo de los aspectos que saciaran dicha falta.¹⁵³

Si podemos hablar hoy en día de una psicosis social, sería a través de la imagen de sus individuos descatectizando sus vínculos con los otros y encerrándose en un acorazamiento narcisista, a fin de lograr metas que son meras prótesis de aquellas vivencias esenciales perdidas en un desarrollo defectuoso, donde fallaron las figuras magnánimas que lo habrían ayudado a configurar ideales dadores¹⁵⁴. Un narcisismo tanático presupone fuertes procesos desintegrativos y va dejando cada vez más sumido al sujeto sin la realimentación necesaria de su entorno, hasta terminar viviendo como en una perpetua autodestrucción, o en palabras de Angel Garma (1971) “cada cual ama o destruye a su prójimo como a sí mismo”.

Deseamos concluir este trabajo con las palabras del poeta Khalil Gibran (1984), donde sentimos que se halla bellamente expresado el concepto de un dar magnánimo, producto del narcisismo maduro, que hemos intentado describir.

Un rico mercader se acercó al Profeta y preguntó “Maestro, ¿puedes hablarnos del dar?”.

Y él contestó:

Dais muy poco cuando entregáis lo que es vuestro como patrimonio.

Cuando ofrecéis algo de vuestro interior es cuando realmente dais.

¿Qué son vuestras posesiones sino cosas que atesoráis por temor a necesitarlas mañana?.

¿Y qué es el temor a la necesidad sino la necesidad misma?.

¹⁵³ Podríamos describir esto con la metáfora de los vasos comunicantes en donde a mayor conciencia de la carencia y de la propia incompletud, mayor sería la necesidad y búsqueda del afecto del otro destinada a colmarla.

¹⁵⁴ “Si gracias al ‘narcisismo de vida’ el yo procura alcanzar cohesión yoica, el ‘narcisismo de muerte’ intenta reducir a cero las investiduras yoicas” (Green, 1983).

¿No es, en realidad, el miedo a la sed, cuando el manantial está lleno, la sed inextinguible?

Hay quienes dan un poco de lo mucho que tienen, pero lo dan buscando el reconocimiento y su deseo oculto daña sus regalos.

Y hay quienes tienen poco, pero todo lo dan.

Son éstos los creyentes en la vida y en la magnificencia de la vida y su cofre nunca estará vacío.

Hay quienes dan con alegría y esa alegría es su fortuna.

Y hay quienes dan con dolor y ese dolor es su bautismo.

¿Y hay algo, acaso, que, de verdad puede guardarse?

Todo lo que tenéis será entregado algún día.

Dad, pues, ahora, que estáis en la estación de dar, que es vuestra y no de vuestros herederos.

Es bueno dar algo cuando ha sido pedido, pero es mucho mejor entregar lo que no nos ha sido solicitado, comprendiendo.

Porque, a la verdad, es la vida, la que da a la vida, mientras que vosotros que os creéis dadores, no sois más que testigos...

BIBLIOGRAFIA

ABRAHAM, Karl (1919) Una forma particular de resistencia neurótica contra el método psicoanalítico, en *Psicoanálisis Clínico*. Ediciones Hormé. Pág.231.

(1921) Contribuciones a la teoría del carácter anal, en op. cit. pág. 284.

BATESON, Gregory (1972) Crisis en la ecología de la mente, en *Pasos hacia una ecología de la mente*. Ed. C. Lohlé. Buenos Aires.

BLEICHMAR, Hugo (1976) *La depresión: un estudio psicoanalítico*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.

BLEICHMAR, Norberto; BLEICHMAR, Celia L. de (1999) *El psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica*. Paidós. Buenos Aires. Pág. 390

CHIOZZA, Luis A. (1982) Convivencia y trascendencia en el tratamiento psicoanalítico, en *Obras Completas de Luis Chiozza*, Edición CD ROM, In Context informática documental, Buenos Aires, 1996.

DE WAELHENS, A. (1973) *La psicosis*. Ediciones Morata. Madrid. Pág. 62

EWING, James (1948) *Oncología*. Salvat Editores. Barcelona.

FENICHEL, Otto (1964) *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Paidós. Bs. As.

FREUD, Sigmund (1905) Tres ensayos de teoría sexual. Obras Completas, Vol. VII, Amorrortu editores. Buenos Aires.

(1911) Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. Obras Completas, Vol. XII, Amorrortu editores. Buenos Aires.

(1911) Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. Obras Completas, Vol. XII, Amorrortu editores. Buenos Aires.

(1913) Tótem y tabú. Obras Completas, Vol. XIII, Amorrortu Ed. Bs. As.

(1914) Introducción del narcisismo. Obras Completas, Vol. XIV, Amorrortu editores. Buenos Aires.

(1916) Conferencias de introducción al psicoanálisis. Obras Completas, Vol. XVI. Amorrortu editores. Buenos Aires.

(1917) Duelo y melancolía. Obras Completas, Vol. XIV. Amorrortu editores. Buenos Aires.

(1917b) Un recuerdo de infancia en Poesía y verdad. Obras Completas, Vol. XVII. Amorrortu editores. Buenos Aires.

(1920) Más allá del principio del placer. Obras Completas, Vol. XVIII, Amorrortu editores. Buenos Aires.

(1921) Psicología de las masas y análisis del yo. Obras Completas, Vol. XVIII. Amorrortu editores. Buenos Aires.

(1923) El yo y el ello. Obras Completas, Vol. XIX, Amorrortu editores. Buenos Aires.

(1932) Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Obras Completas, Vol. XXII, Amorrortu editores. Buenos Aires.

GARMA, Angel (1971) En los dominios del instinto de muerte. Revista de Psicoanálisis, XXVIII, 2. Buenos Aires.

GIBRAN, Khalil (1984) El profeta. Ed. Galerna. Buenos Aires

GREEN, André (1970) El narcisismo primario ¿estructura o estado? Ed. Proteo. Buenos Aires.

(1983) Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. Amorrortu 1986. Buenos Aires.

(1995) La metapsicología revisitada. Eudeba. 1996. Bs. As.

HORNSTEIN, Luis (2000) Narcisismo. Autoestima, identidad, alteridad. Paidós. Buenos Aires.

LAPLANCHE, Jean (1970) Vida y muerte en psicoanálisis. Amorrortu. Bs.As.

MAYER, Hugo (1989) Volver a Freud. De la teoría del narcisismo a la clínica psicoanalítica. Paidós. Buenos Aires.

MIGONE, Paolo (1995) Terapia psicoanalítica. Ed. Franco Angeli. Milano. Cap. 10

MILLER, Alice (1994) El drama del niño dotado y la búsqueda del verdadero yo. Ed. Tusquets. España.

PALMIER, Jean – Michel (1971) Jacques Lacan, lo simbólico y lo imaginario. Ed. Proteo. Buenos Aires.

RIVA POSSE, Alberto (1996) El narcisismo y el D.S.M.IV, en Rev. Nº 4 de Psiquiatría Dinámica y Psicología Clínica, Año 2, Vol.4 de la AAP (Asociación Argentina de Psiquiatras).

ROUDINESCO, Elisabeth y PLON, Michel (1998) Diccionario de psicoanálisis. Paidós. Buenos Aires.

SABSAY DE FOKS, Gilda (1974) El narcisismo como función libidinal o tanática. Presentado en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática (CIMP), Buenos Aires.

SPAGNUOLO, Ana (1977) Cáncer de mama. Aportes a su comprensión psicosomática en la Jornada sobre “El enfermo canceroso”, Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática (CIMP), Buenos Aires.

(1983) Cáncer de mama. Aportes a su comprensión psicosomática (2ª. Comunicación) en el Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática (CIMP), Buenos Aires.

(1985) Un estudio psicoanalítico del cáncer de mama, en el II Congreso Latinoamericano de Medicina Psicosomática (Campinas) Brasil.

(1999) Borderline. Recopilación bibliográfica y elaboración temática realizada para la pasantía “Cuadros fronterizos y Psicosis”, Facultad de Psicología de la UBA. Ficha de circulación interna.

PSICOTERAPIA DE PAREJA

Y

***ALIANZAS DEFENSIVAS EN
PSICOTERAPIA DE PAREJA***

Psicoterapia de pareja

MOTIVOS DE CONSULTA

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

ÁREAS CONFLICTIVAS DE LA PAREJA

La pareja y la sexualidad

La pareja y la infidelidad

La pareja, el aburrimiento y el reproche

La pareja y la separación

CRITERIO DE CURACIÓN Y OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

ALIANZAS DEFENSIVAS EN

PSICOTERAPIA DE PAREJA

Ilustración de QUINO

BIBLIOGRAFIA

FOR AUTHOR USE ONLY



El beso, del escultor peruano Víctor Delfino.

*Nacisteis juntos y juntos permaneceréis para siempre.
Estaréis juntos cuando las blancas alas de la muerte esparzan vuestros días. Y también en
la memoria silenciosa de Dios estaréis juntos.
Pero dejad que los vientos del cielo libren sus danzas entre vosotros.
Amaos con devoción pero no hagáis del amor una atadura.
Haced del amor un mar móvil entre las orillas de vuestras almas.
Llenaos uno al otro vuestras copas pero no bebáis de una misma copa.
Compartid vuestro pan pero no comáis del mismo trozo.
Cantad y bailad juntos y estad alegres pero que cada uno de vosotros sea independiente.
Las cuerdas de un laúd están separadas aunque vibren
con la misma música.
Dad vuestro corazón pero no para que vuestro compañero se adueñe de él.
Porque sólo la mano de la vida puede contener los corazones.
Y permaneced juntos... pero no demasiado juntos.
Porque los pilares sostienen el templo pero están separados.
Y ni el roble crece bajo la sombra del ciprés ni el ciprés bajo la del roble.*

Kahlil Gibran

PSICOTERAPIA DE PAREJA

“El amor no es esencialmente una relación con una persona específica; es una actitud, una orientación del carácter que determina el tipo de relación de una persona con el mundo como totalidad, no con un objeto amoroso”.

