

01981



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

"LA ALTERNANCIA DE LOS SINTOMAS  
PSICOSOMATICOS DURANTE EL PROCESO  
PSICOTERAPEUTICO"

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

T E S I S  
para optar por el grado de  
Doctor en Psicología Clínica  
p r e s e n t a  
RUBY CARDOS FAJARDO

México, D. F.

2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Director de la Tesis:

Dr. José de Jesús González Núñez

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Dedicatorias

A Jorge mi esposo,

A mis hijos Jorge, Enrique  
Cecilia y Gabriela,

A Sol, mi nieta.

A ellos, con todo mi amor.

A mis muy queridos padres,  
con agradecimiento.

A mis queridos hermanos,

A mi gran familia, con cariño.

"Hijo, quiero sembrar en ti,  
la semilla que dará la espiga,  
erguida y sensible al viento....."

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RECONOCIMIENTOS

Agradecer genuinamente, sólo es posible una vez que hemos salido de nuestra incapacidad de recibir.

Agradezco al Dr. Héctor Prado Huante y a mi grupo terapéutico toda la comprensión y apoyo que me han dado. Uno de los frutos, es esta tesis. Mucho más, me han enseñado.

Con especial gratitud, deseo mencionar al Dr. José Luis González Chagoyán, quien generosamente me orientó y proporcionó la bibliografía básica para el desarrollo de esta tesis. Asimismo debo al Dr. Héctor Prado H., Juan Vives y Hernán Solís, el haberme proporcionado sus valiosos trabajos como fuente bibliográfica sobre el tema.

A la Dra. Bony Bloom agradezco sus agudas y atinadas recomendaciones sobre el proyecto de esta investigación.

A los Dres. Isabel Díaz Portillo, Celia Díaz de Mathman, Rosa Doring, José Luis González Ch., Raúl Pulido, Manuel Fuentes, Raúl Márquez, Raúl Zana — bria y Juan Guadarrama, expreso mi estimación y agradecimiento por su amistad y colaboración al proporcionarme las viñetas sobre las cuales se desarrolló la parte práctica de este trabajo.

Por último, y no por ello con menos agradecimiento, deseo expresar un respetuoso reconocimiento al Dr. José de Jesús González por su valiosa y deci-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

dida ayuda, no sólo como Director de esta tesis, sino como Coordinador de exámenes de Post-grado.

A mi Jurado doy también las gracias por sus votos de confianza.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

NOMBRE DEL ALUMNO  
Ruby Cardós F.

TITULO DE LA TESIS  
"La alternancia de los síntomas psicossomáticos durante  
el proceso psicoterapéutico"

FORMA DE REGISTRO DE TESIS DE DOCTORADO Anexo 2  
(Español-no exceder una cuartilla)

RESUMEN

La presente investigación sobre el significado de los síntomas psicossomáticos dentro del ámbito psicoterapéutico se ha desarrollado desde el enfoque científico y unitario acerca del padecimiento humano. En lo teórico se abordaron conceptos psicoanalíticos, principalmente en lo referente a transferencia, fantasía inconsciente, esquema corporal y teoría del simbolismo. Se revisó la literatura representativa acerca del padecimiento psicossomático y los diversos enfoques sobre el tema. La parte práctica se basó en el método clínico de estudio de casos. Se obtuvieron viñetas bajo la colaboración de reconocidos profesionales del campo psicoanalítico; este material fue valorado bajo la técnica de Análisis de Contenido.

A lo largo de la investigación, sólo fueron abordados los conceptos psicodinámicos; no se trataron los conceptos de tipo médico. Las hipótesis planteadas han pretendido determinar el contenido simbólico inconsciente de los síntomas, como un lenguaje corporal específico, que en este caso se visualiza dentro del proceso transferencial.

También se planteó si a través de la interpretación en la transferencia de la fantasía inconsciente contenida en los síntomas psicossomáticos y la respectiva alternancia, se obtiene su remisión. Consideramos que el tema de este trabajo es de gran interés e importancia. Sus resultados han sido presentados como fuente de futuras investigaciones; todo ello encaminado a ofrecer una aportación al campo psicoterapéutico desde un punto de vista humanístico, integral, acerca de la persona que se enferma.

Corresponde al paso No. 6 del diagrama de la DEP.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FORMA "F" DE LA DEP

ANEXO V

NOMBRE DEL ALUMNO

Ruby Cardús F.

TITULO DE LA TESIS

"The alternation of psychosomatic symptoms during  
the psychotherapeutic process"

FORMA DE REGISTRO DE TESIS DE DOCTORADO

Anexo 2

(Inglés-no exceder una cuartilla)

ABSTRACT

The present piece of research about the significance of psychosomatic symptoms within the psychotherapeutic realm, has been developed under a scientific and unitarian approach about human suffering. Theoretically, psychoanalytic concepts were approached, mainly concerning transference, unconscious phantasy, bodily scheme and theory of symbolism. The most representative literature about the psychosomatic ailment and its different approaches were reviewed. The practical aspect was based on the clinical method of study cases. The "vignettes" were obtained in collaboration with wellknown professionals in the psychoanalytic field; this material was evaluated with the technique of Content Analysis.

During the present research, only psychodynamic concepts were approached; medical type concepts were not dealt with. The hypothesis presented have pretended to determine the unconscious symbolic content of the symptoms as a specific body language which is, in this case, visualized within the transference process.

It was also studied whether through the interpretation (within the transference) of the unconscious phantasy contained in the psychosomatic symptoms (and its alternation) its remission is obtained. We consider that the subject dealt with in this paper is of great interest and importance. The results have been presented as a possibility for future research. Our intention is to offer a contribution to the psychotherapeutic field from a humanistic and integral point of view.

Corresponde al paso No. 6 del diagrama de la DEP.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

CONTENIDO

I.-	Introducción .....	1
II.-	Planteamiento del problema .....	3
III.-	Objetivos .....	4
	a) Generales .....	4
	b) Específicos .....	5
	c) Hipótesis .....	5
IV.-	Definición de términos .....	7
	a) Concepto de síntoma .....	7
	b) Definición de los trastornos psicofisiológicos .....	7
	c) Concepto de Medicina psicosomática .....	7
	d) Concepto psicoanalítico de síntoma .....	9
	e) Concepto de alternancia del síntoma .....	11
	f) Concepto de fantasía inconsciente .....	11
	g) Concepto de transferencia .....	12
	h) Concepto de tratamiento psicoanalítico .....	13
V.-	Definición de Instrumentos y sujetos de estudio .....	15
VI.-	Alcances y limitaciones .....	17
VII.-	Marco conceptual .....	20
VIII.-	Revisión de la literatura .....	29
IX.-	Método .....	41
	a) Diseño de la investigación .....	41
	b) Material (Instrumento): viñetas .....	41
	c) Síntesis Psicodinámica del material clínico .....	42
	contenido en las viñetas	

d) Las viñetas .....	48
e) Procedimiento .....	90
X.- Resultados .....	92
a) El Análisis de Contenido .....	92
b) Categorías .....	92
c) Categorías y aspectos psicodinámicos .....	93
d) Discusión .....	104
XI.- Conclusiones y recomendaciones .....	106
XII.- Referencias .....	108
A y B) Apéndices; otros instrumentos relacionados	
C) Referencias bibliográficas .....	153
D) Anexos .....	159

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## I.- INTRODUCCION:

Al abordar el tema sobre padecimiento psicossomático, ha sido difícil dejar de tener la sensación de estar incursionando en un intrincado y complejo problema, mas no por ello menos interesante; muy por lo contrario, consideramos de gran interés la aproximación a la comprensión del problema psicofísico, desde un enfoque científico y unitario del ser humano.

La conceptualización del individuo como "un todo" ha sido objeto de interés y de estudio de muchos investigadores. Pichon Riviére nos expresa este criterio integracionista en forma muy precisa: "lo psíquico sería una función del organismo, no pudiéndose hablar, desde un punto de vista ontológico, ni de paralelismo, ni de interacción, ya que eso implicaría una concepción dualista del hombre". Riviére P. "La psiquiatría una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social". Ediciones Nueva Visión (47) pág. 221.

La evolución de investigaciones sobre el padecimiento psicossomático data de mediados del siglo pasado, hasta la época actual; las tendencias dominantes a través de las diferentes épocas sociales, sin duda han matizado los diversos enfoques que se han desarrollado sobre este campo científico.

El criterio psicodinámico de esta corriente de investigación, surge con el Psicoanálisis; el descubrimiento de Freud del inconsciente se constituye en el pilar fundamental que prevalece hasta la fecha para el estudio y comprensión de la mente. Se creó con esto, una nueva dimensión para la conceptualización del padecimiento humano.

Existen numerosas investigaciones de tipo psicoanalítico sobre el padecimiento psicossomático. Sin embargo, a pesar de estos serios intentos de crea-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ción de una corriente psicodinámica integracionista, aún existen innumerables discrepancias teóricas al respecto que también inciden en la terapéutica.

El propósito de esta tesis, es tratar de determinar la utilidad de la — aplicación del criterio integracionista, en la conceptualización del padeci - miento humano, que se traduzca en una terapéutica adecuada, con lo cual apoya mos la hipótesis de que sólo interpretando el significado del síntoma psicoso mático, éste puede desaparecer, apoyado dicho proceso dentro del programa de tratamiento integral, que cada caso requiere.

Consideramos que el Psicoanálisis ofrece el cuerpo teórico y técnico pa - ra la comprensión y tratamiento de la patología psicósomática.

## II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Esta investigación pretende determinar la utilidad (o los beneficios terapéuticos) que representa la aplicación del enfoque integral, para tratar de entender los síntomas psicossomáticos y la alternancia de éstos, en pacientes bajo tratamiento psicoanalítico. Se ha planteado la importancia del reconocimiento e interpretación de la fantasía inconsciente que existe en relación con el síntoma somático en cada caso específico, así como su relación con la transferencia.

Los problemas por esclarecer en esta investigación se plantearon en las siguientes preguntas:

- a).- ¿La alternancia de los síntomas somáticos responden a fantasías inconscientes específicas?
- b).- ¿Los síntomas somáticos dentro del tratamiento psicoanalítico, constituyen un lenguaje transferencial?
- c).- ¿Los cambios en la relación transferencial, dan lugar en algunos casos a la alternancia de los síntomas psicossomáticos?

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### III.- OBJETIVOS:

#### OBJETIVOS GENERALES:

El objetivo general de esta investigación, es el siguiente: se trata de hacer una contribución, basada en el concepto integracionista sobre Psicósomática. Esto implica la consideración del organismo "como un todo" y la proposición de que se actúe de acuerdo con dicho concepto, frente al paciente. D. Pe restrello, en su libro "Medicina Psicósomática" (45), expone que la Medicina - Psicósomática no constituye una especialidad más, sino una actitud, una concepción que cada vez adquiere mayor fuerza e importancia en la visualización de los problemas de salud, aunque aún dista mucho de ser aplicado este criterio - en la medida deseable y necesaria.

El enfoque fundamental de este trabajo, ha estado dirigido hacia la consideración del padecimiento desde el individuo y en relación a la psicodinamia - del padecimiento. Es decir, se plantearon conceptos y métodos psicológicos; - los aspectos somáticos sólo han sido mencionados sin abordar la conceptualización médica.

Otro de los objetivos por esclarecer en este estudio, ha sido el significado de la alternancia de los síntomas psicósomáticos, dentro del tratamiento psicoanalítico; la relación de dicha alternancia con el fenómeno transferen - cial y si se realiza la interpretación en la transferencia, de la fantasía in - consciente que se está expresando a través del síntoma somático, en el trata - miento de los pacientes que se ejemplificarán; se trató de equiparar la perma - nencia o la remisión del síntoma psicósomático, en los casos revisados, en relación con la inclusión o la exclusión de dicho material, en la interpretación en la transferencia.

OBJETIVO ESPECIFICO:

Se ejemplificaron a través de 10 viñetas clínicas de pacientes psicossomáticos, los principales conceptos de diversos autores que han investigado la patología psicossomática partiendo del marco teórico psicoanalítico. Entre estos autores se encuentran: Freud, Aizenberg, Franz Alexander, Prado, José Luis González, Capisano Cesio, Fenichel, García Reynoso, Perestrello, Sandor Rado, Los Dunbar, Daniels, Chiozza, etc.

HIPOTESIS DEL ESTUDIO:

Basándome en el modelo propuesto por Chiozza, para la investigación de las fantasías específicas y su correlato corporal, se establecieron las siguientes hipótesis:

- 1.- Si los síntomas psicossomáticos corresponden a una fantasía inconsciente específica, la alternancia de dichos síntomas en pacientes bajo tratamiento psicoanalítico, corresponde a la alternancia de dichas fantasías.
- 2.- Si en la transferencia se reeditan fantasías inconscientes, la alternancia de los síntomas constituyen cambios en el lenguaje transferencial.
- 3.- La interpretación en la transferencia, de la fantasía inconsciente específica manifestada en el síntoma corporal, y su respectiva alternancia, da lugar a la remisión de éste.

Chiozza (18) concibe la enfermedad como un "mosaico de fantasías específicas:" órgano, función o trastornos funcionales. Sostiene que a cualquier órgano, función o alteración de la función, le corresponde una fantasía inconsciente específica. El autor apoya su concepción al respecto en la afirmación de Weizaeher acerca de que "todo lo corporal, incluyendo enfermedad, —

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

forma, función y desarrollo, posee un sentido psicológico" (18) pág. 77. También apoya su teoría este autor como muchos otros que han investigado sobre - psicología, en las ideas de Freud, quien desde la creación del Psicoanálisis, a partir de sus estudios sobre los fenómenos histéricos, ofrece el cuerpo teórico y técnico, para la comprensión y tratamiento de la patología psicología. En su trabajo "Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad", Freud habla de una fantasía inconsciente que se exterioriza a través del síntoma, en lugar de hacerlo a través de la conciencia". (Obras completas, Vol. I pág. 954) (24)

Los investigadores en medicina psicología, psicoanalistas en su gran mayoría, han desarrollado sus trabajos al respecto bajo el criterio psicoanalítico.

#### IV.- DEFINICION DE TERMINOS:

En este capítulo se definirán los conceptos enunciados en el título de la tesis. Dada la riqueza de contenido que éstos encierran, como material sobre el cual se deslizará el desarrollo del presente trabajo, considero de suma importancia hacer un desglose más amplio de los mismos, más allá de su definición. Esta encabezará cada inciso y le seguirá la ampliación mencionada. La definición general de síntoma en forma escueta será el punto de partida para luego detenernos un poco más en cada especificación.

a).- SINTOMA: Anormalidad en el funcionamiento o en la apariencia del cuerpo, o de la sensación que experimenta una persona y que señala la presencia de una enfermedad. (60 anexos).

b).- DEFINICION DE LOS TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS: Según el Diagnostic and Statistical Manual (DSM II) de la American Psychiatric Association's, este grupo de trastornos se caracteriza por síntomas físicos que son causados por factores emocionales y que afectan a un solo sistema de órganos, en general con inervación del sistema nervioso autónomo. Los cambios fisiológicos son los que acompañan normalmente ciertos estados emocionales, pero en los trastornos psicofisiológicos, los cambios son más intensos y prolongados. Además, es posible que el individuo no se dé cuenta del estado o stress emocional subyacente. (41 pág. 470)

c).- MEDICINA PSICOSOMATICA: D. Perestrello (45) pág. 45, considera que la medicina psicosomática tiene que basarse en la admisión de ciertos principios para poder ejercerla, con un criterio congruente entre la teoría y la práctica clínica. Señala básicamente seis principios, que sustentan la necesidad de considerar al individuo como un todo, enfocando la

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

atención hacia la persona enferma y no hacia la enfermedad. Afirma que toda enfermedad es general y ataca al individuo como un todo, es decir — no hay enfermedades locales. Su enfoque del individuo enfermo podríamos decir que abarca su existencia misma, su situación vital en la que su pasado, su presente y su futuro tienen ingerencia determinante en cuanto a su padecimiento; no considera al individuo aislado, sino dentro de su ambiente. Plantea que los estados emocionales pueden ser capaces de per-turbar el funcionamiento de cualquier órgano, tanto como los estímulos — físicos; basa sus conceptos al respecto, en los descubrimientos de Cannon cuando éste hizo sus famosos estudios sobre las modificaciones fisiológi-cas que se observan en relación con las emociones y de donde surgió su — clásico principio de que todas esas modificaciones fisiológicas sirven — para "preparar el organismo para la acción, generalmente en términos de lucha o de fuga" (45) pág. 46. Señala Perestrello que el estímulo emo-cional en sí, no es causa de patología, siempre y cuando encuentre cana-les adecuados de expresión o descarga; de otra manera, es decir en una — situación de conflicto, los efectos del estímulo emocional se derivarán hacia una vía anómala. Esto a su vez debido a factores económicos de — distribución de la energía, puede dar lugar a lo que este autor denomina "sustitución" o "alternancia" de los síntomas, lo cual es observable en pacientes bajo tratamiento psicoanalítico (45) pág. 47.

Otro de los principios que Perestrello propone son los que señalan que — no son preocupaciones reales sino conflictos inconscientes, los principa-les responsables de los síntomas somáticos y que los disturbios funciona-les pueden llegar a causar lesiones estructurales por su cronicidad e intensidad. Concluye de esta manera que las alteraciones orgánicas vienen siendo disturbios funcionales "fijados" cuando la enfermedad se halla en la última etapa del proceso patológico.

Los interesantes cuestionamientos sobre el concepto de Medicina Psicosomática que el Dr. Rof Carballo nos plantea en su libro Patología Psicosomática (Anexos 67) y los del Dr. Raúl Fournier, sin duda ofrecerán tema muy estimulante para la discusión de este trabajo.

- d).-- CONCEPTO PSICOANALITICO DE SINTOMA: "Símbolo mnémico": Término frecuentemente utilizado por Freud (43) pág. 430, para calificar el síntoma histérico. Franz Alexander señala que "lo nuevo en el moderno enfoque psicossomático es que tanto los procesos fisiológicos, como los procesos psicológicos, son estudiados con los mismos criterios científicos". Este autor señala como muchos otros, que el criterio de la Medicina Psicosomática, ya no se basa en generalidades "interaccionistas" contentándose solamente con señalar la "Influencia" de lo psíquico sobre lo somático, sino que se estudian ahora en forma precisa estos procesos bajo un enfoque integracionista. Este autor considera que en la etiología de las enfermedades el factor emocional está tan presente como el factor orgánico. - Señala que la diferencia entre los procesos orgánicos y los psicológicos radica en que a estos últimos, se les percibe subjetivamente y por lo tanto, el método que permite estudiarlos es el psicológico. Franz Alexander considera que el enfoque psicossomático consiste en la "aplicación coordinada de métodos somáticos por una parte y conceptos psicológicos por otra" (Alexander F. Psiquiatría Dinámica, Edit. Paidós, pág. 309 (4). Señala este autor también, que la orientación psicossomática actual, se basa en las ideas desarrolladas por Freud en cuanto a la consideración de los fenómenos psicológicos como fenómenos biológicos, es decir como funciones del organismo. Freud se interesó en el estudio de los síntomas somáticos que aparecían en la histeria como alteraciones del sistema osteomuscular y de las funciones perceptivas (24) pág. 25. Halló que ta-

les síntomas eran causados por conflictos inconscientes reprimidos que no podían ser descargados y que se significaban en el síntoma (parálisis o alteraciones sensoriales). Posteriormente, Abraham entre los primeros psicoanalistas que se interesaron en los problemas psicósomáticos estudió algunos desórdenes del tracto intestinal, en relación con los conceptos psicoanalíticos de contenidos de las etapas oral y anal. Ferenczi también fue de los primeros psicoanalistas que estudió los problemas psicósomáticos, relacionando éstos con el concepto de regresión. Según este autor toda alteración del órgano o parte del cuerpo afectado, implica un interés autoerótico que se expresa en la preocupación del individuo hacia sí mismo, con lo cual introduce el concepto de narcisismo en relación con la alteración psicósomática (28).

Muchos otros autores siguen líneas similares de las hasta aquí expuestas en relación al concepto de psicósomática que para su mejor desarrollo, serán presentadas en el capítulo de "Revisión de la literatura".

Laplanche y Pontalis, de quienes tomamos la definición citada al principio, plantean la equivalencia del término "símbolo mnémico" al de síntoma histérico.

En "Inhibición, Síntoma y Angustia", Freud define el síntoma como "signo de un proceso patológico" (Vol. II Obras Compl. pág. 31 (21). Al concepto de signo añade otro; el de ser un "sustitutivo de una inlograda satisfacción de un instinto; un resultado del proceso de la represión" (pág. - 35). En el mismo Diccionario de Psicoanálisis, pág. 433 (43) Laplanche y Pontalis describen la sobredeterminación del síntoma de la siguiente manera: "Hecho consistente en que una formación del inconsciente (síntoma, sueño, etc.) remite a una pluralidad de factores determinantes. Esto puede entenderse en dos sentidos bastante distintos:

1.- La formación considerada es la resultante de varias causas, mientras que una sola causa no basta para explicarla.

2.- La formación remite a elementos inconscientes múltiples, que pueden organizarse en secuencias significativas diferentes, cada una de las cuales a un cierto nivel de interpretación, posee su propia coherencia. "Este segundo sentido es el más generalmente admitido".

e).- CONCEPTO DE ALTERNANCIA DEL SINTOMA: "Resultado de la distribución económica de la energía libidinosa" (45) pág. 47.

D. Perestrello desarrolla el concepto de alternancia o sustitución del síntoma. Con esto quiere decir el autor que la desaparición de ciertos síntomas, es seguida por la aparición de otros. Señala que dicha alternancia puede constituirse de síntomas de la esfera psicológica que sustituyen a otros de la misma esfera o puede darse la alternancia de síntomas psicológicos con otras de tipo somático y viceversa.

Chiozza también nos habla de los cambios que se dan en la sintomatología del padecimiento, llamando a esto "Mosaico de fantasías específicas" — (18). Este autor, más que de una alternancia, nos habla de concomitancia de los síntomas que pueden llegar a sustituir a otros, según se dé la intensidad de los mismos.

f).- FANTASIA INCONSCIENTE: "Representante mental de los instintos" (37).

En la literatura psicoanalítica, se hace la distinción entre el vocablo "fantasía" y "Phantasy", para referirse al concepto de fantasía como — equivalente a las ficciones o ensueños diurnos, conscientes, y por otra parte el significado psicoanalítico del término que alude a fantasías — inconscientes, o sea a contenidos mentales inconscientes, que pueden ha

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

cerse o no, conscientes.

Este aspecto será más ampliamente desarrollado en el capítulo relativo a "Marco conceptual".

g).- TRANSFERENCIA: "Designa en Psicoanálisis, el proceso, en virtud del cual, los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos, y de un modo especial, dentro de la relación analítica: Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia". (43) pág. 459.

R. Greenson (59) señala que en toda definición de la técnica psicoanalítica, el análisis de la transferencia debe tener un papel central, ya que la diferencia (o las) en el modo de tratar la transferencia, es lo que distingue al psicoanálisis de las demás psicoterapias. El psicoanalista no sólo analiza las reacciones transferenciales de su paciente, sino que las fomenta, como un elemento de gran valor para tener acceso al material inconsciente y al pasado de aquél. De esta manera se da a conocer al paciente la interacción de las fuerzas dinámicas que han intervenido en la formación de sus reacciones transferenciales, lo cual permite su resolución.

Describir el desarrollo histórico de la transferencia como concepto psicoanalítico, como recurso técnico fundamental, como hecho clínico observable, sus características, su origen, su dinámica, los tipos de transferencia, el concepto de contra-transferencia y su uso técnico, etc. requere

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

riría de tal profundidad y amplitud, que sobrepasa los límites de este - trabajo. Existe abundante literatura al respecto, de gran importancia e interés.

En el presente inciso del trabajo sólo deseamos destacar su complejidad e importancia, como uno de los ejes fundamentales del tratamiento psicoanalítico.

h).- TRATAMIENTO PSICOANALITICO: (Psicoterapia)

- a) En sentido amplio, todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales, que utilice medios psicológicos y de manera más precisa, la relación del terapeuta con el enfermo: hipnosis, sugestión, reeducación psicológica, persuasión, etc. En este sentido, el psicoanálisis es una forma de psicoterapia.
- b) En sentido más estricto, a menudo se opone el psicoanálisis a las diversas formas de psicoterapia por diversas razones, especialmente: - la función primordial que en él desempeña la interpretación del conflicto inconsciente y el análisis de la transferencia, que tiende a su resolución.
- c) Con el nombre de "Psicoterapia Analítica" se designa una forma de psicoterapia, basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa (43) pág. 336.

Este tema así como el anterior, exigiría un amplio desarrollo tan sólo - para esbozar sus conceptos básicos y sus elementos técnicos principales. Desglosar todo lo que así queda planteado, sería tema de otro trabajo. - No obstante, a lo largo de éste, se abordarán los conceptos de la teoría y de la técnica psicoanalítica.

De modo general, basta citar, que en las primeras etapas del psicoanálisis, sus grandes progresos, se debieron a los hallazgos de Freud, a partir de su práctica clínica, lo cual lo conducía hacia formulaciones teóricas nuevas; a su vez, esto le abría camino hacia nuevos conocimientos clínicos. Es decir, el vínculo constante entre la teoría y la práctica, es lo que ha dado lugar a su mutuo desarrollo.

El análisis de las resistencias y de las reacciones transferenciales han sido y siguen siendo piedras angulares dentro del suceder clínico, que - entre otros muchos elementos similares, son base de la teoría y técnica psicoanalítica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

V.- DEFINICION DE INSTRUMENTOS Y SUJETOS DE ESTUDIO:

Se obtuvo material de casos clínicos de pacientes que presentan o han presentado patología psicósomática durante el tratamiento psicoanalítico, individual y grupal. Dicho material es presentado en forma de viñetas, cuya descripción se especificará en el apartado correspondiente al método. En cuanto a su obtención, se solicitó la colaboración de diversos psicoanalistas para reunirlo.

Por otro lado, la revisión bibliográfica sobre el tema en cuestión, ha sido un instrumento básico junto con las viñetas clínicas para sustentar los conceptos y los aspectos prácticos de este trabajo.

UNIVERSO DE TRABAJO:

El universo de trabajo quedó constituido por pacientes que presentan o han presentado patología psicósomática en alguna etapa (o en varias) de su tratamiento psicoanalítico. La edad o sexo de los pacientes no fue factor determinante para este trabajo; tampoco lo fue, el nivel socio-económico, ni el académico. El único requisito ha sido el ya enunciado respecto al trastorno psicósomático.

La selección de los sujetos de estudio por lo tanto, se hizo en cuanto a su tipo de trastorno únicamente, o sea en cuanto a su patología psicósomática; ésta a su vez pudo ser seleccionada en forma abierta; es decir, no hubo requisito respecto a patología de órganos o de sistemas específicos.

INSTRUMENTO:

Se trabajó con el material relativo a patología psicósomática de los su-



jetos de estudio, o sea con el material de "casos clínicos". Este cúmulo de datos, fue solicitado a especialistas del campo psicoanalítico quienes no fueron informados acerca de las hipótesis del presente trabajo. Se les pidió su colaboración para una tesis de Doctorado en Psicología Clínica, de enfoque — psicoanalítico, que trataría sobre trastornos psicosomáticos.

Para facilitar y unificar el tipo de material necesario en cuanto al desarrollo de este trabajo, se solicitó que aquél fuera proporcionado en forma de viñetas, las cuales podrían contener sintetizadamente, el material de una a tres sesiones, según se hiciera necesario, para poner en forma manifiesta los datos que se requirieron. Con tal fin, se les proporcionó a los colaboradores, una descripción de la viñeta. Dichos datos quedarán especificados, en el capítulo IX correspondiente al método.

Se presentarán 10 viñetas en el apartado correspondiente al Método, las cuales han sido valoradas a través de la técnica de "Análisis de contenido". (mayor explicación en el capítulo IX).

