

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad a pesar del acelerado desarrollo de la ciencia y la tecnología, las que han permitido obtener mayores conocimientos de los mecanismos fisiológicos en la generación y curso de las enfermedades, existen trastornos que desde el modelo médico no han logrado mejoría. En este grupo de trastornos se incluyen las enfermedades denominadas psicosomáticas, cuya génesis y curso están influenciados por factores psicológicos. Se plantea que los trastornos psicosomáticos agrupan a un gran número de enfermedades que pueden afectar a diferentes órganos del cuerpo. En los que factores psicológicos o eventos vitales que causan algún grado de estrés, influirían severamente en el desencadenamiento y curso de la enfermedad.

La dermatitis atópica es uno de los trastornos psicosomáticos, específicamente psicodermatológico más común, sumando más del 20% de las enfermedades dermatológicas. Los estudios reportan un aumento en la prevalencia que ha sido mayor a un 23% en los países desarrollados, cuya incidencia se estima actualmente en un 12%.

En las últimas décadas existe cada vez más evidencia del rol que juegan los factores psicológicos en la patogénesis de ésta enfermedad. En este sentido incluso la Sociedad Dermatológica Alemana para Dermatología Psicosomática señala que la dermatitis atópica se puede desencadenar debido a la influencia de eventos estresantes y problemas psicosociales.

La elección de la dermatitis atópica, dentro de las enfermedades psicosomáticas como objeto de estudio de esta memoria, se basa en la relevancia y significado que tiene la piel en el desarrollo evolutivo de los individuos, tanto desde la perspectiva somática como psíquica. La piel es el órgano más grande, el que le da forma al cuerpo, constituyendo el límite entre el sujeto y el medio que lo rodea. Ésta posee un valor central como órgano de

comunicación, en la manera en que el sujeto se relaciona con el entorno y en la percepción del mundo que lo rodea.

En la estructuración del aparato psíquico existe una integración cuerpo-mente, tal como lo expresa Freud (1923), el yo deriva de sensaciones corporales, principalmente de las que parten de la superficie del cuerpo. A partir de este planteamiento Anzieu (1998) destaca la trascendencia de la piel en el desarrollo de la psique-soma: ésta proveería al aparato psíquico las representaciones constitutivas del Yo y de las principales funciones, es así como plantea que existiría una relación entre las funciones de la piel y las del Yo.

La relevancia de investigar desde la psicología la dermatitis atópica, radica, en la evidencia que muestran los datos del aumento de la prevalencia e incidencia de este trastorno psicodermatológico. Por otra parte, hay evidencia de que un gran número de pacientes tratados con tratamientos dermatológicos convencionales no han tenido éxito. Finalmente, hay datos que prueban el gran impacto negativo que tiene esta enfermedad a nivel físico, psicológico y social en el paciente enfermo, como también en el caso de los niños y adolescentes, en sus familias. Es por esto, entre otras razones, el interés de buscar antecedentes teóricos, confiables ante el cuerpo médico, que avalen la necesidad de plantearse el manejo terapéutico desde un enfoque biopsicosocial en el cual la participación de los profesionales de la salud sea interdisciplinaria.

Por todo lo anteriormente expuesto ha nacido el interés de la autora de esta memoria de sistematizar la información existente en la actualidad sobre el tema, tanto desde el enfoque médico como psicológico.

Esta memoria es una investigación de orientación teórica que se desarrolló a través de una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos en medios electrónicos y bibliotecas tanto en el ámbito psicológico como médico, en cuyo caso el aspecto aplicado comprende la presentación y el análisis de resultados hechos por otros investigadores. El criterio en la recopilación de la información

corresponde al período entre el año 1994 al año 2004. El segundo criterio que se utilizó en la selección de las investigaciones y artículos fue el que se incluyeran temas relacionados a los aspectos psicológicos y tratamiento integral médico-psicológico o psicológico en la dermatitis atópica.

El objetivo de esta memoria fue sistematizar la información contenida en las investigaciones revisadas de la dermatitis atópica, con el fin de determinar si sus resultados apuntan a una mejoría más efectiva a largo plazo, a partir de tratamientos integrales médico y psicológico. Para esto se plantearon los siguientes objetivos.

- Detectar estudios en la literatura existente referente al enfoque integral de tratamiento médico y psicológico de la dermatitis atópica, con el fin de señalar el estado actual de las investigaciones en dicho tema.
- Constatar si en las publicaciones referentes a la dermatitis atópica se considera el diagnóstico psicólogo además del médico.
- Sistematizar, a partir de publicaciones nacionales e internacionales, los resultados alcanzados en diferentes investigaciones, en el manejo de la dermatitis atópica a través de terapias que integren tratamientos médico y psicológico.
- Aportar información al enfoque médico respecto a la relevancia que tiene en la mejoría a largo plazo de la dermatitis atópica, el diagnóstico y tratamiento integral médico y psicológico.
- Resaltar la importancia en la mejoría a largo plazo de la dermatitis atópica, de un enfoque interdisciplinario en el tratamiento de esta enfermedad.
- Contribuir a destacar la necesidad que el tratamiento de los aspectos psicológicos de la dermatitis atópica, sea realizado por un profesional del área psicológica.
- Entregar aportes teóricos para el desarrollo de futuras investigaciones en nuestro país, en torno a terapias integradas en la dermatitis atópica.

En esta memoria se presentará el concepto de salud-enfermedad y los aspectos históricos tanto de la medicina en general como de la medicina psicosomática. Luego se entregará la definición de los trastornos

psicosomáticos y las clasificaciones diagnósticas. Posteriormente se proporcionarán conceptos de los trastornos psicodermatológicos, en general, para después exponer el tema del estrés y su relación con los trastornos psicosomáticos. En el capítulo IV se expondrá la definición del concepto psicosomático, desde el enfoque psicoanalítico, para lo cual se desarrollará el proceso de representación simbólica y las características de los vínculos tempranos del paciente psicosomático. Subsiguientemente, en el capítulo V, se definirá y caracterizará la dermatitis atópica y los diferentes tipos de manejo terapéutico dermatológico y psicológico. Dentro de los tratamientos psicológicos se expondrá la terapia psicológica de orientación dinámica. Luego, en el capítulo VI, se expondrá una tabla de las investigaciones y artículos revisados como también el análisis temático de las investigaciones y artículos incluidas en dicha tabla, para posteriormente realizar un análisis y síntesis de los datos obtenidos. Finalmente, se plantearán aquellas conclusiones que la autora consideró mas relevantes, y que surgieron del análisis de la información obtenida en la revisión de las publicaciones, con el fin de aportar Información que avale la necesidad en el manejo terapéutico de la dermatitis atópica, y de un enfoque biopsicosocial que conduzca a un tratamiento interdisciplinario, médico y psicológico.

I. CONCEPTO SALUD-ENFERMEDAD

1. ASPECTOS HISTÓRICOS: DUALISMO PSIQUE-SOMA

Las distintas etapas de la historia de la medicina permiten hacer un recorrido de la evolución de la interacción psique-soma hasta llegar a la visión actual del concepto psicósomático.

La noción relativa a lo “psicósomático” ha tenido un largo proceso de desarrollo derivado de las distintas fases por las que ha pasado la medicina en el transcurso de los siglos. Este término ha estado presente desde épocas muy remotas en la humanidad, a partir de la búsqueda del ser humano por la etiología de las enfermedades. En la evolución del concepto de salud-enfermedad se han posicionado dos posturas dicotómicas: una centrada en la dicotomía soma o psiquis, y la otra una visión holística del individuo¹.

En las sociedades primitivas se pensaba que la enfermedad era causada por seres espirituales malignos y ajenos que invadían y dañaban el cuerpo. La manera de curar la enfermedad era expulsándolos, ya fuese con la ayuda de un chamán que exorcizaba al demonio portador de la enfermedad, un médico que frotaba al paciente con ungüentos, o posteriormente, en la medida que dispuso de instrumentos punzantes, con la ayuda de un curandero que practicaba la trepanación. Hoy podemos entender que si se lograba la curación, esto se debía a la relación médico-paciente y al poder de sugestión que otorgaba al enfermo la voluntad de curación (Kaplan, Sadock y Cancro, 1989).

Durante la civilización asirio-babilónica (2500-500 a. de C.) predomina la visión religiosa y mágica con relación a la causa y cura de la enfermedad. La

En el diccionario de la Lengua Española, (2001) **holístico** viene de la palabra *holísno*. (De *holo-* e *ismo*). m. *Fil.* Doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen.

enfermedad era entendida como un castigo enviado por los dioses debido a las trasgresiones del paciente a las normas morales o espirituales, en este sentido, la enfermedad era algo provocado por el paciente. La cura estaba a cargo de médicos naturalistas que eran sacerdotes por castas. Aún cuando prima la visión mágica en la comprensión de la enfermedad y la sugestión como principal elemento terapéutico, a medida que fueron adquiriendo conocimientos, se utilizaron drogas e intervenciones quirúrgicas en el tratamiento del paciente enfermo (Kaplan, Sadock y Freedmann, 1982).

La civilización griega creía que las deidades eran tanto las causantes de las enfermedades como quienes las curaban. Para ellos la mente y el cuerpo constituían una unidad de interrelaciones. Como una forma de buscar la cura del enfermo, éste era llevado a algún templo donde permanecía aislado durante días. En este lugar se utilizaban diferentes métodos de sanación dirigidos al soma, al espíritu y a la mente: celebración de rituales, intervención quirúrgica realizada por un médico-sacerdote en representación de los dioses, e introspección del paciente para conectarse con sus emociones y mundo interior (Kaplan, Sadock y Cancro, 1989).

Más tarde, Hipócrates plantea que no son los espíritus quienes causan las enfermedades, sino que éstas se originan en el interior del organismo debido a un desequilibrio de los líquidos corporales. Este desequilibrio podía estar relacionado e incluso causado por un desequilibrio similar en el entorno del paciente, así como por trastornos emocionales de la persona, en este sentido, las emociones producían efectos fisiológicos en el organismo. Los griegos individualizaron las funciones de la mente en subdivisiones tales como fuerza vital, razón, conciencia y emociones. Hipócrates planteó que en el cerebro se localiza el centro de los sentidos y la razón, y que habría una fuerza vital denominada "pneuma" que constituía el principio básico, la cual controla el cerebro, siendo ésta la fuente original de la inteligencia y los sentimientos. Es interesante resaltar que Hipócrates pone énfasis en la manera como se enfrentaba al paciente, ya que según él ésta influía en la evolución de la enfermedad (Kaplan, Sadock y Cancro, 1989).

Paralelamente, Sócrates resalta la relación entre el cuerpo y el alma en la curación de las enfermedades, estableciendo que *“así como no se pueden curar los ojos sin la cabeza, ni la cabeza sin el cuerpo, no se puede curar el cuerpo sin actuar sobre el alma”* (Kaplan, Sadock y Freedmann ,1982).

En la época medieval se produce un retroceso respecto de los conocimientos greco-latino puesto que la creencia en la sanación mágica recobra importancia, decayendo la relevancia del médico. A pesar de que muchos de los conocimientos habían sido transmitidos a la iglesia católica, institución con gran poder tanto espiritual como político, el peso de los dogmas fue cediendo a antiguas creencias sobre poderes espirituales, pecado, brujas y demonios, quienes serían considerados como los causantes de las enfermedades, volviendo así a las antiguas prácticas espirituales. Se creía que el mal estaba dentro y fuera del cuerpo del enfermo, quien debía recurrir al sacerdote, orar a los santos, arrepentirse de sus pecados, orientar su vida dentro de los preceptos de la fe y expulsar finalmente al demonio a cambio de la salud (Kaplan, Sadock y Cancro, 1989).

Durante el Renacimiento, luego de diez siglos de dominación religiosa, se produce un vuelco hacia el estudio del mundo material, en áreas como la matemática, la física y la química, traspasando estos conocimientos al ámbito de la medicina. Los estudios e investigaciones sobre el ser humano se centraron en el soma, relegando a la psiquis del ámbito científico. La mente era parte del estudio de la filosofía y el alma de la teología, quedando las emociones en un terreno de nadie. En este sentido se rechaza el hecho de que la psique pudiera tener alguna influencia sobre el soma, especialmente en lo que se refiere a la etiología de las enfermedades. Desde este punto de vista, se llegó a tratar mas bien una enfermedad que a un paciente enfermo (op.cit.).

Posteriormente en el siglo XIX se hace más evidente la dicotomía entre soma y psique. Esto se puede constatar en la relevancia que se da a las investigaciones y estudios de laboratorios sobre la fisiología del cuerpo, a través de lo cual se llegó incluso a descubrir la estructura y funcionamiento de la célula. Se plantea que la “célula sana” es la fuente de la salud y que los

cambios patológicos en ésta producen cambios estructurales, que a la larga conllevan a cambios fisiológicos en su estructura y, por tanto, en los órganos constituidos por ellas. Esta postura deja totalmente de lado la posibilidad de que los aspectos psicológicos influyan en la causa de las enfermedades (op.cit.).