Erich Fromm “El arte de amar”

En el despliegue de una vida normalmente sucede el encuentro con una pareja. Desde el comienzo de nuestra existencia fuimos espectadores de una pareja que nos formó y luego pasamos a ser los principales actores de otra, la que nosotros formamos. Esa primitiva pareja parental de la cual procedemos, constituye un modelo internalizado, amado ambivalentemente, al cual buscamos imitar, reformar, negar, o superar, en ocasiones conscientemente y las más de las veces, inconscientemente.

La psicoterapia de pareja consiste en una intervención en crisis, por un tiempo limitado, que se incluye dentro de las terapias denominadas vinculares ya que constituye un abordaje donde se hallan presentes ambos miembros de la pareja y el enfoque terapéutico se halla dirigido al análisis del vínculo que mantienen sus miembros y los conflictos surgidos de dicho vínculo.

Es un tipo de psicoterapia breve donde se trata “en todo sentido de evitar favorecer los procesos regresivos... y por lo contrario tendemos a trabajar con la progresión, orientados siempre hacia nuestra meta” (Kalina, 1970).

Berenstein y Puget (1982) sostienen que los vínculos se originan en el intento de resolver una falta, una condición de desamparo originario. El vínculo, es una organización inconsciente que se diferencia de la relación de objeto que es intersubjetivo, una unión estable entre un yo y otro. La pareja, para los autores citados, se constituye con una estructura vincular en la que convergen tres modelos: individuales, diádicos y socioculturales en permanente interacción, formando una red que puede transformarse fácilmente en núcleo de crisis.

La pareja es una relación que se conforma con el propósito consciente de sostener un proyecto vital compartido, que contempla intercambios afectivos, situaciones de vivencias cotidianas, relaciones sexuales, crianza de hijos, actividades laborales, etc., dentro de un contexto socio cultural, teñido de un sentimiento de pertenencia, que en los momentos de crisis amenaza el equilibrio del vínculo, siendo por otra parte, las problemáticas originadas en dichas áreas, los motivos de consulta más frecuentes.

La psicoterapia de pareja es una técnica terapéutica de frecuente demanda en la actualidad por ser una época de crisis para todas las instituciones y la pareja es quizás una de la más conmovida por dichas crisis.

MOTIVOS DE CONSULTA

Según Myriam Alarcon de Soler (2006) las crisis de pareja surgen cuando se rompen o se desorganizan, los acuerdos inconscientes de la relación y serán oportunidad de crecimiento o de replanteo de los mismos, de ruptura vincular, o de deterioro vincular al obturar la emergencia de los significantes subyacentes a la misma.

Llegar a un pedido de terapia de pareja implica para sus integrantes, una renuncia narcisista inicial: “solos no podemos solucionar nuestros problemas” y, más inconscientemente, la de someterse a la mirada de un juez crítico – como se lo puede vivenciar al terapeuta - que ante la exhibición de sus problemas, los va a censurar por el maltrato mutuo¹⁵⁵.

La herida narcisista significa para el yo de cada uno de la pareja, reconocer que la idealización generada durante el enamoramiento¹⁵⁶ es ilusoria y los enfrenta a la dificultad de no poder resignificar las alianzas y pactos iniciales por otros diferentes y más eficaces.

Uno de los momentos claves de consulta de las parejas se produce cuando cualquier pequeño desencuentro es magnificado, mostrando la dificultad de soportar la diferencia, la individuación, con la amenaza de la ruptura de la simbiosis latente.

En la entrevista de pareja se juega la posibilidad de mirar juntos, pacientes y terapeuta, desde una nueva perspectiva dichos desencuentros, lo cual conlleva la posibilidad de un cambio inherente. El terapeuta, con sus intervenciones, facilita la construcción de significados nuevos que permiten a la pareja aliviarse de su malestar.

Las intervenciones ejercen una función reparatoria que, a la vez que contiene al dolor, le permite a la pareja resignificar situaciones que amenazaban con ser inamovibles o cronificarse.

Entre los motivos conscientes más frecuentes de consulta y que en lo latente configuran heridas narcisistas para la pareja, vemos:

- Hijos: la aparición del primer hijo, con la consiguiente ruptura del “nosotros”, o el “tú y yo” del enamoramiento, despierta la aparición de los celos típicos de la nueva estructura triangular.
- Pubertad y adolescencia de los hijos, con las crisis individuales que plantea y la ruptura del equilibrio familiar.

¹⁵⁵ Una buena capacidad de autocritica se forja en la infancia con las adecuadas críticas parentales que lo rescaten al niño de la fantasía de “his majesty the baby”, obviamente cuanto menos críticas constructivas haya recibido el individuo en la infancia, menos dispuesto está a recibirlas de adulto y más odio se hace acreedor quien se las formula. Esta situación es definitiva en el abandono de la terapia de pareja donde el sujeto puede vivir los señalamientos o interpretaciones, como agresiones.

¹⁵⁶ *Amar es pensar al amado. Enamorarse es pensar en sí mismo. Sólo el amor es altruista.* Jaime Barylko

- Cambios individuales de uno de los miembros de la pareja, no acompañados por transformaciones en el otro, sobre todo los que se refieren a crecimientos profesionales, o de situaciones que implican adquisición social de poder.
- Enfermedades o situaciones traumáticas que cambian los roles tradicionales en los cuales se gestó la pareja.

La necesidad de formar una pareja se gesta con el mismo origen del hombre y la mujer, pero a pesar de ser una tendencia natural es quizás la relación de convivencia que más conflictos despierta ya que las tendencias de carácter antagonistas es donde encuentran el escenario más íntimo, fértil y de mayores enfrentamientos.

En las crisis, los cónyuges esperan del otro que se comporte como objeto único amparador, dado que la instalación misma del vínculo remite al desamparo originario, constituyente de todo ser humano. En su origen la pareja establece el acuerdo de ser “el uno para el otro”, intentando fundar un “nosotros” que va más allá de las individualidades.

En la pareja se impone la lógica de lo diverso, donde lo masculino y lo femenino es complementario uno del otro, pero a pesar de ello, la ambivalencia de los afectos se despliega en los distintos momentos de su transcurrir.

Para comprender la dinámica de las relaciones de pareja, Janine Puget nos propone el concepto de “acuerdos inconscientes” que describe la elección inconsciente de una pareja¹⁵⁷. Las parejas están unidas por aspectos conscientes e inconscientes. Los aspectos conscientes remiten a aquello que comparten, que sienten que les falta, que los complementa. Los aspectos inconscientes remiten a la necesidad de llenar ciertas necesidades, aunque estos puedan traducirse en sufrimiento consciente.

El malentendido¹⁵⁸ (palabra que subraya la noción de conflicto) que subyace a la conflictiva de la pareja se descubre rastreando los motivos, condiciones y características del “enganche” de la pareja. El malentendido es una solución de compromiso, una transacción sintomática, que posee elementos conscientes e inconscientes y mientras la pareja no lo revise, no hay grandes posibilidades de solucionar los conflictos que de él emergieron.

Según Merea¹⁵⁹, en oportunidades la cronicidad de la conflictiva de la pareja se sostiene por la necesidad de mantener incólumes los mitos de la familia de origen. Lo transgeneracional está relacionado con lo que se transmite a través del Complejo de Edipo, en el sentido de las órdenes y funciones familiares.

¹⁵⁷ El enamoramiento instaura la elección conyugal y contiene los elementos inconscientes que la caracterizan y que serán responsables tanto de la posibilidad de crecimiento vincular como de la repetición de modelos arcaicos.

¹⁵⁸ Merea sostiene que el malentendido es el concepto relativo para entender la situación intersubjetiva en la pareja. Lo define como la depositación de un ideal del yo (como instancia psíquica) en el otro miembro de la pareja. Es distinto de idealización y de enamoramiento. Es una depositación de elementos narcisísticos infantiles. La pareja se arma alrededor de ese malentendido, se llega a la simbiosis, hasta que por distintas causas eso hace crisis.

¹⁵⁹ Seminario de Pareja y Familia, Sociedad Psicoanalítica del Sur, 2001

El complejo edípico traslada distintos mitos a través de las generaciones como por ejemplo el mito de “cuna de oro – cuna de barro” que tiene multitud de expresiones y que es clave para comprenderlas en la psicoterapia de las parejas y familias. La fundación de la pareja y los avatares posteriores relacionados con el nacimiento y crecimiento de los hijos, implican actualizaciones del complejo edípico vivido por cada uno de los miembros de la pareja.

Dada esta procedencia infantil, que entraña en diversa medida elementos imaginarios y fijaciones importantes a objetos parentales, se dan las condiciones para que toda articulación a través de los ideales, contenga elementos falseadores de esa realidad. Por esta razón, Merea considera a ese origen de constitución de la pareja, la falla o malentendido básico inicial.