Agradezco a los Doctores: Isabel Díaz Portillo, Celia Díaz de Mathman, — Rosa Döring, José Luis González, Manuel Fuentes, Raúl Pulido, Raúl Márquez, — Juan Guadarrama y Raúl Zanabria, su inapreciable colaboración al proporcionarme las viñetas para esta investigación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## VI.- ALCANCES Y LIMITACIONES:

El campo de investigación sobre psicósomática, ha sido y sigue siendo motivo de interés de múltiples investigadores. El esfuerzo común al realizar tales estudios, ha girado en torno a la necesidad de abordar el padecimiento humano desde un enfoque integral. Todo ello ha contribuido al logro de una evolución significativa de la medicina integral, desde fines del siglo pasado hasta la fecha. No obstante, aún persiste la tendencia a disociar lo somático de lo psíquico, en grado tal, que esto llega a constituir en muchos casos una barrera de difícil superación entre médico y paciente, y entre especialistas de la salud en general.

Balint (7) expone en su libro "El médico, el paciente y la enfermedad", - en el capítulo en que trata el conflicto médico-paciente, que "cada parte habla un idioma que la otra no entiende". Con esto se refiere a los múltiples casos en los que las personas que acuden al médico, le "ofrecen" por así decirlo, un padecimiento, una sintomatología; aquél, a su vez "propone" un tratamiento, llega a poder darle nombre a la enfermedad, lo cual es una primera demanda del paciente. Esto último en casos atípicos, no resulta tan sencillo de satisfacer; se da una serie de vicisitudes y a pesar de los más serios esfuerzos entre médico y paciente para alcanzar éxito en el tratamiento, éste fracasa, llevando a ambos a una situación de mutua frustración; según las palabras de Balint, se ha dado "un diálogo de sordos". En el mejor de los casos, el médico, profesional responsable e interesado en ayudar a su paciente, llega a considerar el carácter "psicósomático" del padecimiento; hace las recomendaciones que juzga pertinentes o él mismo se hace supervisar el caso dentro de un equipo técnico, con un psiquiatra. El mismo "diálogo de sordos" se da también en múltiples casos. ¿Por qué todo esto?

Dar una respuesta sencilla no es fácil ni deseamos caer en un reduccionismo arbitrario, como respuesta al complejo problema que todo lo anteriormente - descrito encierra. Por otra parte tampoco fue nuestra intención abordar el tema tan ampliamente, que pretendiésemos agotar las posibles explicaciones al - respecto desde sus orígenes o desde las diversas disciplinas que se relacionan con lo psicossomático.

El tema ha sido tratado desde el marco conceptual psicoanalítico.

Consideramos que esta tesis, dentro de sus limitaciones a nivel de investigación, constituye sin embargo, un intento de contribuir con alguna respuesta a los cuestionamientos planteados sobre este tema, en el presente trabajo. Dichas limitaciones quedan ubicadas dentro de las que podrían imputársele a la práctica psicoanalítica. Es bastante conocida la crítica al respecto, que se enfoca principalmente en cuanto a la cientificidad del método; de si éste se - fundamente en reglas que constituyan un vínculo entre la teoría y la práctica psicoanalítica.

Si bien los conceptos psicoanalíticos no son fácilmente cuantificables numéricamente, existen procedimientos de apreciación de diferencias cuantitativas de los procesos mentales; es posible registrar indicadores conductuales. Aunque este método no ofrece la precisión del método numérico, propio de las - ciencias exactas como la matemática y la física, puede ofrecer predicciones - aproximadas, la validación de sus leyes y sus explicaciones.

Por otra parte, el carácter privado de la práctica psicoanalítica, constituye una dificultad en cuanto a la objetividad del material, que en este caso particular, se presentará en forma de viñetas. Aunque se trató de superar esta dificultad técnica a través de la supervisión de especialistas en la mate-

ria, el margen de error en cuanto a la objetividad, aún así existe, dada la -  
complejidad del fenómeno estudiado.

Por tanto, los resultados se presentarán como predicciones aproximadas y  
abiertas a investigaciones futuras.

El método se describirá con más precisión en el capítulo IX.

VII.- MARCO CONCEPTUAL:

Los conceptos básicos en los que se fundamenta el desarrollo del presente trabajo, corresponden al marco conceptual psicoanalítico y en especial a lo relativo a fantasía inconsciente, esquema corporal y teoría del simbolismo.

a) FANTASIA INCONSCIENTE:

La escuela Kleiniana define la fantasía inconsciente como la representante mental de los instintos. Las fantasías inconscientes están presentes y activas en todas las gentes, tanto en aquéllas que sufren conflictos — emocionales patológicos, como en las que son consideradas normales.

Susan Isaacs, en su artículo "Naturaleza y función de la fantasía" (Edit. Paidós pág. (37) describe los conceptos básicos de la escuela Kleiniana sobre fantasía inconsciente. Nos habla de cómo se ha ampliado y desarrollado el concepto de fantasía dentro del campo psicoanalítico. Entre los innumerables puntos de interés que cita esta autora, resulta básico — para el tema de esta tesis, aquél que alude al hecho de que las fantasías inconscientes, se hallan inicialmente referidas a cuerpos y representan — fines instintivos hacia los objetos. Pone de relieve también la función defensiva y de realización de deseos que tiene la fantasía inconsciente, así como de descarga de contenidos de ansiedad.

Esta concepción Kleiniana de fantasía inconsciente como representante de los instintos, implica la existencia de un Yo temprano capaz de establecer relaciones objetales primitivas. Es decir, desde el nacimiento, la — interacción entre experiencias internas y externas influye en la fantasía inconsciente y ésta también influye en las experiencias con la realidad —

exterior.

Otro de los importantes postulados de esta conceptualización es que la naturaleza de las fantasías inconscientes y su relación con la realidad, es lo que determinará la salud o enfermedad psíquica del individuo.

Dentro del campo psicoanalítico, muchos autores han desarrollado investigaciones sobre el padecimiento psicósomático, tomando como base los conceptos de la escuela Kleiniana sobre fantasía inconsciente.

En el presente trabajo trataremos de presentar algunas de las aportaciones significativas al respecto, cuyo desarrollo tendrá lugar en el capítulo — reservado para la revisión de la literatura.

b) SIMBOLISMO:

La conceptualización más amplia y general del sentido del simbolismo, es la que sostiene que éste es un modo de expresión indirecta de una idea o de un sentimiento. En el campo psicoanalítico, lo fundamental del concepto del simbolismo, es la característica de constancia de la relación, entre el símbolo y lo simbolizado inconsciente: o sea, la relación que se da entre un contenido manifiesto del comportamiento, o del pensamiento y lo que le corresponde en forma latente. Aunque existen muy variados criterios respecto al empleo del término simbolismo y su delimitación dentro del campo psicoanalítico resulta difícil, como señalan Laplanche y Pontalis, en el Diccionario de Psicoanálisis (pág. 426) (43) es el concepto de contenido inconsciente de lo simbolizado, lo que más define el concepto psicoanalítico del término; como representación indirecta, el simbolismo se da en los mecanismos de condensación, desplazamiento, figuración, etc.

Pueden observarse los símbolos en la conducta individual, a través de los sueños y de los síntomas; a partir de lo cual Freud basó sus estudios al respecto y describió muchas de las características esenciales de aquéllos que, aún hoy en día, prevalecen en los estudios y conceptualizaciones de enfoque psicoanalítico sobre el simbolismo. También afirmó Freud, (Interpretación de los sueños, Obras completas, pág. 250), que los símbolos pueden encontrarse, no sólo en la conducta individual, sino en diferentes — campos del pensamiento y la afectividad, en diferentes culturas, razas, e incluso habló de características filogenéticas del simbolismo, en lo cual apoyó Jung sus conceptualizaciones sobre los símbolos universales y el inconsciente colectivo. Los mitos, el folklóre, la religión, el arte, la enfermedad constituyen campos de posible observación de los símbolos.

Ernest Jones, en "Papers on Psychoanalysis"(38) Edit. Bailliere Tindall y Cox en el capítulo III "The Theory of Symbolism", trata de establecer las diferencias existentes entre las diversas concepciones acerca del simbolismo y en general acerca de la naturaleza teórica de aquél. Acepta el sentido estricto del término, como equivalente a un signo, en el sentido de que un símbolo es una representación o substitución de cualquier otra idea, pero su conceptualización psicoanalítica, se basa en las ideas de Freud al respecto, ya señaladas anteriormente; profundiza en ello y da el nombre de "simbolismo verdadero" a una forma indirecta de representación que hay que distinguir radicalmente, de otras formas indirectas de representación.

Describe seis atributos del "simbolismo verdadero" y establece las diferencias entre éste y la metáfora, el símil, la alegoría, la alusión y — otras formas de representación.

Estos atributos son los siguientes:

- 1.- Es un representativo o sustituto de cualquier otra idea; en el contexto, se deriva un significado secundario, no inherente a la cosa en sí misma. Una idea esencial, es representada por otra menos esencial.
- 2.- Representa el elemento primario, teniendo algo de común con él. La asociación, puede ser interna o externa.
- 3.- Un símbolo puede ser característicamente sensorial y concreto, mientras que la idea representada puede ser relativamente abstracta y compleja. El símbolo tiende a ser más corto y condensado que la idea representada.
- 4.- Los modos simbólicos de pensamiento son los más primitivos, ontogénica y filogenéticamente, y representan una regresión a un estado más simple y temprano del desarrollo mental. Son por eso encontrados más frecuentemente en las condiciones que favorecen tal regresión, como por ejemplo, enfermedades somáticas, neurosis, locura y sobre todo en sueños, donde la vida mental consciente, es reducida al mínimo.
- 5.- En la mayoría de los usos de la palabra, un símbolo es una expresión manifiesta para una idea que está más o menos escondida, secreta o guardada en reserva (las personas, en general, no son conscientes de lo que el símbolo representa).
- 6.- Un símbolo, se parece al impulso en que surge espontánea, automáticamente, y en el sentido amplio de la palabra, inconscientemente. Jones señala como características esenciales del "simbolismo verdadero": -

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

que es representativo de un material inconsciente, la constancia de - su significado, su independencia, (al no estar condicionado solamente a factores individuales), sus bases genéticas, sus conexiones lingüísticas y el paralelismo filogenético. Asimismo, considera que los seis atributos y las seis características ya mencionadas, constituyen una formulación en las que establece las diferencias entre el "simbolismo verdadero" y las otras clases de representación indirecta.

En general, concluye que: "la función esencial de las formas de simbolismo, usando la palabra en el más amplio y popular sentido, es vencer la inhibición que está detrás de la libre expresión de una idea-sentimiento dada; la energía derivada de esto, en su manifestación progresiva, es la causa efectiva del simbolismo". Nos explica que: "siempre constituye una regresión, a un modo más simple de aprehensión".

Si la regresión tiene lugar en un nivel consciente, o a lo sumo pre-consciente, se trata de un simbolismo metafórico o funcional. La diferencia entre estas formas de representación y el "simbolismo verdadero", es que en la metáfora, el sentimiento es sobre-sublimado", mientras que en el simbolismo verdadero es sub-sublimado". (Jones Ernest-Papers of Psychoanalysis. Edit. Bailliers Tindall y Cox, Cap. III) (38)

c) ESQUEMA CORPORAL:

Sobre este tema, muchos autores nos han proporcionado conceptualizaciones muy valiosas; Paul Schilder en "Imagen y apariencia del cuerpo humano" (Edit. Paidós Bs. As. pág. 15 (54), aborda desde tres puntos de vista sus ideas al respecto: el fisiológico, el neuropatológico y el psicológico. Imagen corporal, según este autor, es "la representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo", o sea "la forma en que éste se nos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

aparece"; la base fisiológica de la imagen corporal es la impresión postural. Describe también la estructura libidinal de la imagen corporal; se basa en las ideas de Freud, al considerar que "la libido narcisista tiene por objeto la imagen del cuerpo y las sucesivas etapas del desarrollo libidinoso van cambiando la imagen del cuerpo". Paul Schilder relaciona el contacto e interés por el propio cuerpo con el desarrollo del modelo postural, y habla también de la relación existente entre los síntomas orgánicos y el modelo postural del cuerpo como un vínculo recíproco, es decir - el modelo postural puede ser modificado por el cambio de función de un órgano, o un órgano (o varios) puede ser modificado por cambios en el modelo postural, del mismo modo que factores psicológicos pueden cambiar la estructura de un órgano. Sostiene este autor, que la vida emocional tiene influencia decisiva en la configuración y funcionamiento del cuerpo.

Schilder aborda también en sus puntos de vista sobre esquema corporal, su relación con la sociología; señala que a través de los procesos de identificación, nuestra imagen corporal mantiene un interés y relación hacia la imagen corporal de los demás, a la par que las emociones y pensamientos; añade que interés por el cuerpo e interés social, son paralelos y nos explica que la identificación es un proceso que se basa en el esquema corporal, en el cual no sólo se imita, sino que se sustituye al otro; adquiriendo su capacidad para actuar en el mundo (Schilder P. Imagen y apariencia del cuerpo humano. Edit. Paidós, Bs. As. págs. 110 y 185). Franz Alexander y Thomas S. Szasz, consideran que el concepto Schilderiano de imagen corporal, encierra íntima relación con el concepto psicoanalítico del Yo, como sistema de percepción y quizá también como "entidad". (Alexander F. Psiquiatría Dinámica. Edit. Paidós, Bs. As. pág. 313) (54).

Muchos otros autores desarrollan sus puntos de vista sobre esquema corporal desde ángulos variados, coincidiendo la mayoría en su sentido de "representatividad de nosotros mismos"; unos hacen más énfasis en la génesis y desarrollo de la imagen corporal; otros en los aspectos dinámicos, defensivos; otros en los aspectos relacionales, incluyendo el factor temporal y social. Lo común de estos puntos de vista, es el concepto de que la imagen del cuerpo, es algo que se construye y se destruye permanentemente, es decir el esquema corporal es cambiante, dinámico.

Vives, (en su trabajo "Cuerpo e imagen Corporal") (57), señala que el término "esquema corporal" es preferido por algunos autores: "ya que de esta manera queda incluido el concepto de imagen (aspecto visual, sensorial - en general, de la experiencia) y el concepto de re-presentación o sea la vuelta a poner en escena un algo, a través de mecanismos que aluden a la memoria o evocación".

H. Solís, en su trabajo "El Duelo Corporal de los Narcisos" (51), al hablar del cómo se va estableciendo el esquema corporal gradualmente, plantea que uno de los puntos de vista al respecto, es que esto va sucediendo más en relación a vivencias de órganos externos, que a cavidades naturales o internas y cita como opuesto a dicho punto de vista, el de P.Riviere (46), quien considera la existencia de "un protoesquema que se va dando a partir de estímulos externos y propioceptivos, con lo cual se establece un funcionamiento en el que quedarían incluidos, órgano, objeto, vínculo y fantasía inconsciente".

En cuanto a los aspectos libidinales, asociados al concepto de esquema corporal, resulta de mucho interés citar del mismo trabajo de H. Solís

(54), su concepto de "Narciso Negativo"; así designa a todo "self" catectizado por Tanatos, en su mayor porcentaje; por otra parte llama "Narciso Positivo", al "self" en el que predomina Eros. Este concepto y el que García Reynoso (32 y 33) señala, sobre el carácter defensivo disociativo relacionado con el concepto de esquema corporal (tomando y ampliando las ideas de Freud, Scott y Klein) resulta de suma importancia, para nuevamente focalizar nuestra atención hacia el tema fundamental de este trabajo.

En realidad nos hemos ocupado de tratar de plantear los conceptos de fantasía inconsciente, teoría de la simbolización y esquema corporal, para poder relacionar con estos conceptos, los síntomas orgánicos, como un lenguaje corporal, en el que, en forma disociada se plantea toda una problemática del ser humano. En nuestra tesis proponemos que dentro del tratamiento psicoanalítico, las somatizaciones, los "cuadros orgánicos", deben ser considerados como material asociativo interpretable desde la fantasía inconsciente con el apropiado tiempo, ritmo, nivel y proporción que cada caso requiera, para lograr beneficios terapéuticos más completos. De otra manera, nuestra impresión, es que muchos tratamientos dejarían en las somatizaciones de los pacientes, un material inconsciente disociado, no trabajado, encapsulado en el síntoma orgánico. Es decir, comparto el criterio de enfoque integracionista que sostienen algunos autores del campo psicoanalítico, hacia la comprensión y tratamiento del padecimiento humano. El Dr. H. Prado en su trabajo "La imagen corporal, en la regresión terapéutica" (46), nos dice lo siguiente: "Durante el proceso psicoanalítico, la imagen corporal se va haciendo patente, o mejor dicho consciente, en niveles distintos, de su propia formación. Todos hemos observado, en fases profundas del tratamiento psicoanalítico, la acción demoladora de algunas interpretaciones, que llevan al sujeto analizando a somatizaciones severas que son la expresión del funcionamiento orgánico del colon, es

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

tómago, intestinos, aparato respiratorio, piel, etc., constituyentes de la ima  
gen corporal, que se hará consciente de esta manera, si nosotros logramos inte  
grarla sintéticamente al proceso Yóico".

VIII.- REVISION DE LA LITERATURA:

La mayoría de los autores revisados en el presente trabajo, señalan que la investigación sobre Psicopatología, se inicia con el Psicoanálisis. Las primeras contribuciones psicoanalíticas al respecto, corresponden a los trabajos realizados por Breuer y Freud sobre la conversión histérica; dieron un significado específico a los síntomas, tales como parálisis, contracturas y perturbaciones sensoriales. Consideraron que tales síntomas eran causados por procesos mentales inconscientes, que a causa de la represión, no hallan salida en el comportamiento motor. Sin embargo, aunque por esta época tales conceptos ya sentaban las bases para ulteriores desarrollos sobre la comprensión y tratamiento del padecimiento psicopatológico, el psicoanálisis centraba por entonces su interés e investigación sobre el inconsciente; lo psicopatológico se enfocó básicamente hacia el estudio del fenómeno histérico sin que se profundizaran y ampliaran más tales descubrimientos. Ya hemos citado anteriormente, los trabajos que hoy son considerados como estudios clínicos sobre problemas psicopatológicos, los cuales fueron realizados por Abraham y Ferenczi. Posteriormente, surge una corriente de investigación que Franz Alexander describe como la "era psicopatológica en Medicina". Este autor, junto con Thomas S. Szasz, (Psiquiatría Dinámica. Edit. Paidós, pág. 313) (5) expone las diferencias entre el síntoma de conversión histérica y los síntomas vegetativos; consideran que el síntoma de conversión histérica corresponde a un mecanismo, que está restringido al sistema neuromuscular voluntario y perceptivo; el síntoma, en este caso, es un intento de aliviar simbólicamente una tensión emocional. En cambio, consideran que los síntomas vegetativos (neurosis vegetativa) consisten en una disfunción psicógena de un órgano vegetativo, que no está bajo el control del sistema neuromuscular, y que por tanto, no expresa ningún significado psicológico primario. Consideran que el síntoma vegetativo, no es una expresión sustitutiva de la emoción, sino su concomitante fisiológico

lógico normal; aceptan que las respuestas vegetativas se vuelven crónicas al estar sometidas a estímulos emocionales continuos, que provienen de conflictos sin resolver. En fin, los autores hacen una distinción entre dos tipos fundamentales, diferentes, de formación de síntomas (neurosis de conversión y neurosis vegetativas).

F. Alexander y S. Szasz, son exponentes de las ideas que se han desarrollado en investigaciones sobre enfermedades psicosomáticas en el Instituto de Psicoanálisis de Chicago. Sostienen que los estados emocionales, no se expresan sólo en un comportamiento externo, sino que los procesos fisiológicos internos, también responden a cada estado emocional mediante el mecanismo de adaptación, lo cual es una premisa basada en los estudios experimentales de Cannon. Franz Alexander y sus colaboradores, incluso, concluyendo que cada estado emocional específico provoca una respuesta fisiológica específica; consideran que éstas son reacciones de adaptación de los órganos vegetativos a la situación total en que se encuentra el organismo. Esta teoría postula (Alexander F. *Psiquiatría Dinámica*, Edit. Paidós, pág. 317) (5) "la coexistencia de los factores (la vulnerabilidad somática, local del órgano afectado, y la constelación emocional específica), es lo que provoca el disturbio orgánico". En realidad, F. Alexander y colaboradores, no se han apartado del enfoque dualista interaccionista. Las ideas citadas, en las que se basan estos autores, constituyen una escuela que mantiene una posición intermedia entre otras dos escuelas: una de éstas, da importancia básica, al factor constitucional, en relación a la expresión del síntoma orgánico; toma en cuenta el concepto de vulnerabilidad previa, adquirida, del órgano afectado. Acepta que bajo la influencia de estímulos emocionales, pueden desarrollarse trastornos orgánicos, en cualquiera de los órganos vulnerables; dicha vulnerabilidad puede darse por la herencia o por alguna enfermedad orgánica previa.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La Escuela Integracionista no hace distinción, entre los mecanismos psicológicos que intervienen en la conversión histérica y en la neurosis vegetativa. Son tan específicos dichos factores en un caso como en otro; tienen un contenido ideacional y un significado simbólico. En ambos casos, el síntoma orgánico, es una expresión simbólica de lo reprimido. Es decir, para esta escuela no existen áreas asimbólicas del padecimiento orgánico.

Dentro de esta última corriente de enfoque psicoanalítico se han desarrollado numerosas investigaciones. Muchas de éstas corresponden a las ideas — que se sostienen en el CIMP (Argentina) y otras a trabajos realizados por psicoanalistas aquí en México y en otros países.

Es difícil pretender realizar una revisión exhaustiva de la literatura psicoanalítica sobre el padecimiento psicósomático, por lo que desarrollaremos brevemente los conceptos que sostienen algunos autores que resultan más relevantes para el tema de esta tesis. Como ya se señaló en un principio, la gran mayoría, coincide en considerar la importancia del psicoanálisis, el cual con la develación del inconsciente, ha ampliado las posibilidades de interpretación y comprensión de significados.

Citaré algunos de los conceptos de autores que han investigado el padecimiento psicósomático. Cabe recordar que muchos psicoanalistas han dedicado su atención a estos problemas, como ya hemos mencionado anteriormente, pero existen las diferencias conceptuales que acabamos de señalar, las cuales constituyen escuelas dentro de este campo de investigación. Plantearé en forma general las ideas de algunos autores representativos de aquéllas, de la siguiente manera:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



- 1.- Abordando de nuevo las concepciones que se utilizan en el Chicago Institute for Psychoanalysis, las cuales están basadas en las interrelaciones — psicofisiológicas, expondré algunas de las ideas desarrolladas por Franz Alexander sobre padecimientos psicósomáticos. Este autor es representante de dicha escuela.
  
- 2.- También citaré las ideas de Otto Fenichel. Este autor, como el anterior, se mantiene dentro del enfoque dualista interaccionista. Su concepción — psicoanalítica al hablar de las órgano-neurosis y en especial sobre aparato respiratorio, nos proporciona muchos conceptos de gran interés al respecto, principalmente en cuanto al sentido psicodinámico de las funciones vegetativas.
  
- 3.- Por otra parte, citaré los conceptos de algunos autores representativos — de la escuela de enfoque integracionista, representantes del CIMP (Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), (Argentina), en su gran mayoría. En especial, expondré los conceptos de L. Chiozza en cuya conceptualización de enfoque integracionista, se fundamentan los cuestionamientos en este trabajo.
  - 1.1. F. Alexander (Psiquiatría Dinámica, Edit. Paidós, Bs.As. Cap. XI), — siguiendo el criterio de las interrelaciones psicofisiológicas, plantea que la coexistencia de la vulnerabilidad del órgano afectado y — la constelación emocional específica, es lo que provoca la enfermedad orgánica. Describe los padecimientos desde las alteraciones de las funciones psicofisiológicas correspondientes a:
    - a) Conducta volitiva (los disturbios de estas funciones pueden provocar síntomas de conversión histérica).

- b) Inervaciones expresivas (pueden considerarse estos trastornos, - por ejemplo: la risa o el llanto, como un puente entre las conver-siones histéricas y las neurosis vegetativas).
- c) Fenómenos psicosexuales (la actividad sexual, mecanismo por exce-lencia para descargar tensiones emocionales; los diferentes tras-tornos de las funciones sexuales pueden incluir rasgos de conver-siones histéricas y de neurosis vegetativas).
- d) Respuestas vegetativas (reacciones viscerales a los estímulos emo-cionales).

Desde el punto de vista de los factores psicológicos de los desórdenes ve-getativos y psicosexuales, hace una descripción, aclarando que cada uno de los síndromes que describe entrará en una u otra categoría, según sea que los fac-tores psicológicos lleven a los trastornos fisiológicos o al revés.

Como ejemplo del primer tipo de interrelación psicofisiológica, o sea los factores psicológicos que influyen en lo fisiológico, considera los casos de -úlcera duodenal o de asma. Cuando son los factores fisiológicos los que in-fluyen en lo psicológico, se dan los casos de diabetes mellitus, trastornos -menstruales, etc.

En términos generales, F. Alexander describe las constelaciones psicodi-námicas típicas que se dan en diferentes padecimientos orgánicos y hace hincapié en la importancia de los factores cuantitativos (psíquico-económicos), -aparte de lo psicodinámico, como determinantes en el desarrollo de diversos -síndromes.

De los trastornos gastrointestinales dice que: "el deseo de recibir, de ser cuidado, se asocia en el plano psicológico con el deseo de ser alimentado y fisiológicamente con el aumento de secreción gástrica" (Alexander F. Psiquiatría Dinámica, Edit. Paidós, Bs. As. pág. 323) (5).

Del asma bronquial, dice que la combinación del factor alérgico y del psicológico, producen la enfermedad. Lo psicodinámico correspondería a una inhibición del impulso a gritar, como factor nuclear; el grito estaría encaminado al reclamo de atención y ayuda de la madre.

Del síncope, hace la distinción entre el tipo vasodepresor y el histérico; en este último, no existen trastornos fisiológicos del sistema cardiovascular; tiene una connotación simbólica de un impulso reprimido. En el caso del síncope vasodepresor, el mecanismo fisiológico determinante es un descenso de la presión sanguínea y puede darse en situaciones de temor y peligro como concomitancia psicológica, pero sin significado simbólico como en el desvanecimiento histérico. Alexander considera el síncope vasodepresor como representante típico de neurosis vegetativa.

Respecto a la migraña, considera que los rasgos psicológicos principales son los impulsos destructivos reprimidos, lo cual se presenta también como factor determinante en la artritis reumatoide y en la hipertensión esencial.

Del hipertiroidismo, nos dice que este padecimiento en algunos casos se desarrolla a raíz de situaciones traumáticas que ha sufrido el paciente. Por lo general, la enfermedad parece relacionarse con la necesidad de maduración acelerada, que ha angustiado a estos pacientes, lo cual influiría en la hiperfunción tiroidea.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De la diabetes mellitus, nos dice este autor que, de los trabajos psicoanalíticos que han sido publicados al respecto, se considera el fenómeno psicológico típico asociado a este padecimiento, como una insaciable necesidad oral, comparable con la que aparece en la bulimia.

Nos expone también F. Alexander respecto a los estados de fatiga crónica o recurrente, la relación que existe entre los trastornos de los mecanismos reguladores de los hidratos de carbono y la ausencia de entusiasmo con que el paciente realiza tareas que requieren esfuerzo; nos dice "el entusiasmo continuo y el interés, al igual que la cólera, tienen un efecto estimulante sobre el metabolismo de los hidratos de carbono" (Alexander F. *Psiquiatría Dinámica*. Edit. Paidós, Bs. As. pág. 328) (5). "Los ataques de fatiga se presentan, cuando el paciente ha renunciado a la esperanza de alcanzar alguna meta anhelada" (Ibid).

De las enfermedades de la piel, hace notar la importancia de las tendencias sadomasoquistas y exhibicionistas. Dice que "El rascarse tiene suma importancia en la mayoría de los trastornos de la piel, cuando éstos se han desarrollado (y hasta puede tener cierta importancia etiológica en la neurodermatitis) expresa a menudo conflictos psicológicos específicos; el papel de los impulsos tanto hostiles como eróticos (masturbación) en esta actividad está bien establecido". Alexander F. *Psiquiatría Dinámica*. Edit. Paidós. Bs. As. pág. — 329 (5)

2.1. Otto Fenichel nos habla de distonías respiratorias y su equivalente emocional; la angustia. Nos dice que existe una íntima relación entre angustia y respiración, y que la distonía existe normalmente como equivalente de angustia de pequeña intensidad "es como si el Yo, estuviera tentando cautelosamente el terreno cada vez que es percibida una cosa nueva, o es comprendido un nuevo acto, o bien es dirigida

da en un nuevo sentido la atención y se preguntara, por decir así, si debe o no, asustarse" (Fenichel O. Teoría Psicoanalítica de las neurosis. Edit. Paidós. pág. 287) (28). Siguiendo las ideas de Freud, hace la diferenciación entre señal de angustia y de angustia traumática, siendo esta última desde luego, de mayor intensidad y es la que puede dar lugar a alteraciones gruesas de la función respiratoria, que pueden ser usadas más tarde como equivalente de la angustia. Señala que toda angustia, puede ser sentida como una especie de ahogo y describe la función respiratoria como representante simbólica de la incorporación y proyección de lo que fue incorporado. El hecho de que la substancia incorporada sea invisible (aire) y, que la respiración sea la única función vegetativa que pueda ser regulada a voluntad, hace que se preste a usos mágicos, tales como la equiparación de la vida y el alma con la respiración; o el hecho de inhalar el mismo aire que otra persona significa estar unido a ella; exhalar el mismo aire significa separación, nos explica este autor.