En este contexto surge el modelo biomédico, que plantea que todas las enfermedades son afecciones del cuerpo, que se explicarían por perturbaciones o trastornos de los procesos fisiológicos. Éstas pueden ser producidas por desbalances bioquímicos o agentes externos como infecciones bacterianas o virales. Se descarta así en la etiología de enfermedades físicas cualquier relación con los procesos psicológicos y sociales. Este modelo fue ampliamente aceptado durante los siglos XIX y XX, representando una postura dominante en la medicina actual (Sarafino, 1994).

A fines del siglo XIX, a través de sus investigaciones desde el campo neurológico y luego desde su teoría psicológica, Sigmund Freud (1856-1939) rescata la importancia de las interrelaciones del soma y la psique, demostrando el peso de las emociones en la causa de los trastornos somáticos y psíquicos. De esta forma, Freud vuelve a dignificar el estudio de las emociones, abriendo así la posibilidad de desplegar un nuevo campo dentro de la psiquiatría (Kaplan, Sadock y Cancro, 1989).

A partir de los hallazgos de Freud, en la década de los años treinta, surge la necesidad en algunos investigadores de comprender la relación entre la vida emocional y los procesos físicos. Como resultado de estas investigaciones se crea un nuevo campo dentro de la medicina: la medicina psicosomática. En sus inicios, las investigaciones en medicina psicosomática, tenían un enfoque psicoanalítico para la interpretación de algunas enfermedades específicas tales como la ulcera, hipertensión, asma, migrañas y artritis reumatoide (Sarafino, 1994).

A principios de la década de los años setenta surge un nuevo enfoque que investiga el rol de lo psicológico en las enfermedades. Este nuevo campo de

estudio se denominó medicina conductual. Se caracterizó por la interdisciplinariedad y tomó conocimientos de la psicología, la sociología y diferentes disciplinas de la medicina. La medicina conductual se desarrolló a partir de los principios conductistas imperantes en esa época. La psicofisiología estableció que las emociones influenciaban algunas funciones corporales y que las personas pueden aprender a monitorear los procesos fisiológicos y controlarlos voluntariamente. Estos hallazgos tuvieron gran relevancia ya que pusieron en evidencia que la relación entre soma y psique era más directa y profunda de lo que se pensaba. A partir de este hecho, se desarrolla una nueva técnica terapéutica denominada *biofeedback*, la cual indica que los procesos fisiológicos de un individuo pueden ser monitoreados por el mismo, y así la persona puede lograr un control voluntario sobre ellos (Sarafino, 1994).

Más tarde, a fines de la década de los setenta, como respuesta a la visión del modelo biomédico, surge un nuevo campo de estudio dentro de la psicología: la psicología de la salud. Esta aplica conocimientos de diversas áreas de la psicología (educacional, clínica, experimental y social) tanto para la promoción y mantención de la salud, como para la prevención, y el tratamiento de la enfermedad (op.cit.).

A pesar que, la medicina psicosomática, la medicina conductual y la psicología de la salud, se diferencian en su quehacer, todas ellas plantean que tanto la enfermedad como la salud son el resultado de la relación entre factores biológicos, psicológicos y sociales (op.cit.).

Si bien, por una parte el modelo biomédico contribuyó al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y por otra la medicina psicosomática, la psicología de la salud y la medicina conductual aportan a la comprensión de que la salud y enfermedad son el resultado de la interacción entre varios factores, persiste la necesidad de desarrollar una perspectiva aun más amplia que incorpore otros aspectos en la visión de cómo se interrelacionan los procesos de salud-enfermedad. Es así como nace el modelo biopsicosocial, con una perspectiva holística del ser humano, el cual expone que los procesos concernientes a la salud y enfermedad se encuentran determinados por

factores biológicos (genéticos, aspectos del funcionamiento fisiológico, entre otros), psicológicos (emocionales, cognitivos, sistema de creencias, motivacionales) y sociales (contexto social, cultural, familiar) que intervienen en la vida de los seres humanos (op.cit.).

Es importante destacar que a pesar que el modelo biopsicosocial hizo un valioso aporte al área de la salud con su visión holística del ser humano, hoy en día sigue teniendo mayor peso y relevancia la visión del modelo biomédico al momento de enfrentar al paciente, de diagnosticarlo y finalmente buscar un tratamiento. Célérier, Oresve, Janiaud-Gouitaa (1999) plantean que la formación de profesionales de la salud del mundo occidental sigue siendo dicotómica, separando la mente del cuerpo. Cada especialista enfrenta al paciente enfermo de manera parcelada, aun cuando el quehacer de un médico es cuidar a un ser humano integral.

Según estos autores la formación que reciben los médicos está marcada por una orientación, donde la asociación de ciertos síntomas físicos prueban un trastorno corporal. Este procedimiento se denomina anatómico-clínico y al respecto expresan “pero el método anatómico-clínico solo será valido si se inserta dentro de un conjunto más amplio que le otorgue su dimensión humana, mientras que la manera en que es impartido en la universidad lo convierte en una verdad por si” (Célérier, Oresve y Janiaud-Gouitaa, 1999, p. 15).

El modo en que el médico se plantea frente a la persona enferma tiene gran relevancia tanto en el diagnóstico como en la adhesión del paciente al tratamiento. El médico no puede estar atento solo a la sintomatología física, sino también al contexto en que se da la enfermedad, al ámbito familiar, al medio laboral, la esfera social a la que pertenece el paciente y a la representación cultural que éste tiene de su propio cuerpo y de su enfermedad, ya que estos elementos junto con su psiquismo, influyen en la patología (Célérier, Oresve y Janiaud-Gouitaa, 1999). De tal modo, además de lograr un diagnóstico mas integral, el médico podrá ayudar a que el paciente comprenda y asuma mejor su enfermedad, y en algunos, casos hasta pueda aceptar la necesidad de incorporar en el tratamiento a otros profesionales de la salud.

III. CONCEPTO PSICOSOMÁTICO

1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO PSICOSOMÁTICO

La idea de este capítulo es mostrar como se ha desarrollado la noción de lo psicosomático y como se ha manifestado a través de los siglos para finalmente constituirse en lo que es hoy en día.

La palabra psicosomática tiene sus raíces en las palabras griegas *psyche* (ánima) y *soma* (cuerpo), cuya relación ha motivado diferentes estudios de los que han surgido variadas interpretaciones a lo largo de la historia de la humanidad. La medicina psicosomática surge en un momento en que la medicina está fundamentalmente enfocada a la búsqueda de la etiología de las enfermedades desde un enfoque biológico, dejando de lado la posibilidad de que los aspectos psicológicos pudiesen influir en la causa, curso y mejoría de algunas enfermedades.

En 1818 Christian August Heinroth, médico internista y psiquiatra que participó del movimiento *Naturwissenschaft* acuñó el término “psicosomático” utilizándolo en relación a ciertas enfermedades como el insomnio, la tuberculosis, la epilepsia y el cáncer y planteó que las pasiones sexuales influyen sobre estas enfermedades. En 1828 utiliza el término “somatopsíquica” para referirse a las enfermedades en las que el factor corporal modifica el estado psíquico (Haynal y Pasini, 1980).

Más tarde Sigmund Freud (1856-1939) plantea la importancia de la aproximación al paciente enfermo desde una visión holística. En su práctica clínica pudo observar que ciertos pacientes presentaban síntomas de enfermedades físicas donde no se observaba la presencia de un desorden orgánico. A partir de sus observaciones planteó dos nuevas entidades neuróticas: la histeria de conversión y la hipocondría, donde los síntomas son

la expresión de una representación simbólica sustitutiva de conflictos emocionales inconscientes. Así estableció la importancia de la interrelación entre lo psíquico y lo corporal, exponiendo el peso que tienen las emociones en las enfermedades. Además de su contribución a la visión holística del ser humano, se preocupó de la relación médico-paciente a partir de los conceptos de la transferencia y contratransferencia. A través de sus hallazgos, Freud contribuyó al establecimiento de las bases de la medicina psicosomática (Kaplan, Sadock y Cancro, 1989).

Durante la década de los treinta surge la necesidad de comprender enfermedades tales como la conversión histérica. Esto llevó a algunos médicos a investigar la interrelación entre la vida emocional y los procesos físicos, a partir de lo cual nace el movimiento psicosomático (Sarafino, 1994) que fomenta la interdisciplinariedad; es decir, el intercambio de conocimientos entre psicólogos y médicos para el diagnóstico, tratamiento e investigación.

Dentro del psicoanálisis surgen algunas corrientes interpretativas para comprender los fenómenos de la somatización. Una de ellas es la escuela de Chicago, donde se destacan autores como Franz Alexander y Flanders Dumbbar, que en 1939, junto a otros médicos investigadores en el campo de la medicina psicosomática fundan la revista "Psychosomatic Medicine." Cuatro años más tarde, se organizan en una sociedad que hoy en día se conoce como *American Psychosomatic Society* (Sarafino, 1994). Con la contribución de la escuela de Chicago, la medicina psicosomática alcanzó una notable difusión, logrando un grado de autonomía respecto de la teoría psicosomática que la sustentaba (Luzoro, 1999).

Franz Alexander, discípulo de Freud, tuvo gran influencia en el estudio sistemático de los fenómenos psicosomáticos. Entre sus aportes a la psicosomática, tenemos la distinción entre la histeria de conversión y la neurosis vegetativa, además de la teoría de la especificidad del conflicto que desarrolló junto a su equipo (Hernández, en Anguera de Sojo, 1998).

Desde su perspectiva, toda neurosis consiste en el reemplazo de la acción, dirigida a la modificación del medio externo (aloplastía) por procesos autoplásticos. Desde este punto de vista, Alexander hace una distinción entre síntomas de conversión y neurosis vegetativa. Señala que “un síntoma de conversión es una expresión simbólica de un contenido emocional con carga psicológica: es un esfuerzo por descargar una tensión emocional. Se desarrolla en el sistema voluntario neuro muscular o sistema perceptivo sensorial...una neurosis vegetativa no es un intento por expresar una emoción sino que es la respuesta psicológica de los órganos vegetativos a estados emocionales constantes o periódicamente recurrentes” (Alexander, 1950, p.42).

La teoría de la especificidad plantea que ciertos conflictos psicológicos específicos acompañan a estados fisiológicos específicos. Según Alexander existirían factores constitucionales predisponentes que actúan en conjunto con factores psíquicos implicados. Alexander fue criticado por su teoría de la especificidad, a lo cual planteó el carácter psicodinámico de estos esquemas y la necesidad de una explicación multifactorial en los pacientes afectados de procesos psicodinámicos “...influencias psicológicas significativas tales como la ansiedad, represión de impulsos eróticos u hostiles, frustración, sentimiento de inferioridad o culpa están presentes en todos estos desórdenes. No se trata de la presencia específica de uno o más de estos factores psicológicos sino que de la presencia de la configuración dinámica en que ellos aparecen,” (Alexander, 1950, p.69) “... el contenido psicológico junto con la configuración dinámica de estas fuerzas motivantes determina las funciones psicológicas que serán activadas o inhibidas” (Alexander, 1950, p.70).

Dentro de su teoría de la especificidad, Alexander elaboró los llamados esquemas dinámicos específicos para explicar la psicopatogénesis de algunas enfermedades psicosomáticas. Se plantea que “estos esquemas postulan la existencia de un conflicto, que tiene un origen en las relaciones de la primera infancia, y de una organización de la personalidad encaminada fundamentalmente a evitar la ansiedad que se deriva de la reproducción del conflicto básico en las circunstancias actuales de la vida.” (Hernández, en Anguera de Sojo, 1998 p.8).

Influenciado por el modelo de causalidad psicógena Flanders Dumbar (1943), al igual que numerosos psicólogos y psiquiatras de orientación psicodinámica, intentó relacionar determinados tipos de personalidad con tipos definidos de trastornos orgánicos que, expresamente, tuvieran una relación con factores psicosociales; reconociéndolos como trastornos psicósomáticos. Dumbar los denominó “perfiles psicósomáticos”, limitándose a realizar una descripción fenomenológica y a correlacionarlos estadísticamente con determinadas enfermedades, sin mayores intentos de profundizar en el contenido dinámico y emocional (Hernández en Anguera de Sojo, 1988). A través de cuestionarios (escala de autoapreciación «selfrating»), test proyectivos o métricos este enfoque intenta establecer la relación entre determinados tipos de personalidad con tipos definidos de trastornos orgánicos (Haynal y Pasini, 1980).

Desde la perspectiva fisiológica, investigadores como Cannon, Selye y Wolff iniciaron una línea de estudio de tipo clínico, experimental y epidemiológico, sobre la incidencia del estrés en la salud. Señalaron la importancia de los mediadores psicosociales con relación al sentido y magnitud de las consecuencias del estrés en la salud. También describieron las pautas de respuestas y de adaptación de los organismos frente a cualquier agresión, demanda o sobrecarga a la que se les expusiera (Anguera de Sojo y Panadés en Anguera de Sojo, 1988). Selye observó que al parecer las respuestas fisiológicas frente a estímulos nocivos eran similares y que la activación del eje hipotálamo-suprarrenal-cortical estaba implicada en tales respuestas. A partir de esto concluyó que la respuesta frente al estrés era inespecífica, pero en la medida que se desarrolló la endocrinología, se refutó el concepto sobre la respuesta inespecífica, de Selye (Panconesi y Hautmann, en Koo, 1996).