La patologización creciente del malentendido por obra de todo tipo de factores antinarcisísticos que operan en la vida, sumados a los acontecimientos propios del devenir temporal, se constituye en el punto principal de la problemática conflictiva de la pareja. Para apuntalar la ligazón, se puede ir constituyendo un tipo de unión que Merea denomina “simbiosis de la pareja”. Pero, normalmente, puede surgir la “crisis de la pareja” donde, la mayoría posiblemente procese su conflictiva a su estilo y con los elementos de que dispongan para lograrlo y continúen su vínculo sin una disolución manifiesta. Otras parejas optan por una consulta terapéutica como intento de resolución de su conflictiva.

Hay mitos universales y otros particulares de cada familia. Cuando la familia o la pareja, expresa un mito, puede tener el carácter de algo cerrado y que debe ser cumplido como destino que nadie puede cuestionar, sin embargo, el cuestionamiento del mito, pasa a ser una garantía eventual de curación.

Es notorio el hecho de que cuando una pareja logra procesar los mitos familiares, sus hijos ya no serían tributarios necesariamente, de la repetición incondicional de dichos mitos¹⁶⁰. Los mitos deben ser cuestionados, no destruidos, para poder seguir funcionando y que siga rindiendo efectos dinámicos de cambios en la pareja. La psicoterapia deberá trabajar en términos de que lo que era mito, devenga verdad histórica.

Podrían describirse los peligros que amenazan en la actualidad a la pareja como ciertos momentos vitales que imponen la unificación, con el riesgo de la fusión (donde el nivel de alteridad es mínimo) y momentos en los que hay que procesar la diversidad (con lo cual la herida narcisista de que el otro no es mi espejo, es mayor).

Matrimonio y divorcio son mutuamente necesarios, según Chiozza¹⁶¹, puesto que justamente lo que le da autenticidad al matrimonio es que dispone de la posibilidad del divorcio, aunque lo importante es que esta posibilidad no sea usada ante cualquier embate adverso, o cuando la pareja se ve sometida a las tensiones de la realidad. En la templanza ante las frustraciones, la pareja evidencia su calidad de amor y ternura, como diría Ortega y Gasset “ese arrobamiento del ánimo”.

¹⁶⁰ Un ejemplo paradigmático en la cultura serían los casamientos reales hechos por conveniencia, que implican el sostenimiento del mito de que existe una **familia real**, dichos casamientos, destinados a sostener estas estructuras, donde estos mitos fundantes no son cuestionados.

¹⁶¹ Comentario personal en Seminario de ejercicios teórico-clínicos 30/8/1996

Si lo tuviéramos que definir al amor, enfatizaríamos su fuerza motivadora, gracias a la cual un sujeto puede brindarle al otro protección, paz, placer y estimular su crecimiento y vitalidad, sin pedir nada a cambio.

Salzman¹⁶² citado por Martin (2001) define “el amor maduro como un estado existencial en el que la satisfacción o seguridad de otra persona llega a ser tan importante como la propia. Es una auténtica expresión de intimidad, ternura y relación de colaboración con otro ser humano, razón por la cual muchos creen que el verdadero amor se desarrolla antes de que madure la función sexual, sin que venga a complicarlo el apetito carnal”.

La realidad muestra que no es simple la construcción de una buena pareja y muchas veces se observa que más que una elección basada en el apuntalamiento en los modelos generados en la primera infancia, la pareja es un baluarte cerrado, una elección teñida de impulsos narcisistas; y es así que en la consulta terapéutica se observan a menudo las elecciones en función de los rasgos patológicos de personalidad, más que en los rasgos sanos que podrían inducir al crecimiento en ambos integrantes.

Mantener la libertad en la pareja es sostener una dependencia no conflictiva, madura, que produce un enriquecimiento de la identidad y no el empobrecimiento del sometimiento, que, normalmente es producto de una desesperada necesidad de cariño proveniente de carencias infantiles estructurales, uniones que están más basadas en el miedo a la soledad que en el amor a la compañía del otro.

FOR AUTHOR USE ONLY

¹⁶² SALZMAN, R. (1975) Discussion. Medical Aspects of Human Sexuality, feb. Pág. 108

*En el amar abandonamos la quietud y asiento
dentro de nosotros y emigramos virtualmente
hacia el objeto. Y ese constante
estar emigrando es estar amando.*
Ortega y Gasset “Estudios sobre el amor”

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

Con respecto a las técnicas terapéuticas eficaces para la psicoterapia de pareja, coincidimos con Peter Martin (2001) que ninguna forma de abordaje, ha demostrado ser mejor que otras y que en general, los terapeutas experimentados, de diferentes orientaciones teóricas, logran resultados comparables, logros que dependen más de las características personales del terapeuta, su capacidad de empatía y su experiencia clínica que de sus inclinaciones teóricas.

“El terapeuta que sólo es capaz de adoptar un enfoque, trata de amoldar a él a sus pacientes: los que no puedan operar bajo las condiciones así impuestas, no lograrán crecer. El terapeuta capaz de suministrar una variedad de medios nutrientes, en los que puedan crecer una variedad de individuos, adaptará los medios a las necesidades del paciente, y no el paciente a las limitaciones de sus propias dotes o formación”. (Martin, 2001)

Actualmente se ha extendido el criterio fundado en las terapias cognitivo conductuales que enfatizan la capacidad de la pareja de decidir y de manejar las distorsiones cognitivas subyacentes.

Según García Higuera, en su trabajo “La estructura de la pareja: implicaciones para la terapia cognitivo conductual” (2002) donde cita a Lawrence, Eldridge y Christensen quienes afirman que este abordaje no enfrenta en forma directa la intimidad, pero que sus técnicas, al promocionar la comunicación y el entendimiento conjunto de los problemas, la potencian indirectamente. En un estudio sobre la eficacia a largo plazo de la terapia cognitivo conductual frente a terapias basadas en el insight, hay autores que muestran la superioridad de estas últimas frente a las conductuales, por el número de divorcios que se dieron en un seguimiento de cuatro años, de las parejas tratadas con cada una de las técnicas, aunque la polémica continúa porque determinados autores enfatizan que en la terapia de insight al realizarse interpretaciones acerca de los motivos subyacentes de las conductas problemáticas, darse explicaciones a los sentimientos, creencias y expectativas inconcientes, se incrementaría la intimidad y la aceptación del otro, en consecuencia se fortalecería la relación y se fomentaría su continuidad. En cambio, los terapeutas conductuales no ven al insight como suficiente para producir los cambios necesarios en la pareja para resolver la crisis que los aqueja¹⁶³.

¹⁶³ En la terapia cognitivo conductual; cuando intervienen componentes cognitivos distorsionados, se trata detectar y reestructurar las atribuciones, expectativas, creencias irracionales, etc.; se procede a modificarlas, eliminando atribuciones a motivos o intenciones ocultos, moderando o cambiando las expectativas, los estándares aprendidos en las familias de origen o por ideas preconcebidas, para adaptarlos a las posibilidades de la pareja, atacando las ideas irracionales etc. como se ha visto, las propias explicaciones y atribuciones que

Más allá de la técnica utilizada creemos que es de suma importancia, la capacidad de la pareja para el crecimiento, el desarrollo, el aprendizaje y la creatividad que posean, que podríamos resumir, en su *capacidad vital para el cambio*.

El tratamiento de la pareja, según Vecslir (1987), podría dividirse en tres momentos que si bien en la práctica aparecen mezclados, marcan igual una posible secuencia:

- Desarrollo del motivo de consulta (desacuerdos conscientes)
- Trabajo sobre la crisis (acuerdos inconscientes)
- Negociación y recontrato

El objetivo de la terapia puede centrarse en la posibilidad de crear un espacio para una “negociación” que lleve la relación a otro acuerdo (de unión o separación) más satisfactorio para ambos, tolerando el hecho de que toda negociación conlleva una renuncia.

“Este espacio de negociación se abre cuando es posible ir desarticulando la alianza inconsciente de la pareja, para dar la posibilidad de que se articule una unión más capaz de contener los deseos propios de cada uno. A mi modo de ver ninguna pareja llega a hacer un contrato enteramente satisfactorio que pueda ser pensado como el último. El único acuerdo definitivo es la separación (y a veces ni eso) por el hecho mismo de que ésta legaliza la muerte del deseo y por lo tanto la renuncia a su búsqueda” (Vecslir, 1987)

Según Kalina (1970) los objetivos sobre los cuales se debe centrar nuestra atención y actividad psicoterapéutica durante las sesiones, son:

- a) El interjuego y la complementariedad de roles.
- b) El condicionamiento recíproco de actitudes.
- c) Las discrepancias entre el rol asignado, el rol asumido y el rol esperado.
- d) Los conflictos surgidos a raíz del rol que cada uno asume.
- e) Las diferencias entre las conductas explicitadas y las actitudes subyacentes.
- f) La estereotipia de roles.
- g) La pérdida de límites y la utilización de la regresión como defensa, lo que los hace actuar según pautas de conducta a veces pretéritas que hacen casi incomprensibles los mensajes que se intercambian. Es decir, corregir las distorsiones en los niveles de comunicación.

se dan a los conflictos pueden ser también una fuente de ajuste o desajuste matrimonial. Las técnicas que se emplean son la reestructuración cognitiva, el diálogo socrático, la contrastación científica de hipótesis, etc. El análisis lógico se utiliza para poner las expectativas en su sitio. Para modificar las suposiciones y los estándares se utiliza el diálogo socrático, en el que se pregunta y se evalúan las consecuencias de vivir con esos estándares, tales como “no se debe estar nunca enfadado con tu pareja”. Se enseña la habilidad de utilizar de forma constructiva la metacomunicación para editar los pensamientos y hacer que sea efectiva, modificando la forma en que se está hablando y evitar seguir por los caminos de la emoción que llevan a la escalada de violencia. (García Higuera, 2002)

- h) Detectar e interpretar la significación de lo que Teruel¹⁶⁴ denomina “objeto u objetos internos dominantes”. Esta postulación constituye un aporte importante para el trabajo con parejas.