Respecto al ataque asmático, Fenichel considera que es primero que nada, una expresión de angustia; un anhelo pasivo-receptivo de la madre, a quien a través de la función respiratoria introyectiva, quisiera retener para obtener ayuda y seguridad. Aunque este autor coincide con otros, en cuanto al carácter pregenital del padecimiento asmático, considera que principalmente se relaciona con contenidos de tipo anal. Dice así: "la introyección respiratoria, se halla íntimamente unida al hecho de incorporar olores; es decir al erotismo anal por un lado y por otro lado a la idea de la identificación con personas fallecidas "inhalar el alma", Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Cap. XIII Edit. Paidós. Bs. As.

pág. 288 (28).

Este autor hace énfasis en el carácter pre-genital del conflicto del asmático y señala que por otra parte, existen factores puramente somáticos (de carácter alérgico que intervienen en el asma).

Obviamente, el enfoque de Fenichel, así como el de F. Alexander y co laboradores, considera la existencia de áreas asimbólicas (puramente somáticas).

No obstante, Fenichel aclara, que tanto en el "tic" como en el asma "la orientación anal se halla íntimamente relacionada con tendencias arraigadas en fases aún más tempranas del desarrollo" (Fenichel O., Teoría psicoanalítica de la neurosis. Cap. XV, pág. 365. Edit. Paidós (28). Nos habla de las características de dependencia oral del paciente asmático y de su gran necesidad narcisística de recobrar su pérdida omnipotencia; Fenichel describe los resfríos comunes, como expresión somática de patrones neuróticos de conducta y comenta, que precisamente las personas más temerosas de los resfríos son las que más se resfrían; esto se debe, a que inconscientemente se pondrían en situaciones que propician aquello. De la tos nerviosa, hace una clasificación. Siguiendo el enfoque dualista, hace la distinción entre la tos de tipo orgánico, que puede ser usada secundariamente para la descarga de impulsos reprimidos, especialmente para expresar conflictos en cuanto a la incorporación y por otra parte considera que la tos nerviosa puede ser un síntoma de conversión (identificación con una persona que tose), o la tos equiparable a un "tic", equivalente a la expresión de hostilidad y por último la tos como síntoma órgano neurótico.

3.1. Conceptos de diversos autores de enfoque integracionista. Granel J. en su artículo "Consideraciones generales sobre los aportes del psicoanálisis a la medicina psicosomática", (Encuentro Argentino Brasileño, Bs. As. 1975), transporta el modelo conceptual de contenido manifiesto y de contenido latente, a la enfermedad orgánica. Llama -- "comoción vivencial" al acontecer de la enfermedad. Dependiendo de los modelos o disposición del Yo, el padecimiento o el síntoma, se -- expresarán como manifestaciones en la conciencia, ya sea a través de la serie psíquica o de la serie somática. Habla de 2 aspectos de -- los síntomas:

1.- Su origen (vida personal)

2.- Su fin, su tendencia (el síntoma desaparece solamente al develar se su intencionalidad).

Este autor considera la enfermedad, como significante de cambio (los accidentes, por ejemplo, parecen relacionarse mucho con tal sentido).

3.2. Aizenberg S. en su artículo "Algunos aspectos del aporte de Freud a la enfermedad orgánica" (2) (Encuentro Argentino Brasileño, Bs. As. 1975), enfatiza la importancia del descubrimiento psicoanalítico del inconsciente, para aproximarse a la comprensión del significado del padecimiento psicosomático. Utiliza básicamente, tres conceptos: el concepto de inconsciente, el concepto de conflicto y el concepto de lenguaje de órganos.

Existen numerosos trabajos de tipo psicoanalítico sobre el padeci -- miento psicosomático, como los recientemente citados de Granel y -- Aizenberg, los cuales son muy representativos de la conceptualiza --

ción que es sustentada en el CIMP y en general por quienes abordan - la comprensión del padecimiento psicosomático desde un enfoque integral.

3.3. Para citar algunos más, el de Chab Tarab "Las relaciones objetales - tempranas y su relación con las enfermedades corporales" (15) (En - encuentro Argentino Brasileño, Bs. As. 1975), señala que la necesidad de comunicación tiene su origen en una carencia psicosomática, que - pone en juego mecanismos psicofísicos. Considera que las primeras - relaciones objetales del niño, constituyen un "Ininterrumpido diálogo no verbal" (página 21), que matizará la patología corporal ulte - rior; la expresión psicofísica se intensificará en grado y frecuen - cia, llegando a constituirse en enfermedad-mensaje, si no se produce una adecuada interpretación de los signos corporales" (pág. 70).

3.4. Chiozza L., en su trabajo "El conocimiento psicoanalítico de la en - fermedad somática" (Encuentro Argentino Brasileño Bs. As. 1975), ex - pone sus conceptos del fenómeno consciente que se da a través de dos sistemas: el corporal y el psíquico. Nos dice que a las representa - ciones de los órganos y sus funciones le llamamos "psiquis", nos di - ce este autor. Describe y ejemplifica la relación de la configura - ción del psiquismo y la función corporal del órgano.

Este autor, propone la posibilidad de considerar la existencia de - "un lenguaje del órgano" o "lenguaje hipocondríaco" (Ibid pág. 72), cuyo sentido se daría a conocer a través del proceso psicoanalítico.

La tesis fundamental de Chiozza es su planteamiento de que "a todo - órgano, función o alteración de la función, le corresponde una fan -

tasía inconsciente específica" (18) pág. 77. Este concepto y el de "alternancia del síntoma" que ya fue descrito anteriormente, resultan básicos para el desarrollo del presente trabajo.

IX.- METODO:

a).- DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

El diseño de la investigación se basó en el método clínico de "estudio de casos".

b).- MATERIAL (INSTRUMENTO):

Se trabajó con diez viñetas de sesiones de pacientes bajo tratamiento psicoanalítico que han presentado síntomas psicosomáticos.

Cada viñeta contiene material de sesiones en las que aparece el proceso asociativo e interpretativo, relacionado con el tema de esta investigación. Ya que se ha tratado de exponer un material clínico con miras a un posterior análisis y que las características del material que se obtuviera, pudiese requerir de un mayor registro de datos en unos casos que en otros para su mejor observación, nos pareció adecuado dar un margen flexible en cuanto al número de sesiones que cada viñeta aportara; el margen de flexibilidad fue de una a tres sesiones. Se pretendió que aquéllas contuvieran un material analizable dentro del procedimiento de estudio de casos, como ya se señaló anteriormente y de acuerdo con la técnica de "Análisis de contenido".

Las viñetas así obtenidas, constituyen el universo de estudio, de esta investigación conformado por un total de veinte pacientes (tomando en cuenta a los once reportados en la viñeta del grupo de pacientes psicosomáticos). De este total, seis de los casos estudiados recibían tratamiento individual y los catorce que restan, han estado en tratamiento de grupo. Doce son del sexo masculino y ocho del sexo femenino; las edades fluctua-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ron dentro de un rango que va de los 51a. a los 17a. Ocho de los pacientes son profesionistas, cuatro son estudiantes universitarios, una es pianista, otro linotipista, otro negociante y de los demás no tenemos datos más precisos que los de labores fuera y dentro del hogar.

c) SINTESIS PSICODINAMICA DEL MATERIAL CLINICO CONTENIDO EN LAS VIÑETAS.

La viñeta número I es de un paciente de 42 a, profesionista de la rama humanística, que presenta ataques subnitantes de asma al iniciar el tratamiento, los cuales fueron disminuyendo ostensiblemente desde la primera etapa de su tratamiento hasta desaparecer a lo largo de cuatro años, en los cuales se presentaron recaídas representadas por accesos aislados, ya no subnitantes.

La viñeta número II es de un paciente de grupo, profesionista de 26 años de edad. La viñeta nos muestra que al inicio del tratamiento el paciente presenta dificultad para "mantener relaciones profundas y duraderas" y cómo al transcurrir el proceso terapéutico grupal, ante los señalamientos que su grupo y su terapeuta le van haciendo, comienza a expresar distancia, resentimientos, agresión, celos y envidia, hasta presentar somatizaciones tales como estreñimiento y sangrado al evacuar, lo cual desapareció. Es de mucho interés el sueño que el paciente reporta, en relación con su sintomatología psicosomática y con las interpretaciones que se le han formulado respecto a la fantasía inconsciente contenida en aquélla, la cual parecería aflorar con más riqueza en el material onírico. La viñeta nos muestra la remisión de tales síntomas.

En la viñeta número III, Gregorio de treinta y un años, soltero, profesionista, desde que inicia el tratamiento, en sus antecedentes personales comunica su tendencia a somatizar cuando está en situaciones de "stress"; las somatizaciones aparecen fundamentalmente en piel; al transcurrir su tratamiento, co-

mienza a vivir en la transferencia su angustia de separación, su necesidad de cariño y aceptación y su temor al abandono; su neurodermatitis desapareció al hacer consciente dichos contenidos expresados en sus síntomas psicossomáticos - entre los cuales se manifestó una alternancia de esta manera: neurodermatitis, conjuntivitis, catarro, lágrimas. Todo un lenguaje psicossomático que nuevamente nos lleva a citar a Chiozza en cuanto a su concepto de "mosaico de fantasías inconscientes específicas" que se manifiestan en el síntoma corporal y su respectiva alternancia. La terapeuta de Gregorio, le interpreta primero que la trata como sus padres lo han hecho con él; la abandona, la aísla "me deja sola en la mesa", ligando esto con sus resistencias para traer material analítico a las sesiones; sólo informa acerca de cosas muy generales y abstractas. Posteriormente, cuando por necesidades de trabajo Gregorio tiene que viajar, trata de que esto no interfiera con sus sesiones, pero en ocasiones al no poder evitarlo se angustiaba. Al parecer, es en estas circunstancias cuando aparecen la neurodermatitis, la conjuntivitis, el catarro. Se le señala la posible angustia que está padeciendo, las lágrimas que no quiere mostrar por temor a que la terapeuta lo deje solo, ya que parece estar viviendo en la transferencia "a la madre fría que lo encierra en el baño cuando llora" desearía que la terapeuta le acariciara los brazos, que lo tranquilizara..... llora comienza a aceptar la cercanía afectiva con la terapeuta.

La viñeta IV nos muestra con gran riqueza la patología psicossomática; se trata de un "grupo especial" de pacientes cuyos síntomas principales son de esta índole. Este grupo es tratado en Co-terapia por tres terapeutas, dos mujeres y un hombre. Asisten en promedio, doce pacientes por sesión: éstos tienen lugar en un ámbito institucional; además de la técnica verbal, utilizan la movilización corporal y el psicodrama.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Junto con la viñeta se obtuvo una amplia descripción e interpretación de la psicodinamia de la sesión citada. Este material forma parte de un trabajo cuyo nombre es "La psicoterapia de un grupo de pacientes psicósomáticos" ya nombrado anteriormente; sus autores son los terapeutas de dicho grupo.

La viñeta número V nos presenta a un paciente masculino de 34 años que llega a un grupo terapéutico en el que algunos pacientes están manifestando patología psicósomática grave; él inicia una diabetes. La viñeta nos proporciona un material muy condensado acerca de la vida del paciente; lo más relevante según parece es la condición de hermano mayor y el papel de padre que tuvo que desempeñar tempranamente ante sus tres hermanos; cuando inicia su tratamiento no está convencido de ello; acude por recomendación de su madre, quien es terapeuta.

Pronto comienza a concientizar sus problemas. Es muy ilustrativo el sueño del paciente en cuanto a las defensas maníacas y de negación que utiliza frente a su conflicto, además de la disociación defensiva que conlleva su padecimiento psicósomático.

En la viñeta número VI Gina acude a consulta psicoanalítica por recomendación de su cardiólogo. Ella también es profesional médica de treinta y cinco años, casada y tiene dos hijos. De origen italiano, radica en México desde los doce años. Su médico la ha atendido de un infarto reciente y le hace ver la necesidad de recibir ayuda profesional para disminuir o resolver su angustia intensa, su tensión e hiperactividad, rasgos que al parecer han sido muy característicos en ella a lo largo de su vida, así como la sobre-responsabilización y autoexigencia; desde niña se sintió muy presionada por sus padres, por ser mayor que su único hermano, a que cuidara de éste, teniendo que

asumir tempranamente un papel adulto, e incluso cuidar a su propia madre. En su matrimonio, ha continuado este tipo de vínculo con su esposo. En sus comunicaciones hay mucha ira contenida, amargura y resentimiento por el abandono, e insatisfacción afectiva que ha sufrido.

La viñeta nos deja ver que en la transferencia Gina trata de "ayudar" — también a su terapeuta; incluso al tratamiento psicoanalítico lo percibe como un intento de "ayudar" a su cardiólogo, "o para cansar menos a mi corazón con los conflictos".

Cuando la paciente comenzó a darse cuenta de su dificultad para confiar sus sentimientos en el terapeuta y de lo que en su conducta significaba su — preocupación por ayudar a otros, como una realización activa de lo que pasivamente deseaba para ella, su sintomatología somática presentó cambios: res — frío, anorexia leve, temor al desmayo; por otra parte, su ambivalencia se expresó en el material que proporcionaba al terapeuta respecto a sus gustos y — preferencias hacia cierto tipo de alimentos; el terapeuta le interpreta su deseo de ser "alimentada" por él, pero también sus temores y desconfianza hacia la cercanía afectiva que aquello implicaba. La viñeta termina presentando un pronóstico esperanzador respecto al control de su padecimiento cardíaco.

En la viñeta VII Paty, adolescente de 17 años, presenta el padecimiento de obesidad, al parecer ligera angustia y distorsión de su imagen corporal; — aún estando adelgazada por las dietas, se sigue sintiendo gorda. A través — del tratamiento, comienza a conocer de sí misma lo que esconde detrás de su — "sociabilidad" reactiva, y de su gordura; se da cuenta de su distancia afectiva, de su temor a la cercanía física, a la agresión y a su sexualidad; comienza a ver la inaceptación de su propia persona. Pasa a ser paciente de un gru

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

po terapéutico de adolescentes en el que puede vivir contenidos transferencia les negativos, mostrándose menos "sociable" y no tan necesitada de conservar su gordura; la dieta no le resulta tan difícil como antes.

La viñeta número VIII, nos muestra a Juan, un paciente de 51 años profesionalista, que desde su infancia presentó sintomatología digestiva, consistente en anorexia no selectiva, evacuaciones tipo diarréico, ocasionalmente estreñimiento y pérdida de peso. Se le dificultaba la relación interpersonal, pero trataba de sobreponerse a ello e intentaba tener amigos. En la adolescencia aún persistían sus síntomas, los cuales en la edad adulta se reactivaban ante situaciones de "stress". En tres ocasiones fue internado sufriendo en este lapso tres operaciones. Había sido tratado de diversas maneras por tiempo prolongado sin que sus síntomas desaparecieran; había períodos de remisión de aquéllos, pero se reactivaban cuando tenía que enfrentar situaciones de mayor exigencia, relacionada con su profesión o con su pareja, siendo frecuente que sus conflictos alcanzaran una intensidad de crisis existencial que se expresaba en lo somático con persistencia.

Después de la segunda operación, Juan comienza su tratamiento psicoanalítico grupal; concientiza su enojo, su temor a la agresión. El terapeuta, después de que Juan ha expresado en el grupo una gran descarga de afectos y pensamientos respecto a su padecimiento orgánico, le hace ver su posible temor a la castración, relacionada con los propios impulsos agresivos que manejaba volviéndose hacia sí mismo.

El material de la viñeta, nos señala que su sintomatología intestinal no ha reaparecido, que permanece con frecuencia en silencio; se encuentra en una etapa de elaboración de su terminación del tratamiento.

En la viñeta IX, Adalberto, paciente de 40 años que ha alcanzado dos profesiones, acude a tratamiento psicoanalítico, sin estar convencido de ello; - acude porque se lo han indicado ante las dificultades conyugales que está viviendo y la posibilidad de un divorcio. Al proporcionar datos de su historia personal, comenta que ha sufrido amenaza de desprendimiento de retina al parecer durante largo tiempo de su vida, sin que ningún especialista pudiera encontrar causa orgánica que explicara su padecimiento. A través de su tratamiento psicoanalítico el paciente quien creía haber estado muy sometido a su padre, marino rígido, severo y distante a la vez, va tomando conciencia de su intenso sometimiento a la madre, a la mujer, de su hostilidad hacia esta figura proyectada en el vínculo con la esposa - madre.

Su sometimiento hacia el padre es más consciente para él, pero comienza a darse cuenta de que a través de la amenaza de desprendimiento de retina que ha padecido, puede "oponerse" al deseo de aquél, de que entrara a la marina.

Su terapeuta le interpreta aspectos de transferencia negativa en torno a los frecuentes regalos que Adalberto le hacía, al vivirlo como el padre, con idealización por una parte y en lo subyacente con rabia por la insatisfacción afectiva en su relación con él; para oponérsele, tenía que regalarle los ojos. Comienza a sentir que no tien porqué hacerlo. Su relación con la esposa mejora; ya no aparece su síntoma psicossomático.

En la viñeta X Beatriz de 32 años dedicada al hogar, casada, tiene cuatro hijos; hizo estudios de Economía sin haber concluido la carrera. Acude a tratamiento por sus problemas conyugales y por padecer cefaleas frecuentes - que no han cedido ante ningún tratamiento.

Al relatar su historia personal, la paciente manifiesta la insatisfacción

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

afectiva en el vínculo con su madre - niña y con un padre militar, rígido, dominante y violento; puede darse cuenta ante los señalamientos de su terapeuta de que en sus síntomas físicos revive el dolor, los gritos, los golpes, las exigencias que ha vivido en sus vínculos parentales infantiles; necesita de sus síntomas para repetir y mantener vivos, vigente, la relación con sus objetos internos insatisfactorios. Por otra parte, le señala su necesidad de "vomitar" todo su malestar, desea la cercanía con él, pero sus resistencias se activan cuando aquello empieza a suceder; reaparecen sus cefaleas; esto mismo sucedía cuando la relación sexual con su esposo era placentera y los conflictos disminuían; no toleraba por mucho tiempo el bienestar, ya que esto significaba separarse de sus objetos internos dolorosos, con la angustia y temor al cambio que esto implicaba.

La viñeta nos deja ver el progreso de la paciente cuando puede confiar más en el terapeuta y vivir en la transferencia, sus necesidades regresivas orales.

Sus somatizaciones han disminuido, se ha presentado alternancia de los síntomas, por otros más leves y con menor frecuencia.

d).- LAS VIÑETAS:

A continuación se presentan las viñetas tal como fueron proporcionadas por los terapeutas que colaboraron en esta investigación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

VINETA I

P. Masculino, casado, 42 años, profesionista de la rama humanística: (tiene un puesto en una Secretaría).

Había sido internado en el hospital programado para resección de glomocangoma rotídeo por ataques subnitrosos de asma desde hacía tres meses; estaba con oxígeno a permanencia, encamado y recibía tratamiento con bronco dilatadores.

Habían sido diagnosticados elementos alérgicos al polvo y al chocolate fundamentalmente.

Los ataques asmáticos fueron inicialmente cada seis meses o una vez al año y progresaron pese a innumerables tratamientos hasta el estado actual.

Antes de ser operado, el paciente solicitó consulta con la Psiquiatra del Hospital ("si me han de operar, recorro al brujo moderno, antes de que me operen").

La primera consulta fue en su cuarto del hospital; estaba disnéico, con aparato de oxígeno y una cara de ansiedad terrible. Expresó en una forma galante, diversas dudas acerca de mi capacidad de ayudarlo; textualmente, era yo una gente muy joven y se preguntaba si un tratamiento psicoterapéutico podría ayudarlo. Mi respuesta fue que en el asma había elementos emocionales importantes y que era cuestión de ver si ventilándolos había una mejoría. Entonces aceptó hacer la prueba y lo cité en mi consultorio del hospital; ya no en su cuarto. Se angustió, porque no podía prescindir del oxígeno, pero yo le dije que él era suficientemente influyente como para hacer que le llevaran el carrito con el oxígeno adonde yo estaba, (esto fue entre otras cosas para ofrecer

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

un ambiente más íntimo con menos interrupciones del personal hospitalario).

El paciente provenía de una familia de origen humilde, de clase social haja, pero con fuertes valores morales; era gente muy honrada, muy limpia y trabajadora. El padre era artesano, la madre ama de casa; ninguno de los dos padres había terminado la primaria. La familia vivía en provincia, en su lugar de origen; gozaban de prestigio a pesar de su origen humilde, por su honradez y correcto comportamiento. El paciente es el menor de 7 hermanos con los que tuvo una relación muy estrecha en la infancia y buena en la actualidad. Como él es el único profesionista de la familia, ayuda económica y emocionalmente a sus hermanos. La madre muere cuando él tiene 6 años de una enfermedad cardíaca; la familia entra en una depresión prolongada por años, en donde las hermanas mayores suplen las funciones de la madre, siempre en nombre de ella (a mamá no le gustaría esto, etc.), el padre nunca volvió a casarse; se dedicó totalmente a la educación de sus hijos y a partir de la muerte de la madre, la vida del paciente así como la de sus hermanos, estuvo dedicada al trabajo. La madre es descrita como alegre y cariñosa. El fue un buen estudiante; cuando terminó la Prepa, vino a hacer la carrera aquí en México. Consiguió trabajo y se costó íntegramente sus estudios, e incluso cuando sus ingresos fueron mayores, ayudó económicamente al padre hasta que éste murió.

Inició relaciones sexuales tardíamente y en contadas ocasiones, antes de casarse, a los 30 años; tuvo 4 hijos. Eligió esposa sin estar enamorado porque consideró que podía entenderse bien con aquella también profesionista de procedencia socio-económica igual a él, con sus mismos valores; la describe como una buena mujer, serena, razonable y un tanto fría.

Durante la luna de miel, tiene su primer acceso asmático, atribuyéndolo a un enfriamiento. El paciente tiene un carácter obsesivo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TRANSCRIPCIÓN DE UNA SESIÓN UBICADA A LOS DOS MESES DE INICIADA LA TERAPIA,  
TRES VECES POR SEMANA.

P.- "Anoche me sentí mal; estaba yo en mi casa después de cenar; había regañado a mi hijo porque molestó a su hermana durante la cena; es un niño rebelde, a quien necesito hacerle entender el respeto por los demás; mi esposa intervino apoyando al muchacho porque considera que soy demasiado duro y exigente con los niños; después de lavarme los dientes me senté al borde de la cama a esperar que mi esposa viniera y empezó la asfixia; abría la boca desmesuradamente y no podía jalar aire a mis pulmones; me palpitaba el corazón, las sienes, sentía que me estallaba la cabeza, no podía levantarme para alcanzar el inhalador; mi esposa debe haber oído mis ruidos; entró y me ayudó"-

Lo que se trabajó fundamentalmente en los tres meses de iniciada la terapia, fue la necesidad de afecto del paciente en base a su orfandad temprana. Se interpretó el inicio del asma como una protesta por no haber encontrado en la esposa, la madre cálida que él esperaba; la encontró fría en todos sentidos.

A raíz de esta línea de trabajo, el paciente desarrolla muy rápidamente una transferencia de tipo materno idealizada, hacia la terapeuta; la vive inteligente, comprensiva, simpática; depende de ella para su bienestar físico-emocional; disminuyen las crisis subnitantes de asma; puede asistir a consulta, sin el aparato de oxígeno.

En estas condiciones, la terapeuta anuncia sus vacaciones de una semana; hay gran angustia en el paciente, vuelven crisis intensas de asma y la terapeuta, se despide con un "no se preocupe P., mamá va a volver". P. se ríe complacido y confiado y recibe a su terapeuta al regreso, con la noticia de -

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

no haber tenido ningún ataque asmático en toda la semana.

El paciente continuó el tratamiento por cuatro años más; tuvo cuatro recaídas durante este tiempo ya no subnitantes; fueron accesos aislados, siempre coincidentes con situaciones que él vivía amenazantes al vínculo terapéutico; por ejemplo una aventura extramatrimonial, o una actitud de la terapeuta que él vivía como rechazante, etc. El asma desapareció. El paciente ha seguido en contacto esporádico conmigo cuando tiene triunfos o angustias importantes. Sus sesiones las calificamos con un lenguaje de broma compartida, como "venir a recargar la batería".

VIÑETA II

Fernando, 26 años, profesionista, estudiante de maestría.

Asiste a psicoterapia de grupo hace cuatro años, es el tercero de tres — hermanos hombres.

Una madre narcisita, un padre infantil, lejano.

El paciente mantiene un culto por su cuerpo, continuamente habla de su capacidad seductora ante las mujeres que lo asedian, no puede mantener relaciones profundas y duraderas.

El grupo le hace señalamientos en cuanto a que "está en el grupo pero da la impresión de que con nadie se conecta".

Una de las pacientes, mujer joven, atractiva, inteligente, habla de sus progresos profesionales, ganó un concurso y obtuvo una beca.

Logró un empleo muy bien remunerado, está intensamente ligado transferencialmente a la terapeuta.

Fernando acentúa su actitud silenciosa en el grupo, pasa sesiones sin hablar, después muestra disgusto porque el grupo "no le hace caso", protesta — agresivamente cuando la terapeuta entra al grupo con algún retraso.

Le señalo en primer término su enojo, que no permite ninguna falla mía, que me idealiza demasiado.



Me agrade diciendo que él me paga para que esté en la sesión. Interpreto que él no tolera tener algo que no sea tan perfecto como se ve él y a su madre. Que yo tengo que ser algo que lo adorne, igual que él es para su madre.

En otra sesión él expresa su envidia en relación a la compañera de grupo y al lado de este comentario expresa que está muy preocupado porque al ir al baño sangró al evacuar y que también en el labio tenía un poquito de sangre; que ha estado muy estreñido que nunca le había pasado esto.

Interpreto que en sus silencios se ha llenado de alimento que acumula, retiene y se estríe.

Se muestra ligeramente angustiado y dice que la beca de María lo ha jodido porque él no logra avances y que se siente muy encabronado conmigo.

Le interpreto que él siente que le doy toda mi leche a María y a él le doy el pecho seco, entonces me tironea, lo muerde hasta sangrar y evacúa sangre, mala leche que le daña.

A la siguiente sesión llega antes de la hora y abre la sesión con un sueño. "Estaba con su novia que le daba de mamar como si él fuera un bebé y él le arrancaba el pezón de un mordisco y veía los canalitos del seno que goteaban leche mezclada con sangre".

Interpreto que en su ansiedad por sacarme la leche que siente no le quiero dar, me arranca el pezón.

Guarda silencio y dice "a propósito el estreñimiento se me quitó y lo --

del sangrado me dijo el doctor que no era nada grave que con dieta blanda se corregia".

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

VIÑETA III

Gregorio, soltero, 31 años, profesionista, tercero de cinco hijos (dos mu jeres y tres hombres). Madre: huérfana temprana, depresiva. Padre: obsesivo agresivo. Hace un año está en psicoanálisis; entre los antecedentes personales, expresa tendencia a somatizar cuando está en situaciones de "stress". - Las somatizaciones aparecen fundamentalmente en piel.

Gregorio empieza un negocio en donde ha invertido casi la totalidad de - sus ahorros y en el que tiene grandes expectativas de destacar profesionalmen te; le es muy importante el reconocimiento de sus familiares con los que man tiene gran distancia afectiva.

Vive al lado de sus padres, pero se mantiene encerrado en su habitación, debido al clima de indiferencia que percibe Gregorio ante sus intentos de dia logar y platicarles sus proyectos.