En la actualidad existe gran interés de investigar las relaciones y mecanismos entre el estrés y los sistemas endocrino e inmunológico. Los “estudios experimentales efectuados durante los últimos veinte años han observado el matrimonio de la psicología, neuroendocrinología e inmunología para formar una nueva subespecialidad denominada *psiconeuroendocrinoimmunología*.” (Koo, 1996, p. 415).

La psiconeuroinmunología ha probado la capacidad de los factores psicológicos de alterar las respuestas inmunitarias. Las investigaciones que actualmente se desarrollan en este campo, permitirán entender aun mejor las interrelaciones psicológicas-inmunológicas (Kaplan, Sadock y Cancro, 1989).

Durante la década de los setenta Engel puso énfasis en la fuerte evidencia de las implicancias de “las emociones, los conflictos, tensiones y actitudes, tanto en las personas como en segmentos sociales, y que podían influir no solo en la conducta de las personas enfermas, sino también en la predisposición, inicio y curso de muchos trastornos. Estos rasgos complejos exigían, en palabras de Engel, un modelo biopsicosocial” (Kaplan, Sadock y Cancro, 1989 p.1105).

Así en la evolución del concepto de medicina psicosomática finalmente se integraron los factores orgánicos, sociales y psicológicos que permiten la comprensión de la enfermedad mas allá de la contraposición simplista entre organogénesis y psicogénesis (Hernández en Anguera de Sojo, 1988).

Actualmente la orientación que ha tomado la investigación de las enfermedades psicosomáticas es de un enfoque multifactorial, “los factores externos (ecológicos, culturales, ambientales), internos (emocionales, genéticos, somáticos y constitucionales), así como la historia pasada y presente y todos ellos deben ser estudiados por múltiples investigadores, trabajando cada uno de ellos en el marco referencial en que ha sido formado.” (Ginker en Kaplan, Sadock y Cancro, 1989, p.1104). De esta forma se pueden integrar los avances y perspectivas de las diferentes disciplinas relacionadas con la salud, logrando la mejoría del paciente, a partir de un diagnóstico y tratamiento integral.

Al enfrentar un paciente con un trastorno psicosomático es necesario no sólo realizar un adecuado diagnóstico diferencial sino también poder comprender las manifestaciones emocionales del paciente para así escoger el nivel de la intervención terapéutica apropiado. Al respecto, Condemarin agrega que ...“será necesario entonces tener siempre presente *la variedad de los sistemas implicados*, evitando todo tipo de reduccionismo. En esta tarea, no exenta de

complejidades, el trabajo conjunto de médicos y psicólogos puede ser fructífero y de mutuo enriquecimiento profesional” (Condemarin, 1997, p.101).

2. DEFINICIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

De acuerdo a la definición que hacen Kaplan y Sadock (Kaplan y Sadock, 1996 citado en Panconesi, 2000) de los trastornos psicosomáticos, estos se refieren a enfermedades físicas causadas o agravadas por factores psicológicos. A pesar de que la gran mayoría de las enfermedades están influenciadas por estrés, ansiedad generalizada o conflictos psíquicos y relacionales, el peso de estos factores es mayor en el caso de las enfermedades psicosomáticas.

3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

Dado que la dermatitis atópica es considerada un trastorno psicossomático se examinarán los criterios diagnósticos para esta categoría.

Las principales clasificaciones diagnósticas que se expondrán en relación con los trastornos psicossomáticos son el DSM-IV (1995) y el CIE-10 (1993), ya que estas son las que con mayor frecuencia se utilizan en el área de la salud. Además se presentará la clasificación del Tratado de psiquiatría de Kaplan, Sadock y Freedman (1982), por ser ampliamente utilizado en nuestro medio.

3.1 MANUAL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-IV)

En 1952 se incluyó el concepto psicossomático en el DSM-I, y se cambió este término en el DSM-II por el de "Trastornos psicofisiológicos vegetativos y viscerales". En la tercera versión del DSM se sustituyó por "Factores psicológicos que afectan a las condiciones físicas". En la actualidad, en el DSM-IV de 1995, los trastornos psicossomáticos se encuentran en el acápite "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica", y se denominan "Factores psicológicos que afectan las condiciones físicas", los cuales se describen a continuación.

3.1.1 Factores psicológicos que afectan al estado físico

La característica esencial de estos trastornos es la presencia de uno o más factores psicológicos o comportamentales específicos que afectan de un modo adverso el estado médico general del individuo.

Los criterios diagnósticos, de los “Factores psicológicos que afectan el estado físico” son:

1. Presencia de una enfermedad médica (codificada en el Eje III)
2. Los factores psicológicos afectan negativamente a la enfermedad ya sea:
 - a. influyendo durante el curso de la enfermedad, lo que se puede inferir a partir de la relación temporal entre los factores psicológicos y la presencia, la exacerbación o el retraso de la recuperación de la enfermedad médica
 - b. interfiriendo en el tratamiento
 - c. precipitando o exacerbando los síntomas de la enfermedad por las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés
 - d. constituyendo un riesgo adicional para la salud del individuo

Si bien en casi todas las enfermedades médicas, los factores psicológicos o comportamentales representan un papel potencial durante la presentación o tratamiento de ellas, esta categoría se refiere a aquellas situaciones en que estos factores tienen un efecto clínicamente significativo para el curso o la evolución de la enfermedad o ponen al paciente en una situación riesgosa hacia una evolución adversa de la enfermedad. Existe una evidencia razonable para indicar ...“una asociación entre los factores psicológicos y el estado físico, aunque a menudo no es posible demostrar una causalidad directa o los mecanismos subyacentes de la relación” (DSM–IV, 1995, p.692). En casi todas las categorías de enfermedades mayores, estos factores pueden influir en el curso de la enfermedad incluyendo las afecciones cardiovasculares, **dermatológicas**, endocrinológicas, gastrointestinales, neoplásicas, neurológicas, pulmonares, renales y reumáticas.

Para aportar una mayor especificidad con respecto al tipo de factor psicológico, el nombre se elige de la siguiente lista:

- Trastorno mental que afecta a ...(indicar enfermedad medica):
Trastorno específico que afecta significativamente a una enfermedad médica (por ej. trastorno depresivo mayor que perjudica de modo negativo el pronóstico de un infarto del miocardio).
- Síntomas psicológicos que afectan a ...(indicar enfermedad médica):
Síntomas que afectan el curso o tratamiento de una enfermedad (por ej. síntomas de ansiedad o depresión que afectan el curso o gravedad del colon irritable).
- Rasgo de personalidad o estilos de afrontamiento que afectan a ...(indicar la enfermedad médica):
Rasgo de personalidad o estilos de afrontamiento anómalo que afectan en el curso y tratamiento de la enfermedad (por ej. comportamiento hostil e impaciente que contribuye a la enfermedad coronaria).
- Comportamientos desadaptativos que afectan a ...(indicar enfermedad médica) (por ej. practicas sexuales de riesgo sobrealimentación, abuso de alcohol, estilo de vida sedentario).
- Respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés que afectan a ... (indicar enfermedad médica) (por ej. exacerbación de una úlcera por estrés, hipertensión, cefalea tensional; todas ellas afectan el curso y tratamiento de la enfermedad).
- Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a ...(indicar enfermedad médica):
Cualquier otro factor, o factor psicológico o comportamiento inespecífico que no se encuentran incluidos en los subtipos anteriores.

En esta clasificación no se encuentra especificada la dermatitis atópica, pero de acuerdo a los criterios expuestos esta podría clasificarse dentro de la categoría de “respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés que afectan a la dermatitis atópica”.

3.2 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES CIE-10

En la décima revisión del CIE, se plantea que “El término “psicosomático” no ha sido utilizado en los títulos de las categorías, debido a que tiene distintos significados en las diferentes lenguas y escuelas psiquiátricas...Además, este término puede implicar que los factores psicológicos no juegan un papel en el desencadenamiento, curso y evolución de otras enfermedades no descritas como psicosomáticas” (CIE-10 1993, p.26). Estos trastornos se ubican en la sección F50-59 “Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos” en la categoría F54 “Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificadas en otro lugar”. Los cuales se expondrán a continuación:

3.2.1 Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar (F54)

Esta categoría se debe utilizar para diagnosticar la presencia de factores psicológicos o de la conducta que pueden estar influenciando en la etiología, la manifestación o el curso de trastornos somáticos, que pueden ser clasificados en otro capítulo del CIE-10. Este tipo de alteraciones mentales son generalmente leves y a menudo prolongados y no permiten hacer un diagnóstico mas específico (tales como preocupaciones, conflictos emocionales o aprensión). Por si mismas, estas no satisfacen las pautas de ninguna de las otras categorías descritas en el resto del tomo V del CIE-10 (Trastornos mentales y del comportamiento). Debería utilizarse un código adicional para identificar el trastorno somático, por ejemplo dermatitis y eczema (F54 + L23-25).

3.3 CLASIFICACIÓN TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS SEGÚN EL TRATADO DE PSIQUIATRÍA DE KAPLAN, SADOCK Y FREEDMAN

Kaplan, Sadock y Freedman, (1982), en su Tratado de Psiquiatría plantean la siguiente clasificación para los trastornos psicofisiológicos.

Trastornos gastrointestinales	Úlcera péptica, colitis ulcerosa, enteritis regional, colitis granulomatosa, enfermedad de crohn, síndrome seliaco espurio y síndromes irritativos intestinales.
Trastornos cardiovasculares	Hipertensión esencial, enfermedad coronaria, contractilidad del miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, arritmias cardiacas, angina de pecho y síndromes orgánico cerebrales.
Trastornos respiratorios	Síndrome de hiperventilación, asma bronquial y disnea.
Trastornos endocrinos	Enfermedad de Addison, hipopituitarismo, secreción hipoandrogénica en los varones, trastornos asociados con la función endocrina femenina, hipoparatiroidismo, hiperparatiroidismo hipoglucemia, diabetes mellitas y síndrome de cushing.
Trastornos cutáneos	Prurito (psicógeno inespecífico y localizado), hiperhidrosis, rosácea, urticaria, dermatitis atópica , psoriasis, alopecia areata acné vulgar, púrpura psicógena, verrugas y otros trastornos (parasitosis delirante y trastornos cutáneos autoinducidos)
Artritis reumatoidea	

Cefaleas	Psicógenas, vasculares, por tensión y otros tipos.
Dolor crónico	
Obesidad	
Anorexia mental	

4. PSICODERMATOLOGÍA

La psicodermatología es un campo de la dermatología que pretende integrar los conocimientos de la neurología y la psiquiatría al diagnóstico y manejo terapéutico de algunas enfermedades de la piel (Fischman, Perez-Cotapos, 1994).

La evolución de la psicodermatología aunque comprimida en algunos breves decenios, ha seguido un camino similar a la historia de la medicina. En sus comienzos dió explicaciones generalizadas, especulativas y un tanto anecdóticas acerca de las enfermedades cutáneas, lo que produjo un alto escepticismo en la comunidad dermatológica. Más tarde, a comienzos de 1950, se planteó la necesidad de una valoración más crítica de los datos y de una optimización de la metodología, lo que coincidió con el progreso de conocimientos en fisiopatología a partir de los cuales comenzaron a desarrollarse tratamientos biológicos. Koblenzer (en Koo, 1996) plantea que estos hechos dieron inicio a una nueva etapa denominada por Korte y Musaph, (citados en Koo, 1996), *fase metodológica de la psicodermatología*. Esta etapa permitió legitimar los aportes de la experiencia clínica y realizar investigaciones que contaran con la validez y confiabilidad necesaria para respaldar la información que se obtenía a través de las observaciones realizadas a pacientes.

Sin embargo, treinta años más tarde quedó claro que “a pesar de fármacos milagrosos, quedaba un grupo de pacientes cuya falta de respuesta a tratamiento al parecer adecuado eludía la comprensión “biológica” (Koblenzer en Koo, 1996, p. 410). La dermatología se enfrentó entonces a una encrucijada debiendo reconocer la importancia de una visión holística del paciente enfermo, que incorpore conocimientos de otras áreas de las ciencias humanas en el manejo terapéutico de estos pacientes. Este impasse coincidió con los aportes hechos por la psicología, la psiconeuroinmunología y la neuroquímica quienes

hasta hoy en día continúan arrojando nuevos conocimientos acerca de las vías dinámicas de las enfermedades psicosomáticas (Koblenzer en Koo, 1996).

Además de la incorporación e integración de nuevos conocimientos se comienza a reconocer dentro del área de la dermatología clínica el dar “importancia al conocimiento de los problemas psicosomáticos en la formación cultural de los médicos en general (en estudios médicos), y de los dermatólogos, en particular (durante la formación interna y de postgraduados)” (Panconesi, 2000, p 734).