En nuestra práctica psicoterapéutica, comenzamos con una entrevista diagnóstica preliminar, donde las intervenciones apuntan al esclarecimiento de la dinámica de la pareja. La consigna es abierta: proponemos a la pareja un espacio para pensar juntos lo que les ocurre, aquello que les genera sufrimiento y que los trae a la consulta.

La pareja va construyendo un relato conjunto, a partir del cual se recogen los datos históricos individuales, resaltando los aspectos históricos de las respectivas familias de origen ya que sabemos que, un gran porcentaje de su elección de pareja, su evolución y la crisis actual, está determinado por dicho lugar de partida familiar ya que fueron dichos antecesores quienes proveyeron los modelos identificatorios que han moldeado determinados aspectos del vínculo actual.

Nos planteamos entre los primeros interrogantes, cuáles son los espacios generadores de conflicto, cuándo aparecen o se han agudizado las dificultades, y cuáles podrían ser los elementos que han determinado la crisis actual o la emergencia del motivo de consulta. También nos preguntamos por los aspectos saludables de la pareja que nos van a sembrar de posibilidades de éxito la labor terapéutica.

Preguntas acerca de cómo se conocieron, qué les gustó de cada uno, cuáles eran las circunstancias de la vida de cada uno al momento del encuentro inicial, permiten una mayor comprensión situacional del relato conjunto y también abre la posibilidad de inferir la dinámica inconsciente vigente en el momento fundante del vínculo y los acuerdos inconscientes que se pusieron en juego en su constitución. Al mismo tiempo esto puede dar alguna luz acerca del conflicto actual, las expectativas respecto al futuro de la pareja y como vislumbran la posibilidad de la ruptura del vínculo.

En ciertos casos, solicitamos un genograma¹⁶⁵, en especial cuando se trata de familias complicadas o integrada por muchos miembros, que resultan difíciles de recordar al nombrarlos la pareja en las entrevistas iniciales.

También le solicitamos a cada uno que escriba su historia personal, a solas, dedicándole a cada historia una sesión para su lectura. La pareja decide quién la leerá en primer lugar. El que no lee ese día, recibe la consigna de escucharla atentamente, registrando el impacto emocional de lo que escucha. Este artificio, permite un acercamiento inicial para poner a prueba el nivel de tolerancia de la pareja a la discriminación.

¹⁶⁴ Teruel, Guillermo “Recent trends in the diagnosis and treatment of marital conflict”, leído en la Sección Médica de la British Psychological Society, 26 de mayo de 1955

¹⁶⁵ El genograma es una representación gráfica (en forma de árbol genealógico) de la información básica de, al menos, tres generaciones de una familia. Incluye información sobre su estructura, los datos demográficos de los miembros y las relaciones que mantienen entre ellos. De esta forma, proporciona a “golpe de vista” una gran cantidad de información, lo que permite no sólo conocer a la familia, sino realizar hipótesis acerca de la relación entre el problema y el contexto familiar, la evolución del problema a lo largo del tiempo, su relación con el ciclo vital de la familia, etc.

La historia de cada integrante es su biografía con sus vivencias resignificadas en ese momento de crisis. Escribirla implica un movimiento de autorreflexión, de soledad, configurando una producción que trasciende a quien la produce.

El comienzo de estos relatos, nos cuenta el modo que tienen los pacientes de presentarse a sí mismos, su autodefinición, su fantasía identitaria y de los miembros de su entorno.

La psicoterapia que proponemos implica una escucha psicoanalítica con el encuadre propio de las psicoterapias breves, con intervenciones que tiendan a una eficacia resolutoria de las conflictivas que plantea la pareja y la búsqueda de una resignificación realista de los desacuerdos y resentimientos que los llevaron a la crisis.

Disponemos de tres instrumentos en cuanto a la verbalización de nuestras intervenciones: los esclarecimientos o señalamientos, las interpretaciones y las construcciones.

Con respecto a las interpretaciones, seguimos el criterio de Merea (2003) cuando nos dice que “una interpretación útil podría ser aquella que, dirigida al miembro conflictivo o portavoz, contenga además de las ideas sobre su conflicto, la explicación del papel que juega el otro *en su mente* y *en los hechos* en la cuestión de que se trate, y que esta interpretación *genere otra complementaria* que se pueda dirigir también a ambos. Tal tipo de intervención puede dirigirse también a ambos miembros simultáneamente”.

Como un ejercicio inicial, se le propone a cada uno de los miembros de la pareja, luego de la recolección de los datos históricos de cada uno, que escriban a solas, un breve listado de cuáles son los aspectos de carácter que les resultan placenteros de sí mismos y del otro y también, los displacenteros. Estos listados son leídos en la sesión y comentados los ítems de acuerdos y desacuerdos mutuos.

Como otro ejercicio, según el tipo de conflicto vincular, se puede indicar un Encuentro Matrimonial¹⁶⁶, que se desarrolla fuera del ámbito psicoterapéutico, y que puede brindar un lugar de espacio reflexivo para la pareja. Las vivencias resultantes de este Encuentro son luego analizadas en el ámbito de la terapia, enriqueciendo en ocasiones dicho proceso.

En determinadas circunstancias, si uno o ambos de los miembros de la pareja presentan rasgos caracterológicos graves, se les indica terapia individual con distintos terapeutas, dado que el espacio de la terapia de pareja necesita un mínimo de clima armónico y reflexivo para la elaboración de los conflictos.

Es importante recordar que los señalamientos e interpretaciones deben ser dirigidos a la pareja¹⁶⁷ y no a los miembros individualmente para no caer en psicoterapias individuales, hechas en pareja. De este modo, dirigiendo la interpretación a la pareja se concientiza como

¹⁶⁶ Técnica que en nuestro país fue desarrollada por ciertos grupos religiosos y consiste en un retiro espiritual de parejas que se lleva a cabo con coordinadores entrenados y donde se realizan distintos ejercicios destinados a un re-encuentro de la pareja.

¹⁶⁷ Estas intervenciones deben abarcar 3 planos en los que una pareja se articula: el de sus interacciones comunicativas, que tiene que ver con ciertos vínculos de realidad; con el de las complementariedades psicopatológicas que se producen en una pareja y en tercer lugar, con la escenificación o mapa edípico que una pareja presenta.

“ambos ganan” o “pierden” con determinadas soluciones dilemáticas a sus conflictos. Se intenta “desarmar” las soluciones de compromiso, los pactos, los acuerdos inconscientes, con los consiguientes beneficios primarios y secundarios de todo síntoma.

Uno de los malentendidos que hemos observado en la dinámica de la pareja, es cuando uno de sus miembros vivencia al otro como su exacto opuesto y cree que si otorga un consentimiento o un acuerdo, lo único que logra es aumentar el egoísmo de su pareja. Esta situación incrementa el sentimiento de desconsideración que sufre el partenaire frustrado por el no reconocimiento. Este modelo vincular se constituye en torno a quien detenta el poder y quien tiene “la” razón.

Hemos podido comprobar en el proceso psicoterapéutico de parejas una hipótesis de César Merea quien resalta como significativo el tono de voz para detectar los cambios que se van produciendo a lo largo de los tratamientos, remarcando la importancia de la forma por sobre el fondo, donde no es tan importante lo que se dice, sino *cómo* se lo dice. El tono de voz marca un estado afectivo que lleva en sí muchas veces la toma de consciencia y la consistencia de un pensamiento organizado de forma tal en el psiquismo que denuncia en sí, la inminencia de un cambio.

Es frecuente que durante las sesiones, las parejas organicen su relato bajo la forma de una oposición entre sentidos que cada uno de los miembros de la pareja defiende, llamado organización dualista por Berenstein (1982) y que configura una defensa intersubjetiva a través de la cual las diferencias se exacerban como modo de evitar tomar contacto con las características comunes del vínculo, que permanecen inconscientes por su carácter conflictivo y producen efectos en la relación. Esta defensa también parece estar destinada a producir una escisión en la mente del terapeuta, lo cual facilitaría las alianzas que describiremos más adelante.

No es habitual que pensemos que la psicoterapia de pareja pueda tener contraindicaciones y ser en consecuencia, iatrogénica. De acuerdo con Fainblum (1987), no indicamos el tratamiento en las siguientes situaciones:

- Cuando es usado para fijar al otro en un lugar: al terapeuta le resulta imposible penetrar con sus interpretaciones, pues la idea original es confirmar eso que piensa cada uno del lugar del otro.
- Cuando se está frente a una pareja con interacciones psicopáticas y usan el ámbito de la psicoterapia de pareja para exhibirse y perpetuar ese funcionamiento o avalar ciertas conductas. Esta situación lleva al terapeuta a la imposibilidad de pensar pues el juego suele ser tan rápido que lo descolocan continuamente.
- Otro tipo de pacientes, cuyo tratamiento de pareja si bien no está contraindicado, suele ser dificultoso, es el que constituyen aquellas parejas donde uno de los miembros viene como acompañante del “enfermo”; el “sano” no tiene conciencia de su sufrimiento y del lugar que éste ocupa en su mundo interno.