En el análisis es igualmente reservado, habla sobre aspectos que para él son intrascendentes, con aparente desafectivización en sus contenidos.

Le interpreto que él espera de mí una respuesta de indiferencia igual - que sucede en su casa y prefiere no exponerse, hablando sobre temas que para él son intrascendentes.

Comenta que quiso platicar a la hora de la comida con sus padres, decirles el puesto que le dieron en la empresa, del cual él se muestra orgulloso - pero no le hicieron comentarios, no le preguntaron más y terminada la comida se fueron a dormir la siesta quedando él solo en la mesa.

Le interpreto que él conmigo es como sus padres; conmigo, no me comenta, no me da más información que cosas muy generales y abstractas, me aísla, "me deja sola en la mesa".

Transcurrieron cuatro meses en donde simplemente me decía que iba de viaje de negocios, pero estos viajes los arreglaba en tal forma que no interfirieran con sus sesiones y se angustiaba cuando muy eventualmente tenía que suspender alguna sesión a causa de los viajes.

Un día llega a la sesión agripado y en la siguiente sesión habla de tener conjuntivitis y veo que se rasca continuamente los brazos; pregunto qué le pasa en los brazos y dice que apareció la dermatitis pero que irá al médico.

Le señalo que tal vez le está pasando algo que lo está angustiando demasiado. Lo niega, acude a una tercera sesión con los mismos síntomas, dice que no mejora la conjuntivitis porque en la ciudad hay mucho "smog".

Le digo que me parece que sigue muy angustiado y que la conjuntivitis y el catarro son lágrimas que él no quiere mostrarme por temor a que lo deje solo, que él desearía que lo acariciara en los brazos y lo tranquilizara, pero él recuerda en mí a una madre fría, indiferente que lo encierra en el baño cuando llora.

Por eso me habla de conjuntivitis y catarros en lugar de lágrimas.

Silencio, las lágrimas fluyen silenciosamente, le acerco un clínex y empiezo el relato entre llantos, pucheros, palabras entrecortadas; su empresa ha perdido al mejor cliente debido a manejos de mala política; tal vez la cierran; él está muy angustiado lo invirtió todo y teme perderlo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Su departamento recién adquirido está casi vacío, apenas está su cama y los muebles en la cocina y ahora siente que ya no le interesa, se tiró en el piso de la sala en posición fetal y empezó a dialogar consigo mismo.

Interpreto que es como su relación conmigo que se inicia; empezamos a — amueblar la casa (introyectar objeto bueno) y al presentarse el problema labural surgen ansiedades de soledad y abandono como cuando era muy pequeñito (posición fetal que adopta en la sala).

En un soliloquio tal vez hablaba conmigo.

Relata con mayores datos lo que ha pasado y dice que es curioso como si fuera magia se desapareció la conjuntivitis y el catarro y que la dermatitis casi no le da comezón a pesar de no haberse aplicado el tratamiento.

#### VINETA IV

(\*) "Sesión de un grupo de pacientes psicosomáticos"

Este grupo tiene la característica de ser tratado en Co-terapia dentro de un ámbito institucional; en el tiempo que tuvo lugar la sesión a la que vamos a referirnos, el promedio de asistencia era de 12 pacientes por sesión, en las que la patología psicosomática es lo más relevante. Los terapeutas además de las técnicas verbales, utilizan técnicas de movilización corporal y de psico-drama.

#### Sesión

El doctor Chávez, paciente del grupo comunica: "Me he dado cuenta de que cuando tengo tensión me aparece febrícula. Me hice muchos estudios y pensé -- que era una enfermedad pero ya me di cuenta de que eso me ocurre cuando estoy preocupado".

Cata, paciente que viene hoy por primera vez: "Vengo aquí porque hace -- una semana me enojé con mi hermana y después me puse a llorar y a gritar como una loca y se me agarrotaron las manos, lo cual es bastante grave porque soy -- pianista".

Rosalba, estudiante universitaria de 23 años cuya hermana gemela murió en el parto: "Yo traigo todo el cuello y la lengua dormidos, desde ayer y pienso ir a ver al neurólogo porque me ha pasado varias veces".

---

(\* ) La Viñeta citada y la psicodinamia desarrollada al respecto, forma parte de un trabajo presentado por los Dres. Celia Díaz de Mathman, Rosa Döring y José Luis González, con el nombre: "La psicoterapia de un grupo de pacientes psicosomáticos".

Gildardo, de 20 años, de origen campesino y actualmente linotipista: "A mí lo que me pasa es que si hay alguien cerca de mí, por ejemplo en el baño de un cine, no puedo orinar y luego me duele la vejiga".

Silencio.

Terapeuta al resto del grupo: "Y a todos ustedes qué les pasa, qué les duele?"

Lola, paciente muy guapa que tiene una relación masoquista con su pareja que eventualmente la golpea: "A mí me duele la cabeza, estoy mareada y tengo ganas de vomitar."

Mireya, joven que ha hecho muchos cambios; después de faltar tres semanas: "Yo estoy muy bien, en Italia pude hablar con todos mis hermanos y por primera vez nos dijimos cosas serias e importantes de nosotros mismos. Esto se lo debo al grupo. Los extrañé mucho".

Javier, que padece neurosis cardíaca que prácticamente le impide moverse de su cama y generalmente llega a la consulta acompañado de un adulto que lo cuida: "A mí me duele mucho el corazón, tengo punzadas y ahora creo que es casi seguro que voy a tener un infarto. Me siento muy angustiado no puedo más".

Juan José, paciente psicólogo: "Yo tengo amibas y me duele tanto la panza que a veces más bien creo que es una úlcera".

Miguel, paciente homosexual y alcohólico: "Yo no tomé nada en todo el fin de semana y hoy tengo una horrible jaqueca. Estuve todo el tiempo esperando un telefonazo que no llegó..."

Paciente X a Miguel: "De modo que tienes una cruda gratuita".

Gabriela que tiene dificultad para establecer una pareja: "A mí me duele todo el cuerpo, hice por fin mi mudanza y quedé medio muerta".

Terapeuta: "Yo pienso que si juntamos todo lo que el grupo está diciendo, se formará algo inespecífico y monstruoso. Si lo uniéramos podríamos crear una especie de Frankenstein..."

Los terapeutas se miran entre sí y acuerdan que se haga un ejercicio que proponen: "Ahora se van a reunir todos aquí en el centro, dándose las espaldas y formando un círculo y cada uno va a hablar desde el órgano o desde el síntoma. Veamos si eso nos puede ayudar a comprender lo que está pasando aquí. Tú, Javier que eres el más angustiado y el órgano fundamental (corazón), pasarás al centro y todos a tu alrededor".

#### Verbalizaciones posteriores.

Javier-corazón: "Estoy mal, ya no puedo más... soy un corazón pero ya no aguanto a Javier, todo me lo echa encima. Vive la vida Javier y no me molestes con tus cosas, yo tengo mucho trabajo. La terapia no sirve para nada. Javier cambia tu síntoma, hazte mejor una úlcera y déjame en paz. ¡Pobres terapeutas creen que te van a curar! Ni a ti, ni a nadie. Ya Javier, ocúpate, haz algo y no pienses que voy a fallar. Duérmete para siempre, acuéstate: "borracho y dormido se nos quita lo jodido". Javier llora mucho.

Dr. Chávez-febrícula: "Yo soy la fiebre, síntoma y casi enfermedad, hago que cualquiera se pueda sentir mal pero no soy nada. Estoy metido en éste para que se sienta enfermo, más bien él me llama cuando él se siente mal, así



yo existo. Tal vez me va a cambiar por otro síntoma o ya no me va a necesitar".

Rosalba—parte dormida del cerebro: "Son partes divididas que uno quiere que estén muertas, pero hay que hacer un esfuerzo para que no duerman demasiado tiempo porque uno se quedaría dividido y eso sería muy peligroso".

Gabriela—cuerpo adolorido: "Gabriela me presionó demasiado, sin ver mis límites. Me voy a reponer poco a poco... mi cansancio también va a servir para la independencia de Gabriela".

Miguel—jaqueca: "Soy jaqueca y otros dolores en el cuerpo, como gases en el intestino y te molesto Miguel por todo el tiempo en que tú piensas en encontrar a alguien para compartir tu vida. Te molesto por los GRANDES ESFUERZOS que haces para: dejar el alcohol y las pastillas; para trabajar; para despistar tu homosexualidad; para mantenerte activo. Te voy a seguir molestando — mientras hagas tantos esfuerzos para todo".

Lola—dolor de cabeza: "Soy dolor de cabeza y molesto a Lola porque ella quiere huir siempre. Cuando yo llego ella se duerme en un lugar frío y que no huela a nada. Hoy la molesto más porque está cuestionando toda su vida, no sabe qué va a hacer y no sabe dónde está ni quien es".

Cata—nervios: "Soy los nervios que invaden todo el cuerpo y se concentran en las manos porque sé que pueden hacer mucho. Así evito que ella se exprese tocando el piano. Yo no quiero que se desenvuelva delante de los demás. Estoy hormigueando tus manos para que se queden tiesas. Yo insisto en estar — aquí, ella me quiere echar... Yo quiero destruir. Soy sus nervios y cada vez vamos siendo más fuertes".

Mireya-corazón inflamado generaciones atrás: "Yo no quise estar así porque soy bueno, sano y fuerte. Yo sé que tú Mireya, romperás la cadena y yo me voy a desinflamar. Yo sí creo en la terapia y no me quiero quedar aquí con otro corazón enfermo".

Dr. Chávez: "Yo también soy la fiebre y no estoy de acuerdo con los últimos que hablaron. Ellos nos usan y nos llaman, nos usan como pretexto, yo no me metería pero el tipo me llama. Y a ti nervios, a dolor de cabeza, a todos ustedes también los usan para resolver sus problemas. Mejor dicho, el tipo nos necesita, para cubrirse y no resolver nada".

Gildardo-vejiga: "Yo soy importante, si impido que salga la orina, te jodo. Y un día te voy a hacer orinar en público, para que te sientas mal. ¡Llevas dos años sin relaciones sexuales y ése es un problema que me ocasionas!"

Juan José-amiba: "Mira Juan José, cuando tú andas mal, me llamas. Siempre ando contigo pero cuando andas mal, canalizas conmigo. Sientes que fallas, tienes coraje y conmigo te desquitas, para quitarme a mí, tienes que quitar tus rabias y conflictos, pero prefieres quedarte así".

Heriberto, que es extranjero y llegó un poco tarde: "Yo soy la ansiedad, el dolor o los nervios. Me cuesta decidir qué hacer constantemente; hay que tomar decisiones y creo que lo importante es que hay cosas del mundo mal hechas y son el dolor de todos. Por qué toda esa energía no se canaliza de otra manera para que no haya cuerpos enfermos? Cada vez que hay logros personales da culpa: tú te pones bien, pero los demás cómo están? Y la mayor ansiedad es el miedo a ser consecuente con los pensamientos, porque las represalias físicas y mentales pueden ser muy fuertes. Parece que hubiera que decidir de qué lado situarse.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Silencio total.

Terapeuta 1.- Cada uno puede volver a su lugar pues creo que están muy in cómodos.

Terapeuta 2.- Yo pienso que no deberían moverse porque se van a salir de su personaje-órgano.

El grupo se pone de pie. Algunos fuman, todos se mueven y empiezan a mirarse y a hablar entre sí.

Terapeuta 3.- Bueno, se ha deshecho la rueda, pero ahora lo interesante es que veamos por qué estaban tan incómodos.

Paciente 1: "Yo quería tocar a mis compañeros pero me dio miedo. "

Paciente 2: "Yo tuve muchas ganas de gritar cuando hablé X, pero creí — que tenía que aguantarme y me sentí muy mal.

Paciente 3: "Yo estaba incómoda porque sentí que si seguíamos cerca po — dríamos todos contagiarnos y agarrar los síntomas de los otros".

Terapeuta.- Lo que nos están diciendo es que fueron deprivados del contacto de piel, lo que anhelan y repudian a la vez. Lo importante es que estando tan cerca tuvieron miedo a la locura.

Mireya: "¿Cómo voy a vivir con el corazón desinflamado? Eso busco y sin embargo me da tristeza poder ser diferente a mis padres.

Lola: "Yo no quiero morir de cáncer, despedazada como todos en mi familia".

Miguel: "Cuando habló alguno de ustedes, también a mí se me empezaron a dormir las manos".

Terapeuta: "Sí, cuando empezaron a hablar los diferentes órganos, se fue dando una regresión que podía confundirse con la muerte".

Gabriela: "Yo no me quería apoyar en Javier, porque él invitaba a la muerte".

Gildardo: "Yo no supe por qué si hablaba desde la vejiga, aparecieron - allí mis células seminales..."

Terapeuta: "Fue un cuerpo no conformado, nadie pudo apoyarse en el otro, ni dialogar con los demás. En común hubo el cansancio muscular que puede ser producido por la fiebre, los nervios o la angustia. La mitad del cerebro dormido-hermana gemela muerta es la sensación grupal de división, en la que todos se sienten descuartizados. En todos fue común la represión a manifestar lo que realmente sentían (ganas de tocarse, de gritar, etc.) pero creo que tiene que ver con cosas que aquí no se han compartido con los demás, por eso seguimos enfermos. Por ejemplo tú Juan José, tienes a la amiba, casi de amiga; te sirve para no sacar tus conflictos. Ella y tú están simbiotizados. Todos usan el dolor de cabeza y otros síntomas para no resolver situaciones vitales.

Varios pacientes hacen asociaciones, siguiendo la línea de la última interpretación y aparece un común denominador: para no joder al otro, me jodo yo.



Terapeuta: "Hay una disociación de los órganos, lo reprimido (gritar y -llorar) es lo que se da aquí. Están buscando quedar bien con los terapeutas, esconden muchas cosas. Es un grupo niño-berrinchudo que dice que no lo cuidamos bien. Si hubieran seguido hablando desde los órganos adoloridos, hubiera aparecido la imagen de una madre re-pariéndolos sanos."

Lola: "Ah, supe una cosa que me dio mucho coraje y es que la terapeuta X está embarazada".

Varios pacientes comentan sus relaciones transferenciales con los tres terapeutas (ambivalencia, simbiosis, rabia y algo de afecto), después hablan de sus madres, de cuando tuvieron hermanos pequeños, etc.

Javier: "Yo quisiera apachurrar a las embarazadas y que truene como cuachachas".

Miguel a terapeuta embarazada: "A mí me da algo, creo que ya no vas a poder seguir trabajando bien, ya no te vamos a importar".

Gabriela: "Aparte de que ya me salí de mi casa, quería decirles que el mes próximo voy a empezar la carrera X y no voy a poder estar más aquí con ustedes. Pediré cambio de grupo, por el horario".

Terapeuta a Gabriela: "Te da tanto dolor pero no lo puedes hablar y por eso lo pasas a tus músculos".

Javier llorando mucho: "Creo que mis síntomas son para no caer en la psicosis. Ya no quiero regresar al manicomio pero tampoco sufrir angustia. Quie

ro que el terapeuta hombre -que es la pareja real de la terapeuta embarazada- me recete alguna inyección para estar todo el día dormido.

Miguel a Javier: "Yo también decía que con el alcohol estaba muy tranquilo pero todo eso es no vivir".

Heriberto: "A mí nadie me hace caso, apenas el terapeuta hombre habló algo de mí".

Terapeuta: "Cata que es nueva ha podido hacerse oír; aquí al que grita -le damos de mamar".

Javier llora mucho, reta al grupo y anuncia que ésta es su última sesión, sólo quiere las inyecciones que le recete el terapeuta hombre y pasar el tiempo dormido.

Terapeuta hombre a Javier: "Veo que te identificas con el nuevo niño, quisieras estar tú adentro de esta cucaracha, allí cobijarte, volver a nacer y -que tu historia fuese diferente".

Varios compañeros recuerdan a Javier su fantasía de renacer, como hijo -de personas importantes, que tuvieran un mejor nivel económico del suyo y sobre todo que fueran blancos de piel...

El grupo se queda pensativo, silencioso y terminamos la sesión que seguramente habrá que elaborar con más detalle próximamente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PSICODINAMIA

En la sesión relatada todos los pacientes se refirieron a algún tipo de molestia corporal y por eso propusimos el juego dramático. El grupo en su totalidad trabajó sin resistencia, porque en sesiones previas hemos utilizado técnicas de movilización en las que intervenimos incluso los terapeutas; ya sea interpretando o "doblando" a un personaje.

A veces, cuando uno de nosotros siente que la contratransferencia es muy intensa empieza a dialogar con los otros terapeutas haciendo el diálogo interclínico frente al grupo. Esto es para mostrar las reacciones afectivas, especialmente de ansiedad con que los pacientes nos invaden proyectivamente y que alguno de los tres percibe con especial sensibilidad.

Los pacientes tienden a proyectar en forma masiva sus objetos buenos y malos, aspectos intolerables de su pasividad o bien relaciones como defensa maniaca para evitar la intolerable depresión que suele invadirlos. Dichas proyecciones van cargadas de instinto de muerte y tienen entre otras cosas la finalidad de disociar y hacer sentir importante y ridículo al terapeuta, atacando violentamente su pensamiento, para que él se sienta confundido. Son momentos de gran incremento de ansiedad por figuras persecutorias introyectadas en los pacientes y que están relacionadas con conversiones somáticas que se perciben como altamente amenazantes.

El diálogo de los terapeutas, frente al grupo sorprende a los pacientes que lo siguen con gran atención, por lo que resulta una profunda interpretación de sus motivaciones inconscientes (esfuerzos desesperados e inútiles para deshacerse proyectivamente de una situación interna traumática, tratando -

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

de evitar el doloroso proceso de elaboración).

Las quejas somáticas con que se inicia la sesión demuestran un aniquilante y disociativo momento del grupo en que cada uno de sus miembros, ocupado de su síntoma, no tiene disposición para un trabajo grupal óptimo.

La tarea, lo sabemos, implica la participación activa de comunicaciones, intercambio de opiniones, sentimientos, sueños y todo en interrelación permanente de los pacientes entre sí y de ellos con los terapeutas. Así son los momentos libidinosos en que se dan los mejores aspectos de cohesión grupal.

La sesión que hemos mencionado es continuación de la anterior, en la que habíamos anotado: "El grupo se mostró agresivo y resistente, todos hablaron de omisiones conscientes que llevan a cabo por diversas causas. Predomina la fantasía de "contaminación"; el material de los otros los puede dañar en vez de ayudarles. Proyectan sus objetos malos a los que están sometidos, en los terapeutas a quienes imaginan sádicos y poderosos, que los van a aniquilar, por eso se defienden omitiendo comunicaciones y planean huir del grupo". Esto, unido a la presencia de una nueva paciente, dio por resultado esta sesión de modalidad disociativa. Además había el "conocimiento inconsciente" grupal del embarazo de una terapeuta que es pareja del terapeuta hombre, por lo que el grupo teme que se le abandone.

Propusimos una "dramatización simbólica" para unirlos en una tarea común, mostrando además que el momento disociativo crea un monstruo-grupo que al igual que Frankenstein es capaz de sentimientos nobles pero predominan en él sus origenes: carencia de afecto amoroso, desintegración, etc. y reivindicativamente odia como único recurso que justificaría su existencia en este mundo que se -

mostró tan hostil en su creación.

Los pacientes se integraron y creativamente se metieron en la tarea. El primer impulso disociativo encontró en la dramatización el primer intento de cohesión cuando hablan ordenada y naturalmente como órganos disociados y dispersos de un cuerpo que es monstruoso por la no coordinación de sus funciones.

Al principio hubo un cuerpo-grupo poseído demoníacamente por seres que desde el interior lo amenazan con la destrucción y el aniquilamiento total.

Los terapeutas unidos al impulso libidinal participan en el exorcismo y así se inicia la sesión; hablan los órganos se ríen y se burlan de sus dueños y de los terapeutas. En cada uno de los pacientes se establece una lucha entre los instintos de vida y muerte; ansiedades primitivas manejadas con defensas paranoides que debido al insight les lleva a situaciones depresivas que serán elaboradas posteriormente e integran un grupo-cuerpo menos somatizante.

El grupo representa la escisión entre mente y cuerpo, en donde los órganos son seres que desde el interior dialogan.

El diálogo lo inicia Javier, representante de un órgano vital y depositario de las ansiedades persecutorias del grupo. Su corazón habla con el cuerpo mostrando poco sus objetos introyectados lo amenazan con la muerte, la destrucción y la inercia; como un objeto demoníaco burlón que a veces se une al impulso de vida e intenta rescatar el cuerpo, campo de batalla de las pulsiones de vida y muerte. En una aparente súplica pide tregua e invita a que otros órganos se unan a la destrucción seduciendo a Javier a "dormir para siempre" como lo hizo con la madre en su colecho simbiotizante.

Javier, corazón del grupo, se desalienta e intenta imponer el impulso de muerte anulando destructivamente la labor de los terapeutas. La pulsión de vida se hace presente cuando intenta desplazar la libido depositada en el órgano a una actividad: "Ya Javier ocúpate, haz algo" y termina en una reparadora posición depresiva: "Javier llora".

Después habla la fiebre como otro objeto que es llamado por el Dr. Chávez cuando se muestra ansioso, evocando calenturas arcaicas en sus relaciones objetales primitivas, y termina con una esperanza de vida: "cambio de síntoma o ausencia de ellos por no ser ya necesarios" ante el avance terapéutico.

El cerebro advierte que no se prolongue el síntoma demasiado tiempo, por que sería peligroso. Es necesario efectuar la ruptura y elaborar el duelo.

Los músculos también ofrecen una salida "cambio de casa y reponerse poco a poco", lo que conducirá a Gabriela a la independencia.

La jaqueca atormenta a Miguel y sabotea sus esfuerzos para librarse de la homosexualidad, defensa que a su vez lo protege de otras somatizaciones -- gastrointestinales.

A la jaqueca de Manuel se une la cefalea de Lola, manteniéndola en estado confusional que le impide librarse de su masoquismo frente a su pareja.

El síntoma conversivo de la recién llegada es el inicio de lo que el grupo vive en estos momentos. Evita todavía la destrucción con la parálisis histerica pero el síntoma pronostica adquirir fortaleza y dañar más a ese cuerpo.

Mireya, al integrarse al cuerpo-grupo, adquiere identidad de órgano y ha-

bla ya no desde el cuerpo de la mujer que regresa vital y agradecida, sino desde un "corazon inflamado" que estando precariamente rescatado es invadido por el impulso destructivo y desde ahí mantiene el deseo de librarse del perseguidor: "Yo sí voy a curarme, sí creo en la terapia".

El Dr. Chávez, la fiebre, que insiste en revelar cómo el síntoma a su vez es víctima, es llamado para transar en esta lucha.

Gildardo, muestra cómo el síntoma puesto en la vejiga cubre un deseo naricista más temido por el paciente: exhibir el pene, negando así sus temores de castración y de sometimiento homosexual a un padre anhelado y lejano.

Con esta intervención Gildardo confirma lo que dijo el Dr. Chávez: el sin toma es usado para cubrir situaciones más dolorosas.

Juan José en su relación con la amiba vive un idilio simbiótico con un objeto fantasiado e idealizado, ya que fue hijo abandonado y huérfano de sus padres adoptivos.

Heriberto, desde la angustia objetiva intenta unir ese conjunto de órganos y buscar otra salida, pero hay temor, duda de qué lado colocarse.

En este momento el grupo se disoció; el miedo de ser invadido en su totalidad por el gran cuerpo-grupo y el tomar contacto con sus perseguidores internos equivalió a entrar en la locura; se dieron conductas fóbicas pero tenían también un anhelo de integrar esas partes fragmentadas.

El uso del ejercicio permitió abreviar la verbalización de la fantasía inconsciente por cada uno de los individuos. Dio una imagen total de un grupo

que somatiza y que muestra en una sesión los mecanismos que se dan a lo largo de la vida para mantener una adaptación en la que un yo débil hace una transacción con el síntoma para no ser aniquilado por el super yo punitivo, representante y depositario de la pareja original.

Al estar juntos y sin contacto se sintieron incómodos. Hubo dos emergentes: Javier que se identificó con el feto y quiso tomar su lugar para renacer con otra estructura psíquica más fuerte. El segundo emergente fue Lola que — por sus síntomas se identificó con una madre embarazada pero rechazando profundamente su condición creativa y su destino como mujer.

Al final apareció el conocimiento inconsciente —que hoy se hizo consciente— del embarazo de una terapeuta y que fue el organizador de esta sesión y de las anteriores.

Los pacientes viven con odio, rivalidad y celos la capacidad creativa de la terapeuta y como en su pasado, temen el abandono, el desplazamiento y la pena de ser destronados y sentirse tremendamente solos, con sus conflictos que — transformaron luego en síntomas.

En la sesión posterior a la detallada, nosotros anotamos: "El grupo se — integró, estuvieron relajados, tomaron contacto entre sí, hablaron de intimidades, tocaron temas sexuales pregenitales, aportando sueños y comunicándose con los terapeutas en una relación en la que la ansiedad persecutoria había dismido apreciablemente".

En general los síntomas van desde un comportamiento histérico total, hasta alarmantes manifestaciones de disociación yoica con miedo a la locura y en

general al monstruo así construido, pese a los contenidos autodestructivos muy intensos del predominio del instinto de muerte, da la esperanza de curación - como evaluación general calificándolo más de neurótico que de psicótico.

El tema común es que el síntoma es "llamado" y que la personalidad enferma lo utiliza para distintas finalidades.

En realidad es una inversión, el síntoma es el equivalente de una prohibición interna al goce, a la vida, a la creación.

Es un objeto malo internalizado que prohíbe la satisfacción e impide la genitalidad.

Estamos de acuerdo en que el síntoma sirve como justificación para sus fracasos. También aquí invierten: el síntoma los hace fracasar y sustituye las prohibiciones infantiles a la independencia y a la libertad.

VIÑETA V

Paciente masc. 34 años, casado, tiene dos hijos; negociante exitoso. Es el mayor de 4 hermanos ante los cuales funcionó como padre. Su padre murió - cuando él tenía 28 años. Su madre, colega del terapeuta muy allegada a él y a su familia, es quien lo envía a tratamiento; ella siente que el Dr. González - en muchas épocas la ayudó a salir de sus problemas. Acude el paciente a regañadientes; pronto hace "insight"; se da cuenta de que su mamá tenía mucha razón respecto a la necesidad de su tratamiento que se inicia en un grupo, en el que algunos pacientes están presentando patología psicósomática grave (inflamación del tiroides, crisis epilépticas, etc.). El paciente al entrar al grupo ya no puede conceptualizar sus contenidos inconscientes; presenta una diabetes. Cuando él se cuida con médicos, estando muy consciente de su enfermedad, hace un sueño; (el terapeuta tiene en su consultorio el "Guernica" de Picasso) sueño: Viene al consultorio y se da cuenta que el vidrio del cuadro está roto y - que él puede oír las voces de los que están detrás del vidrio; (con una negación de lo que el cuadro muestra de desastre) se empeña en que las voces son - maravillosas; por ejemplo la mamá que tiene un niño muerto, dice: ¡Viva! ya párrí, dí vida al mundo! Maníacamente convierte el desastre en algo festivo.

Este paciente, en vez de conceptualizar, al no poder hacerlo al entrar al grupo, rompe el vidrio entre consciente e inconsciente y hace un síntoma irreversible, una diabetes. ...."para pertenecer tango que joderme".....

Lo que el paciente vive en el grupo, seguramente es lo que le ha pasado - en el grupo familiar. Su posición de hermano mayor, en realidad por diversas circunstancias lo colocó en la de padre, tempranamente.

VIÑETA VI

Gina de 35 años, profesionista médica, especialista en Pediatría; casada, tiene dos hijos. La refiere a consulta conmigo el cardiólogo, quien la ha — atendido por un infarto reciente; (el único que ha sufrido) se encuentra muy — angustiada, con gran preocupación por tener otro infarto y morir. Su cardiólogo considera imprescindible su tratamiento psicoterapéutico.

Cuando Gina llega a consulta, recientemente le habían dado el cargo de — jefe del departamento de neonatos en la Institución en la que trabaja. Se describe a sí misma como una persona tensa, nerviosa e hiperactiva, que siempre — ha enfrentado fuertes responsabilidades tanto en el hogar paterno como de casada. Tiene un hermano dos años menor que ella. De origen italiano, vinieron a radicar a México cuando ella tenía 12 años; las dificultades con su madre y — con su hermano, se agudizaron al morir su padre hace 5 años; se ha resentido — por problemas en torno a la herencia. Con su esposo lleva también una relación muy tensa; los reproches y las agresiones son predominantes en sus comunicaciones. Se siente muy defraudada y dolida por la carencia de atenciones de toda su familia hacia ella.