4.1 ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LA PIEL

La piel, o tegumento externo, constituye el órgano más grande del cuerpo humano, siendo una de sus funciones mantener la forma del cuerpo. Para los mamíferos es un órgano protector, es una barrera entre el cuerpo y el medio externo. La estructura general de la piel está constituida por tres capas en forma horizontal, que de afuera hacia adentro se denominan: epidermis, dermis e hipodermis. Otras estructuras anexas de la piel son las uñas, el pelo, glándulas sudoríparas apocrinas, glándulas eccrinas y glándulas sebáceas. La piel cumple funciones fisiológicas de gran importancia, tales como ser un receptor sensorial y un regulador de la temperatura. Además tiene implicancias en reacciones inmunológicas y procesos psicológicos. Cualquier alteración en las funciones que cumple la piel produce diferentes alteraciones en alguna de estas estructuras. (Peyrí, Bordas y Vives, 1988)

Como órgano sensorio la piel tiene un papel relevante en el proceso de socialización durante todo el ciclo vital del individuo. Koblenzer (1997) expone que tanto la percepción del individuo del medio externo a través de la piel, como la auto exploración, son organizadores predominantes de la imagen corporal. Como órgano de comunicación con el medio, “la experiencia cutánea táctil temprana tiene efectos trascendentales sobre el desarrollo físico y

emocional y la posterior predisposición hacia la expresión somática del malestar emocional” (Koblenzer, 1997, p.15). En este sentido “la piel tiene una importancia capital: proporciona al aparato psíquico las representaciones constitutivas del Yo y de sus principales funciones” (Anzieu, 1998, p.107).

Se sabe que existe una interrelación entre la piel y el sistema nervioso, es decir embriológicamente tanto la epidermis como la placa neuronal se originan del ectodermo embrionario. Honeyman (1997a) explica que en esta interrelación tanto la piel como el sistema nervioso son capaces de activar respuestas en el otro, transmitiendo información desde y hacia cada uno de ellos. Desde el sistema nervioso la piel recibe estímulos provenientes de los nervios sensoriales y del sistema neurovegetativo. La secreción de neuromediadores liberada por los filetes nerviosos induce a importantes cambios estructurales en la piel. A su vez la piel puede captar y enviar señales a través de los nervios sensoriales y terminaciones del sistema neurovegetativo, corpúsculos especializados o por liberación de productos de inflamación como histamina, todos los cuales activan al sistema nervioso. Es así como el sistema nervioso y la piel comparten varias hormonas, neurotransmisores y receptores.

4.2 TRASTORNOS PSICODERMATOLÓGICOS EN GENERAL

Como una manera de diferenciar los trastornos psicósomáticos que afectan otras partes del organismo de aquellos trastornos dermatológicos en los que inciden factores emocionales, la dermatología los denomina trastornos psicocutáneos o psicodermatológicos.

Existen una serie de trastornos cutáneos que son producidos por diversos factores como: el sol, el calor o el frío, agentes químicos, medicamentos causantes de alergias cutáneas, alérgenos ambientales y alimentarios, y factores emocionales que pueden ser los causantes o agravantes de las afecciones existentes (Peyrí, Bordas y Vives, 1988).

Por décadas se ha reconocido la influencia de los factores psicológicos en la fisiología cutánea, estimándose que entre un 30% a un 75% de la población de pacientes dermatológicos, poseen factores psíquicos significativos que se asocian y contribuyen al desarrollo del trastorno cutáneo. Los componentes psicológicos pueden influir en la inducción, mantención y exacerbación de estas dermatosis (Fischman y Perez–Cotapos, 1994).

A pesar de lo que demuestra la experiencia clínica de la relación que existe entre los episodios psicosociales estresantes, emociones, ansiedades y las enfermedades somáticas en general (particularmente cutáneas), aún no se “pueden colocar todas las piezas del rompecabezas, y, por lo tanto, no podemos demostrar algunos pasos y especificar todas las fases del mecanismo patogénico, en cada caso individual, y/o en cada afección cutánea en particular” (Panconesi, 2000, p. 733).

Ya que en la génesis de los trastornos psicodermatológicos intervienen múltiples factores, en el momento de diagnosticar es importante contar con criterios diagnósticos claros que permitan no sólo aplicar un tratamiento tópico adecuado, sino además poder discriminar si se requiere paralelamente de una intervención psiquiátrica o psicológica.

Koo y Lebwohl (2001) señalan que los trastornos psicodermatológicos se pueden clasificar en:

- Trastornos psicofisiológicos: son condiciones que frecuentemente se precipitan o exacerban con estados o situaciones emocionales, tales como el estrés. En esta categoría se encuentra: **dermatitis atópica**, psoriasis, alopecia areata, acné, púrpura psicógena, rosácea, dermatitis seborreica, urticaria.
- Trastornos psiquiátricos primarios: se refiere a desórdenes de la piel dónde principalmente existe un problema psicológico en el cual la manifestación cutánea es auto-inducida. En esta categoría se encuentra: trichotilomania,

delirio parasitario, dermatitis facticia, dismorfofobia, bromhidroxifobia, exoraciones neurotóxicas.

- Trastornos psiquiátricos secundarios: son aquellos en que el estado de la piel, que se asocia a una condición desfigurativa, no implica un riesgo vital, pero se pueden desarrollar trastornos psicológicos (depresión, fobia social, disminución de la autoestima) como consecuencia de este estado. En esta categoría se encuentra: vitíligo, acné quístico, hemangiomas, ictiosis, sarcoma de kaposi, alopecia areata.

A su vez Panconesi E. (2000) clasifica los trastornos dermatológicos psicosomáticos en dos grandes grupos, los cuales en algunos puntos coincide con la clasificación señalada por Koo y Lebwoh (2001). Estos son:

- Afecciones cutáneas con una elevada incidencia de factores psico-emocionales: se refieren a enfermedades donde participan factores emocionales al comienzo y a lo largo de la toda enfermedad. Entre ellas se encuentran: hiperhidrosis, dishidrosis, prurito, urticaria liquen simples, **dermatitis atópica**, acné, rosácea, efluvio telógeno, alopecia areata, psoriasis, dermatitis seborreica, liquen plano, herpes, eccema numular, vitíligo, verrugas.
- Síndromes psiquiátricos con expresión dermatológica: se refiere a pacientes psiquiátricos cuya afección psiquiátrica se expresa en la piel. Entre ellas se encuentran: autolesiones dermatológicas, dermatitis artefacto, exoraciones neurotóxicas, tricotilomania, venereofobia, dismorfofobia, bromhidroxifobia, glosodina, alucinaciones parasitarias (síndrome de Ekbom).

A continuación, luego de haber revisado estas clasificaciones diagnósticas, se intentará explicar los mecanismos tanto físicos como psíquicos que intervienen en el inicio y desarrollo de los trastornos psicodermatológicos, específicamente de la dermatitis atópica.

5. ESTRÉS Y TRASTORNOS PSICOSOMATICOS

En algunos pacientes con trastornos psicosomáticos se ha advertido que antes y/o durante la aparición de la enfermedad, éstos se enfrentan a eventos de vida estresantes. La correlación entre ambos sucesos ha llevado a muchos investigadores a buscar los mecanismos de esta relación. Dada la influencia que tiene el estrés en el funcionamiento fisiológico del organismo se expondrá el concepto de estrés así como la correspondencia entre los mecanismos fisiológico del organismo y el estrés en los trastornos psicosomáticos.

La medicina psicosomática ha investigado en las últimas décadas la relación entre las afecciones psicosomáticas y el estrés, ya que en algunos casos existiría un vínculo entre la aparición, exacerbación y mantención de la enfermedad y eventos de la vida estresantes.

El término estrés se utiliza para “identificar la respuesta extrema a estímulos adversos, que causan una reacción fisiopatológica dañina en el huésped, y producen cambios asociativos en la conducta, la fisiología y la susceptibilidad a enfermar” (Panconesi y Hautmann en Koo, 1997 p.413).

En cuanto a la respuesta a los estímulos adversos, Kaplan y Sadock (1992) plantean que existirían cuatro tipos de reacciones frente al estrés:

- Normal: el sujeto frente a la alerta reacciona con una acción defensiva.
- Neurótica: la angustia y la alerta que presenta el sujeto es tan grande, que la defensa es ineficaz.
- Psicótica: la alarma puede ser ignorada o mal percibida por el sujeto.
- Psicosomática: la defensa psíquica fracasa y la alerta sobrecarga los sistemas somáticos, provocando cambios en el tejido corporal.

Se sugiere que existirían dos tipos de factores en la persona que pueden influir en la respuesta al estrés: los aspectos genéticos y la percepción. En cuanto a

los primeros, los cambios evolutivos sufridos han llevado a diferencias en la respuesta fisiológica adaptativa de diversas especies expuestas al estrés, así como variaciones de la respuesta dentro de una misma especie, dependiendo de la crianza selectiva, sexo, edad y acondicionamiento. La segunda hace referencia a cómo los sujetos perciben el desafío planteado por el estímulo, siendo éste el factor que tiene más importancia sobre el estrés. En este punto se incluye la relación durante la crianza, novedad o predecibilidad del estímulo y entrenamiento que frustra la respuesta de evitación y desencadena un estado de impotencia aprendida (Panconesi y Hautmann, en Koo, 1997).

Es así como el estrés depende en gran medida de la “percepción del individuo de la amenaza planteada por un estímulo, más que de su naturaleza en sí, un componente cognoscitivo o psicológico es central a todos los tipos de estrés” (Panconesi y Hautmann, en Koo, 1997, p. 414).

Sarafino (1994), expone que existen tres aproximaciones diferentes en la conceptualización del estrés:

- Una de ellas pone énfasis en el medio ambiente, describiendo al estrés como un estímulo, es decir eventos o circunstancias que son percibidas como amenazantes o dañinas, las que producen sentimientos de tensión, denominados *estresores*. Investigadores de este enfoque han estudiado el impacto de un amplio registro de estresores que incluye eventos catastróficos (terremotos, tornados), eventos importantes de vida (muerte de un ser querido, separación) y circunstancia de vida crónica (hacinamiento, hábitat ruidoso).
- Un segundo enfoque se centra en las reacciones de la persona frente a los estresores, entendiendo al estrés como una respuesta. La reacción estaría constituida por dos elementos interrelacionados: El componente psicológico que implica conducta, patrones de pensamiento y emociones, y el componente fisiológico relacionado al aumento de la *excitación corporal (bodily arousal)* (ritmo cardíaco, sequedad de la boca, transpiración). La respuesta psicológica y fisiológica al estresor se denomina *tensión*.

- El tercer enfoque describe al estrés como un proceso que incluye a estresores y tensión, agregando una importante dimensión: la relación entre la persona y el medio ambiente. Este proceso implica continuas interacciones y ajustes entre ambos afectándose mutuamente. A estos ajustes e interacciones se les denomina *transacciones*. De acuerdo a esta visión, el estrés no es sólo un estímulo o una respuesta, más bien es un proceso en el cual la persona es un agente activo que puede influir en el impacto o efecto del estresor a través de estrategias conductuales, cognitivas y emocionales.

La evaluación de los eventos como estresantes depende de factores relacionados con la persona y la situación. Dentro de los factores vinculados a la persona se incluyen características intelectuales, motivacionales y de personalidad. En cuanto a los factores relacionados con la situación se refiere a eventos que involucran grandes e inminentes demandas, etapas de transición de la vida, situaciones ambiguas, o indeseables y capacidad para controlar la situación (Sarafino, 1994).

En cuanto a la evaluación relacionada con el individuo Richard Lazarus y sus colaboradores denominaron *evaluación cognitiva* al proceso mental por el cual las personas evalúan la potencial amenaza que implican las demandas de la situación para el bienestar de la persona y la tenencia de los recursos para enfrentar las exigencias de dicha situación. En este sentido “demanda de la situación” se refiere a la cantidad de recursos que el estresor parece requerir para ser enfrentado. Cuando la situación involucra fuertes demandas, estas tienden a ser vistas por las personas como inminentemente estresantes. El nivel o cantidad de tensión que experimentan ante el mismo estresor difiere de un individuo a otro (ob. cit.).

A partir del enfoque que integra la interacción entre estresores, tensión y la relación individuo medio ambiente, el estrés se define como una condición o estado que resulta cuando las transacciones individuo/medio ambiente llevan a la persona a percibir discrepancias que pueden ser reales o no, entre las

demandas de la situación y los recursos de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales de la persona (ob. cit.).

En los estudios que se han desarrollado en cuanto al estrés se pueden distinguir tres tradiciones en las investigaciones (Picardi, A. y Abeni, D., 2001):

- Tradición ambiental. Se centra en los eventos o experiencias ambientales que comúnmente se asocian con considerables demandas adaptativas, con énfasis en el objetivo estresantes de tales eventos.
- Tradición psicológica. Se enfoca en la evaluación subjetiva que los individuos hacen de sus propias habilidades para cubrir las demandas planteadas por eventos o experiencias específicas, con énfasis en el estrés comprendido en tales eventos.
- Tradición biológica. Se enfoca en la activación de ciertos sistemas psicológicos en respuesta a situaciones demandantes tanto en lo psicológico como físico, con énfasis en los mecanismos mediante los cuales las demandas ambientales pueden ser traducidas en cambios biológicos.