“Nosotros solamente podemos tener conflictos, hostilidades y malestares serios con las personas que amamos. Nunca vamos a tener demasiado malestar con alguien que no nos importe”
Chiozza ¹⁶⁸

ÁREAS CONFLICTIVAS DE LAS PAREJAS

Dentro de las áreas conflictivas de las parejas hemos hallado algunas que, en distintas proporciones o vicisitudes, se manifiestan en forma manifiesta o latente: las dificultades sexuales, la infidelidad, el aburrimiento, el reproche y la separación.

La pareja y la sexualidad

La unión de una pareja es placentera cuando armonizan el amor, el cariño, la estima y las relaciones sexuales. Cuando aparece un trastorno en estas últimas, es porque refleja alteraciones que también se produjeron en otras áreas de su unión.

“Cuando en el intercambio de la pareja no predomina la sexualidad, en sentido amplio – Eros – probablemente predomine alguna forma de destructividad – Tánatos - . Y si pensamos en la sexualidad en sentido restringido, la ausencia de relaciones sexuales posiblemente indique un intercambio con un alto nivel de conflicto (excepción hecha de los gerontes)” (Spivacow, 2005).

El trastorno sexual, aunque se manifieste en uno de los miembros de la pareja, ya sea como eyaculación precoz, impotencia, frigidez, vaginismo o dispareunia, es expresión de una conflictiva donde ambos son participantes activos, aunque uno de ellos sea el encargado de manifestarlo. El que no manifiesta el trastorno, ha logrado proyectar sus conflictos y dificultades en su partenaire.

Una situación que despierta irritabilidad en la pareja, lo constituye el uso del sexo para manipular al otro, como un factor dominante de poder, estableciendo las condiciones bajo las cuales van a tener o no relaciones sexuales.

En general la fuerza operante de la sexualidad tiene, al igual que otras identificaciones vigentes en la actualidad de la pareja, sus raíces en las relaciones vivenciadas en los vínculos de la pareja parental de cada uno de los miembros de la pareja que nos consulta. Creemos que la capacidad de amar es resultado de la incorporación de objetos internos que sentimos nos han amado y con los cuales nos identificamos.

¹⁶⁸ Seminario de los Jueves de Clínica Psicoanalítica, noviembre 2008. Fundación Luis Chiozza. Buenos Aires.

Aclarar estas raíces históricas amorosas alivia, en muchas ocasiones, malestares que mantenían a la pareja en un clima de confusión respecto al por qué les sucede lo que los aqueja.

La pareja y la infidelidad

La fidelidad es la actitud de alguien constante y comprometido en los sentimientos, ideas u obligaciones que asume. Deriva del latín “fidelitas” que significa servir a un dios. La fidelidad es la **capacidad, el poder o la virtud de dar cumplimiento a las promesas**. También es la capacidad de no engañar, de no traicionar a los demás. Cuando se rompen estos compromisos se llama infidelidad.

Dentro de las crisis que puede sufrir una pareja, un motivo frecuente de solicitud de terapia, lo constituye la infidelidad, que es la forma con que en ocasiones las parejas postergan la resolución de problemas, que surgen durante sus crisis evolutivas y que no fueron superadas dentro del vínculo. Es también un intento maniaco de resolver ese mismo tipo de problemas. En sus consideraciones semánticas (falta de fidelidad, deslealtad) el término infidelidad aparece relacionado con juicios de valor, lo cual dificulta pensarlo como un síntoma que debe ser analizado.

Cristophe Baroni (1971) diferencia la “verdadera fidelidad” que tiene una raíz noble y válida: el amor y que es la mejor y la más auténtica, de otras formas de fidelidad, como la que él llama “la fidelidad por deber” que es la de quienes rechazan la tentación de aventuras extramatrimoniales por temor a provocar pena a su cónyuge, a herir a sus hijos, o por la crítica social. También describe la “fidelidad por culpabilidad” como una forma neurótica de fidelidad, especie de formación reactiva contra los deseos pulsionales que no tienen en cuenta las exigencias morales de buena gana: “es la fidelidad punitiva producto de infidelidad del corazón o del instinto”.

Sara Berenstein (1987) incluye tres aspectos complementarios en la caracterización de la infidelidad:

1. La infidelidad evidencia una zona de insatisfacción en la relación de pareja que no pudo expresarse abiertamente.
2. Pertenece a ambos integrantes de la pareja, aunque como acto, frecuentemente sea sólo uno el que lo realiza.
3. Configura una alteración o ruptura de la tendencia monogámica.

El hecho de hallarse en una relación monogámica contiene una complejidad teñida por la vivencia de ser solamente el uno para el otro, como ocurre en el enamoramiento (fascinación, estado especular). Pero el estar en un vínculo con un sólo objeto privilegiado, puede despertar en alguno de los integrantes de la pareja, o en ambos, fantasías de encierro claustrofóbico o de tedio existencial. En ocasiones estas fantasías surgen luego de que se cumplieron todos los ideales del Yo (hijos, bienestar económico, etc.). La relación de “amantazgo” contendría la fantasía de la renovación de un nuevo proyecto pleno de vitalidad.

En ocasiones la infidelidad tiene como objetivo la venganza por lo que uno de los cónyuges ve como injusticia o el sentimiento de minusvalía de su autoestima por ataques despreciativos de su pareja, intentando en su fantasía, recuperarla con el trato revalorizador de un amante.

También hay un tipo de infidelidad que sirve para mantener a la pareja en un estado de no cambio, ya que toda proyección en el otro de la situación displacentera, produce un cierto alivio. Deja al reprochado la tarea futura de cambiar. Si la terapia logra hacer consciente este requerimiento ilusorio y patológico, la pareja recupera la capacidad de pensar el vínculo.

Lograr modificaciones estructurales, requiere replantear los acuerdos inconcientes que implican también cambios de las identificaciones establecidas.

Aunque muchos de los problemas más notorios de las parejas proceden de la infidelidad, debemos destacar una forma de fidelidad extrema, devocional que es opresiva, irritante, asfixiante. Obstfeld (1984) destaca que un elemento importante de la nocividad de este modelo vincular, es que resulta muy difícil quejarse del mismo. Este amor servil es signo de inmadurez del que así ama y un acto de presión hacia el objeto, es un amor que mata y se oculta tras el eufemismo de la devoción.

La pareja, el aburrimiento¹⁶⁹ y el reproche

En las parejas que llevan conviviendo un cierto tiempo existe la posibilidad de que la rutina y monotonía de lo cotidiano, arrastre hacia una inercia carente de estimulación y atractivos novedosos. El aburrimiento y los reproches que se derivan del tedio que padece la pareja, no son la fuente de los conflictos sino los indicadores de los mismos.

Para las personas que creen que sólo lo novedoso puede despertar atracción, una larga convivencia de pareja es sinónimo de rutina y aburrimiento. Sin embargo el aburrimiento proviene de otra situación vital mucho más profunda que la falta de nuevos estímulos.

Surge entre otras posibilidades, de la falta de creatividad de una pareja, de la dificultad de soñar y proyectar, del limitarse a “estar juntos” en cambio de “hacer algo juntos”; con justicia al acto sexual se lo llama “hacer el amor”, mostrando en esa expresión como el mismo encuentro sexual debe convertirse en un verdadero trabajo de ternura y actividad afectuosa dirigida, no sólo a lograr el placer sino a darle al otro, placer.

El aburrimiento se siente como un estado de ánimo provocado por las circunstancias externas (“mi marido es aburrido”) de lo cual se espera que el otro “haga algo” para sacarlo de ese estado. Los reproches siempre se dirigen a algo que uno imagina que el otro debiera ser o como su vida debiera ser, pero no lo es.

¹⁶⁹ “El marido y la esposa deben continuar unidos solamente mientras se amen. Toda ley que les obligue a cohabitar por un sólo momento después de haber desaparecido su afecto, constituye la más intolerable tiranía” *Percy Bysshe Shelley (1792-1822)*

Otra característica del aburrimiento es que cuesta mucho soportarlo y se lo intenta evitar con distintos recursos para buscar “sensaciones nuevas”, conociendo a alguien diferente para “vivir una aventura” o con adquisiciones que gratifiquen, o con algún tipo de droga que cambie el letárgico estado del aburrimiento. También la pareja suele tratar de evitarlo con una agenda colmada de eventos sociales donde se evite la intimidad y el sentimiento de vacío.

En oportunidades el aburrimiento se gestó por el desencuentro que vive la pareja en una búsqueda compulsiva de mejoras materiales como indicadores de triunfo, alejándose de un encuentro espiritual pleno de comprensión, contención y apoyo mutuo. Se lo suele encubrir en estos casos con actitudes violentas, verbales o físicas, donde la “reconciliación” aparece como haciendo resurgir un interés por el otro que no es genuino.

Un caso típico de aparición del tedio, ocurre en la pareja cuando los hijos se fueron y el trabajo de la crianza queda de lado. **El reencuentro genera miedo, el pasar de dedicarse a “otros” a pasar a intimar en el “nosotros” nuevamente y la sospecha que la intimidad anterior ya no sea la misma o que ya no exista, genera malestar.**

Paradójicamente, la pareja dispone ahora de un tiempo al que tanto aspiraban y se enfrentan con un gran vacío que los aleja del disfrute en común. A esto se suma la visión de la vejez que se aproxima, intensificando la crisis, donde la infidelidad o el divorcio, ilusionan con sacarlos del tedio y tener un efecto rejuvenecedor, prometiéndose en el nuevo estado que sus vidas cobren un nuevo sentido más atractivo.