El padre le exigió más que a su hermano, por ser la mayor, a pesar de ser mujer; de su madre siempre ha tenido que cuidar y con su esposo también ha sido ella quien ha cargado con mayores responsabilidades.

Gina: "Ya no puedo más, siento que estoy a punto de estallar ..... vivo — angustiada; desde que mi madre vive en mi casa los problemas con mi esposo son más frecuentes. Cuando estuve enferma Dr. ¿usted cree que ni así se pudo ocupar de mí? él se fue de viaje, aunque sabía que me estaba sintiendo mal; estu

ve unos días con dolor de cabeza, náuseas, creí que se trataba de algo intestinal. Sé que debo divorciarme, no sé qué es lo que me detiene, yo soy decidida; en muchos momentos he sabido tomar determinaciones, no es fácil que me deje vencer por los problemas, pero ahora con esto del infarto,..." en casa - del herrero azadón de palo "¿no es cierto? siendo médica no puedo ignorar que esto es serio... me dice el Dr. X que tengo muchos problemas psicológicos y - por eso vengo a usted... dígame qué quiere que le cuente quiero ayudarlo en - todo lo que me diga para mi tratamiento; no sé qué programa es el que usted - va a seguir conmigo, pero dígame y yo colaboro en lo que sea necesario".

Terapeuta: Está usted a punto de "estallar" y todavía quiere preocuparse por ayudarme...

G.: ¡Cómo! si lo que quiero es que usted me ayude.

Jer.: sí, pero parece que usted se preocupa por ayudarme antes.

G.: Es verdad... tan cierto es esto, que hasta he pensado que tomo este - tratamiento para ayudar a mi cardiólogo, o para cansar menos a mi corazón con los conflictos... pero usted me va a decir que con mi preocupación lo estoy haciendo esforzarse más... siempre estoy tensa, angustiada, es cierto, me preocupo mucho por todo... por cierto, siento que voy a resfriarme... hacía mucho tiempo que esto no me pasaba..

En las sesiones siguientes, la paciente trajo como material asociativo frecuentes alusiones a sus gustos y preferencias hacia cierto tipo de alimentos y a su falta de apetito reciente; estaba comiendo menos pero más veces al día para aceptar mejor lo que comía.. Trabajamos su ambivalencia hacia su tratamien-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

to y su comunicación conmigo; quería que yo la alimentara, pero aún no acepta ba mis interpretaciones, aún se rehusaba por temor a que le hicieran daño. - También en esto quería "ayudarme" a saber cómo tratarla hablándome de sus ali mentos preferidos. Por esta época, la paciente empezaba a tratar de confiar en mí; volvió a angustiarse mucho por su problema cardíaco, "no podía confiar se", el corazón podría traicionarla en cualquier momento, temía desmayarse es tando en su trabajo.

Su cardiólogo le daba un pronóstico muy esperanzador respecto al control de su padecimiento. Permanece aún en tratamiento analítico; ocasionalmente - se ha quejado de catarros y de problemas digestivos.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## VIÑETA VII

Paty, joven estudiante de Preparatoria; tiene 17 años; es la mayor de tres hermanos; sus padres son empleados bancarios; la madre comenzó a trabajar fuera del hogar recientemente, reincorporándose al medio laboral que tenía de soltera; la familia es de nivel medio, de principios rígidos y convencionales, practicantes católicos.

La gordura es la preocupación fundamental de Paty; ha intentado bajar de peso con dietas bajo prescripción médica lográndolo por breves períodos, en los cuales su preocupación por la gordura no desaparece; le da miedo volver a subir de peso; aún estando delgada ella se siente gorda y sufre por ello. Ha sido una estudiante muy cumplida; se exige a sí misma altas calificaciones; se desvela estudiando, e incluso hace los trabajos de algunas de sus compañeras; frecuentemente la han elegido como representante de su grupo. Ha tenido algunos novios; recientemente terminó con un muchacho que aún le interesa mucho, pero no se siente igualmente correspondida; siempre temió que la dejara por otra.

Paty: Me he preocupado mucho por la gordura, no me lo puedo quitar de la cabeza; siempre he tratado de "engordar" (lapsus)... quiero decir de adelgazar.... ríe ; cómo voy a desear estar gorda!... no lo podría creer!.... Me impactó mucho lo que me hizo notar usted el otro día Dr..... eso de que soy desconfiada, no lo había notado; toda la gente cree que soy de lo más sociable "buena onda", que trato de ayudar a todos, si me deja "plantada" mi novio, no hay bronca; a él le gusta de mí que soy alegre, siempre "le doy su avión" dice que así gordita le gusto... mi papá me regaña porque no termino las dietas, dice que nunca termino lo que comienzo... esto me da mucha rabia, pero "me lo trago

ESTA TESIS NO SALIR  
DE LA BIBLIOTECA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

todo".

Ter.: "se traga" todo su enojo..."

Paty: sí, con mi mamá, con mis hermanos, con todos hago lo mismo... dicen que todo se me "resbala"; aunque por dentro me sienta de la patada no digo nada; ellos ni cuenta se dan de lo que me pasa; me dicen que soy como el refrigerador (ría)..... fría y llena de comida.

Ter.: ¿y si no fuera cierto eso?

Paty: Ya sé lo que me quieres decir, estaría hirviendo, llena de rabia... pero esto es por estar gorda ¿no?

Paty ha traído con frecuencia como material de análisis sus temores en relación con la agresión y la sexualidad; se siente "obligada" a complacer a los demás, pero con frecuencia ella se siente sola, aburrida y con inhibiciones — frecuentes frente a fantasías masturbatorias; aunque no comparte totalmente — las ideas y costumbres religiosas de sus padres, le preocupa mucho la moralidad y cercanía física en general, incluso con ella misma; se siente fea, su — cuerpo no le gusta; se queja de cólicos menstruales.

Actualmente participa en un grupo terapéutico mixto, de jóvenes de su — edad; comienza a ser menos "sociable", más irritable; siente que su motivación para hacer dieta es diferente ahora; lo ve menos difícil que antes.

VIÑETA VIII

Juan, de 51 años, es el mayor de 4 hermanos; profesionista muy activo y exitoso del campo de la salud, es casado y tiene 4 hijos. Fue referido a tratamiento psicoanalítico debido a dificultades de relación interpersonal, problemas de pareja y de agresividad actuada.

Durante el tratamiento comenzó a presentar períodos de reactivación de sintomatología intestinal predominantemente diarreica y algunas veces hemorrágica; ya desde su infancia a los 8 años, había presentado problemas digestivos, consistentes en anorexia no selectiva, evacuaciones tipo diarreico y algunos períodos de estreñimiento. También presentó por aquel entonces pérdida de peso y temor a la cercanía en las relaciones interpersonales. Esto no lo manifestaba, sino por lo contrario se esforzaba por superarlo; trataba de tener amigos y un buen desarrollo escolar, logrando siempre primeros lugares.

Juan manejaba sus problemas afectivos a través de su sintomatología digestiva; fue tratado de diversas maneras por tiempo prolongado y nada hacía desaparecer sus síntomas; éstos remitían por temporadas pero se reactivaban cuando tenía que enfrentar situaciones de mucha exigencia en cualquier orden.

Su relación con su padre, de antecedentes revolucionarios era muy buena; aunque pasaban pocos ratos juntos debido al trabajo de aquél, Juan se sentía muy estimulado por las ideas socialistas, las pláticas que permitían discusiones y la manifestación de diferencias de ideas con su padre; éste lo escuchaba.

Su madre fue muy represiva y agresiva, muy exigente en general; todo tenía que hacerse muy bien; Juan tomaba esto como un reto, respondiendo con más

eficiencia aún de lo que se le pedía.

Esto persistió hasta la adolescencia; sentía mucho temor a la mujer, a la vez que una gran necesidad de ella.

Là liga con su padre continuaba siendo buena pero por esta época el padre fallece.

Posteriormente, buscando una manera de subsistencia, Juan ingresa a una dependencia del estado, de estructura muy vertical. Estando en este medio de trabajo, decide emprender una carrera relacionada con la salud. En este periodo se le presentan dos situaciones de fuerte exigencia; las propias de su carrera y la inminencia de su matrimonio; aunque deseaba casarse, también se sentía presionado a hacerlo. Reaparece la sintomatología psicósomática; se presentan las primeras hemorragias intestinales, que le ocasionaron dos internamientos de tres meses en el hospital, sin diagnóstico preciso. En la segunda ocasión se le interviene y se hace resección de colon ascendente y 60 cm. de intestino delgado.

Pasa varios años relativamente bien; la exigencia volvió a vivirla en torno a su desarrollo profesional y aparecieron reacciones de agresión actuada con su pareja, terminando por divorciarse. Por esta época los síntomas intestinales se reactivaron, dando lugar a un tercer internamiento y a una segunda intervención. Aquí se inserta el inicio de su tratamiento psicoanalítico grupal; se lo sugieren personas allegadas, y él acude con bastante escepticismo.

En una sesión después de ausentarse por varias semanas debido a su padecimiento orgánico, la pregunta de sus compañeros de grupo, de entrada fue ¿qué pasó? Juan relata escuetamente lo relativo a su tratamiento orgánico, queda -

en silencio, empieza a ver la coincidencia de sus problemas intestinales, con situaciones de "stress" y respecto a su tratamiento orgánico dice:

Juan: sentí mucho temor de que me operaran, temor y enojo por estar otra vez enfermo; realmente estaba angustiado (así siguió largo rato dando los pormenores de dicha situación).

Ter.: ¿no habrá sentido temor de que lo castraran si mostraba su agresión, su enojo? Tal vez ha preferido echarse a usted mismo la agresión en muchas -- ocasiones.

Juan llora intensamente - silencio -

Ha seguido en tratamiento; actualmente su sintomatología intestinal no ha reaparecido; se encuentra en una etapa de elaboración de su terminación de análisis. Permanece en silencio con frecuencia; su silencio es elaborativo; en su expresión pre-verbal, se observa relajamiento, bienestar.

VIÑETA IX

Adalberto, de 40 años, con dos profesiones, de educación católica, no practicante, casado tiene una hija, trabaja en una Secretaría de gobierno.

Fue referido a tratamiento por dificultades conyugales, con posible amenaza de divorcio.

Desde un principio, la presencia del paciente, llama la atención por su "corrección" en el vestir dando la impresión de ser un personaje Porfiriano, incluso en sus modales (usa paraguas).

Expresa que acude a tratamiento psicoanalítico porque lo han enviado; aun que no cree en el psicoanálisis, asiste en busca de ayuda ante sus problemas.

Llama la atención su inteligencia y sensibilidad. Al narrar aspectos de su infancia describe a su padre como un marino estricto, duro de carácter, su relación con él ha sido distante; debido al trabajo del padre hubieron cambios constantes de residencia, sin embargo, la disciplina del hogar fue muy estricta.

La madre, firme, inteligente, con fuerza para salir adelante, trabajó incluso en negocios de la familia.

Tiene una hermana profesionista, dos años mayor que él; la vive como la preferida de los padres. Como hermano varón, le dieron el lugar de respaldo de su hermana; tenía que acompañarla a diversas actividades. Los rasgos obsesivos del carácter del padre, le dieron buenos frutos en sus actividades de estudio y trabajo.

El paciente va dándose cuenta a través del psicoanálisis, de que la madre fue la que estuvo más presente y que su sometimiento es más fuerte ante esta - figura que hacia el padre como él pensaba antes; descubre su gran hostilidad - hacia la mujer; vive en su esposa a la madre; ella le organiza todo, incluso - es quien elige la carrera que debería seguir ya siendo casados.

A medida que va adquiriendo "insight" frente a sus problemas, principal- mente en cuanto a su sometimiento, comienzan a activarse sus resistencias, a - través de intelectualizaciones.

El padre también le exige que trabaje en la Marina (el sometimiento ante él le es más conocido); el paciente no desea esto, pero no se atreve a contra- decir los ideales de aquél. Al relatar su historia, asocia que él ha traído - confundidos a médicos oftalmólogos; nadie le explica orgánicamente la amenaza de desprendimiento de retina que presenta (las causas orgánicas que pudieran - explicar esto, no aparecen).

Esta no era la causa de su llegada al análisis, pero durante el tratamien- to su problema de retina comienza a desaparecer casi totalmente; la amenaza de ceguera se acabó.

En la transferencia vive el analista al principio de su tratamiento muy - idealísticamente, le lleva regalos. Ante las interpretaciones, puede manejar aspectos de transferencia negativa y llega a concientizar que no tiene porqué "regalar" los ojos al padre; el amor del padre es tan escaso y la rabia por - ello tan grande, que le da culpa, la cual se expresa en sus síntomas psicoso- máticos (él se enferma para poder oponerse al padre y no trabajar en la Marina).

Al darse cuenta de sus conflictos frente al padre y vivirlos con el analista en torno a los regalos que da al analista, él se da cuenta de que desea ría que éste lo aceptara, que no lo rechazara como el padre, al no seguir sus lineamientos.

A raíz de las vacaciones del analista, le da rabia, se le va el analista padre. Comienza a expresar afectos depresivos, ve su soledad, sus sentimientos de abandono; asocia "el mundo es más que un pensamiento".

En cuanto a su pareja, se "re-enamora"; ambos tienen posibilidades de desa rrollo.

Material de una sesión actual:

Le estuvo dando vueltas a lo que vimos la semana pasada; fijate que fui - al parque con la niña; Ofelia estaba cansada, estuve muy contento; llegué con el moisés y mi bebida, eso es muy extraño en nuestro México (con gusto). Una señora de aspecto judío me veía; la señora no se aguantó: perdóneme señor, a - qué se debe que usted atiende a su hija tan bebida; le expliqué que yo ayudaba a mi esposa en el cuidado de ella; me felicitó. Yo no entiendo Raúl, nos ha - conmocionado la llegada de la niña; mi mujer se sigue quejando; yo ayudo pero ella siente aún que la ayudo poco; yo sé qué pasa con mi mujer; se siente muy mal, a su trabajo ya no va, la niña le ha impuesto otro ritmo de vida. Yo sí, incluso puedo ir al Deportivo; ella se queja porque yo sí puedo y ella no.....

Su trastorno psicofisiológico ya no aparece.



VIÑETA X

Beatiz acude a consulta debido a problemas conyugales y a frecuentes dolores de cabeza que no han cedido ante ningún tratamiento. Tiene 32 años, es casada, tiene cuatro hijos, dos de los cuales ya son adolescentes; se dedica a las labores del hogar principalmente y hace trabajos de contabilidad eventuales, en lo cual también participa su esposo como trabajo particular; él tiene un puesto en una empresa del área administrativa. Beatriz tiene estudios de Economía pero no terminó la carrera; trabajó de soltera en puestos burocráticos y posteriormente en la empresa particular en la que actualmente trabaja su esposo; allí lo conoció; fue su jefe. La atención a sus hijos y al hogar le hizo necesario dejar dicho trabajo que le satisfacía mucho; por otra parte tener ingresos económicos propios, ha sido siempre muy importante para ella "me hace sentir menos dependiente de mi esposo", decía.... "en realidad, dependo mucho de él a pesar de todo.. sigue siendo como mi jefe; él dice que es todo lo contrario, que no le hago caso para nada, se queja de lo mal atendido que está, que su ropa siempre está sin botones, mal planchada, la casa no le parece bien arreglada, ni como mamá de mis hijos resulto adecuada; los trabajos que empecé a hacer de contabilidad poco a poco, han ido quedando también más bajo su control; sigo como ayudante de él en todo; a veces he pensado que yo lo he devaluado porque a pesar de no haberme recibido en Economía, tengo más estudios que él y quizá por eso siempre trata de hacerme sentir mal; la verdad es que nos llevamos cada vez peor. También creo que esto se puede relacionar con mis frecuentes dolores de cabeza; a veces me duran hasta una semana; diario me duele la cabeza.... no quiero que nadie se me acerque; relaciones sexuales ..... cero en esos días; claro que esto le causa enojo a mi esposo; a veces empiezo con un catarro, se me quita y sigo con el dolor de cabeza; he ido al otorrino y no hay problema de sinusitis; con el neurólogo también he ido y na-

da.... así he recorrido con varios médicos; parece que mi problema es de tipo nervioso; siento como náuseas, mareo, no llego a vomitar y aparece el dolor - de cabeza...."

Ter.: ¿Qué será lo que no ha podido vomitar....?

Beatriz: No sé Dr. pero creo que siempre me he sentido mal.... mi mamá — hasta la fecha, es como una niña, siempre quejándose de todo; con ella nunca - se puede hablar mas que de malas noticias.... siempre se quejó del mal trato - de mi papá hacia ella; mi papá fue militar, llegó a general y así nos trataba a todos, con gritos, órdenes y golpes; más a mis hermanos hombres que a las mu jeres, pero sus gritos aún los siento como si fueran golpes.... murió hace cin co meses; parece mentira pero nos hemos podido acercar un poco mi mamá y yo; - lo que nunca hacía, me habla por teléfono, hasta me va a visitar y me lleva al go que cree que me hace falta; yo siento agradable que se preocupe por mí, pe- ro no tolero que se me acerque mucho.... temo que empiece a llenarme la cabeza con sus problemas; ya tengo bastantes....

Ter.: Tan llena se siente de los problemas de todos los que le rodean y - guarda tanto enojo que resulta doloroso....

Beatriz: Bueno Dr., no crea que me va tan mal.... si no fuera por este ma lestar en la cabeza....

Ter.: Tal vez le empieza a resultar poco tolerable la cercanía aquí con mi go....

La paciente durante un período reaccionaba muy defensivamente y había mos

trado deseos de dejar el tratamiento; los dolores de cabeza habían disminuido hasta casi desaparecer. Se reactivaban casi siempre después de haberla pasado bien con su esposo; tenía más comunicación con él en general; disfrutaba sus relaciones sexuales; esto duraba un período que cada vez era más prolongado, en el cual no le dolía la cabeza. De pronto todo cambiaba, volvían los dolores de cabeza y los conflictos conyugales. Pronto se dio cuenta de que doliéndole la cabeza ponía distancia a todos quienes la rodeaban, principalmente a su esposo; se entregaba a la "dolorosa relación" con un padre quien la castigaba, la hacía sufrir tal como siempre vivió a su madre, "sufrida y abnegada", pero llena de odio y resentimiento. Pudo ver que sus intentos de abandono del tratamiento tenían relación con sentimientos de hostilidad hacia mí; tomaba mis señalamientos como órdenes, viviéndome en la transferencia como a su padre, cuya muerte aún no elaboraba; tenía que alejarse de mí para preservarme de su agresión, como lo hacía con su esposo, e incluso con sus hijos.

Cuando pudo confiar más en mí, llorar en las sesiones, expresar su contenida ira, desaparecieron los dolores de cabeza. Posteriormente apareció una neurodermatitis por un breve período; esto según le informó su mamá lo había padecido de muy pequeña, cuando comenzó a asistir al jardín de niños.

La paciente aún está en tratamiento; somatiza con menos frecuencia que al inicio de las sesiones; ocasionalmente padece resfríos principalmente.

e).- PROCEDIMIENTO:

Inicialmente se hizo una revisión de los conceptos psicoanalíticos acerca del padecimiento psicossomático, tomando en cuenta básicamente los de aquellos autores que a nuestro parecer son representativos en este campo de investigación dentro del marco teórico ya mencionado. De la misma manera se revisaron los conceptos relativos a fantasía inconsciente, esquema corporal y teoría del simbolismo desde los autores más representativos sobre dichos temas, por ser éstos también de suma importancia para la elaboración del presente trabajo.

En cuanto al desarrollo práctico del estudio de casos citados anteriormente, se solicitó la colaboración de diversos psicoanalistas para obtener las viñetas del material clínico que se investigó. Se pidió que éste correspondiera a pacientes que presentaran patología psicossomática, o que la hubieran presentado en alguna etapa de su tratamiento, ya fuera éste grupal o individual.

En el capítulo V quedó descrito más ampliamente, lo concerniente a la definición del instrumento y sujetos de estudio de esta tesis.

Los documentos sobre los que se ha trabajado son: la literatura revisada sobre psicossomática y sobre los conceptos psicoanalíticos relacionados con el tema de esta investigación y por otra parte las viñetas del material clínico de sesiones de pacientes psicossomáticos.

Para garantizar la objetividad de esta tesis y la confiabilidad del material que se obtuvo en forma de viñetas, la supervisión y la asesoría han sido elementos fundamentales en el diseño y desarrollo de esta investiga-

ción. Asimismo, el material fue proporcionado por terapeutas de reconocido prestigio y calificación dentro del campo psicoanalítico.

Para obtener dicho material en forma unificada, se formuló una descripción de la viñeta que se dirigió a los colaboradores a fin de que éstos - pudiesen incluir los datos necesarios para este estudio.

La descripción de la viñeta es la siguiente:

- 1)- Ficha de identificación
- 2)- Datos breves de la historia personal
- 3)- Datos breves de la historia del tratamiento
- 4)- Evolución del tratamiento
- 5)- Momento de aparición del síntoma psicossomático (al principio, a mitad o al final del tratamiento.)
- 6)- Descripción del material de sesiones analíticas relacionado con contenidos transferenciales y con la aparición de síntomas, con la alternancia o con la desaparición de éstos.
- 7)- Descripción breve de las características de la alternancia del síntoma.
- 8)- Cómo se interpretó la fantasía inconsciente relacionada con el síntoma o con el padecimiento psicossomático.

X.- RESULTADOS:

Para valorar los resultados del material obtenido de las viñetas clínicas, se utilizó la técnica de "Análisis de contenido".

a).- EL ANALISIS DE CONTENIDO:

Es una técnica de investigación para sistematizar, objetivizar y describir cuantitativamente, el contenido de comunicaciones manifiestas. Este análisis puede ser usado también para probar aspectos latentes de la comunicación.

El análisis cualitativo del contenido, algunas veces ha sido definido como "la obtención de las inferencias, a partir de la base de lo aparente o lo no aparente, de los atributos en los mensajes. Ha sido definido en términos generales así, (pero no únicamente) para su mejor funcionamiento en los problemas de las ciencias sociales aplicadas". (8)

Para facilitar el análisis del material que se obtuvo, se elaboraron categorías que engloban los puntos que tocan las viñetas clínicas.

Estas categorías son las siguientes:

b).- CATEGORIAS:

A- Síntomas psicósomáticos

B- Lenguaje transferencial

(c) Cambios transferenciales observables en el discurso manifiesto del paciente.

(d) Cambios transferenciales observables en lo somático.

(e) Relación entre ambos.

- |                            |                                                                                                                                                        |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| C- Interpretación          | (f) Interpretación en la transferencia de la fantasía inconsciente específica manifestada en el síntoma corporal.                                      |
| D- Permanencia del síntoma | (g) Más intenso<br>(h) Menos intenso<br>(i) No hay modificaciones                                                                                      |
| E- Alternancia del síntoma | (j) Leve<br>(k) Intensa                                                                                                                                |
| F- Remisión del síntoma    | (l) El síntoma desaparece al principio<br>(m) El síntoma desaparece a la mitad del tratamiento.<br>(n) El síntoma desaparece al final del tratamiento. |

#### ANÁLISIS DE CONTENIDO:

El cuadro 1 y la gráfica a, (ver apéndice B) muestran lo siguiente: en las categorías B y E existe el mayor número de indicadores, o sea en Lenguaje transferencial y en Alternancia del síntoma. En las categorías A y C los indicadores quedan en un nivel medio, o sea en Síntomas y en Interpretación. En las categorías D y F se dio el menor número de indicadores, o sea en Permanencia del síntoma y en Remisión del síntoma. En las diez viñetas es posible describir lo referente a las seis categorías, pero hemos elegido para la interpretación del análisis de contenido de cada categoría, aquellas que ofrecen más posibilidad de observación en el análisis cualitativo de dichos contenidos.

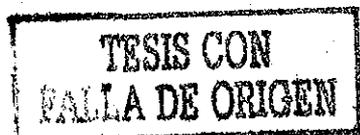
#### CATEGORIAS Y ASPECTOS PSICODINAMICOS:

c).- Categorías B y E.- (Lenguaje transferencial-Alternancia del síntoma).

Podemos interpretar los anteriores datos de esta manera: a través del material revisado, o sea en las diez viñetas, se observa que al inicio del trata

miento existió en todos los pacientes (sujetos de estudio) un alto índice de material de contenido transferencial. Esto es esperable y deseable como bien sabemos en todo proceso de terapia psicoanalítica; lo que es significativo como aportación del presente estudio de acuerdo con las hipótesis planteadas en el capítulo III, es la correlación que se da entre dicho fenómeno transferencial, y la alternancia de síntomas psicósomáticos representados en el también alto número de indicadores en la categoría E, como es posible observar en la gráfica a.

En el análisis cualitativo correspondiente a dichas unidades de recuento de las categorías B (lenguaje transferencial) y E (Alternancia del síntoma) se observa el proceso transferencial a través de los síntomas psicósomáticos y la alternancia, en una relación estrecha y recurrente. Tomando en cuenta los conceptos de Chiozza acerca de la especificidad de fantasías inconscientes expresadas a través del síntoma psicósomático, resulta de mucho interés observar los cambios transferenciales que el paciente vive y manifiesta al terapeuta en su sintomatología corporal. Por ejemplo en la viñeta I (Ver apéndice A Unidades de recuento) (Categorías B y E) el paciente ingresa al tratamiento en una situación angustiosa que expresa tanto en su discurso manifiesto como en su lenguaje corporal; está a punto de ser operado y como último recurso acude a la terapeuta. Presenta en este momento, ataques subnitantes de asma, le expresó sus dudas, su desconfianza acerca de si obtendría ayuda de ella; esta comunicación representaría lo que hasta ahora se ha dado como fantasía inconsciente a través de sus síntomas asmáticos; muchos autores coinciden en sus puntos de vista al respecto (Cap. VIII) en cuanto a la interpretación del carácter pre-genital y de la etiología psicósomática del asma; el paciente en este caso, ha perdido tempranamente a la madre, con quien mantuvo una relación idealizada, aún después de muerta aquélla; en su hogar se mantie



ne "viva" esta imagen ("mamá hubiera hecho esto de esta manera, etc."); a la vez que se presenta esta imagen amorosa e idealizada, la carencia, la soledad, el abandono, en fin, la insatisfacción en cuanto a gratificadores orales queda reprimida; el paciente, sus hermanos, su padre al no casarse de nuevo, todos, conservan el culto de la madre, organizando la vida del hogar dentro del código que ella aprobaría. El paciente establece relaciones sexuales y se casa — tardíamente; todo lo que es deber, estudio, trabajo, es en él exitoso; incluso llega a formar su propia familia; pero el paciente aún busca a la madre; se interpretó el inicio del asma "como una protesta por no haber encontrado en la esposa, la madre cálida que él esperaba ; la encontró fría en todos sentidos.." Cuando este paciente inicia el tratamiento estando internado en el hospital, — aún no podía prescindir del aparato de oxígeno; la terapeuta trabaja fundamentalmente la necesidad de afecto del paciente durante los tres primeros meses — de iniciada la terapia; en la transferencia, comienza a vivir en la terapeuta a la "madre buena" "depende de ella para su bienestar físico y emocional"; en esta situación, el paciente ya no necesita el aparato de oxígeno; las crisis de asma disminuyen; vuelve a angustiarse el paciente ante la perspectiva de interrupción de sus sesiones por una semana; vuelven las crisis intensas de asma; la terapeuta le hace ver la relación de su angustia con la separación de la madre que vive en ella; lo tranquiliza el saber que no perderá a la terapeuta; — recobra la confianza, no sufrió ataques asmáticos en la ausencia de aquélla; — sus recaídas siempre ligadas a cualquier situación que amenazara el vínculo terapéutico, fueron disminuyendo, hasta desaparecer.