Desde la tradición biológica, los últimos avances de la neuroendocrinología, inmunología y neuroquímica, han permitido progresar en la búsqueda del comportamiento fisiológico del organismo, lo cual podría explicar aún más los mecanismos fisiológicos que se producen en las enfermedades psicosomáticas con relación al estrés (Koo, 1997).

Los estudios que han investigado esta relación advirtieron algunas alteraciones en los mecanismos neurológicos, endocrinológicos e inmunológicos. En este sentido R. Rally, plantea desde la neurobiología, que debido a la estrecha relación entre la emoción y las respuestas hormonales, viscerales y musculoesqueléticas, es evidente que la emoción lleva a cambios físicos reales que pueden contribuir a los trastornos psicosomáticos (Mailer y Herrera, 2004).

Actualmente se acepta ampliamente, gracias al desarrollo de la endocrinología, la existencia de respuestas endocrinas singulares, que varían dependiendo del tipo de factor que genera el estrés (físico, químico, psicológico), de una especie animal a otra y de un individuo a otro dentro de una misma especie (Panconesi y Hautmann, en Koo, 1997).

Cuando las situaciones estresantes a las cuales está expuesto el sujeto, tanto físicas, emocionales o ambientales superan las defensas que el individuo es capaz de desarrollar, se produce la enfermedad. Durante el desarrollo, la persona va adquiriendo estilos de manejo del estrés, cuanto más adaptativos sean éstos, más se favorece la salud. (Koblenzer, 1997 en Fitzpatrick et al.)

Los hallazgos de la psiconeuroendocrinoinmunología también han sido adoptados por la psicodermatología. Estudios de psicofisiología cutánea han demostrado que los aspectos psicosomáticos de las enfermedades cutáneas tienen relación con el sistema inmunológico. El estrés emocional influiría extensamente en el sistema inmune, pudiendo manifestarse a través de enfermedades cutáneas. (Papadopoulos, L., Bor, R. y Legg, C., 1999)

En las últimas décadas se ha logrado recabar cada vez mayor evidencia en el campo de la psicodermatología que indica que los factores psicológicos como la personalidad y el estrés psicosocial juegan un importante rol en la patogénesis de la enfermedad (Buske-Kirschbaum, A., Geiben, A. y Hellhammer, D., 2001).

IV. ENFOQUE PSICOANALÍTICO DEL CONCEPTO PSICOSOMÁTICO

Desde sus inicios el psicoanálisis ha estudiado los trastornos psicosomáticos. En la actualidad autores como Liberman, McDougall y Anzieu, han realizado importantes aportes a la comprensión de éstos trastornos. Estos autores consideran que las características de los vínculos tempranos y de la constelación familiar son factores determinantes en estos cuadros. Sin embargo cada uno le da mayor énfasis a uno de estos tópicos por sobre los otros. Conjuntamente plantean como estos factores influirán en el proceso de representación simbólica en estos pacientes.

En la primera parte de este capítulo, se planteará una definición del concepto psicosomático, luego se expondrá el desarrollo del proceso de representación simbólica tanto en lo que se refiere al proceso en si mismo, como el desarrollo y caracterización de la alteración de este proceso en el paciente psicosomático. Finalmente se describirán los vínculos tempranos del paciente psicosomático y la constelación familiar en la que usualmente se encuentra inserto

1. DEFINICIÓN DEL CONCEPTO PSICOSOMÁTICO DESDE EL PSICOANÁLISIS

El psicoanálisis ha descrito la disfunción psicosomática como una respuesta sintomática a todo tipo de conflictos, donde la psique busca (como la histeria neurótica clásica), con medios primitivos e infraverbales, enviar mensajes que serán interpretados somáticamente (McDougall, 1991). Es decir los conflictos se localizan a nivel de sistema nervioso neurovegetativo, expresándose toda un

área de la personalidad a través del código visceral. (Lieberman, Grassano, Neborak, Pistiner, Roitman, 1993). De esta forma en estados psicossomáticos, un órgano o función corporal perturbados por razones orgánicas, pueden actuar como si tuvieran que responder psíquicamente a una situación conflictiva que se estima biológicamente peligrosa (McDougall, 1991).

Esta clase de manifestaciones somáticas ...“son mensajes enviados por la psique cuando ésta se ve en peligro por el resurgimiento de acontecimientos dolorosos culpabilizantes o amenazantes pero cuya representación es inmediatamente expulsada del conciente” (McDougall, 1991, p.75). Aún cuando estas reacciones tienen como función proteger inicialmente al sujeto de un daño psíquico pueden llegar a poner en peligro su vida. Estos fenómenos, aunque dotados de un sentido psicológico, corresponden a un orden presimbólico siendo una respuesta somatopsíquica que da la psique como una manera de protegerse de angustias que serían quizás psicóticas si alcanzaran la conciencia. En este sentido las experiencias ansiógenas movilizadas no han podido dar origen a una representación mental verbal, a una representación del orden de lo pensable (op. cit.).

Winnicott (en Ovalle, 1993) agrega que lo que configura la verdadera patología psicossomática es la persistencia de una escisión en la organización yoica o la presencia de disociaciones múltiples; habría una ruptura o amenaza de la unidad psicossomática en psico-somática, y por lo tanto las somatizaciones constituirían la expresión corporal de la disociación esencial.

Lieberman et al. (1993) plantean que los individuos que sufren trastornos psicossomáticos presentan un tipo de funcionamiento psíquico que se caracteriza por una sobreadaptación a la realidad que se hace efectiva en forma disociada de sus necesidades y posibilidades emocionales y corporales, priorizando el ajuste a la realidad exterior, el rendimiento, el cumplimiento de exigencias y una desconexión de los mensajes emanados del interior emocional y corporal. Para Lieberman et al. (1993) sobreadaptación y enfermedad corporal son dos aspectos de una misma patología. McDougall agrega que gran parte de estos pacientes son “totalmente inconscientes de

cualquier tipo de dolor mental, y suelen negar todo tipo de vínculo potencial entre el sufrimiento físico y el desamparo psicológico” (McDougall, 1991, p.16).

Para el logro de este ideal exigente, estos pacientes en su desarrollo evolutivo presentan un tipo de acomodación acelerada a la realidad externa y desapegada de la realidad psíquica lo que da origen a un “self ambiental sobreadaptado”. Son “personalidades con un “Self ambiental Sobreadaptado”, en desmedro de un “Self Corporal Sojuzgado Repudiado” que no ha logrado la articulación adecuada entre maduración y aprendizaje corporal” (Lieberman et al., 1993, p. 23). La adaptación excesiva a la realidad externa encubre una profunda negación de la realidad psíquica, fundamentalmente en lo relativo al registro de las experiencias de frustración (Melanie Klein en Lieberman et al., 1993).

Lieberman et al. (1993) se refieren a la sobreadaptación como a un tipo de desarrollo acelerado que produce un ajuste demasiado temprano entre registros perceptuales exteroceptivos distales y respuestas motrices y verbales. El paciente psicossomático la vivencia como una sensación de bienestar, se siente orgulloso de sus logros e eficiencia, en la que basa sentimientos latentes de autoidealización, satisfaciendo el ideal de un yo patológico cuyas exigencias de logro van más allá de sus reales posibilidades desatendiendo sus necesidades. El ideal del yo individual se refuerza en el ideal del grupo familiar y social, es así como el paciente psicossomático tiene indiferenciado el ideal del yo del ideal de su entorno familiar y social (Lieberman et al., 1993).

Desde el punto de vista psicológico y psicoanalítico la hiper eficacia que presentan estos pacientes es vista por los demás como paradigma de equilibrio y eficiencia, y se expresa en una completa desconexión entre las necesidades y las limitaciones. Para Lieberman et al., “representa la parte psicótica de la personalidad, y se asienta sobre una fantasía omnipotente de invulnerabilidad e inmortalidad, en la que no cabe la concepción de la vida como un proceso con etapas y un final ineludible” (Lieberman et al., 1993, p.30).

Es importante destacar que el repudio al self corporal no logra representación simbólica en su aparato mental lo que lleva a estos pacientes a adoptar un estilo de vida en que no hay relación entre objetivos y posibilidades emocionales, así "...el principio de realidad estaría no solo divorciado del principio del placer, sino en franco enfrentamiento" (Lieberman et al., 1993, p.23).

En la caracterización que hacen Lieberman et al. (1993) del paciente con patología psicósomática, se explicita que la concepción de la realidad exterior y del aparato psíquico que los autores toman se basa en el concepto de realidad exterior que Freud desarrolló, en el cual pone de manifiesto cómo el superyo y el ideal del yo impregnan la percepción y el juicio de la realidad cuya sede es el yo. En este sentido estos individuos vuelven a repetir la relación intrapsíquica de sometimiento pasivo a los requerimientos excesivos de un objeto interno despótico y acosador que, por una temprana idealización del objeto malo, pasa a ser un objeto admirado que protege. Es así como idealizan a aquellos que les exigen, ya que ser exigidos pasa a ser sinónimo de ser valorados, queridos y aceptados por el entorno, además de la obtención de éxito y prestigio. Es por esto, que no registran las sobreexigencias como tales, más bien, por una distorsión semántica interpretan los mensajes de los demás como expectativas que deberían satisfacer.

Freud señalaba cómo la vida en sociedad lleva a un sojuzgamiento pulsional, y en el paciente psicósomático este sojuzgamiento se expresa a través de un corte del vínculo con la interioridad corporal y emocional que impide su registro y representación, lo cual implica no solo control del cuerpo sino también su desconocimiento (Lieberman et al., 1993).

A diferencia de lo que ocurre en otras estructuras de personalidad donde el self corporal permite a la persona registrar alarmas corporales a través de señales cenestésicas, en las personalidades psicósomáticas se puede observar, una incapacidad de registrar estados corporales de tensión-relajación, placer-displacer, bienestar-malestar, descanso-cansancio, lo que permite inscribirlas dentro del grupo de las cenestopatías (op. cit.).

En esta constelación mental o funcionamiento psíquico, el síntoma somático tiene un rol de denuncia del grado de postergación a la que el cuerpo ha sido y es sometido. Es una señal de alarma que emite el cuerpo del paciente indicando el momento de fractura con la sobreadaptación a la realidad exterior la cual sería una adaptación psicótica que se organiza sobre la fantasía de la inmortalidad. En este sentido el síntoma es el producto de la estricta disociación cuerpo/mente, la que necesitaron estas personas en tempranas etapas de su desarrollo. Es un intento de recobrar la unidad psicósomática a través de la emergencia del cuerpo que se hace presente con su sufrimiento y requerimientos “es justamente la unidad psicósomática la que en estas personas está rota” (Lieberman et al., 1993, p.24). En este sentido sería el fracaso de la integración psique-soma, la cual se expresa en huecos de representación del self corporal y emocional, que reproducen la respuesta visceral no simbolizada, cristalizando en la elección de un órgano que es el que enferma (Ovalle, 1993). A causa de la categórica escisión entre el soma y la psique estos pacientes no perciben sus emociones en situaciones angustiosas, y por lo tanto las ideas relacionadas a afectos conflictivos importantes se borran inmediatamente del campo del conocimiento, no como en las neurosis que se reprimen (McDougall, 1991).

McDougall (1991) pudo observar que ciertos pacientes, además de tener problemas psicológicos, sufrían alergias cutáneas, afecciones cardíacas respiratorias o ginecológicas cuya aparición y desaparición parecían estrechamente ligadas a perturbaciones afectivas. Estos trastornos somáticos son signos inaccesibles, de inexplicables dramas psicológicos. No obstante, estos signos son portadores de un mensaje para la psique, aun cuando en un primer momento parecieran escapar a la representación, pero el cuerpo al igual que la mente ésta sometido a su propio modo de repetición-compulsión. Los pacientes psicósomáticos de alguna manera conservan inconscientemente la capacidad de caer enfermos como si les diera la posibilidad de una salida, “como si necesitaran, en períodos de crisis, palpar sus límites corporales y asegurarse así un mínimo de existencia separada de cualquier otro objeto significativo” (McDougall, 1991, p.34).

Para el paciente el síntoma es la irrupción de la parte ignorada de su self de lo que Liberman et al (1993) denominan “self corporal sojuzgado”, es una manifestación corporal carente de significado, que para el paciente debería interrumpirse rápidamente. Tanto ellos como su familia lo decodifican como una desgracia.

2. PROCESO DE REPRESENTACIÓN SIMBÓLICA EN EL PACIENTE PSICOSOMÁTICO

En este punto se describirá, desde el enfoque psicoanalítico, cómo se realiza el proceso de simbolización normal y la manera en que se va desarrollando y caracterizando la alteración de este proceso en el paciente psicósomático.

2.1 DESARROLLO DEL PROCESO DE SIMBOLIZACIÓN

En la estructuración del aparato psíquico y en el desarrollo del proceso de simbolización existiría una efectiva integración cuerpo-mente y una relación muy estrecha de apuntalamiento en la corporalidad.