Los reproches son la expresión de un estado mental por el cual se manifiesta un malestar que se hace imprescindible evacuar. Se organizan como una estructura verbal, formulada o no, con una dramatización, que al igual que en el aburrimiento, el objeto de los reproches, es siempre el responsable del malestar del sujeto.

En la terapia de parejas frecuentemente surgen reproches de todo nivel e intensidad representando en muchos momentos de la misma, un verdadero obstáculo técnico ya que el terapeuta se convierte en un testigo inoperante que sólo puede observar la escena violenta de los mutuos reproches.

La mayoría de los reproches que diariamente alimentan la vida de las parejas, se refieren por una parte, a la exigencia que el otro ocupe rígidamente el lugar que se le ha designado; de esta manera se realiza la ilusión de recuperar la completud perdida.

Por otra parte, configuran un arma contra el objeto que se signa como culpable de frustrar al sujeto, lo cual genera muchas de las situaciones de violencia en la pareja.

Según Berenstein y Puget (1982) cuando en la terapia pueden hacerse consciente, los requerimientos ilusorios y patológicos, se recupera la capacidad de pensar en el vínculo, o sea, se lograría si se visualiza el conflicto entre el deseo narcisista de completud, las exigencias ilimitadas y la aceptación de las diferencias.

Algunas crisis en las parejas son causadas por circunstancias que superan la voluntad consciente de sus integrantes, como las enfermedades, o situaciones que exceden el control

como los accidentes, muertes u otros sucesos traumáticos, que configuran cambios importantes para el estilo vital y los modelos vinculares de la pareja.

La crisis de la mediana edad de la pareja puede ser decisiva para la forma o estilo vital de encarar la madurez. Es el momento donde lo auténtico de la relación se pone en evidencia. Puede ser un momento de conciliación, producto de la tolerancia y de valorizar la historia vivida en común durante muchos años, ya que como dijo Racker (1945) “la fidelidad es el recuerdo del pasado”.

La psicoterapia de pareja puede resultar el ámbito adecuado de re-encuentro con ese otro del cual hoy se parece estar tan distante y vigorizar la mirada que en los momentos iniciales de la pareja les permitió la entrega amorosa. Recordamos a Saint- Exupéry “Amar no es mirarse el uno al otro; es mirar juntos en la misma dirección”.

La pareja y la separación

En determinadas consultas la pareja ya trae la firme decisión de separarse, expresado con un “venimos para separarnos bien”.

En nuestra práctica clínica observamos que son parejas que ya estaban cursando desde un tiempo atrás, un divorcio encubierto, no formalizado por temores ante la individuación y los cambios externos e internos, que dicha resolución conlleva.

En ocasiones porque son personas simbióticamente adheridas a otras, que les aterra la soledad, y que colocan sus miedos en los problemas que les va a engendrar la separación a sus hijos o las dificultades económicas derivadas de la división familiar.

Esta etapa vital previa a la concreción de la separación de la pareja, ha sido descrita por Mariam Alizade (2008) como “el pre-divorcio, el tiempo del hilo tensado. Se detecta cuando la pareja hace síntomas. Puede durar largos años. El vínculo se envuelve en una atmósfera irritante donde predominan los afectos negativos: desaliento, desesperación, rivalidad, reproches, quejas, violencias recíprocas y hastío. Los fenómenos más llamativos de esta etapa son las interacciones frustrantes, la manifestación de incompatibilidades de gustos y proyectos, los destiempos madurativos y la activación de núcleos neuróticos o psicóticos”. Alizade (2008).

La separación será conforme a la biografía de esa pareja, si tuvieron suficientes aspectos vivenciales positivos, podrán distanciarse y se les facilitará el duelo de la pérdida del vínculo¹⁷⁰ de tal manera que ello les ayudará para una posible y futura nueva pareja.

En cambio, la separación no es solución para el que no logre cambiar su modelo patológico de relacionarse. Este hecho se observa en la reedición de la problemática vincular en la

¹⁷⁰ Funosas y Dayen (1995) nos dicen que “el quiebre de una ligazón duele porque con cada ruptura nos morimos un poco ya que, en realidad, lo que creemos ser depende de los objetos con quienes compartimos la vida. Al desligarnos del objeto sentimos que dejamos de ser lo que creíamos ser...y eso duele con un dolor que a veces nos resulta insoportable.

nueva constitución de otra pareja donde se les repiten los mismos conflictos u otros, que latentemente contienen los de su pareja anterior.

CRITERIO DE CURACIÓN Y OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El concepto de curación implica la polaridad sano-enfermo, del cual derivan criterios de normalidad de acuerdo a modelos basados en el marco referencial teórico, los valores éticos, la ideología de vida del terapeuta y particularmente su posición frente al divorcio y su criterio de vida familiar.

El criterio de curación es controvertido según la teoría psicopatológica que se sustente, pero un punto importante de coincidencia, es la búsqueda de una modificación interna del individuo, en este caso de la pareja consultante, según la cual el sufrimiento que los inmoviliza debido a la compulsión a la repetición de las situaciones conflictivas, pueda transformarse en una alternancia entre bienestar y malestar que les permita una convivencia más armónica y menos conflictiva.

Janine Puget y otros (1986) al respecto nos dicen: “La vida psíquica intersubjetiva se despliega desde una constante necesidad de articular “potencialidades de desequilibrio” derivadas de la fuerza de pares antagónicos básicos para la organización vital. Intentaré destacar aquellos que considero fundantes del vínculo matrimonial:

- a) Oscilación tolerable entre estados de bienestar (goce, placer, gratificación, creación, realizaciones) y malestar (dísplacer, dolor, frustración, inhibición, paralización).
- b) Capacidad para pensar, que incluye una oscilación entre: discriminación-confusión, pensar-actuar, repetición-creación, certeza-duda, creencia-convicción. El “siempre”, “nunca” o el empleo de generalizaciones es en muchas ocasiones sostén de un pensamiento delirante al cual llamo de menor complejidad. Cierra la puerta al pensar y conocer.
- c) Interjuego entre mismidad y alteridad, del cual deriva el crecimiento vincular, enriqueciendo ambos polos y que supone una permanente transformación. De ella deriva una oscilación tolerable entre autonomía y dependencia y una transformación del par primordial amparo-desamparo en desprotección-protección.
- d) La realización del potencial sexual a través de acciones directas y sublimatorias versus paralización e inhibición de la sexualidad asociadas con una adecuada elaboración del potencial de agresión.
- e) Sublimación – agresión. En la estructura vincular de la pareja recalco para ello tanto la simetría complementariedad como una asimetría basada en autoridad, conocimiento - desconocimiento versus autoritarismo. Se manifiesta como autoritarismo -dependencia o complementariedad, instrumentada de manera de favorecer el potencial de cada uno de los polos vinculares.
- f) Alternancia entre espacios compartidos y no compartidos.

g) Objeto privilegiado - socialización.

En resumen, una oscilación entre permanencia en la estructura vincular de la elección de objeto privilegiado (tendencia monogámica), cambio, modificación en los distintos parámetros definitorios del vínculo que posibilita la inclusión de nuevos espacios, de lo ajeno, aumentando la base de sustentación vincular. Todo ello involucra el abandono de un vínculo tan solo sostenido por la pasión del enamoramiento dentro del cual el antagonismo es anulado y sustituido por la fusión". (Puget, 1986).

En cada caso clínico el criterio de curación y objetivos están dirigidos a las situaciones conflictivas que la pareja presente, ya que el concepto de salud vincular no es unívoco y puede plantearse desde un conjunto de variables necesarias.

La pareja que termina con cierto éxito su terapia debería haber arribado a un estado donde rescata que amarse no significa ausencia de conflictos sino poder tolerar las mutuas contradicciones, con una fuerte adhesión recíproca, a pesar de las divergencias y dificultades.

Desde nuestro quehacer en la psicoterapia de pareja, compartimos los siguientes grupos de áreas de curación que propone Merea (2003):

1. Curación sintomática.
2. Revisión del malentendido básico inicial, curación de la simbiosis.
3. Ajuste de los roles sexuales y familiares.
4. Revisión de las interacciones comunicacionales y las complementariedades psicopatológicas distorsionantes, que abarca rasgos de carácter, modelos de diálogos y estilos de la vida cotidiana.
5. Aparición de proyectos individuales que corroboran la salida o ruptura de la simbiosis¹⁷¹.

En la patología crónica de pareja observamos rivalidades salvajes, críticas despiadadas que apuntan a devastar el Yo del otro, con ferocidades despreciativas a las cuales en muchas oportunidades se ha reaccionado defensivamente con un silencio que trata de mantener al miembro más débil aislado de los ataques agresivos de su partenaire.

La re-construcción de la pareja, más allá de los mutuos reproches y recriminaciones, intenta la elaboración del duelo narcisista de la renuncia al ideal del "príncipe azul" o la "esposa perfecta" y la posibilidad de resignificar conjuntamente los conflictos que padecen.

Un criterio para reconocer la acción terapéutica radica en la posibilidad de ir incluyendo en el espacio vincular nuevas perspectivas a la estructura fundante, recuperando el interés y curiosidad por el otro y así incrementar el espacio de la intersubjetividad.

¹⁷¹ El diálogo de la simbiosis es el del reproche ligado exclusivamente al ideal herido. El diálogo de la autonomía es el que – afecto mediante – permite ponerse en el lugar del otro como vulgarmente se dice, para comprender su posición sin pérdida de la propia (Merea, 2003)

Nuestro objetivo es poder ayudar a que el sufrimiento de la pareja que nos consultó, desaparezca en la medida de lo posible, aunque esa meta implique en ocasiones, su separación.