En la Viñeta II (Ver apéndice A Unidades de recuento categorías B y E) — Fernando, paciente de un grupo terapéutico, al no encontrar en su grupo la respuesta que esperaba, en cuanto a la relación seductora con las mujeres, empieza a través de su actitud silenciosa primero y luego verbalmente, a expresar enojo y resentimiento por sentimientos de abandono fundamentalmente; expresa

rivalidad y envidia ante una compañera del grupo a quien transferencialmente - considera como preferida por la "terapeuta madre", de quien no tolera la más - leve falla en cuanto a las atenciones que él esperaría de una madre idealiza - da; la frustración intensa que experimenta y la agresión que se reactivan en - él, al parecer sobrepasa su capacidad de conceptualizarla y somatiza sus con - flictos en este momento de su tratamiento, donde puede observarse un lenguaje transferencial a través de actitudes corporales: actitud seductora, silencios, acentuación de los silencios; a través de verbalizaciones: reclamo, comunica - ción de su envidia, de su inconformidad cuando el terapeuta se retrasa, y a - través de somatizaciones: sangra en el labio, se queja de estreñimiento. Vuel - ve a poder verbalizar su angustia y en un sueño elaborativo al parecer, simbo - liza todo un "mosaico de síntomas" tal como plantea Chiozza; un bello sueño, - en el que se condensan y plasman las fantasías inconscientes que el paciente - ha podido vivenciar a través de las interpretaciones que su terapeuta y su gru - po le han formulado, llevándolo a tomar contacto con contenidos de importantes frustraciones orales. Tanto en la viñeta como en la serie de unidades de re - cuento se puede observar con bastante claridad la secuencia e intensidad de - los conflictos que son expresados verbalmente primero y luego en los síntomas corporales; se puede observar también la alternancia de los síntomas y cómo a través de la interpretación en la transferencia, de la fantasía inconsciente - contenida en estos últimos, hay una remisión del síntoma psicossomático.

En la Viñeta III (Ver Apéndice A Unidades de recuento, categorías B y - E).

Gregorio somatiza en situaciones de "stress", la neurodermatitis y conjun - tivitis son sus síntomas corporales. En la transferencia repite la distancia, la desafectivización aparente, en el tipo de vínculo que establece con la tera - peuta inicialmente..... espera la misma indiferencia en la terapeuta; no

se expone al rechazo y la abandona antes de ser abandonado..... trata a la te  
rapeuta como él ha sido tratado por sus padres..... la aisla, la deja sola.

Comenzó a angustiarse ante situaciones que implicaban separación o distancia. Comienza a manifestar síntomas en lo somático, llega agripado en una sesión; en la siguiente, habla de tener conjuntivitis, se rasca los brazos, dice que le apareció la dermatitis. La terapeuta le interpreta su posible angustia por algo que le está pasando; lo niega; en la tercera sesión sigue con los mis  
mos síntomas. La terapeuta interpreta a Gregorio la fantasía inconsciente contenida en sus síntomas corporales "la conjuntivitis y el catarro son lágrimas que no quiere mostrarme por temor a que lo deje solo"..... "desearía que lo ac  
ariciara en los brazos y lo tranquilizara, pero recuerda en mí a una madre fría, indiferente que lo encierra en el baño cuando llora"..... silencio, lágrimas, llantos, pucheros, palabras entrecortadas. A partir de esto Gregorio puede traer material analítico relacionado con su soledad, sentimientos de ab  
andono, temor a la pérdida; comienza a confiar en su terapeuta, "a introyectar  
el objeto bueno"; en la transferencia puede vivir regresivamente su necesidad  
de unión con la terapeuta a nivel fetal para tal vez poder nacer de nuevo y ser sano, (relata que se tiró al piso en la sala de su casa en posición fetal y empezó a dialogar consigo mismo) "en su soliloquio tal vez hablaba conmigo", le interpreta la terapeuta. Posteriormente, Gregorio reporta que "como si fuera  
magia, desapareció la conjuntivitis y el catarro y que la dermatitis no le da comezón a pesar de no haberse aplicado el tratamiento".

Pueden observarse en esta viñeta con bastante claridad los fenómenos trans  
ferenciales que se expresan en lo verbal, en los síntomas psicossomáticos y en la alternancia que se da desde "la serie psíquica" hasta "la serie somática" co  
mo describe Aizenberg"..... y también en las actitudes corporales. Se ob --

servan los cambios transferenciales que se expresan en los síntomas, ligado to do esto a las interpretaciones en la transferencia que realiza la terapeuta — trabajando de esta manera las fantasías inconscientes que aquéllas encierran. Hay remisión de los síntomas.

Categorías A y C.- (Síntomas psicossomáticos-Interpretación)

El cuadro I y la gráfica a, muestran la ubicación en nivel medio de estas categorías. Los datos al respecto han podido observarse también en el análisis de contenido de las categorías ya descritas, pero he elegido algunas que — nos muestran ampliamente el material relativo a síntomas psicossomáticos, e interpretación.

En la Viñeta IV, tres terapeutas trabajan con un grupo de pacientes psico somáticos.

Basándonos en el marco teórico psicoanalítico sobre la dinámica de los — grupos terapéuticos y específicamente en la técnica del análisis de grupo, podemos observar un síndrome que se da en el grupo. De hecho, es lo que los terapeutas integran en una de las interpretaciones iniciales; ésta, abarca todo el material que en un momento dado han aportado los pacientes, al parecer al — inicio de una sesión.

Terapeuta: "Yo pienso que si juntamos todo lo que el grupo está diciendo, se formará algo inespecífico y monstruoso. Si lo uniéramos podríamos — crear una especie de "Frankenstein".

Este "Frankenstein" creado en el grupo terapéutico se formó de los siguien

tes síntomas: (Ver Apéndice A unidades de recuento, categorías A y C) febrícula, engarrotamiento de manos, cuello y lengua dormidos, dificultad para orinar en baño público, dolor de vejiga, dolor de cabeza, mareo, deseos de vomitar, neurosis cardíaca, dificultad para moverse de la cama, dolor en el corazón, punzadas, temor ante la inminencia de un infarto, amibiasis, dolor de barriga, temor de tener Úlcera, jaqueca, dolor de cuerpo.

Nada mejor que esta viñeta IV para observar la depositación masiva de material proyectivo de contenidos disociativos, que en un momento dado invaden al grupo y como bien sabemos, también a los terapeutas, quienes en este caso, proponen al grupo "una dramatización simbólica" para devolver la cohesión al grupo a través de una tarea común con fines elaborativos. Trabajaron la fantasía inconsciente grupal y cada miembro del grupo pudo concientizar lo simbolizado en su sintomatología corporal. La psicodinamia de esta sesión fue proporcionada con la viñeta como un trabajo común de los tres terapeutas como se citó anteriormente, con lo cual nos han ofrecido una oportunidad de gran interés para profundizar en el conocimiento de la patología psicósomática, su relación con la fantasía inconsciente grupal, con la transferencia y las modalidades de interpretación de los contenidos disociados que se expresan en el síntoma corporal, en este caso, en un grupo especial trabajado en Co-terapia, en el que también se utilizan técnicas de movilización corporal y de psicodrama además de las técnicas verbales.

En la viñeta VI, los síntomas psicósomáticos de Gina, profesionalista médica de 35 años, se centran principalmente en torno al infarto que ha sufrido, poco antes de ingresar a tratamiento; es su cardiólogo quien la envía por considerar que el tratamiento psicoanalítico es imprescindible para poder controlar su tratamiento general.

La viñeta nos deja ver a una persona sumamente angustiada, tensa, nerviosa que llega a condiciones de intenso "stress". Su material asociativo expresa lo relativo a su infarto, su temor a que se repita, su temor de ya no poder más y "estallar"; esto que verbaliza en su sesión, se ha simbolizado en lo corporal; en su infarto.

Su terapeuta le interpreta en la transferencia su sobre-responsabilización, la proyección de su necesidad de ayuda que deposita en él; le hace ver que le expresa activamente, lo que pasivamente hubiera deseado obtener; preocupación y ayuda de los demás hacia ella; Gina se ha quejado y ha mostrado resentimiento hacia su familia por la falta de atenciones y comprensión para ella. El terapeuta le interpreta "está usted a punto de estallar" y todavía quiere preocuparse por ayudarme....."

Resulta interesante observar cómo se da la alternancia en este caso (ver apéndice A Unidades de recuento categoría A). Infarto, dolor de cabeza, náuseas, resfrío, anorexia, problemas digestivos.

Muchos autores que comparten el criterio de que cualquier órgano, función o alteración de la función, pueden expresar o estar ligados a fantasías inconscientes específicas, consideran que el padecimiento cardíaco generalmente va ligado al afecto, al exceso de responsabilidad angustiosa, de jerarquía, de poder y dominio, como rasgos del carácter. Aquí en los síntomas de Gina, podemos ver cómo al ir modificándose la relación con el terapeuta a través de la interpretación, van alternándose aquéllos.

La fantasía inconsciente en relación al infarto, ligada a la responsabilidad, en este caso a responsabilizarse por el terapeuta, por el mismo cardiólo-

go, por el corazón "no cansarlo" va cambiando hacia síntomas respiratorios y digestivos. Esto nos hace pensar que la paciente, se está permitiendo vivir en la transferencia necesidades orales regresivas; aunque esto aún se expresa disociadamente en los síntomas corporales, el terapeuta le interpreta cómo de searía ella ser ayudada, querida, alimentada.

Termina la viñeta diciendo: "Su cardiólogo le daba un pronóstico muy esperanzador respecto a su recuperación".

Categorías D y F: (Permanencia del síntoma-Remisión del síntoma)

Estas categorías representan el menor número de indicadores en la gráfica a. Corresponden a Permanencia del síntoma y a Remisión del síntoma.

Aparentemente una de estas valoraciones contradiría a la otra, en el sentido de que si es baja la permanencia del síntoma ¿por qué no aparece alta la remisión? Esto obedece a que si bien se le ha dado un valor numérico a las unidades de contenido, algunas de éstas -en este caso Remisión- aparecen con menor frecuencia en las viñetas como es natural, por el carácter menos descriptivo y más concluyente de dicha categoría. Algo similar podría considerarse respecto a la categoría Permanencia del síntoma. Sin embargo el alto contenido cualitativo de ambas categorías, es muy significativo en este caso en cuanto a los resultados de la presente investigación que más adelante serán tratadas específicamente.

Por lo pronto podemos observar que los indicadores de estas categorías -tanto en lo numérico como en lo cualitativo correlacionan positivamente con la hipótesis número tres de este trabajo.

Pensamos que la remisión de los síntomas en el nivel señalado, con su importante significado cualitativo, pudo obtenerse durante el trabajo psicoterapéutico con los pacientes, a través de la interpretación en la transferencia, de la fantasía, inconsciente específica manifestada en el síntoma corporal y su respectiva alternancia.

Casi en todas las viñetas es posible observar la permanencia del síntoma durante un determinado período del tratamiento. La remisión no en todas se reporta como algo ya logrado, aunque a través del material proporcionado en las viñetas, es posible apreciar cambios en la relación transferencial, en la propia imagen corporal y en cómo vive el paciente su sintomatología psicosomática, ya una vez que ha alcanzado "insight" acerca de lo que ha venido depositando disociadamente en aquélla.

En la viñeta VII, Paty de diecisiete años, padece obesidad; al parecer se encuentra en plena crisis adolescencial; ésta, con toda la carga de impulsos sexuales y agresivos que implica y que posiblemente rebasan la capacidad de la paciente para elaborarlos e integrarlos, en lugar de manifestarse en su conducta, se manifiestan principalmente en síntomas corporales y en fantasías sexuales no exentas de inhibiciones; muestra preocupación por la gordura; su deseo consciente es lograr bajar de peso; la viñeta nos muestra en su "lapsus" lo contrario: "me he preocupado mucho por la gordura, no me lo puedo quitar de la cabeza; siempre he tratado de "engordar" (lapsus)..... quiero decir de adelgazar..... ríe... También nos deja ver el material de esta viñeta que Paty se comporta siempre sociable, "buena onda" tratando de ser como los demás quieren para ser aceptada, aunque ella percibe su malestar interior: — "aunque por dentro me siento de la patada, no digo nada; ellos ni cuenta se dan de lo que me pasa".

Es evidente el temor de Paty ante la cercanía afectiva hacia los demás e incluso consigo misma; cuando logra bajar de peso, teme engordar de nuevo; dis torsiona su imagen corporal y sigue sintiéndose gorda aunque está delgada. — Con su gordura pone distancia a sus impulsos y afectos, a la voracidad, la — agresión a la sexualidad aún ligada a estos contenidos; a través de sus cóli — cos menstruales parecería rechazar su femineidad, su crecimiento.

Su terapeuta la lleva a través de la interpretación a tomar conciencia de su desconfianza, de la vuelta hacia sí misma de sus impulsos orales y agresivos: "-se traga todo su enojo"-

La viñeta aunque no reporta la remisión del síntoma, nos muestra en los — cambios de la conducta, las modificaciones de los rasgos de carácter que se — operan en la paciente; puede percibir su agresión; en su grupo terapéutico se muestra irritable, menos social; "siente que su motivación para hacer dieta es diferente ahora; lo ve menos difícil que antes".

Esta viñeta nos muestra la Permanencia del síntoma dentro de una etapa — elaborativa del mismo, en el tratamiento.

En cuanto a la categoría Remisión del síntoma, como ya decíamos, numéricamente también aparece menos — como unidades de recuento— en las viñetas, pero — se presenta en la mayoría de los casos estudiados. Resulta evidente su alto significado de connotación positiva, en cuanto a la correlación con las hipótesis de este estudio, principalmente con la hipótesis número tres, como ya habíamos mencionado.

Para ejemplificar:



La viñeta número IX nos reporta: "su trastorno psicofisiológico ya no aparece" (ver apéndice A Unidades de recuento). La viñeta número VIII dice: "Ha seguido en tratamiento; actualmente su sintomatología intestinal no ha reaparecido; se encuentra en una etapa de elaboración de su terminación de análisis".

La viñeta número X aunque muestra una clara tendencia a la alternancia, - ésta es leve y por breves períodos. En cuanto al síntoma dolor de cabeza de esta paciente que la hizo acudir a tratamiento psicoterapéutico, el terapeuta nos informa:

"Cuando pudo confiar en mí, llorar en las sesiones, expresar su contenida ira, desaparecieron los dolores de cabeza".

d) DISCUSION:

El tema de esta tesis se ha circunscrito al ámbito del tratamiento, a la relación paciente-terapeuta; aspecto que merece todo nuestro interés y aprecio en cuanto a su importancia para ser estudiado, pero consideramos que resultaría también muy provechoso y estimulante, investigar acerca de lo psicossomático y lo social, tomando como punto de partida el "stress" relacionado con sobrecargas de la vida diaria por ser este fenómeno subyacente a todo padecimiento, por serlo en sí mismo, cuando según el concepto de Seyle (Anexos 71) falla la respuesta de adaptación al "stress" (S.G.A.). Según este autor, muchos padecimientos, tales como la hipertensión, trastornos gastroduodenales, cardiovasculares, alérgicos, etc. parecen ser esencialmente enfermedades de adaptación.

De hecho, nuestra investigación acerca del padecimiento psicossomático como lenguaje transferencial conlleva el sentido de enfermedad - defensa, en —

tanto mecanismo disociativo que surge en un momento dado, para preservar la integridad de la personalidad.

Otro aspecto de sumo interés, sería investigar acerca del ambiente familiar que rodea al paciente psicossomático. Furer S.E. (Anexos 70) considera en su trabajo "Comprensión psicoanalítica del enfermo cardíaco" que cada enfermedad genera determinadas respuestas en su interrelación con el ambiente y que éstas pueden variar según sea el padecimiento en cada caso particular. Obviamente esto se relaciona con los conceptos de fantasía inconsciente específica descrita por Chiozza en cuanto al síntoma o padecimiento psicossomático, en este caso, conceptualizada como fantasía inconsciente grupal familiar.

CAPITULO XI

CONCLUSIONES:

El presente trabajo ha tenido por objeto ofrecer una aportación conceptual y práctica respecto al tratamiento del paciente psicossomático bajo un criterio integral de enfoque psicoanalítico.

Se revisó parte de la literatura más representativa de tales conceptos y la relacionada con las hipótesis planteadas. Por otro lado se trabajó con el material obtenido en forma de viñetas de sesiones de pacientes bajo tratamiento psicoanalítico individual y grupal, que presentaban patología psicossomática. Fue procesado dicho material bajo el método de Análisis de Contenido; para ello se eligieron seis categorías, de las cuales se obtuvo un total de 331 Unidades de recuento.

A través de este método utilizado de estudio de casos clínicos, hemos encontrado datos que en nuestra opinión, responden a los conceptos de investigadores reconocidos profesionalmente, que han trabajado sobre este tipo de padecimiento, y a los cuestionamientos que nos hicimos al principio de esta investigación basándonos en tales conceptos.

El material estudiado, nos muestra dentro del criterio integracionista ya citado, que los síntomas somáticos responden a fantasías inconscientes específicas, según los planteamientos de Chiozza, así como su alternancia y que todo ello, constituye un lenguaje transferencial de acción recíproca.

En los casos estudiados (Ver síntesis psicodinámica del material clínico contenido en las viñetas Cap. IX) hemos visto que la mayoría de los pacientes

presentaron cambios en la sintomatología corporal, cuando los terapeutas interpretaron en la transferencia la fantasía inconsciente contenida en el síntoma psicossomático. En algunos pacientes se presentó la alternancia, generalmente en síntomas físicos de menor gravedad. En otros al inicio de su tratamiento - no presentaban síntomas de este tipo y en momentos de intensa transferencia hacia el terapeuta (generalmente de transferencia negativa) se presentaron somatizaciones.

La remisión de los síntomas se registró en las Unidades de Recuento en un sesenta y cinco por ciento de los casos estudiados. En el treinta y cinco por ciento restante, sólo se reportó un mayor "insight" sobre la fantasía inconsciente contenida en el síntoma corporal.

Estas consideraciones parecen confirmar las hipótesis planteadas inicialmente en el capítulo III. Sin embargo, somos conscientes de las limitaciones de nuestra investigación, por lo cual reiteramos nuestra intención de presentar estos resultados como una aproximación a futuras investigaciones.

Estos y muchos otros puntos de análisis podrían llevarnos a profundizar - en este tema del padecimiento psicossomático.

Consideramos que tratar de preservar o alcanzar la salud en forma integrada exige esfuerzo y capacidad de responsabilización de nosotros mismos, de encarar nuestra verdad y plenitud.

XII.- REFERENCIAS:

Apéndice A

Apéndice B

Lista Bibliográfica

Apéndice A: Unidades de recuento.

A.- Categoría síntomas psicósomáticos

Unidades de recuento:

VIÑETA I

- 1.- Ataques subnitantes de asma
- 2.- elementos alérgicos
- 3.- disnea
- 4.- asfixia
- 5.- palpitaciones
- 6.- sensación de estallar la cabeza
- 7.- no podía levantarse

VIÑETA II

- 1.- Sangró al evacuar
- 2.- sangró un poco en el labio
- 3.- estreñimiento

VIÑETA III

- 1.- Neurodermatitis
- 2.- resfrío
- 3.- conjuntivitis
- 4.- comezón, se rasca los brazos; apareció la dermatitis

VIÑETA IV (grupo de pacientes psicósomáticos)

- 1.- (Dr. Chávez) febrícula
- 2.- engarrotamiento de manos
- 3.- (Rosalba); cuello y lengua dormidos
- 4.- (Gildardo): dificultad para orinar en baño público



- 5.- dolor de vejiga
- 6.- (Lola): dolor de cabeza
- 7.- mareos
- 8.- deseos de vomitar
- 9.- (Javier): neurosis cardíaca
- 10.- dificultad para moverse de la cama
- 11.- dolor en el corazón
- 12.- punzadas
- 13.- temor ante la inminencia de un infarto
- 14.- (Juan José): amibiasis
- 15.- dolor de barriga
- 16.- temor de tener úlcera
- 17.- jaqueca
- 18.- (Gabriela): dolor de cuerpo

VINETA V

- 1.- diabetes (paciente)
- 2.- Inflamación del tiroides (otro paciente del grupo)
- 3.- crisis epiléptica (otro paciente del grupo)

VINETA VI

- 1.- Infarto
- 2.- dolor de cabeza
- 3.- náuseas
- 4.- resfrío
- 5.- anorexia
- 6.- problemas digestivos

VIÑETA VII

- 1.- Preocupación por engordar
- 2.- cólicos menstruales

VIÑETA VIII

- 1.- Diarreas
- 2.- hemorragias
- 3.- estreñimiento
- 4.- pérdida de peso

VIÑETA IX

- 1.- Predisposición a desprendimiento de retina

VIÑETA X

- 1.- Frecuentes dolores de cabeza
- 2.- catarro
- 3.- náuseas
- 4.- mareo
- 5.- neurodermatitis
- 6.- resfríos

B.- Categoría lenguaje transferencial.

- Unidades de recuento:
- Cambios transferenciales observables en el dis curso manifiesto del paciente.
  - Cambios transferenciales observables en lo so mático.
  - relación entre ambos; expresados en la conduc ta.

VIÑETA I

- 1.- "si me han de operar, recorro al brujo moderno antes de que me operen".
- 2.- expresé en forma galante diversas dudas acerca de mi capacidad para ayudar lo; textualmente era yo una gente muy joven y se preguntaba si un trata — miento psicoterapéutico podría ayudarlo.
- 3.- anoche me sentí mal
- 4.- me senté al borde de la cama a esperar que mi esposa viniera y empezó la — asfixia
- 5.- no podía levantarme para alcanzar el inhalador; mi esposa debe haber oído mis ruidos; entró y me ayudó
- 6.- a raíz de esta línea de trabajo, el paciente desarrolla muy rápidamente — una transferencia de tipo materno idealizada hacia la terapeuta; la vive — inteligente, comprensiva, simpática; depende de ella para su bienestar físico y emocional
- 7.- disminuyen las crisis subnitantes de asma
- 8.- puede asistir a consulta sin el aparato de oxígeno
- 9.- la terapeuta anuncia sus vacaciones de una semana; hay gran angustia en el

paciente

- 10.- vuelven las crisis intensas de asma
- 11.- recibe a la terapeuta al regreso con la noticia de no haber tenido ningún ataque asmático en toda la semana
- 12.- el paciente continuó el tratamiento por cuatro años más; tuvo cuatro recaídas durante ese tiempo ya no subnitranes, fueron accesos aislados, — siempre coincidentes con situaciones que él vivía amenazantes al vínculo terapéutico
- 13.- el asma desapareció
- 14.- el paciente ha seguido en contacto esporádico conmigo cuando tiene triunfos o angustias importantes
- 15.- sus sesiones las calificamos como un lenguaje de broma compartida como "venir a recargar la batería".

VIÑETA II (paciente de grupo)

- 1.- el paciente mantiene un culto por su cuerpo; continuamente habla de su capacidad seductora con las mujeres que lo asedian.
- 2.- Fernando acentúa su actitud silenciosa dentro del grupo.....
- 3.- pasa sesiones sin hablar.....
- 4.- muestra disgusto porque el grupo "no le hace caso"...
- 5.- protesta agresivamente cuando la terapeuta entra en el grupo con algún retraso.....
- 6.- me agradece diciendo que él me paga para que esté en la sesión.

- 7.- en otra sesión él expresa su envidia en relación a la compañera de grupo y al lado de este comentario expresa que está muy preocupado porque al ir al baño sangró al evacuar y que también en el labio tenía un poquito de - sangre, que ha estado muy estreñido, que nunca le había pasado esto.
- 8.- se muestra ligeramente angustiado y dice que la boca de María lo ha jodi-do porque él no logra avances y que se siente muy encabronado conmigo.
- 9.- a la siguiente sesión llega antes de la hora y abre la sesión con un sue- ño: "estaba con su novia que le daba de mamar como si él fuera un bebé y él le arrancaba el pezón de un mordisco y veía los canalitos del seno que goteaban leche mezclada con sangre".
- 10.- guarda silencio y dice: a propósito, el estreñimiento se me quitó y lo - del sangrado me dijo el Dr. que no era nada grave, que con dieta blanda - se corregía.

### VIÑETA III

- 1.- en el análisis igualmente reservado, habla sobre aspectos que para él son intrascendentes
- 2.- con aparente desafectivización en sus contenidos
- 3.- comenta que quiso platicar a la hora de la comida con sus padres, decirles el puesto que le dieron en la empresa del cual él se muestra orgulloso, pe- ro no le hicieron comentarios, no le preguntaron más y terminada la comida se fueron a dormir la siesta, quedando él solo en la mesa.
- 4.- transcurrieron cuatro meses en donde simplemente me decía que iba de viaje de negocios, pero estos viajes los arreglaba en tal forma que no interfi- rieran con sus sesiones y se angustiaba cuando eventualmente tenía que sus

pendar la sesión a causa de los viajes.

- 5.- un día llega a la sesión agripado y en la siguiente sesión habla de tener conjuntivitis y veo que se rasca continuamente los brazos y dice que apareció la dermatitis pero que irá al médico.
- 6.- lo niega, acude a una tercera sesión con los mismos síntomas, dice que no mejora de la conjuntivitis porque en la ciudad hay mucho "smog"
- 7.- por eso me habla de conjuntivitis y catarros en lugar de lágrimas
- 8.- silencio, las lágrimas fluyen silenciosamente.....
- 9.- empieza el relato entre llantos, pucheros palabras entrecortadas
- 10.- él está muy angustiado, lo invirtió todo y teme perderlo
- 11.- relata con mayores datos lo que ha pasado y dice que es curioso, como si fuera magia se desapareció la conjuntivitis y el catarro y que la dermatitis no le da comezón a pesar de no haberse aplicado el tratamiento.

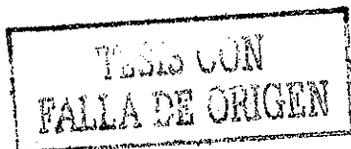
VINETA IV (sesión de un grupo de pacientes psicósomáticos)

- 1.- Dr. Chávez... "me he dado cuenta de que cuando tengo tensión me aparece febrícula. Me hice muchos estudios y pensé que era una enfermedad pero ya me di cuenta de que eso me ocurre cuando estoy preocupado."
- 2.- Cata... "Vengo aquí porque hace una semana me enojé con mi hermana y después me puse a llorar y a gritar como una loca y se me agarrotaron las manos, lo cual es bastante grave porque yo soy pianista".
- 3.- Rosalba... "Yo traigo todo el cuello y la lengua dormidos desde ayer y pienso ir a ver al neurólogo porque me ha pasado varias veces".

- 4.- Gildardo... "A mí lo que me pasa es que si hay alguien cerca de mí, por ejemplo en el baño de un cine, no puedo orinar y luego me duele la vejiga".
- 5.- Lola.... "A mí me duele la cabeza, estoy mareada y tengo ganas de vomitar".
- 6.- Miréya.... "Yo estoy muy bien, en Italia pude hablar con todos mis hermanos y por primera vez nos dijimos cosas serias e importantes de nosotros mismos. Esto se lo debo al grupo. Los extrañé mucho".
- 7.- Javier.... "A mí me duele mucho el corazón, tengo punzadas y ahora es casi seguro que voy a tener un infarto. Me siento muy angustiado, no puedo más".
- 8.- Juan José.... "Yo tengo amibas y me duele tanto la panza que a veces más bien creo que es una úlcera".
- 9.- Miguel.... "Yo no tomé nada en todo el fin de semana y hoy tengo una horrible jaqueca. Estuve todo el tiempo esperando un telefonazo que no llegó."
- 10.- Gabriela.... "A mí me duele todo el cuerpo, hice por fin mi mudanza y quedé medio muerta".

VIÑETA V

- 1.- Acude el paciente a regañadientes.
- 2.- Pronto hace "insight".
- 3.- Se da cuenta de que su mamá tenía razón respecto a la necesidad de su tratamiento que se inicia en un grupo, en el que algunas pacientes están presentando patología psicósomática grave.
- 4.- El paciente al entrar al grupo ya no puede conceptualizar sus contenidos inconscientes; presenta una diabetes.





- 5.- Cuando él se cuida con médicos, estando muy consciente de su enfermedad, - hace un sueño.
- 6.- Este paciente, en vez de conceptualizar, al no poderlo hacer al entrar el grupo, rompe el vidrio entre consciente e inconsciente y hace un síntoma - irreversible, una diabetes.... " para pertener tengo que joderme"....
- 7.- Lo que el paciente vive en el grupo, seguramente es lo que le ha pasado en el grupo familiar. Su posición de hermano mayor, en realidad por diversas circunstancias lo colocó en la de padre, tempranamente.