Freud en el texto el “Yo y el ello” (1923) insiste en el apuntalamiento corporal del Yo y en su significación en tanto superficie del aparato psíquico: “El yo es sobretodo una esencia-cuerpo; no es sólo una esencia-superficie, sino, él mismo, la proyección de una superficie.” A pie de página agrega:” O sea que el yo deriva en última instancia de sensaciones corporales, principalmente las que parten de la superficie del cuerpo. Cabe considerarlo, entonces, como la proyección psíquica de la superficie del cuerpo, además de representar, como se ha visto antes, la superficie del aparato psíquico” (Freud, 1930, pp. 27-28). Añade que tanto los mecanismos de defensa, como los rasgos de carácter, y las instancias psíquicas derivan, por apoyo y transformación, de actividades corporales (Freud, 1930).

A partir de estos planteamientos freudianos Anzieu (1998) plantea que existiría una relación entre las funciones de la piel y las del Yo cuyo fundamento se basa en dos principios generales. El primer principio se refiere a que toda función psíquica se desarrolla y se apunala en una función corporal cuyo

funcionamiento se traslada al plano mental. Anzieu utiliza el concepto de apuntalamiento con una acepción más amplia, en el sentido que el desarrollo del aparato psíquico se realiza en grados sucesivos de ruptura con base biológica, es decir rupturas que, por un lado le permite escapar a las leyes biológicas y por otra hacen necesaria la búsqueda de un apuntalamiento de todas las funciones psíquicas en funciones corporales. El otro principio se refiere a que habría un paralelo entre el cortex y el yo consciente, es decir el cortex el órgano más cercano a la superficie del sistema nervioso, tiende a tomar la dirección del sistema cuando integra los otros subsistemas neurológicos, el yo consciente dentro del aparato psíquico tiende a ocupar la superficie en contacto con el mundo exterior y a controlar el funcionamiento de este aparato (Anzieu, 1998).

En este sentido Anzieu destaca la importancia de la piel en el desarrollo de la psique-soma. Refiere que la piel tiene una importancia capital, en el sentido de proporcionar “al aparato psíquico las representaciones constitutivas del Yo y de sus principales funciones” (Anzieu, 1998, p.107). Explica que la piel serviría en la fantasía del niño como un rudimentario modelo para el Yo primitivo y su unión con la madre. A través de la evolución del niño este modelo sería internalizado como una especie de “envoltura psíquica”², aquello que daría forma y consistencia al continente mental (Mailer y Herrera, 2004).

Es así como las interacciones que tiene el niño con la madre y con el medio que lo rodea son traducidas en percepciones táctiles, visuales y cenestésicas. El yo se va moldeando a través de estímulos internos y externos. A los estímulos internos con el tiempo se les suman estímulos motores que van teniendo cada vez mas importancia. Antes que un yo representacional, es un yo corporal; que agrupa estímulos provenientes del exterior e interior; solo llega a constituirse el yo como instancia del aparato mental después de que el niño adquiere una representación psíquica de si mismo, entonces es posible la adquisición de una individualidad y una identidad (Mahler en Bleichmar y Leiberman, 1999).

² Envoltura psíquica: “es el plano de demarcación entre el mundo interior y mundo exterior, entre mundo psíquico interno y mundo psíquico de otro” (Anzieu, 1990, p.39).

Con el fin de comprender en forma más clara el proceso de representación simbólica, se describirá el diseño propuesto por Liberman et al., (1993).

Estos autores sugieren que para que se dé un adecuado desarrollo del aparato psíquico y por ende del funcionamiento del proceso de representación simbólica se requiere de la presencia e interacción de ciertas condiciones durante el desarrollo evolutivo del individuo, a partir de las cuales puedan surgir estructuras simbólicas apropiadas.

Antes de exponer como surgen estas estructuras es importante señalar como estos autores conciben el concepto de símbolo. Lo definen como un “paquete de información que condensa en sí acontecimientos del cuerpo, de la mente, y de sucesos del mundo exterior, con distintos objetos en distintos tiempos y espacios” (Liberman 1971 en Liberman et al., 1993, p.220). El valor del símbolo como representante simbólico se basa en la capacidad para evocar sucesos de interacción del self con el objeto, el mundo y el propio cuerpo, diferenciados tanto de las experiencias vinculares concretas a las que evoca a partir del duelo por el objeto como del propio yo que lo generó en su desarrollo (Liberman et al., 1993).

- Los autores proponen, en primer término, condiciones previas para el logro de las funciones simbolizantes. Por una parte el aparato psíquico del niño debe encontrarse apropiadamente dotado, madurativa y emocionalmente, para desarrollar movimientos proyectivos de contacto, exploración y ligazón significativa, y por otra, debe haber un agente materno que a partir de su propia capacidad simbólica pueda significar los movimientos proyectivos de su hijo; es decir una madre capaz de cumplir la función de *holding*, así como de ser un objeto que permita ser investigado emocional y sensorialmente mediatizando así el aprendizaje de la realidad humana y material.

Los mecanismos estructurantes de identificación proyectiva³ e introyectiva junto con los avances madurativos perceptuales y motores proporcionarán al yo el

³ Identificación proyectiva: mecanismo de defensa primitivo (así denominado por M. Klein) que se basa en la fantasía de la proyección de partes del self en un objeto. Con lo cual el objeto pasa a ser identificado

reconocimiento paulatino de la diferencia entre yo-no yo, lo cual le permitirá alcanzar la noción de dependencia y ausencia del objeto externo. La adquisición de la noción de ausencia del objeto necesitado es lo que promoverá la necesidad de recrearlo internamente a través de la síntesis de experiencias que se condensan y cristalizan en el representante simbólico, análogo o verbal (Lieberman et al., 1993).

El aparato simbólico existe disposicionalmente desde el nacimiento y se irá desarrollando a lo largo del proceso evolutivo con la madurez biológica y el aprendizaje social del niño. En este aparato se encuentran estructuradas un montón de experiencias cuya representación se reorganiza a su vez en “paquetes de información”, los cuales corresponden a estructuraciones producto de experiencias vividas y elaboradas inconscientemente. “Tanto “lo ambiental” (la cultura) como “lo corporal” (el cuerpo) son exteriores al aparato psíquico; el proceso de simbolización permitirá que tanto uno como otro se inscriban, correlativamente, en este aparato” (Lieberman et al., 1993, p.34).

La articulación progresiva de los mensajes procedentes de las áreas perceptuales enteroceptivas (kinestésica, térmica, dolor y equilibrio) y las exteroceptivas (táctil, olfativa, gustativa) en un principio, y luego la visual y la auditiva que son de distancia, se van estructurando y combinando durante el desarrollo como inscripciones del aparato psíquico, en un proceso de continuos aumentos de complejidad, que se realiza en el aparato simbólico. La función de este aparato es la de establecer las sucesivas transformaciones de estados corporales, sensaciones y percepciones en sentimientos y pensamientos aptos para integrarse en símbolos (op. cit.).

- En segundo término plantean que la interacción entre el aparato psíquico del niño adecuadamente dotado y una madre que pueda cumplir la función de *holding* serán determinantes en el logro total o parcial del desarrollo del proceso de simbolización durante el desarrollo evolutivo.

con la parte del self proyectada en el, o que el self se identifica con el objeto de su proyección. Esto se produce normalmente en el lactante en la posición esquizoparanoide, se vuelve patológica cuando es excesiva o masiva, o se utiliza en épocas posteriores como defensa regresiva (Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, 1984).

- Finalmente señalan que las cualidades de los símbolos emergentes, serán fruto del proceso de simbolización y a la vez el origen de las futuras modalidades de transformación simbólicas.

Es así como el logro de la capacidad simbólica permite que la realidad externa e interna surjan como mundos interrelacionados, a la vez que diferenciados por dimensiones temporo-espaciales específicas. Es decir las cualidades de cercanía, lejanía y movilidad espacial y temporal del objeto dependen en la realidad externa del tiempo cronológico y al orden del espacio topográfico. En cambio en la realidad psíquica provienen de acontecimientos que suceden en el plano emocional. Desde el mundo interno simbólico y simbolizante, el yo podrá establecer relaciones metafóricas con el cuerpo y con el medio externo, mantendrá la diferenciación sin perder la capacidad de asignarle significados emocionales propios que proceden de su historia vincular, los cuales le darán sentido y la necesidad de establecer nuevos enlaces. Las cualidades de la relación tanto con la realidad externa como psíquica se moldearán a partir de la adquisición de objetos con cualidades de representabilidad abstracta, esto le permitirá al yo relacionarse con la realidad externa y concebir a los objetos internos como símbolos (Lieberman et al., 1993).

La explicación teórica desarrollada por Lieberman et al. (1993) sobre la representación corporal y temporo-espacialidad, enlaza conceptualizaciones de la estructura dinámica de la imagen corporal y elementos del desarrollo evolutivo normal. Plantean que a través de las diferentes etapas evolutivas del desarrollo del pensamiento se van logrando las nociones simbólicas de imagen corporal y temporo-espacial.

La imagen corporal es “la imagen tridimensional que nos formamos mentalmente de nuestro cuerpo. Se construye paralelamente al desarrollo sensorio-motor a partir de las integraciones de las sensaciones entero, intero y propioceptivas” (Schilder en Lieberman et al., 1993, p.28). La representación del cuerpo a medida que se va integrando permite lograr representaciones del tiempo y del espacio pero a su vez su inclusión va a permitir el desarrollo de

una representación corporal, la cual implicará una diferenciación creciente entre espacio topográfico y espacios internos corporales y mentales y entre tiempo interno y tiempo cronológico, que establecerán las bases del sentimiento de identidad (Lieberman et al., 1993). M. Klein agrega que “la representación corporal y la temporo-espacialidad, como representaciones mentales abstractas, son los emergentes del proceso de simbolización que permite la construcción simultánea de la relación simbólica con la realidad y la construcción del objeto interno como símbolo para el yo” (M. Klein citada en Lieberman et al., 1993, p.29).

La representación del cuerpo es un símbolo que abarca tanto la imagen corporal como el esquema corpóreo donde el proceso de simbolización de la corporeidad considera la integración de ambas. La representación del cuerpo, “integra orgánicamente, las múltiples vivencias del cuerpo en funcionamiento e intercambio objetual, sucedidos a lo largo de toda la vida” (Lieberman et al., 1993, p.233). Las representaciones mentales del cuerpo se construyen a partir de las transformaciones simbólicas de las experiencias vitales. Estas mantienen elementos constantes y nexos invariables dentro de la multiplicidad de estados corporales cambiantes a través del proceso evolutivo. Tanto la movilidad como la plasticidad de la representación corporal derivan de la representación del cuerpo en movimiento; en espacios diferentes; y la posibilidad de incorporar la dimensión temporal en la que se suceden los cambios corporales desde los ritmos y modificaciones por estados de necesidad, relajación, placer y tensión, hasta los cambios estructurales y funcionales propio a los distintos ciclos vitales (Lieberman et al., 1993).

En la medida que se va complejizando la representación del cuerpo se va formando la espacialidad y la temporalidad. La espacialidad como dimensión exterior del cuerpo es solo posible en la medida que se accede a la noción tridimensional del cuerpo como volumen con espesor y espacialidad interna y a la noción tridimensional de la mente como espacio virtual que alberga objetos, símbolos, en permanente intercambio vincular. (op. cit.)

2.2 DESARROLLO Y CARACTERIZACIÓN DE LA ALTERACIÓN DEL PROCESO DE SIMBOLIZACIÓN EN EL PACIENTE PSICOSOMÁTICO

El proceso de simbolización del paciente psicosomático presenta una alteración específica en su desarrollo del cual surgen estructuras simbólicas alteradas. En estos pacientes se puede observar ciertas características que se asocian a una patología de la simbolización.

EL paciente psicosomático cuenta y dispone en el inicio de su vida con capacidades potenciales para desarrollar funciones simbolizantes, a partir de un apropiado funcionamiento de la identificación proyectiva en la función expresiva de estados emocionales como la exploratoria del objeto. (Klein en Liberman et al., 1993)

A la base de la patología de la simbolización habría un fracaso relacionado con la segunda serie complementaria, cuya causa principal es el fracaso del agente materno en su función de significar y contener las identificaciones primarias y violentas del lactante. (Liberman et al., 1993)

En el vínculo primario madre-hijo del paciente psicosomático se reproduce una relación patógena entre una madre que no permite la ejercitación de ciertas áreas corporales privando al hijo de satisfacciones sensoriales, y un niño que es incapaz de imponer sus necesidades, amoldándose a los lineamientos maternos, lo que se refleja en el proceso evolutivo en una configuración básica y constante (op.cit.).

Esta configuración se refiere a la existencia de líneas constantes de estimulación de ciertas áreas de funcionamiento con menoscabo de otras que se van inhibiendo sucesivamente. En este sentido se produce un reforzamiento de los receptores exteroceptivos (visual, auditivo, táctil, olfativo, gustativo) es decir la estimulación de la oralidad pasiva, el intercambio visual y auditivo y la maduración de la musculatura en las áreas relacionadas con el desarrollo de

funciones de control en detrimento de los receptores enteroceptivos (kinestésicos, cenestésicos, térmicos, del dolor, del equilibrio). Es decir se produce una inhibición de las funciones sensorio perceptuales proximales y musculares expansivas, tanto agresivas, exploratorias como de contacto (Lieberman et al., 1993).