En caso de que este alejamiento, sea el destino que deciden para su futuro se intentará llegar a la elaboración de la disolución del vínculo de pareja con el menor montante de agresión posible y resignificando todo lo bueno que han compartido, en una nueva relación amistosa.

Hemos observado en nuestra práctica clínica el hecho de que a partir del tratamiento de la pareja parental, mejoran muchos cuadros patológicos de los hijos de los padres en tratamiento¹⁷².

Esto parece un hecho obvio, pero lleva al cuestionamiento de la indicación de tratamientos psicoterapéuticos a los niños sin un previo diagnóstico de la situación matrimonial. Entendemos que muchas veces, los niños son depositarios de una conflictiva de la pareja que se trata de ocultar, para evitar, incluso, su disolución.

Consideramos que quizás la posibilidad de realización de la pareja se halla en esa búsqueda permanente entre la individuación y el compartir, entre el rechazo y la aceptación del otro, entre el odio y el amor.

La curación de la pareja podría ser, poder transitar las distintas etapas de la vida oscilando, sin grandes dramatismos, entre el enamoramiento y la diferenciación objetal, logrando la dependencia adulta o genital en la que se instala el dar y el recibir, que promueve situaciones creativas placenteras.

¹⁷² Enrique Pichon-Rivière en nuestro medio ha puesto énfasis en los vínculos, expresando la idea de que el paciente psicótico es el portavoz de una enfermedad familiar y que cuando así se lo comprende, se produce una crisis en la familia, ya que él deja de ser el depositario de contenidos patológicos de distintos miembros de su constelación familiar.

ALIANZAS DEFENSIVAS EN PSICOTERAPIA DE PAREJA

*“El corazón en su propia cobardía genera
y encuentra su dolor, pero conforta
la esperanza de que el comprender
ensanche las arterias del amor”*

Luis Chiozza

En determinadas ocasiones pueden presentársele, a un terapeuta que responde al pedido de análisis de una pareja en crisis, situaciones transferenciales – contratransferenciales que suelen dificultar la comprensión de los conflictos que aquejan a sus integrantes.

Al intentar penetrar en el significado del vínculo, observa que la pareja se halla enredada en una maraña de versiones contradictorias sobre un mismo hecho, quejas monotemáticas sobre viejas situaciones, discusiones interminables y estériles, respuestas de mal tono a metáforas tomadas “al pie de la letra”, y puede embargarlo una cierta extrañeza ante esa “caricatura” de unión sobrellevada con dolor y esfuerzo por sus integrantes.

Incluso, la no profundización en esta aparente paradoja, puede llevarlo a un apresurado pronóstico tácito de que “lo mejor para ellos sería separarse”.

Por momentos siente que esperan atraerlo hacia una especie de arbitraje, para lo cual, cada uno, intenta acaparar su atención en su “versión objetiva de cómo son las cosas”, anhelantes de una palabra o un gesto que les indique “quién tiene la razón” o dispuesto a colaborar con él en la demostración de que “la culpa la tiene...” su cónyuge. Las propias acciones erróneas son reconocidas, pero como respuesta a las que percibe en el otro.

A los fines de la comprensión de estas situaciones conflictivas de pareja, nos resultó útil la aplicación de la teoría del doble vínculo (Bateson, 1956) comprendiendo la problemática actual como la reedición de la primitiva estructuración familiar, génesis y modelo comunicacional de las posteriores elecciones vinculares.

De acuerdo con Bateson, pensamos que dentro de la terapia se debería desarrollar un proceso de deuteroprendizaje, en el “contexto de aprendizaje positivo” que involucra la situación terapéutica, y que consistiría para la pareja en un adquirir comprensión profunda (insight) del contexto de resolución de problemas.

Nos planteamos como hipótesis que una de las dificultades para el logro de este aprendizaje surgiría, precisamente, del modelo comunicacional descripto, manifestándose como encubiertas “alianzas antiterapéuticas” entre sus integrantes, que obstaculizarían la evolución del tratamiento, constituyendo, por una parte, un mecanismo defensivo ante la angustia que provoca la crisis y por otra, un intento de superar la inhibición paralizante que genera el doble vínculo, configurándose una especie de solidaridad ante “ese sentimiento de desamparo que se ve intensificado en momentos de cambio, constituido en crisis vitales” (Marzorati, 1981).

Siguiendo las ideas de la citada autora, creemos que la alianza “sana” sería aquella en la que los integrantes de la pareja unidos para lograr su re-unión pudieran “con-fiar” en el terapeuta como recreación de un primitivo vínculo que, en su momento, les hubiera brindado el amparo necesario.

La posibilidad de participación del analista en estas alianzas defensivas se debería al hecho de quedar “atrapado” en la situación de doble vínculo, dadas sus propias “secuencias no resueltas de experiencias” donde se cumplirían las condiciones que propone Bateson (1956): “Dada esta incapacidad para juzgar acertadamente lo que otra persona realmente quiere decir y la excesiva preocupación por lo que efectivamente se está diciendo, una persona puede defenderse eligiendo una o más de varias alternativas.

Puede por ejemplo, suponer que detrás de cada enunciado hay un significado oculto que es perjudicial para su bienestar. Puede elegir otra alternativa y tenderá a aceptar literalmente todo lo que la gente dice: aun cuando el tono, o el gesto o el contexto contradiga lo que dice. Si no adopta la suspicacia frente a los mensajes metacomunicativos o no intenta pasarlos por alto riéndose, puede elegir el tratar de ignorarlos. Tratará de retirar su interés del mundo externo y concentrarlo en sus propios procesos internos y, por consiguiente, dará la apariencia de una persona aislada, quizá muda. Esta es otra manera de decir que si un individuo no sabe qué clase de mensaje es un mensaje, puede defenderse mediante procedimientos que han sido descriptos como paranoides, hebefrénicos o catatónicos (entre otros posibles)”. (Bateson, 1956)

La alianza antiterapéutica con modalidad “paranoide” la observamos por ejemplo, en la pareja que concurre al tratamiento con una fantasía de “matrimonio perfecto” en realidad, “pelean por tonterías”, mostrando su desconfianza ante cualquier intervención del analista que viven como un peligro para la inestabilidad de la unión, tenazmente mantenida en base a la negación de las crisis normales de la vida y probablemente apoyada en una profunda vivencia de indefensión para afrontarlas y elaborarlas.

El terapeuta, con dificultades para discriminar estos mensajes, podría defenderse con la misma modalidad, identificado con el modelo vincular, e integraría la alianza, cuando preocupado solamente, por desentrañar el significado que “en realidad deben estar ocultando esas tonterías” se dedicara a interpretar “muy profundamente” cada verbalización, gesto o actitud de la pareja, perdiendo de vista la relación mensaje-contexto.

La decodificación inadecuada de los mensajes contradictorios podría conducir por ejemplo a una “fuga a la salud” donde a través ciertos logros, todo lo que hasta el momento aparecería como caótico, habría hallado súbita coherencia; o también a un divorcio compulsivo que les evitara atravesar el dolor de la crisis y les permitiera seguir sus vidas sin llevar a cabo el esforzado trabajo de reconstrucción de la pareja.

Una alianza con modalidad “obsesiva” podría darse cuando el analista, embargado por la incongruencia de los mensajes y metamensajes, trata de introducir orden, averiguando por ejemplo, quién originó una discusión, interpretando aisladamente a cada uno de los integrantes, generando dos análisis paralelos y anulando de este modo con su actividad interpretativa la situación vincular que se pretende reparar.

También frente a la confusión que experimenta por los dobles mensajes, puede intentar responder con cierta ambigüedad no comprometedoras o tender a formulaciones “collage”, (que confundirán aún más a la pareja), tratando de incluir la mayor cantidad de elementos que a su juicio son significativos.

Vemos en la alternativa que describe Bateson (del individuo que al no entender se retrae a sus procesos internos) el sustento de ciertas actitudes terapéuticas silenciosas que postularían una “no interferencia” destinada a facilitar de este modo la emergencia de las fantasías más resistidas de la pareja y así favorecer el proceso terapéutico.

Hemos tratado de describir algunas secuencias conflictivas que se pueden manifestar en el tratamiento de pareja y que, de no ser adecuadamente comprendidas, colaborarían en la mantención de procesos esquizomogénicos complementarios o simétricos (que atentarian a la supervivencia del vínculo terapéutico y quizás, al no ser éste eficaz, a la estabilidad misma de la pareja en crisis) en oposición a la instauración de un patrón de reciprocidad y de formación de un “nosotros”.

Dentro del proceso de deuteroprendizaje que involucra la terapia, son de jerarquizar aquellos momentos en que los miembros de la pareja van cesando “gradualmente de responder de manera enteramente ‘automática’ a los estados afectivos – signos del otro, y sus propias señales son solamente señales, tan complejamente motivadas como las propias” (Bateson, 1954).