VIÑETA VI

- 1.- Gina. "Ya no puedo más, siento que estoy a punto de estallar.... vivo angustiada".
- 2.- Dígame, qué quiere que le cuente, quiero ayudarle en todo lo que me diga - para mi tratamiento.
- 3.- No sé qué programa es el que usted va a seguir conmigo, pero dígame y yo - colabore en lo que sea necesario.
- 4.- ¡Cómo! si lo que quiero es que usted me ayude.
- 5.- Siempre estoy tensa, angustiada, es cierto, me preocupo mucho por todo ... por cierto, siento que voy a resfriarme....
- 6.- En las sesiones siguientes, la paciente trajo como material asociativo fre cuentes alusiones a sus gusto y preferencias hacia cierto tipo de alimen - tos y a su falta de apetito reciente.
- 7.- Por esta época la paciente empezaba a tratar de confiar en mí; volvió a -

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

angustiarle mucho por su problema cardíaco "no podía confiarse"; el corazón podría traicionarla" en cualquier momento, temía desmayarse estando en su trabajo.

8.- Ocasionalmente se ha quejado de catarro y de problemas digestivos.

VIÑETA VII

- 1.- Me he preocupado mucho por la gordura.
- 2.- Siempre he tratado de "engordar" (lapsus)..... quiero decir de adelgazar...
- 3.- Me impactó mucho lo que me hizo notar usted el otro día Dr..... eso de que soy desconfiada.
- 4.- Mi papá me regaña porque no termino las dietas, dice que nunca termino lo que comienzo.... esto me da mucha rabia, pero "me lo trago todo".
- 5.- Ya sé lo que me quieres decir, estaría hirviendo, llena de rabia.... pero esto es por estar gorda.... ¿no?
- 6.- Paty ha traído con frecuencia como material de análisis, sus temores en relación con la agresión y la sexualidad.
- 7.- Se siente fea, su cuerpo no le gusta; se queja de cólicos menstruales.

VIÑETA VIII (paciente de grupo terapéutico)

- 1.- Juan relata escuetamente lo relativo a su tratamiento orgánico; queda en silencio.
- 2.- Empieza a ver la coincidencia de sus problemas intestinales con situaciones de "stress".

- 3.- Sentí mucho temor de que me operaran, temor y enojo por estar otra vez enfermo, realmente estaba angustiado.
- 4.- Lloro intensamente - silencio -
- 5.- Actualmente su sintomatología intestinal no ha reaparecido; se encuentra - en una etapa de elaboración de su terminación de análisis.
- 6.- Permanece en silencio con frecuencia; su silencio es elaborativo; en su expresión pre-verbal, se observa relajamiento, bienestar.

#### VIÑETA IX

- 1.- Al relatar su historia, asocia que él ha traído confundidos a médicos oftalmólogos; nadie le explica orgánicamente la amenaza de desprendimiento de retina que presenta.
- 2.- Durante el tratamiento su problema de retina comienza a desaparecer casi totalmente; la amenaza de ceguera se acabó.
- 3.- En la transferencia vive al analista al principio de su tratamiento muy — idealistamente; le lleva regalos.
- 4.- Ante las interpretaciones, puede manejar aspectos de transferencia negativa y llega a concientizar que no tiene porqué "regalar" los ojos al padre.
- 5.- Al darse cuenta de sus conflictos frente al padre y vivirlos con el analista en torno a los regalos, él se da cuenta de que desearía que éste lo aceptara que no lo rechazara como el padre, al no seguir sus lineamientos.
- 6.- A raíz de las vacaciones del analista, le da rabia, se le va el analista padre.
- 7.- Comienza a expresar afectos depresivos; ve su soledad, sus sentimientos de

abandono.

8.- Su trastorno psicofisiológico ya no aparece.

VIÑETA X

- 1.- Me hace sentir menos dependiente de mi esposo.
- 2.- En realidad dependo mucho de él a pesar de todo.
- 3.- A veces he pensado que yo lo he devaluado.
- 4.- Por eso siempre trata de hacerme sentir mal.
- 5.- La verdad es que nos llevamos cada vez peor.
- 6.- También creo que esto se puede relacionar con mis frecuentes dolores de ca  
beza.
- 7.- No quiero que nadie se me acerque.
- 8.- A veces empiezo con un catarro.
- 9.- Sigo con el dolor de cabeza.
- 10.- Pero sus gritos aún los siento como si fueran golpes.
- 11.- Nos hemos podido acercar un poco mi mamá y yo.
- 12.- Yo siento agradable que se preocupe por mí.
- 13.- Pero no tolero que se acerque mucho.
- 14.- Temo que empiece a llenarme la cabeza con sus problemas.
- 15.- Llorar en las sesiones.
- 16.- Expresar su contenida ira.
- 17.- Apareció una neurodermatitis.
- 18.- ocasionalmente padece resfríos.

C.- Categoría Interpretación

Unidades de recuento:

VIÑETA I

- 1.- Mi respuesta fue que en el asma había elementos emocionales importantes y que era cuestión de ver si ventilándolos había una mejoría.
- 2.- Se angustió porque no podía prescindir del oxígeno pero yo le dije que él era suficientemente influyente como para hacer que le llevaran el carrito con el oxígeno adonde yo estaba (esto fue entre otras cosas para ofrecer un ambiente más íntimo, con menos interrupciones del personal hospitalario).
- 3.- Lo que se trabajó fundamentalmente en los tres meses de iniciada la terapia, fue la necesidad de afecto del paciente en base a su orfandad temprana.
- 4.- Se interpretó el inicio del asma como una protesta por no haber encontrado en la esposa, la madre cálida que él esperaba; la encontró fría en todos sentidos.
- 5.- Hay una gran angustia en el paciente, vuelven crisis intensas de asma y la terapeuta se despide con "no se preocupe P., mamá va a volver".
- 6.- El paciente ha seguido en contacto esporádico conmigo cuando tiene triunfos o angustias importantes. Sus sesiones las calificamos con un lenguaje de broma compartida, como "venir a recargar la batería".

VIÑETA II (paciente de grupo)

- 1.- El grupo le hace señalamientos en cuanto a que "está en el grupo, pero da la impresión de que con nadie se conecta).

- 2.- Le señalo en primer término su enojo que no permite ninguna falla mía, que me idealiza demasiado.
- 3.- Interpreto que él no tolera tener algo que no sea tan perfecto como se ve él y a su madre. Que yo tengo que ser algo que lo adorne, igual que él es para su madre.
- 4.- Interpreto que en sus silencios se ha llenado de alimento que acumula, re tiene y se estriñe.
- 5.- Le interpreto que él siente que le doy toda mi leche a María y a él le doy el pecho seco entonces me tironea, lo muerde hasta sangrar y evacúa sangre, mala leche que le daña.
- 6.- Interpreto que en su ansiedad por sacarme la leche que siente no le quiero dar, me arranca el pezón.

### VINETA III

- 1.- Le interpreto que él espera de mí, una respuesta de indiferencia igual que sucede en su casa y prefiere no exponerse, hablando de temas que para él son intrascendentes.
- 2.- Le interpreto que él conmigo es como sus padres; conmigo no comenta, no da más información que cosas muy generales y abstractas, me aísla "me deja sola en la mesa".
- 3.- Le señalo que tal vez le está pasando algo que lo está angustiando demasiado.
- 4.- Le digo que me parece que sigue muy angustiado y que la conjuntivitis y el catarro son lágrimas que él no quiere mostrarme por temor a que lo deje solo, que él desearía que lo acariciara en los brazos y lo tranquilizara pe-

ro él recuerda en mí a una madre fría, indiferente que lo encierra en el baño cuando llora. Por eso me habla de conjuntivitis y catarros en lugar de lágrimas.

- 5.- Interpreto que es como una relación conmigo que se inicia; empezamos a amueblar la casa (introyectar objeto bueno) y al presentarse el problema laboral, surgen ansiedades de soledad y abandono como cuando era muy pequeño (posición fetal que adopta en la sala).
- 6.- En un soliloquio tal vez habla conmigo.

#### VIÑETA IV (grupo de pacientes psicósomáticos)

- 1.- Terapeuta: "Yo pienso que si juntamos todo lo que el grupo está diciendo se formará algo inespecífico y monstruoso. Si lo uniéramos podríamos crear una especie de Frankenstein".
- 2.- Terapeuta: Lo que nos están diciendo es que fueron privados del contacto de piel, lo que anhelan y repudian a la vez. Lo importante es que estando tan cerca tuvieron miedo a la locura.
- 3.- Fue un cuerpo no conformado, nadie pudo apoyarse en el otro ni dialogar con los demás. Es común hubo el cansancio muscular que puede ser producido por la fiebre, los nervios o la angustia. La mitad del cerebro dormido-hermana gemela muerta- es la sensación grupal de discusión en la que todos se sienten descuartizados. En todos fue común la represión a manifestar lo que realmente sentían (ganas de tocarse, gritar, etc.) pero creo que tiene que ver con cosas que aquí no se han compartido con los demás, por eso seguimos enfermos. Por ejemplo, tú Juan José tienes a la amiba casi de amiga; te sirve para no sacar tus conflictos. Ella y tú están simbiotizados. Todos usan el dolor de cabeza y otros síntomas para no resolver situacio -

nes vitales.

- 4.- Terapeuta: Hay una disociación de los órganos, lo reprimido (gritar y llorar) es lo que se da aquí. Están buscando quedar bien con los terapeutas, esconden muchas cosas. Es un grupo niño berrinchudo que dice que no lo cuidamos bien. Si hubieran seguido hablando desde los órganos adoloridos hubiera aparecido la imagen de una madre re-pariéndolos sanos.
- 5.- Terapeuta a Gabriela: "Te da tanto dolor pero no lo puedes hablar y por eso lo pasas a tus músculos".
- 6.- Terapeuta hombre a Javier: Veo que te identificas con el nuevo niño, quisieras estar tú adentro de esta cucaracha, allí cobijarte volver a nacer y que tu historia fuese diferente.

#### VIÑETA V

- 1.- El paciente al entrar al grupo, ya no puede conceptualizar sus contenidos inconscientes; presenta una diabetes.
- 2.- Maníacamente convierte el desastre en algo festivo.
- 3.- "Para pertenecer tengo que joderme".
- 4.- Lo que el paciente vive en el grupo, seguramente es lo que le ha pasado en el grupo familiar. Su posición de hermano mayor, en realidad por diversas circunstancias lo colocó en la de padre, tempranamente.

#### VIÑETA VI

- 1.- Terapeuta: Está usted a punto de "estallar" y todavía quiere preocuparse por ayudarme...

- 2.- Terapeuta: Sí, pero parece que usted se preocupa por ayudarme antes.
- 3.- Trabajamos su ambivalencia hacia su tratamiento y su comunicación conmigo; quería que yo lo alimentara, pero aún no aceptaba mis interpretaciones, aún se rehusaba por temor a que le hicieran daño. También en esto — quería "ayudarme" a saber cómo tratarla, hablándome de sus alimentos preferidos.

VIÑETA VII

- 1.- La gordura es la preocupación fundamental de Paty.
- 2.- Terapeuta: Se "traga" todo su enojo.
- 3.- Terapeuta: ¿Y si no fuera cierto eso?

VIÑETA VIII

- 1.- El acude con bastante escepticismo.
- 2.- ¿No habrá sentido temor de que lo castraran si mostraba su agresión, su enojo?
- 3.- Tal vez ha preferido echarse a usted mismo la agresión en muchas ocasiones.

VIÑETA IX

- 1.- Ante las interpretaciones, puede manejar aspectos de transferencia negativa y llega a concientizar que no tiene porqué "regalar" los ojos al padre.
- 2.- El amor del padre es tan escaso y la rabia por ello es tan grande, que le — da culpa la cual se expresa en sus síntomas psicossomáticos (él se enferma —

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

para poder oponerse al padre y no trabajar en la marina).

- 3.- Al darse cuenta de sus conflictos frente al padre y vivirlos con el analista él se da cuenta de que desearía que éste lo aceptara, que no lo rechazara como el padre, al no seguir sus lineamientos (señalamiento).
- 4.- A raíz de las vacaciones del analista, le da rabia, se le va el analista - padre (señalamiento).
- 5.- Comienza a expresar afectos depresivos; ve su soledad, sus sentimientos de abandono (señalamiento).

VIÑETA X

- 1.- Qué será lo que no ha podido vomitar.
- 2.- Tan llena se siente de los problemas de todos los que le rodean y guarda -- tanto enojo, que resulta doloroso.....
- 3.- Tal vez le empieza a resultar poco tolerable la cercanía aquí conmigo.
- 4.- Pronto se dio cuenta de que doliéndole la cabeza ponía distancia a todos -- quienes la rodeaban.
- 5.- Se entregaba a la "dolorosa relación" con un padre quien la castigaba, que la hacía sufrir, como siempre vivió a su madre "sufrida y abnegada", pero -- llena de odio y resentimiento.
- 6.- Pudo ver que sus intentos de abandono del tratamiento, tenían relación con sentimientos de hostilidad hacia mí.
- 7.- Tomaba mis señalamientos como órdenes viviéndome en la transferencia como a su padre, cuya muerte aún no elaboraba.
- 8.- Tenía que alejarse de mí, para presionarme de su agresión, como lo hacía --

con su esposo, e incluso con sus hijos.

9.- Cuando pudo confiar más en mí, llorar en las sesiones, desaparecieron los dolores de cabeza.

D.- Categoría Permanencia del síntoma

Unidades de recuento

VIÑETA I

- 1.- Vuelven las crisis intensas de asma.
- 2.- El paciente continuó el tratamiento por cuatro años más; tuvo cuatro recaídas durante este tiempo ya no subnitranes, fueron accesos aislados, siempre coincidentes con situaciones que él vivía amenazantes al vínculo.

VIÑETA II

0.----- No hay datos al respecto -----

VIÑETA III

- 1.- Las somatizaciones aparecen fundamentalmente en la piel.
- 2.----- y veo que se rasca continuamente los brazos, y dice que apareció la dermatitis, pero que irá al médico.
- 3.- Lo niega, acude a una tercera sesión con los mismos síntomas, dice que no mejora de la conjuntivitis porque en la ciudad hay mucho "smog".

VIÑETA IV (grupo de pacientes psicósomáticos)

0.----- No hay datos al respecto -----

VIÑETA V

0.----- No hay datos al respecto -----

VIÑETA VI

- 1.- Se encuentra muy angustiada, con gran preocupación por tener otro infarto y morir.
- 2.- "Ya no puedo más, siento que estoy a punto de estallar.... vivo angustiada".
- 3.- Siempre estoy tensa, angustiada, es cierto, me preocupo mucho por todo.

VIÑETA VII

- 1.- La gordura es la preocupación fundamental de Paty; ha intentado bajar de peso con dietas bajo prescripción médica, lográndolo por breves períodos, en los cuales su preocupación por la gordura no desaparece.
- 2.- "Me he preocupado mucho por la gordura, no me lo puedo quitar de la cabeza".

VIÑETA VIII

- 1.- Durante el tratamiento comenzó a presentar períodos de reactivación de sintomatología intestinal, predominantemente diarreica y algunas veces hemorrágica.
- 2.- Ya desde su infancia a los 8 años de edad, había presentado problemas digestivos, consistentes en anorexia no selectiva, evacuaciones tipo diarreico y algunos períodos de estreñimiento.
- 3.- Juan manejaba sus problemas afectivos a través de su sintomatología digestiva; fue tratado de diversas maneras por tiempo prolongado y nada hacía desaparecer sus síntomas, éstos remitían por temporadas, pero se reactiva-

ban cuando tenía que enfrentar situaciones de mucha exigencia en cualquier orden.

4.- Pasa varios años relativamente bien; la exigencia volvió a vivirla en torno a su desarrollo profesional..... Por esta época, los síntomas intestinales se reactivaron, dando lugar a un tercer internamiento y a una segunda intervención. Aquí se inserta el inicio de su tratamiento psicoanalítico grupal.

VINETA IX

1.- Al relatar su historia, asocia que él ha traído confundidos a médicos oftalmólogos; nadie le explica orgánicamente la amenaza de desprendimiento de retina que presenta.

VINETA X

- 1.- La verdad, es que nos llevamos cada vez peor.
- 2.- Esto se puede relacionar con mis frecuentes dolores de cabeza.
- 3.- A veces me duran hasta una semana; diario me duele la cabeza.
- 4.- Así he recorrido con varios médicos; parece que mi problema es de tipo nervioso.
- 5.- Bueno Dr. no crea que me va tan mal; si no fuera por este dolor de cabeza.
- 6.- Se reactivaban casi siempre, después de haberla pasado muy bien con su esposo.
- 7.- De pronto, todo cambiaba; volvían los dolores de cabeza y los conflictos conyugales.

E.- Categoría Alternancia del síntoma psicossomático

Unidades de recuento

VIÑETA I

- 1.- Ataques subnitranter de asma.
- 2.- Alergia al polvo y al chocolate fundamentalmente.
- 3.- Estaba disnéico.
- 4.- Se angusti6.
- 5.- Vuelven las crisis intensas de asma.
- 6.- El paciente continu6 el tratamiento por cuatro años m6s; tuvo cuatro recaídas durante este tiempo ya no subnitranter, fueron accesos aislados.

VIÑETA II

- 1.- Da la impresi6n de que con nadie se conecta.
- 2.- Acentúa su actitud silenciosa, pasa sesiones sin hablar.
- 3.- Despu6s muestra disgusto.
- 4.- Protesta agresivamente.
- 5.- Me agrade.
- 6.- Expresa su envidia.
- 7.- Expresa que est6 muy preocupado porque al ir al baño sangró al evacuar.
- 8.- Tambi6n en el labio tena un poquito de sangre.
- 9.- Que haba estado muy estreñido.
- 10.- Se muestra ligeramente angustiado.
- 11.- Se siente muy encabronado conmigo.
- 12.- Guarda silencio y dice: a prop6sito, el estreñimiento se me quit6 y lo del

sangrado.....

VIÑETA III

- 1.- Expresa tendencia a somatizar cuando está en situaciones de "stress".
- 2.- Las somatizaciones aparecen fundamentalmente en piel.
- 3.- En el análisis igualmente reservado.
- 4.- Con aparente desafectivización en sus contenidos.
- 5.- Un día llega a la sesión agripado.
- 6.- Y en la siguiente sesión habla de tener conjuntivitis.
- 7.- Veo que se rasca continuamente los brazos.
- 8.- Dice que apareció la dermatitis.
- 9.- Silencio, las lágrimas fluyen silenciosamente.
- 10.- Y empieza el relato entre llantos, pucheros, palabras entrecortadas.
- 11.- Y dice que es curioso, como si fuera magia se desapareció la conjuntivitis y el catarro y que la dermatitis casi no le da comezón.

VIÑETA IV (grupo de pacientes psicósomáticos)

- 1.- Cuando tengo tensión me aparece febrícula.
- 2.- Ya me dí cuenta de que eso me ocurre cuando estoy preocupado.
- 3.- Hace una semana me enojé con mi hermana y después me puse a llorar y a -- gritar como una loca y se me agarrataron las manos....
- 4.- No puedo orinar y luego me duele la vejiga.
- 5.- A mí me duele la cabeza, estoy mareada y tengo ganas de vomitar.
- 6.- A mí me duele mucho el corazón, tengo punzadas y ahora creo que es casi -

seguro que voy a tener un infarto. Me siento muy angustiado.

VIÑETA V

- 1.- El paciente al entrar al grupo, ya no puede conceptualizar sus contenidos inconscientes. Presente una diabetes.

VIÑETA VI

- 1.- Tensa, nerviosa e hiperactiva.
- 2.- Vivo angustiada.
- 3.- Estuve unos días con color de cabeza.
- 4.- Náuseas.
- 5.- Creí que se trataba de algo intestinal.
- 6.- Hasta he pensado que tomo este tratamiento para ayudar a mi cardiólogo o *para cansar menos a mi corazón con los conflictos.*
- 7.- Falta de apetito reciente.
- 8.- No podía confiarse.
- 9.- El corazón podría traicionarla en cualquier momento.
- 10.- Ocasionalmente se ha quejado de catarrros.
- 11.- Y de problemas digestivos.

VIÑETA VII

- 1.- La gordura es la preocupación fundamental de Páty.
- 2.- Dicen que todo se me "resbala".
- 3.- Aunque me sienta de la patada no digo nada.

- 4.- Temores en relación con la agresión y la sexualidad.
- 5.- Se siente "obligada" a complacer a los demás.
- 6.- Pero con frecuencia ella se siente sola, aburrida.
- 7.- y con inhibiciones frecuentes frente a fantasías masturbatorias.
- 8.- Le preocupa mucho la moralidad y cercanía física en general.
- 9.- Se siente fea, su cuerpo no le gusta.
- 10.- Se queja de cólicos menstruales.
- 11.- Comienza a ser menos "sociable."

#### VINETA VIII

- 1.- Comenzó a presentar períodos de reactivación de sintomatología intestinal predominantemente diarreica.
- 2.- Y algunas veces hemorrágica.
- 3.- Internamientos de 3 meses en el hospital sin diagnóstico preciso.
- 4.- En la segunda ocasión se le interviene y se hace resección de colon ascendente y 60 cm. de intestino delgado.
- 5.- La exigencia volvió a vivirla y aparecieron reacciones de agresión actualada con su pareja terminando por divorciarse.
- 6.- Por esta época los síntomas intestinales se reactivaron, dando lugar a un tercer internamiento y a una segunda intervención.
- 7.- Queda en silencio y empieza a ver la coincidencia de sus problemas intestinales con situaciones de "stress".
- 8.- Sentí mucho temor de que me operaran y temor de estar otra vez enfermo.
- 9.- Realmente estaba angustiado.
- 10.- Lloro intensamente - silencio -

- 11.- Permanece en silencio con frecuencia; su silencio es elaborativo.
- 12.- En su expresión pre-verbal, se observa relajamiento, bienestar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

VINETA IX

- 1.- Dificultades conyugales, con posible amenaza de divorcio.
- 2.- Amenaza de desprendimiento de retina.
- 3.- Pero durante el tratamiento su problema de retina comienza a desaparecer - casi totalmente.
- 4.- Le da rabia.
- 5.- Comienza a expresar afectos depresivos.

VINETA X

- 1.- La verdad es que nos llevamos cada vez peor
- 2.- También creo que esto se puede relacionar con mis frecuentes dolores de cabeza; a veces me duran hasta una semana; diario me duele la cabeza.....
- 3.- No quiero que nadie se me acerque.
- 4.- Relaciones sexuales, cero en esos días.
- 5.- A veces empiezo con un catarro.
- 6.- Se me quita y sigo con el dolor de cabeza.
- 7.- Siento como náuseas.
- 8.- Mareo.
- 9.- No llego a vomitar y aparece el dolor de cabeza.....
- 10.- No sé Dr. pero creo que siempre me he sentido mal.
- 11.- Posteriormente apareció una neurodermatitis por un breve periodo.
- 12.- Ocasionalmente padece resfríos principalmente.

F.- Categoría Remisión del síntoma

Unidades de recuento

VIÑETA I

- 1.- El paciente continuó el tratamiento por cuatro años más y tuvo cuatro recaídas durante este tiempo, ya no subnitranes, fueron accesos aislados — siempre coincidentes con situaciones que él vivía amenazantes al vínculo terapéutico.
- 2.- El asma desapareció.

VIÑETA II

- 1.- Guarda silencio y dice: a propósito, el estreñimiento se me quitó y lo del sangrado me dijo el Dr. que no era nada grave, que con dieta blanda se corrregía.

VIÑETA III

- 1.- Relata con mayores datos lo que ha pasado y dice que es curioso como si fuera magia se desapareció la conjuntivitis y el catarro y que la dermatitis casi no le da comezón, a pesar de no haberse aplicado el tratamiento.

VIÑETA IV (grupo de pacientes psicósomáticos)

- 1.- En cada uno de los pacientes se establece una lucha entre los instintos de vida y muerte, ansiedades primitivas manejadas con defensas paranoide que debido al "insight" les lleva a situaciones que serán elaboradas posteriormente e integran un grupo-cuerpo, menos somatizante.



- 2.- En la sesión posterior a la detallada, nosotros anotamos: "El grupo se integró, estuvieron relajados, tomaron contacto entre sí, hablaron de intimidades, tocaron temas sexuales pregenitales, aportando sueños y comunicándose con los terapeutas en una relación en la que la ansiedad persecutoria había disminuido apreciablemente".
- 3.- En general, los síntomas van desde un comportamiento histérico total, hasta alarmantes manifestaciones de disociación yóica, con miedo a la locura y en general al monstruo así construido, pese a los contenidos autodestructivos muy intensos del predominio del instinto de muerte, de la esperanza de curación como evaluación general, calificándolo más de neurótico que de psicótico.

VIÑETA V

VIÑETA VI

- 1.- Su cardiólogo le daba un pronóstico muy esperanzador respecto al control de su padecimiento. Permanece aún en tratamiento analítico; ocasionalmente se ha quejado de catarros y de problemas digestivos.

VIÑETA VII

- 1.- Actualmente participa en un grupo terapéutico mixto de jóvenes de su edad; comienza a ser menos "sociable", más irritable; siente que su motivación para hacer dieta es diferente ahora; lo ve menos difícil que antes.

VIÑETA VIII

- 1.- Ha seguido en tratamiento; actualmente su sintomatología intestinal no ha reaparecido; se encuentra en una etapa de elaboración de su terminación de análisis.

VIÑETA IX

- 1.- Su trastorno psicofisiológico ya no aparece.

VIÑETA X

- 1.- Los dolores de cabeza habían disminuido hasta casi desaparecer.
- 2.- Esto duraba un período cada vez más prolongado, en el cual no le dolía la cabeza.
- 3.- Cuando pudo confiar más en mí, llorar en las sesiones, expresar su contenido ira, desaparecieron los dolores de cabeza.
- 4.- La paciente está aún en tratamiento; somatiza con menos frecuencia que al inicio de las sesiones.....