Estos niños se vieron forzados a tener conocimiento de si mismo y de la realidad a través de receptores sensoriales distales (vista y oído). Las nociones complejas de esquema corporal, consistencia del objeto, relaciones entre los mismos, diferentes espacios, perspectivas complementarias y ubicación temporal experimentan las primeras deformaciones. Todo esto implica el comienzo de un pseudoaprendizaje racional desprovisto de experiencias con el cuerpo lo que supone un establecimiento anticipado del principio de realidad que actúa en contradicción y oposición al principio del placer. Son niños que fuerzan su desarrollo en la línea de aprendizajes superficiales y formales divorciados de las experiencias vivenciales concomitantes (op cit.).

De modo que la restricción de funciones corporales en el desarrollo, sienta las bases de serias patologías en el proceso de simbolización, ya que la carencia de las experiencias corporales, despojadas de las experiencias vivenciales no permiten la elaboración del símbolo a nivel abstracto, manera por la cual el niño tiene acceso a información de la estructura y funcionamiento del propio cuerpo y del objeto así como de nociones del espacio circundante (op.cit.).

La interrupción del proceso de simbolización, que comenzó adecuadamente, el comienzo de un proceso simbólico fallido y el riesgo de regresión a estados anteriores, es decir la regresión desde una concepción tridimensional del objeto y del propio self poseedores de profundidad e interioridad, a una dimensión patológica bidimensional superficies-fachadas, planas, carentes de interioridad corporal y emocional, dan origen al núcleo de la patología de simbolización (op.cit.).

Las experiencias extremas de desgarró ante la ausencia del objeto llevan a la instalación de un sistema defensivo rígido, que se caracteriza por "la escisión

del self emocional y corporal, control obsesivo patológico de la identificación proyectiva, negación de la realidad psíquica, huida a la realidad exterior e identificaciones miméticas” (Lieberman et al., 1993, p. 225). La función de este sistema defensivo es el evitar el registro de dolor psíquico insoportable y el poder recuperar la ilusoria fusión con el objeto perdido precozmente. La fusión y copia de los rasgos del objeto con aspectos de su self mental y corporal les permite mantener la ilusión de tener al objeto siempre presente. Este mecanismo supone una rígida visión bidimensional de sí mismos y del objeto en la que la negación de la profundidad del cuerpo y del self emocional le permitirá evitar la experiencia de dolor intolerable (Lieberman et al., 1993).

La separación y diferenciación como adquisiciones psíquicas que enriquecen y dan sentido a la vida pulsional, no son vividas de esta manera por todos los individuos. La lucha contra la división primordial yo-no yo, origen de un individuo, puede dar lugar a compromisos muy variados, que llevan entre otros, a una profunda fisura entre psique-soma. Un tipo de solución es la autista donde el funcionamiento corporal no sufre cambios mientras que la psique se cierra al mundo exterior, la otra se refiere a la somatización es decir el individuo mantiene intacta su relación con la realidad exterior pero arriesgándose a ver al soma reaccionar y funcionar de una manera que se podría llamar “autista”, “apartado de los mensajes afectivos de la psique en términos de representaciones verbales, reducido a a representación de cosas muy fuertes y por consiguiente, a una expresión no verbal”(McDougall, 1991, p.53).

El fracaso en el proceso fundamental de separación e individuación en el desarrollo del individuo comprometerá ineludiblemente la capacidad del niño para integrar y reconocer como propiedades personales tanto el cuerpo, las zonas erógenas como también la mente, es decir sus pensamientos y emociones (McDougall, 1991).

Por esta razón y luego en la vida, en vez de “reconocer a nivel del pensamiento verbal el dolor psíquico y el conflicto mental que emana de una fuente de estrés interno o externo (y poderlos de este modo evacuar mediante formas de expresión psíquica como los sueños, la ensoñación, la meditación u otros modos de actividad mental capaces de aliviar o reducir la tensión) dolor y

conflicto pueden desembocar en soluciones psicóticas de tipo alucinatorio o descargas en manifestaciones psicósomáticas como en la primera infancia” (McDougall, 1991, p.53).

En la relación con el objeto interno, se vuelve a instalar la creencia omnipotente de la fusión con el objeto. Este hecho obstaculiza el desarrollo de la noción de ausencia, dolor y pena, precondiciones para la recreación del objeto interno como símbolo diferenciado tanto del objeto como del yo. Sucesivamente los aspectos disociados persecutorios se unen con el interior del cuerpo, con el órgano enfermo y con el ideal del yo exigente y perseguidor. Como los aspectos disociados del objeto real son aprehendidos sin sucesivos procesamientos discriminatorios, sino más bien en forma mimética, implica que se incorporaron rasgos parciales y superficiales de éste (Lieberman et al., 1993).

La falta de movilidad de las identificaciones proyectivas trae como consecuencia la pérdida de la función exploratoria de sí mismo y del objeto, la detención del movimiento hostil hacia el objeto que se expresa en sucesivas inhibiciones de la experiencia sensorio-motriz, privando al niño del campo vivencial donde se desarrolla la discriminación auténtica entre fantasía y realidad. No solo inhibe áreas funcionales corporales de experimentación y de contacto sino lo que implica mayor gravedad para la evolución simbólica es, el control obsesivo de las identificaciones proyectivas dirigidas hacia el objeto; el niño concibe al objeto como bidimensional, el cual desprovisto de interior solo podrá ser aprehendido a través de los datos procedentes de los gestos, conductas, verbalizaciones, es decir de lo más superficial y externo del objeto (op.cit.).

En cuanto a la relación simbólica con la realidad, el paciente psicósomático desarrolla estructuras que forman “*paquetes de huellas mnémicas*” visuales y auditivas, desconectadas de las repercusiones corporales y emocionales. En este sentido no posee la capacidad para desarrollar relaciones metafóricas, con el mundo externo ni con el propio cuerpo. Esto se debería a una demarcación defensiva estricta entre pensamiento realista y actividad de la fantasía, la cual les impide desarrollar un espacio o “*área de ilusión*”, (Winnicott, 1972, en

Lieberman et al., 1993) en la que se pueda conjugar las apreciaciones objetivas de los hechos con las subjetivas que se derivan de las repercusiones emocionales que evocan (op. cit.).

En el paciente psicossomático existiría un fracaso en el resultado de los procesos interrelacionados, de relación simbólica con la realidad y la creación del objeto interno como símbolo para el yo. El corte en la ligazón con la interioridad emocional y la huida defensiva a la realidad externa, afecta la construcción del objeto interno, la representación corporal, temporal y espacial. Tal como se ha mencionado, el paciente psicossomático en su desarrollo temprano estableció una representación corporal estática de la superficie del cuerpo en la cual no logra integrar los registros de las variaciones del interior corporal y construye la noción de la espacialidad sobre reiterados procesos de copia y ejercitación de los movimientos de los otros. Estas representaciones son nociones formales aprendidas en forma memorista y recortes de elementos parciales del espacio exterior donde quedan amplias zonas sin representar. En cuanto a la representación de la temporalidad, ésta no se construye a partir de registros del tiempo biológico y psicológico, sino adhiriéndose al tiempo del reloj, cronometrado desde afuera (Lieberman et al., 1993).

A nivel del pensamiento, la pobreza de registros corporales y afectivos se expresa en una falta de desarrollo del mundo de la imaginación, carentes de juego imaginativo dramático y emocional, fallando en su función de mediadores internos instrumentales para detectar aspiraciones, metas, frustraciones y deseos. Como consecuencia de esto, desarrollan un tipo de fantaseo disociado que se reduce a planeamiento y anticipaciones de actividades. (op. cit.)

Lieberman et al., (1993) señalan que el paciente psicossomático alcanza, durante el desarrollo evolutivo, funciones mentales de registro y conservación de la experiencia pudiendo realizar primarias transformaciones de sensaciones corporales en imágenes plásticas. La privación de experimentación sensorio-motriz en el desarrollo y la incapacidad para nombrar las emociones propias de las relaciones vinculares producen un fracaso en la integración de diversas imágenes en imagos condensadoras representativas y en su posterior

transformación en ideas y pensamientos a través de enlaces preconcientes con símbolos verbales.

Debido a la incapacidad de integrar vivencias con fuerte carga emocional en nexos asociativos de progresivo nivel de abstracción que le dan la posibilidad de contenerlos de un modo sintetizado y simbólico, la persona que somatiza, presenta un aparato psíquico recargado de experiencias que no consigue metabolizar. Liberman et al. plantea que “en lugar de símbolos, “paquetes de información”, construyeron “paquetes de huellas mnémicas” que no han accedido al procesamiento simbólico... Emergen a través de códigos viscerales y analógicos que el paciente a la vez que desconoce activamente los ligámenes simbólicos que connotan” (Liberman et al., 1993, p. 224).

Es así como Liberman et al. plantean que el proceso simbólico fallido en el paciente psicossomático se debe a ... “un fracaso específico en su desarrollo, del que emergen estructuras simbólicas perturbadas” a las que definen como “*símbolo-fachada*” (Liberman et al., 1993, p. 219).

Estos autores describen el *símbolo fachada* como apreciaciones memoristas de la realidad. Como no son emergentes internos conformados a partir de procesos de sucesiva integración, estos sólo les son útiles para adecuarse al mundo externo en la medida que éste repite marcos inalterables. Este tipo de organización mental aparentemente madura, mantiene en su funcionamiento mental las cualidades propias al logro de símbolos, con cualidades de representabilidad abstracta. No obstante, mantienen escindidos sistemas relacionales primarios, establecidos en equiparaciones y ecuaciones simbólicas que no lograron transformaciones evolutivas.

McDougall, (1991) señala que el paciente psicossomático expulsa fuera de la psique algunos traumas de una manera diferente del modo de funcionamiento neurótico. En ellos no existiría ninguna huella de señales de angustia, las que permiten a la psique prepararse para enfrentar una situación problemática. Es decir las fuentes potenciales de angustia no habrían sido simbolizadas, ya que no habrían sufrido la represión como sucede en el caso de las organizaciones

neuróticas. De modo que el problema específico de las personas que somatizan, es que la emoción lejos de registrarse y lograr una transformación en palabras que condensan imágenes, se encauza por vía somática (Lieberman et al., 1993).

En una monografía sobre el fenómeno de somatización presentada en la Asociación Psicoanalítica, A. Ovalle plantea que algunos individuos “en ocasiones” están impedidos de utilizar su mente para pensar sus ideas y carecen de un espacio interno que contenga sus afectos. Agrega, “de ser así quedan a merced de que otros, o su propio cuerpo, sean quienes “piensen” sus pensamientos y “sientan” sus sentimientos” (Ovalle, 1993, p.3).

A modo de síntesis, los autores psicoanalíticos mencionados consideran que la piel tiene un rol importante en la estructuración del aparato psíquico, proveyéndole las representaciones constitutivas del Yo y de las principales funciones. En este sentido el Yo deriva, por apuntalamiento en la corporalidad, de las sensaciones corporales principalmente aquellas de la piel que parten de la superficie del cuerpo. Además la piel participa en el proceso de representación simbólica, como el órgano sensorial más extenso en el individuo, permite al niño, en el vínculo materno temprano, desarrollar a través de la función de *holding*⁴ de la madre, como un objeto que sostiene y contiene y que permite ser investigado emocional y sensorialmente, integrar los mensajes procedentes de este órgano y los demás órganos de los sentidos. Estos mensajes se irán estructurando y combinando como inscripciones en el aparato psíquico, proceso que se realiza en el aparato simbólico, el cual establece las sucesivas transformaciones de estados corporales, sensaciones y percepciones en sentimientos y pensamientos adecuados para integrarse como símbolos.

⁴ Holding o sostén: Término introducido por Winnicott lo describe como una función fisiológica, física y emocional. Es decir la madre debe dar protección y cuidado tanto a nivel fisiológico para garantizar la supervivencia, como a nivel psicológico para que de esta manera el niño pueda integrar tanto los estímulos como la representación de sí mismo y de los demás y adquirir un yo sano. En este sentido la madre debe funcionar como “yo auxiliar” (Winnicott en Bleichmar y Lieberman, 1999).

3. CARACTERÍSTICA DE LOS VÍNCULOS TEMPRANOS DEL PACIENTE PSICOSOMÁTICO

Lieberman et al. (1993) plantean que los vínculos tempranos del padre y la madre con el paciente psicosomático se caracterizan por ser vínculos

patológicos, a partir de los cuales se va estructurando en él un tipo de funcionamiento mental que lo lleva a somatizar los conflictos intrapsíquicos.

Se puede decir que la apertura del mundo psíquico del niño se produce en dos momentos; donde la madre y el padre juegan un rol importante. Un primer tiempo materno, en que el agente de la apertura es la *capacidad de ensoñación* de la madre, a éste le sigue un tiempo paterno en que el objeto paterno es el agente de apertura que interviene para abrir la simbiosis entre la madre y el hijo, para así garantizar la identidad de cada uno sin por esto arrebatarse el hijo a la madre ni apartarlo de sus raíces simbióticas (Anzieu et al., 1990).