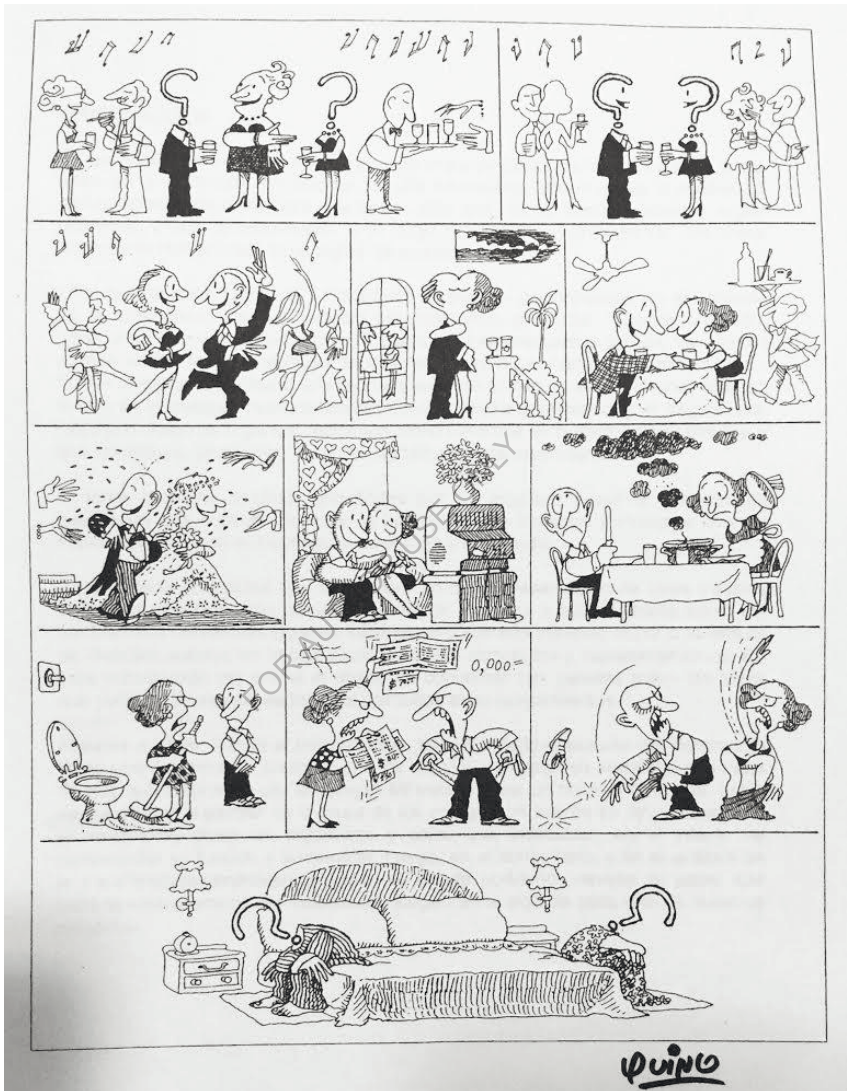
Siguiendo esta línea conceptual, pensamos que el terapeuta tendría como objetivo, interrumpir (con una actividad temporaria de ‘Yo’ de la pareja) el círculo vicioso de los dobles mensajes, entendiendo esta función de Yo, como el “proceso de discriminar modos comunicacionales” sirviéndose del contexto para tal discriminación.

De esto podemos inferir que toda interpretación surgida de una inadecuada discriminación de los mensajes padecería irremediamente de “falsedad” y contendría en su propio seno las mismas características que poseen los mensajes de los que una vez fueron “víctimas” los pacientes.

El terapeuta “atrapado” en la situación de doble vínculo no descubriría las falsificaciones inconscientes de las señales identificadoras de los modos comunicacionales; su posibilidad de “escape” radicaría en poder comentar la posición contradictoria en la que se encuentra.

Como objetivo más ambicioso, pensamos que el terapeuta debería intentar que la pareja pueda resignificar su convivencia, tomando plena conciencia de cómo los propósitos egoístas atentan contra su propia supervivencia y despertando en ellos “el coraje responsable que es estar al timón de un presente magnánimo como afirmación y aceptación de la vida, sin queja, sin reproche y sin culpa” (Chiozza, 1981).

ILUSTRACIÓN de QUINO



BIBLIOGRAFÍA

ALIZADE, Mariam (2008) *La pareja rota*. Ed. Lumen. Buenos Aires. 2008.

BATESON, Gregory (1935) “Contacto cultural y esquismogénesis” en *Pasos hacia una ecología de la mente*. Ed. Carlos Lohlé. Buenos Aires, 1976

(1942) “La planificación social y el concepto de deuteroprendizaje” *Ibíd.*

(1954) “Una teoría del juego y de la fantasía” *Ibíd.*

(1955) “Epidemiología de una esquizofrenia” *Ibíd.*

(1956) “Hacia una teoría de la esquizofrenia” *Ibíd.*

BARONI, Christophe (1971) *La infidelidad. Sus causas profundas*. Ed. Editor, Buenos Aires, 1971.

BERENSTEIN, I. y PUGET, J. (1982) Algunas consideraciones sobre la psicoterapia de pareja: del enamoramiento al reproche. *Rev. AAPPG, V, 1*, Buenos Aires, 1982.

BERENSTEIN, Sara Popovsky de (1987) *Infidelidad en la pareja matrimonial*. Primer Congreso Argentino de Psicoanálisis de Familia y Pareja. Buenos Aires. 1987.

CHIOZZA, Luis (1979) *Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico*. *Revista de Psicoanálisis*. Tomo XXXVI, N° 2. APA. Buenos Aires. 1979.

(1980) “Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia” en *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*. Edit. Paidós, 1980, Buenos Aires.

(1981) *Entre la nostalgia y el anhelo. Un ensayo acerca de la vinculación entre la noción de tiempo y la melancolía*. *Eidon*. Año 8, N° 14, Edit. Cimp-Paidós, 1981 Buenos Aires.

DICCIONARIO de la Lengua Española (1956) de la Real Academia. Espasa-Calpe. Madrid. España

FAINBLUM, Susana (1987) *Algunas consideraciones sobre la técnica y la problemática del tratamiento de pareja*. Primer Congreso Argentino de Psicoanálisis de Familia y Pareja, 1987. Buenos Aires

FONZI, Alejandro S. N. (1981) *Reflexiones acerca del parricidio y el filicidio en Eidón*. Año 8, N° 14. Edit. Cimp-Paidós. Buenos Aires. 1981

- FUNOSAS, M. y DAYEN, E. (1995) Apuntes sobre las defensas, presentado en la Fundación Luis Chiozza, 18 de agosto de 1995. Buenos Aires.
- GARCÍA HIGUERA, José Antonio (2002) La estructura de la pareja: implicaciones para la terapia cognitivo conductual. Rev. Clínica y Salud. Investigación empírica en Psicología. Vol. 13, nº 1. España, 2002.
- GEAR, María C., LIENDO, Ernesto C. (1974) Psicoterapia estructural de la pareja y el grupo familiar. Edit. Nueva Visión. 1974. Buenos Aires.
- KALINA, Eduardo (1970) Psicoterapia psicoanalítica de la pareja, su enfoque como psicoterapia breve, en el libro Psicoterapia de la pareja y grupo familiar con orientación psicoanalítica de BERENSTEIN y otros. Edit. Galerna. Bs.As.
- LIBERMAN, David (1956) "Identificaciones proyectivas y conflicto matrimonial" en Revista de Psicoanálisis Tomo XIII, Nº 1. APA, Buenos Aires.
- MARTIN, Peter A. (2001) Manual de terapia de pareja. Amorrortu editores. Buenos Aires. 2001.
- MARZORATI, Elsa L. de (1981) Nuevas contribuciones al estudio del desamparo, presentado en el Cimp. Buenos Aires. 1981
- MEREA, Elisardo César (2003) Parejas y familias. Psiquismo extenso y psicoanálisis intersubjetivo. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2003.
- OBSTFELD, Enrique (1984) La pareja. Conferencia pronunciada en el CIMP, 3 de agosto de 1984. Buenos Aires.
- PUGET JANINE y otros (1986) Potenciales de desequilibrio: una manera de entender el concepto de salud. A.D.E.P. Actas Terceras Jornadas Argentinas de Epistemología del Psicoanálisis, Ciencia y Ética en Psicoanálisis: El concepto de salud mental. 1986
- RACKER, HEINRICH (1945) Sobre los celos de Oteló. Revista de Psicoanálisis. Vol. VIII, Editado por APA, Buenos Aires.
- SOLER, MYRIAM ALARCON DE (2006) La Perspectiva vincular en psicoanálisis. Aportes de la Escuela de Isidoro Berenstein y Janine Puget en el abordaje de los vínculos. Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis. Vol. 31. No.1, 2006
- SPIVACOW, Miguel A. (2005) Clínica Psicoanalítica con parejas. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2005
- VECSLIR, MERCEDES (1987) Los acuerdos de Narciso y de Edipo en las esferas de la vida conyugal. Primer Congreso Argentino de Psicoanálisis de Familia y Pareja. Buenos Aires. 1987

FOR AUTHOR USE ONLY

**More
Books!**



yes
I want morebooks!

Buy your books fast and straightforward online - at one of world's fastest growing online book stores! Environmentally sound due to Print-on-Demand technologies.

Buy your books online at
www.morebooks.shop

¡Compre sus libros rápido y directo en internet, en una de las librerías en línea con mayor crecimiento en el mundo! Producción que protege el medio ambiente a través de las tecnologías de impresión bajo demanda.

Compre sus libros online en
www.morebooks.shop

KS OmniScriptum Publishing
Brivibas gatve 197
LV-1039 Riga, Latvia
Telefax: +371 686 20455

info@omniscryptum.com
www.omniscryptum.com

OMNIScriptum



FOR AUTHOR USE ONLY

FOR AUTHOR USE ONLY

FOR AUTHOR USE ONLY