Apéndice B

Cuadro 1:

- Total de unidades de recuento por categoría, correspondiente a cada viñeta
- Total de unidades de recuento de las diez viñetas

Gráfica a: Dispersión de unidades de recuento en el total de las viñetas

Gráficas b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, : Dispersión de unidades de recuento en cada viñeta.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

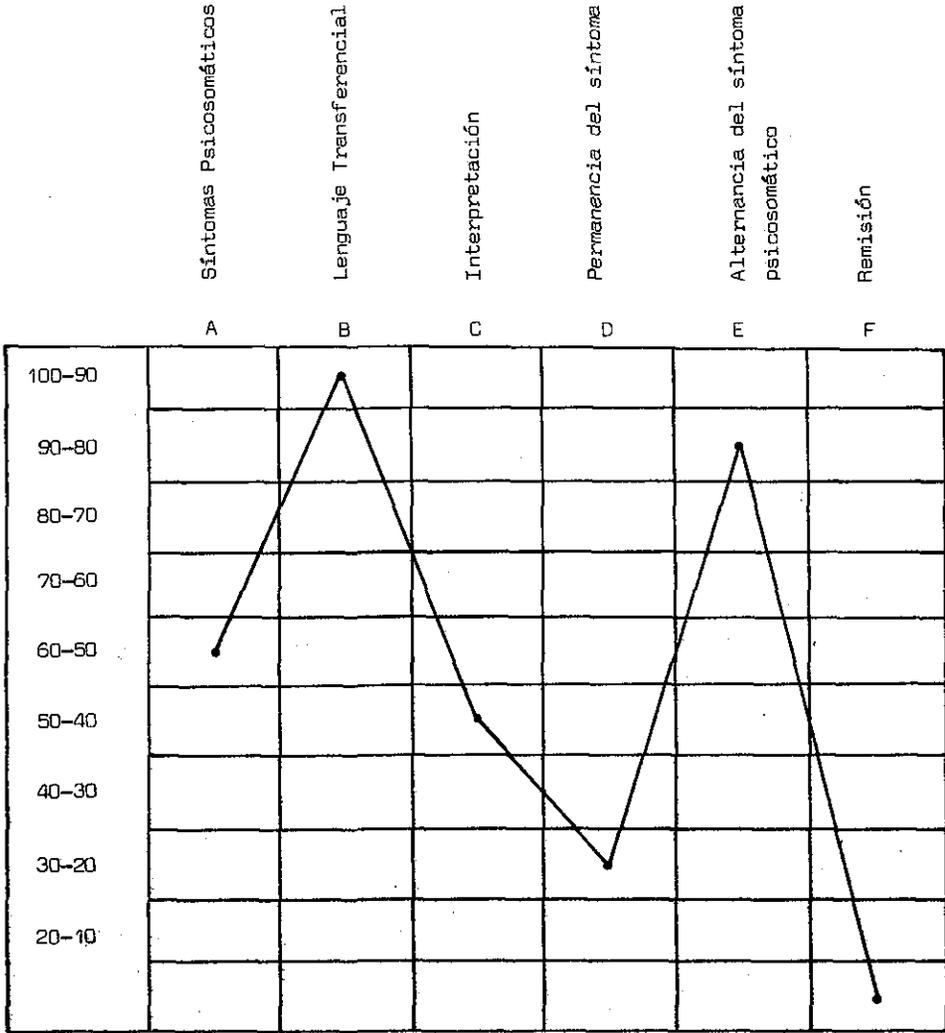
VIÑETAS:

		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	
C A T E G O R I A S	A	Síntomas psicoso- máticos	7	3	4	18	3	6	2	4	1	6
	B	Lenguaje transferen- cial	15	10	11	10	7	8	7	6	8	18
	C	Interpre- tación	6	6	6	6	4	3	3	3	5	9
	D	Permanen- cia del síntoma	2	0	3	0	0	3	2	4	1	7
	E	Alternan- cia del síntoma	6	12	11	6	1	11	11	12	6	12
	F	Remisión del síntoma	2	1	1	3	0	1	1	1	1	4

CUADRO 1

A	54
B	101
C	51
D	22
E	88
F	<u>15</u>

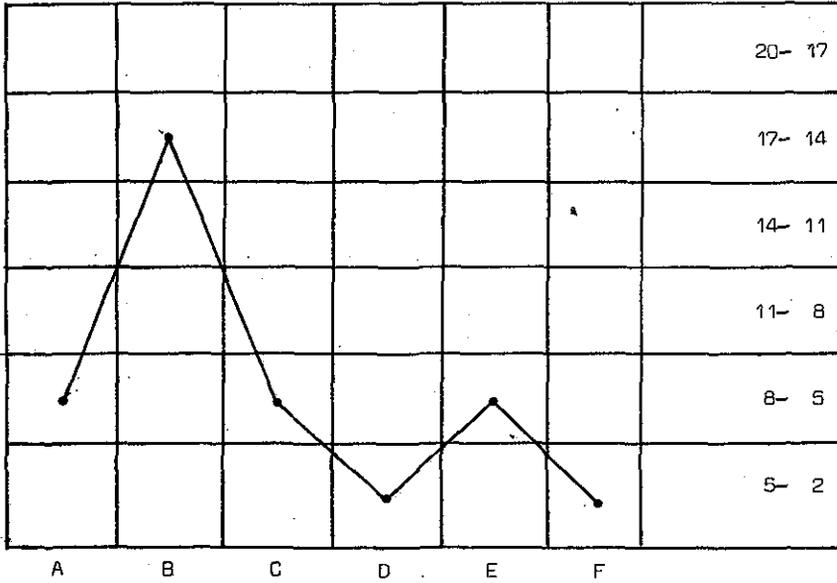
TOTAL 331



Gráfica a

VIÑETA I

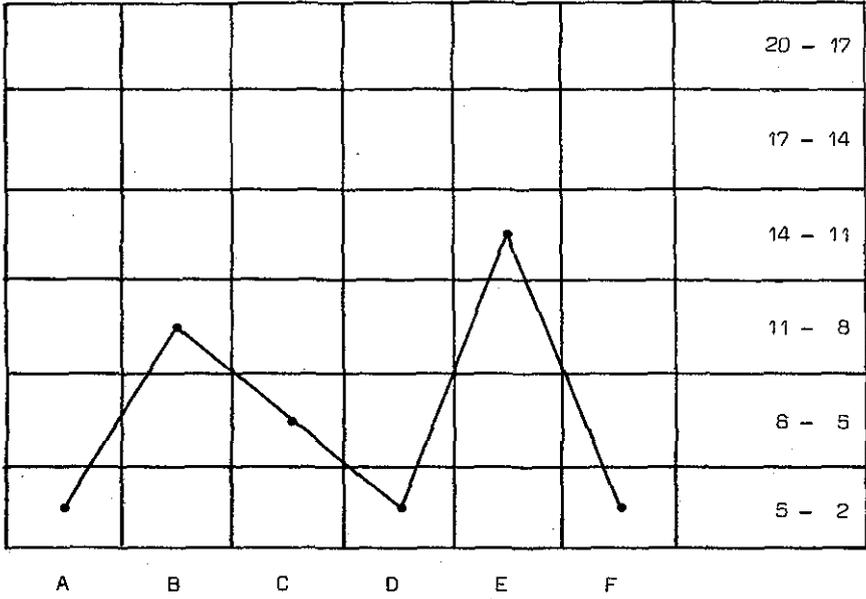
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Gráfica b

VIÑETA II

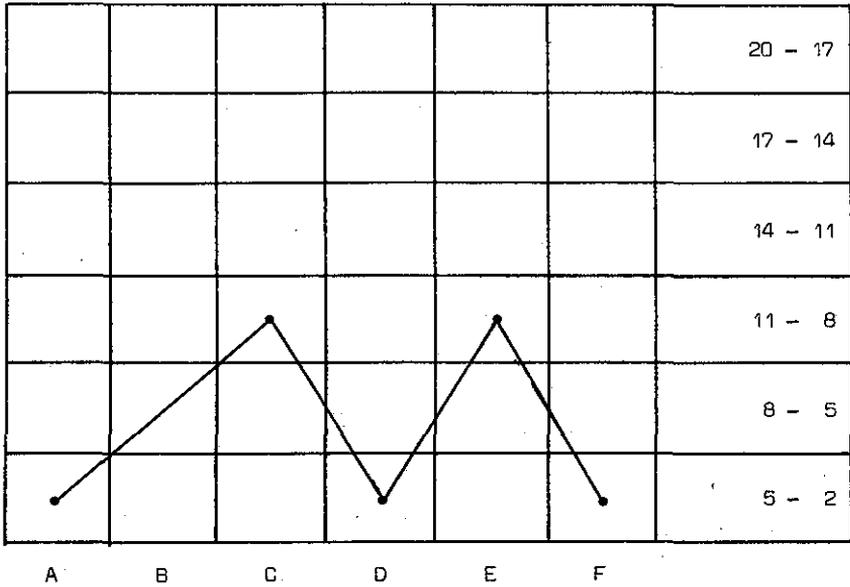
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Gráfica c

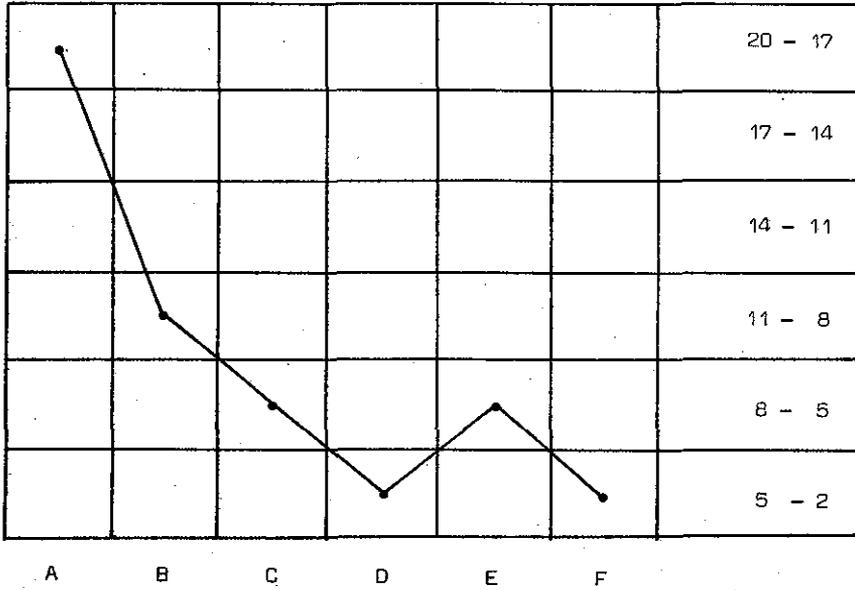
VIÑETA III

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Gráfica d

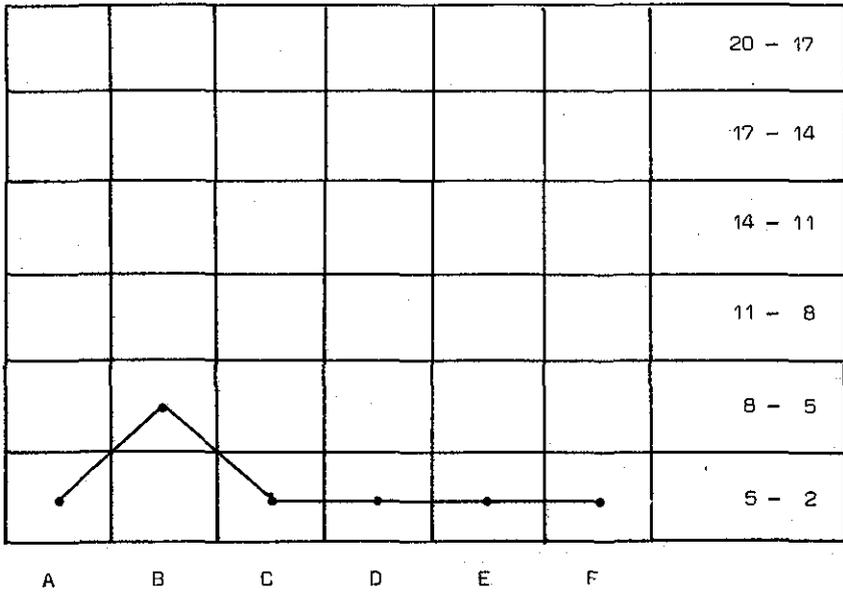
VIÑETA IV



Gráfica e

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

VIÑETA V

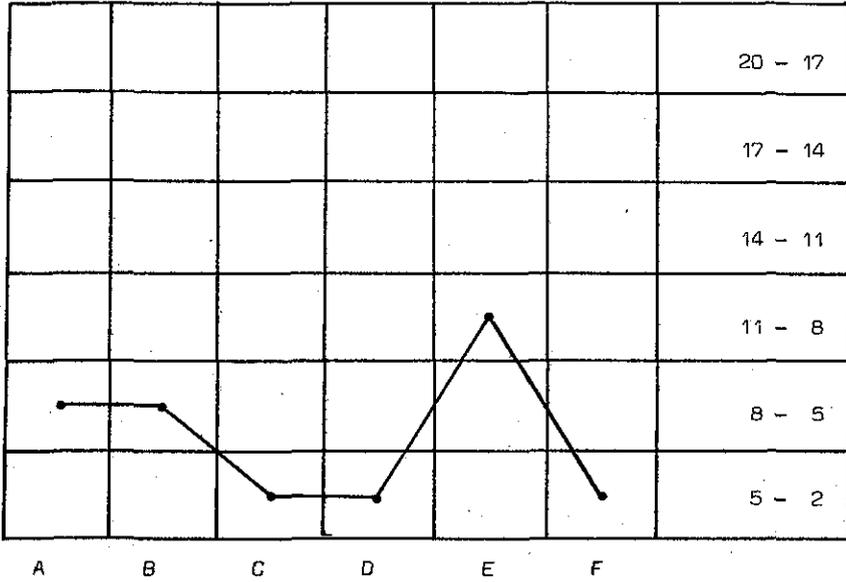


Gráfica f

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

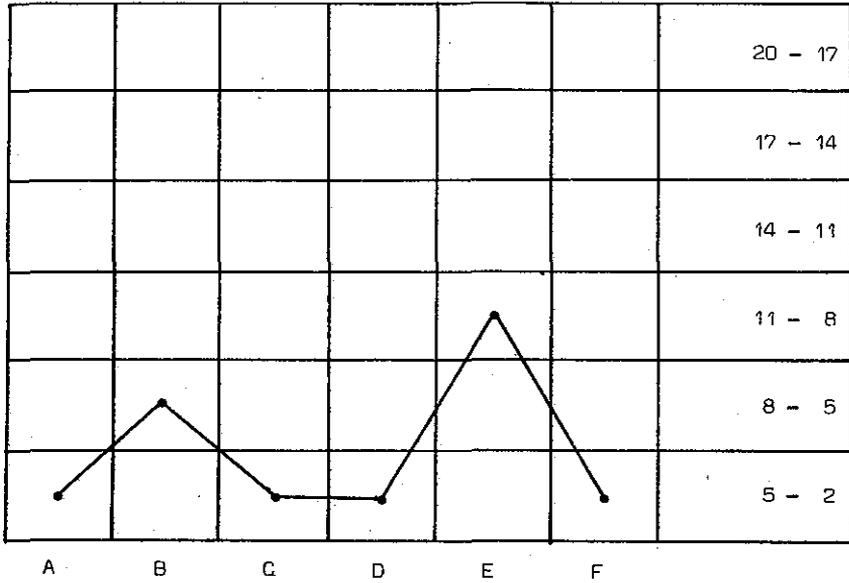
VIÑETA VI



Gráfica g

VIÑETA VII

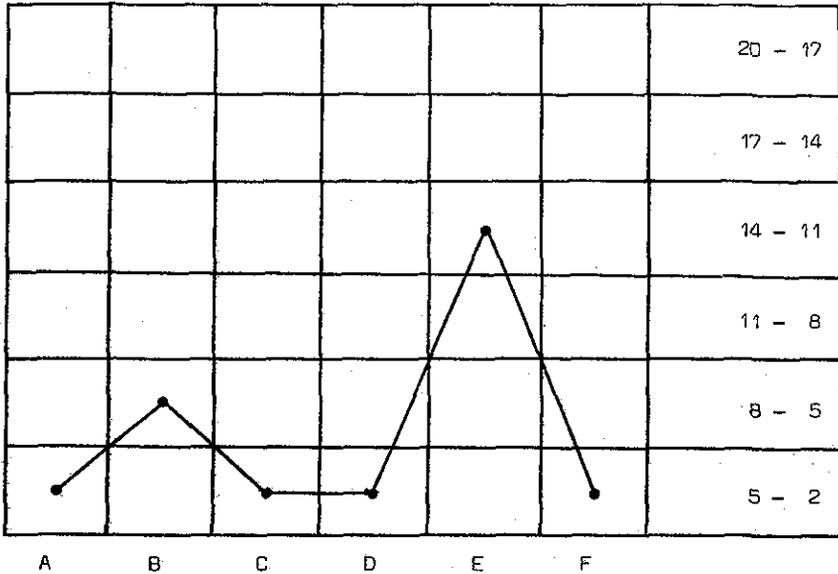
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Gráfica h

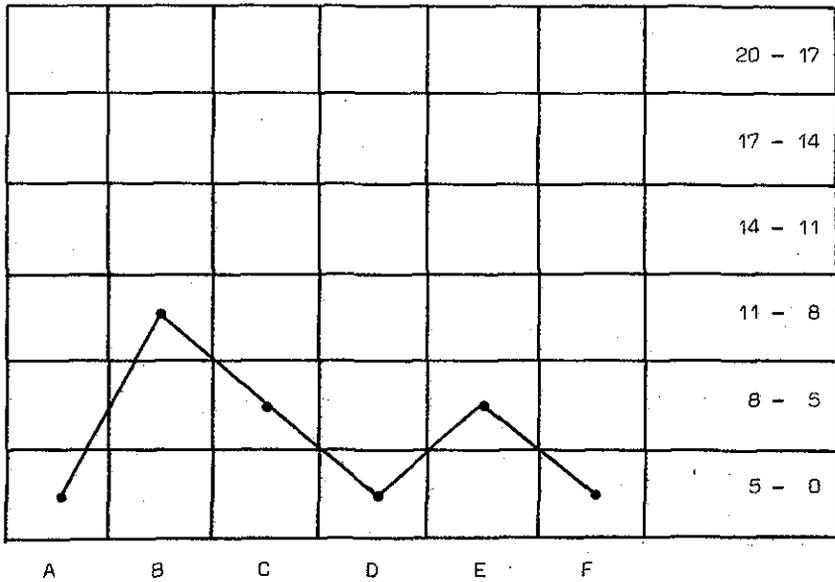
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

VIÑETA VIII



Gráfica i

VIÑETA IX

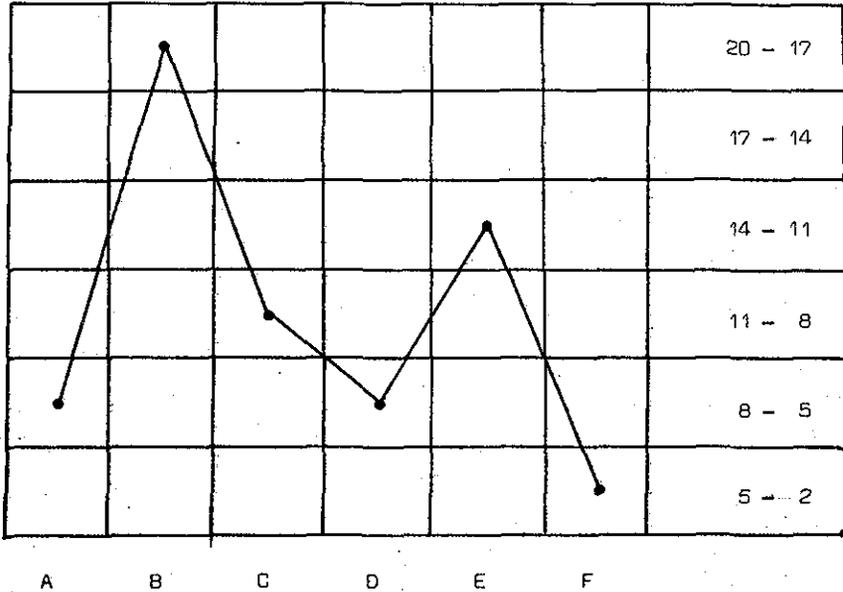


Gráfica j

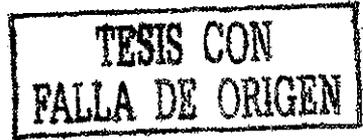
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

VIÑETA X



Gráfica k



C) REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Aizenberg Sergio  
El hábito de fumar  
Edición CIMP Bs. As. 1970
- 2) Aizenberg Sergio  
(J. Marotta y Rubén Piedimonte)  
¿Qué es transferir? Edición  
CIMP Bs. As. 1970
- 3) Aizenberg Sergio  
Algunos aspectos de los aportes de  
Freud a la comprensión de la enfer-  
medad orgánica-Cuaderno de trabajo  
Encuentro Argentino Brasileño-Edi-  
ción CIMP Kargieman 1976
- 4) Alexander Franz  
Factores emocionales en la hiper -  
tensión esencial -Presentación de  
una hipótesis seductora- Revista -  
de Psicoanálisis. Vol. I Núm. 1 -  
1939 Chicago. 1979
- 5) Alexander Franz y  
Szasz Thomas  
El enfoque psicossomático en medi-  
cina- Cap. XI- Psiquiatría dinámi-  
ca. Edit. Paidós. 1979
- 6) Baranger Madeleine  
El significado de la obra de Me -  
lanie Klein en el pensamiento psi-  
coanalítico. Revista Uruguaya de -  
Psicoanálisis - Tomo III  
Montevideo, Dic. 1960
- 7) Balint.  
"El médico, el paciente y la en -  
fermedad". Edit.
- 8) Berelson B.  
Content Analysis Ing. Lindsey  
Edit. Handbook of Social Psychology  
Reading Mass. Addison Wesley, 1954.
- 9) Blegar José  
Simbiosis y Ambigüedad- Edit. Paidós  
Bs. As. 1978

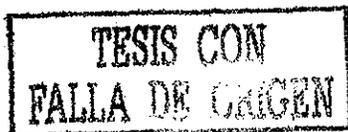
- 10) Cesio Fideas El Letargo. Una reacción a la pérdida del objeto. El hombre que padece - Edición CIMP Kargieman, Bs. As. 1970
- 11) Cesio Fideas Procreación y letargo- Libro El hombre que padece - Ed. CIMP K. Bs. As. 1970
- 12) Capisano H.F. Algunas contribuciones psicoanalíticas a medicina psicosomática. Cuaderno de trabajos. Encuentro Argentino Brasileño-Edición CIMP Kargieman. 1970
- 13) Canteros N. Una aproximación al significado del asma y al carácter asmático. Cuaderno de trabajos. Encuentro Argentino Brasileño Bs. As. 1975
- 14) Cesio Fideas El Psicoanálisis y la medicina psicosomática - Edición CIMP - Bs. As. 1970
- 15) Chab Tarab Las relaciones objetales tempranas y su relación con las enfermedades corporales - Encuentro Argentino Brasileño Bs. As. 1975
- 16) Chiozza Luis Los trastornos hepáticos como - una función de la interioridad - Edición CIMP Bs. As. 1970
- 17) Chiozza Luis Enfermedad hepática y creación - en el mito de Prometeo - Edición CIMP Bs. As. 1970
- 18) Chiozza Luis A. Cuerpo, afecto y lenguaje- Psicoanálisis y enfermedad somática. Edit. Paidós - Bs. As. 1970

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- 155 -

- 19) Frigoli Diego (Gianlorenzo Masasaki, Raffaelo Morelli) Verso la connessione di un sé psicosomatico -Edizioni - Librerio Cortina-Milano 1980
- 20) Freud Sigmund Esquema del Psicoanálisis Obras Completas Vol. II
- 21) Freud Sigmund Inhibición Síntoma y angustia Obras Completas Vol. II
- 22) Freud Sigmund El Yo y el Ello - Obras Completas Vol. II
- 23) Freud Sigmund Psicoanálisis y Medicina Obras Completas Vol. II
- 24) Freud Sigmund La Histeria Obras Completas Vol. I
- 25) Freud Sigmund Primeras aportaciones a la teoría de las neurosis - Obras Completas Vol. I
- 26) Freud Sigmund Proyecto de una psicología para neurólogos - Obras Completas Tomo III
- 27) Ferenczi Sandor Psychoanalytical observations on tic Cap. XII  
The theory and technique of Psychoanalysis - Edit. The Hogarth Press LTD 1950
- 28) Fenichel Otto Conversiones pregenitales Cap. XV  
Teoría Psicoanalítica de la neurosis Edit. Paidós 1966
- 29) Granel Julio Reacciones contratransferenciales en el tratamiento psicoanalítico Edición CIMP Bs. As. 1970

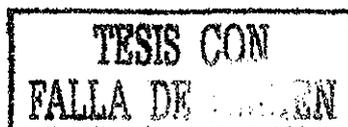




- 40) Kreisler, M. Fain y M. Soulé  
El niño y su cuerpo- Estudios sobre la clínica psicósomática de la infancia.  
Amarro Editor. 1977
- 41) Kaplan Harold  
Freedman Sadock  
Compendio de psiquiatría.  
Salvat Editores - Barcelona España. 1975
- 42) Langer Marie  
La interpretación basada en la vivencia contratransferencial de conexión o desconexión con el analizado.  
Revista de Psicoanálisis Bs.As. Tomo XIV. 1969
- 43) Laplanche y Pontalis  
Diccionario de Psicoanálisis  
Edit. Labor, S.A.
- 44) Nodice- Moyer  
Management of specific psychosomatic conditions in ambulatory patients  
Part XVII  
Psychosomatic medicine, Edit. Blau and Febriger- Philadelphia
- 45) Perestrello Danilo  
Medicina Psicósomática  
Librería Universitaria Editorial  
Bs. As. 1963
- 46) Prado H. Héctor  
Factores psicogenéticos en los padecimientos dermatológicos  
Dermatología Clínica Cap. XXXVII 1970
- 47) Pichón Rivière L.  
La psiquiatría, una nueva problemática del Psicoanálisis a la psicología social- Ed. Nueva visión Bs.A. 1977
- 48) Prado H. Héctor  
La imagen corporal en la regresión terapéutica. Art. 1976

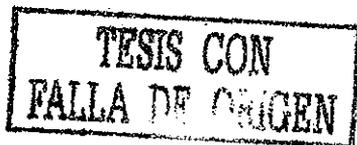


- 49) Radosh S. Silvia  
Investigación de factores psicossomáticos en cáncer  
Estudio preliminar en carcinoma cérvico uterino. Tesis Doctoral UNAM 1969-Facultad de Psicología
- 50) Schenquerman Carlos  
Retorno al cuerpo e Interpretación simbolizante.  
Revista trabajo del psicoanálisis Vol. I -Núm. I 1981
- 51) Solís G. Hernán  
El duelo corporal en los narcisos  
Trabajo presentado en el XX Congreso Nac. de Psicoanálisis APM México, D.F. Dic. de 1980
- 52) Saúl León J.  
Bases de la conducta humana  
Edit. Libros básicos Bs.As. 1958
- 53) Scott W. Cliford  
Algunas implicaciones del esquema corporal- Revista Uruguaya de Psicoanálisis tomo III  
Montevideo, Dic. 1960
- 54) Schilder Paul  
Imagen y apariencia del cuerpo humano Edit. Paidós Bs.As. 1958
- 55) Sami- Ali  
Cuerpo real, cuerpo imaginario  
Edit. Paidós. 1979
- 56) Taragano Fernando  
Psicodinamismo del esquema corporal- Acta Neuropsiquiátrica Argentina 1959 - 5, 9.
- 57) Vives Juan  
Cuerpo e imagen corporal. Trabajo presentado en el Congreso Psicoanalítico de la A.P.M.



D) Anexos:

- 58) Devereux George De la ansiedad al método de las ciencias del comportamiento. Edit. Siglo XXI Pag. 19- 1977
- 59) Greenson Ralph "Técnica y práctica del Psicoanálisis" - Cap. III - Edit. Siglo XXI. 1976
- 60) Enciclopedia Británica - Micropedia - Vol. II - 15th Edition
- 61) Barsky Arthur S.N.D. (and Gerald L.Klerman N.D.) Article: "Overview: hipocondriasis bodily complaints and somatic styles". American Journal of Psychiatry. Vol. 140. 1-3 Jan-Mar. 1983
- 62) Dimsdale Joel E.(and Thomas P. Hackett). "Effect of denial on cardiac health and psychological Assessment " American Journal of Psychiatry Vol. 139-10-12 Oct. Dec. 1982
- 63) Friedman Richard C. (Hunt S.W. Clarkine J.Cool R.and Arnoff M.S.) "Sexual histories and premenstrual affective syndrome on psychiatric impatients". American Journal of Psychiatry. Vol. 140-3 March 1983
- 64) Fugates Woods Nancy (and Kramer Gretchen, Most (Ada) "Recollections of menarche current menstrual attitudes and perimenstrual symptoms". Psychosomatic Medicine - Journal of the American Psychosomatic society. Vol. XLIV No. 3 July 1982
- 65) Lynch James J. (Long Jack - M. Thomas Sue Ann. Lemmeth L. Malencow and Aaron Hononi Katcher) "The effects of talking on the blood pressure of hipertensive and normotensive individuals" Psychosomatic Medicine. Journal of the American Psychosomatic Society. Vol. 43. 1-3 Feb-Jun 1981



- 66) Millenariate A.  
(and Stracker Michael) "The relations of personality characteristics to body image disturbancy in juvenil anorexia nervosa analysys" Psychosomatic Medicine Journal of the American Psychosomatic Society Vol. 43 Ag. -Dec. 1981
- 67) Rof Carballo J. Patología Psicossomática. Edit. Paz Montalvo. Madrid 1949
- 68) Ogden. H. Thomas "The concept of internal object relations" The International Journal of Psychoanalysis. Vol. 64-Part 2 pp 127-248 1983
- 69) Pontalis J. "Frontiers in Psychoanalysis between the dream and psychopain" The International Journal of Psicho Analysis Part. Vol. 64 pp. 1-126 1983
- 70) Schafer Roy "The relevance of "here' and now" transference interpretation for the reconstruction of early psychic development". International Journal of Psychoanalysis. Vol. 63 1-4 part. I- 1982
- 71) Furer S.F. "Comprensión psicoanalítica del - enfermo cardíaco" Cuaderno de tra bajo. Encuentro Argentino Brasileño. 1975
- 72) Seyle Hans "La tensión en la vida" (el stress) Mc Graw Hill Book Company Inc. New York 1966