3.1 VINCULO MATERNO

Mahler enfatiza que “los elementos protagónicos en el desarrollo emocional del ser humano son: la dotación genética, la relación con la madre y las experiencias vitales” (en Bleichmar y Leiberman, 1999, pag.369). En este sentido la presencia de la madre es decisiva tanto en relación a los cuidados físicos como en lo emocional ya que ésta toma el lugar de la instancia psíquica (el yo) que conduce al individuo a la adaptación.

La vida psíquica en el ser humano se iniciaría con la experiencia de fusión que lleva a la fantasía de que solo existe un cuerpo y una psique para dos personas, una unidad indivisible. El lactante no es consciente de que es un ser separado con aptitudes innatas cuyos potenciales aún no se han desarrollado. La madre no es todavía un “objeto” distinto “...ella es algo mucho mas amplio que cualquier otro ser humano. Es un entorno total, una “madre-universo” y el bebé no es sino una pequeña parcela de esta unidad inmensa y apasionante” (McDougall, 1991, p.41). A esta etapa Mahler la denomina fase de simbiosis normal en la cual no hay una diferenciación yo-no yo y se traduce en un estado de fusión completa madre-hijo.

La madre tiene la función de brindar un soporte adecuado para que las condiciones innatas del niño se puedan desarrollar en forma óptima, y existiría un vínculo tanto físico como emocional entre ambos en el cual se basa el desarrollo saludable de las capacidades innatas de la persona. Para Winnicott este soporte o *holding* tiene implicancias fisiológicas ya que en la medida que estos cuidados son dados adecuadamente le permite al niño, integrar tanto los estímulos como la representación de si mismo y de los demás y adquirir un yo sano (Winnicott en Bleichmar y Leiberman, 1999).

Los estímulos percibidos por el lactante son clasificados en placenteros y displacenteros, y lo que es percibido como desagradable es proyectado fuera para mantener intacta la díada simbólica. Para el logro de la simbiosis ambos participantes emiten señales dirigidas a su pareja simbiótica, lo esencial es que la madre tenga un patrón de sostenimiento o *holding* adecuado, para que así la energía agresiva del niño pueda ser neutralizada y proyectada fuera de la matriz simbiótica. Esta etapa constituye un requisito para la posterior individuación (Mahler en Bleichmar y Leiberman, 1999).

Por consiguiente entre la madre y el niño existe un vínculo emocional profundo desde el inicio. El niño tiene necesidades tanto corporales como psicológicas, una de ellas es la de contar con un objeto externo en el cual pueda volcar sus ansiedades especialmente cuando la angustia es muy profunda. En este vínculo se da una "...relación continente-contenido⁵ que se expresa como algo complementario entre la proyección del niño y la receptividad materna. La madre es continente de lo proyectado, lo recibe y lo procesa" (Bion en Bleichmar y Leiberman, 1999, p.300). El niño requiere de la función continente de la mente de la madre para poder enfrentar las ansiedades intensas que tiene. En este sentido el niño expulsa las emociones y fantasías que no puede

⁵ Continente –contenido: Bion plantea que este se refiere al modo específico en la interacción de la madre con el hijo para dotarlo de la capacidad para pensar. Supone que las sensaciones desagradables son proyectadas en la madre, (usa la noción de M. Klein de identificación proyectiva: una parte de la mente del niño es puesta dentro de la mente de la madre), ella recibe las emociones y las transforma en emociones de una cualidad distinta. El niño recibe las emociones displacenteras "metabolizadas" y estos procesos son los que se pueden usar para pensar. El niño se identificara luego con la función de *continente* hasta llegar a tener un proceso interno por el cual las sensaciones de su experiencia puedan ser contenidas dentro de él (Bion en Bleichmar y Leiberman, 1999).

soportar, que lo hacen sentir en peligro de aniquilación y desintegración y la madre, que cuenta con capacidades emocionales, podrá absorberlas, metabolizarlas y regresarlas de una manera menos angustiante, de esta forma el hijo podrá asimilarlas. (Bion en Bleichmar y Leiberman, 1999).

Como se ha señalado, anteriormente para que el niño pueda pensar y tolerar cualquier emoción de cierta intensidad, que involucre un sufrimiento psicológico, la madre debe realizar adecuadamente la función de continente. Esta función fue descrita por Bion (en Anzieu, 1990) como aquel proceso de transformación íntima por el cual sensaciones y emociones impensables se vuelven pensables; es decir se pueden contener en una acción de pensamiento en lugar de ser actuadas o desviadas hacia lesiones corporales, o hacer efracción entre el mundo interior y el exterior a través de una actividad alucinatoria. La capacidad interna de continente se adquiere en el vínculo con la madre, identificándose el niño con esta función, hasta llegar a tener un proceso interno por el cual sus sensaciones de la experiencia puedan ser contenidas dentro de él (Bion en Bleichmar y Leiberman, 1999).

Las experiencias corporales de presión que siente el niño cuando es sostenido por la madre, provocan un alivio ante la intensa angustia de desintegración. En este sentido Bick agrega que en las relaciones de objeto tempranas, la “función psíquica equivale a la función biológica de la piel, en su aspecto de continente de partes del self, debe ser cumplida inicialmente por la madre, que como objeto que sostiene y contiene posibilitará la posterior introyección de funciones de autocontención, indispensables para crear la noción de espacio interno, del objeto y del yo” (Bick 1970 en Liberman et al., 1993 p.74).

Para Anzieu⁶ desde su concepción del desarrollo del aparato psíquico que se da a partir del apuntalamiento en lo biológico, le otorga a la función materna un

⁶ Anzieu (1998) señala la importancia de la piel en el desarrollo de la psique-soma. Expone que la piel serviría en la fantasía del niño como un rudimentario modelo para el Yo primitivo y su unión con la madre; a través del proceso evolutivo del niño este modelo sería internalizado como una especie de “envoltura psíquica”, aquello que daría forma y consistencia al continente mental (Mailer y Herrera 2004), “la piel tiene una importancia capital: proporciona al aparato psíquico las representaciones constitutivas del Yo y de sus principales funciones” (Anzieu, 1998, p.107). Anzieu propone un paralelo entre las funciones de la piel y del yo (Yo-piel). Establece nueve funciones del Yo homologadas a las funciones biológicas de la piel, procurando precisar para cada una la correspondencia entre lo orgánico y lo psíquico así como los tipos de angustias unidas a la patología de esa función.

rol fundamental. Plantea que así como la piel tiene una función de sostén del esqueleto y de los músculos, el Yo tiene la función de *mantenimiento del psiquismo*. La función biológica se ejerce a través del *holding*, es decir, por la forma en que la madre sostiene el cuerpo del niño, es así como la función psíquica se desarrolla por la interiorización del *holding* materno. El Yo-piel es una parte de la madre que ha sido interiorizada y que mantiene el funcionamiento del psiquismo en un estado de unidad y de solidez. Lo que está en juego en esta función es la identificación primaria con un objeto de soporte donde el niño es sostenido y se sostiene (Anzieu et al., 1990).

Asimismo, Winnicott (en Bleichmar y Leiberman, 1999), señala que el ser humano nace como un conjunto desorganizado de impulsos, instintos, capacidades perceptuales y motrices las cuales a medida que se desarrolla la persona se van integrando hasta lograr una imagen unificada de sí mismo y del mundo que lo rodea. La madre le proporciona al niño un yo auxiliar que le da la posibilidad de integrar sus sensaciones corporales, los estímulos ambientales y sus nacientes capacidades motrices “la madre protege con su propio sostén el débil núcleo del *self* infantil” (Winnicott en Bleichmar y Leiberman, 1999, p.265).

En la medida que la relación madre-hijo sea “suficientemente buena”, a partir de la matriz somatopsíquica original se irá desarrollando una progresiva diferenciación en la estructuración psíquica del niño entre su propio cuerpo y la primera representación del mundo externo que es el cuerpo de la madre. Paralelamente en la mente del niño, lo psíquico se diferenciará poco a poco de lo somático. Es así como la pausada “desomatización” de la psique se acompaña de una doble búsqueda psíquica, la de fusionarse completamente con la “madre universo” y a la vez diferenciarse completamente de ella (McDougall, 1991).

El objetivo del desarrollo evolutivo del individuo es que éste se constituya en un ente independiente, separado e indiferenciado de la madre y del medio, pero con una autoimagen unificada basada en identificaciones con los objetos parentales. (Mahler en Bleichmar y Leiberman, 1999).

El niño a través de los procesos introyectivos⁷ de la primera infancia podrá crear lentamente en su mundo psíquico una representación de la función maternizante con la cual identificarse. Cuando se presentan fallas en los procesos introyectivos de la primera infancia, algunos niños pueden mantener un vínculo somatopsíquico a un nivel presimbólico. En este sentido el niño en situaciones de extrema angustia reacciona somáticamente, al no encontrar continente materno que lo alivie tanto física como psíquicamente, dicha reacción física puede asociarse íntimamente a las situaciones ansiógenas, proporcionando una base para los futuros síntomas. Esta reacción puede volver a producirse siempre que el niño se encuentre en una situación ansiógena lo que le impedirá en el futuro la constitución de las representaciones verbales que le harían accesible a los procesos secundarios, capaces de desviar la expresión somática directa para poder *pensar* la angustia. Es así como las enfermedades psicosomáticas, incluyendo aquellas que amenazan la vida biológica pueden paradójicamente simbolizar una lucha por la supervivencia psíquica (McDougall, 1991).

Las fallas en el *holding* se traducen en una experiencia subjetiva de amenaza que traba el desarrollo normal, es decir el paso de un estado de no integración propia del recién nacido al de integración. El niño percibe esta falla como una irregularidad ambiental como una amenaza a su continuidad existencial, a la vez que le provoca la vivencia subjetiva de que todas sus actividades motrices son sólo una respuesta ante el peligro a que se ve expuesto. En este sentido ya no siente sus movimientos o estímulos externos como ensayo de autonomía de su yo inmaduro, sino que como producidos desde un entorno amenazante. Es así como comienza a reemplazar la protección que le falta por una creada por él, es decir un *ser falso*⁸. Esta madre es incapaz de cumplir la omnipotencia del niño por lo que “repetidamente deja de responder al gesto del mismo; en su lugar coloca su propio gesto, cuyo sentido depende de la sumisión o

⁷ Introyección: Mecanismo esencial para la construcción del psiquismo, es a través de la introyección de los primeros objetos que se construyen los objetos internos, esto permite la formación del Yo y el Superyo.

Identificación introyectiva: (utilizado por M. Klein y su escuela), proceso, pero sobre todo resultado, de la introyección de un objeto en el Yo. Este se identifica con todos o algunos de sus aspectos o funciones. Es característica de la posición depresiva (Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, 1984).

⁸ Falso self: descrito por Winnicott como una personalidad construida no desde el interior si no desde el exterior para responder el deseo de la madre (Anzieu, et al., 1990).

acatamiento del mismo por parte del niño. Esta sumisión constituye la primera fase del ser falso y es propia de la incapacidad materna para interpretar las necesidades del pequeño” (Winnicott citado en Bleichmar y Liberman, 1999, p.266).

Son niños que recibieron cuidado a sus necesidades corporales pero desvinculadas de los aspectos emocionales de estas actividades. Es así como la simbiosis evolutiva normal se ve alterada por fallas en la segunda serie complementaria, por una madre con dificultades para brindar al niño el sostén o holding en relación a sus necesidades emocionales primarias y corporales, ya que ella es incapaz de decodificar la búsqueda de placer y las necesidades de contacto y de descarga de agresión del niño (Liberman et al., 1993).

Anzieu plantea que la función de la piel de envolver toda la superficie del cuerpo donde se insertan los órganos de los sentidos externos, corresponde a la función de *continente* del Yo-piel, y que se ejerce principalmente a través del *holding* materno. La sensación-imagen de la piel como saco surge de los cuidados del cuerpo del niño que le da la madre como respuesta a sus necesidades. El Yo-piel como representación psíquica emana de los juegos de contacto entre el cuerpo de la madre y del niño, también surge de la respuesta de la madre a las sensaciones y a las emociones del niño tales como respuestas gestuales y vocales, las que permitirán al niño experimentar progresivamente esas sensaciones y esas emociones independientemente, sin sentirse destruido. El Yo-piel en etapas tempranas envuelve todo el aparato psíquico, en este caso el Yo-piel esta representado como corteza y el Ello pulsional como núcleo, teniendo ambos necesidad del otro (Anzieu et al., 1998).

Una de las características fundamentales de la patología vincular está relacionada a la madre, la cual priva de significado a las expresiones emocionales del hijo. En vez de darle un significado al llanto, la protesta, el grito, el gesto, son privados de la emoción genuina que les daría coherencia. Esta situación llevará al niño a dos salidas patológicas, por un lado el *splitting* de la emoción para evitar la ansiedad y por otro el abandono de conductas

diferenciales, las cuales remplazará por descargas difusas e incoordinadas. Aún cuando estas respuestas le permitirán descargar tensiones intolerables, esto implicará que paulatinamente irá perdiendo la capacidad de transmitir y reconocer diferentes afectos a través de un amplio espectro de conductas expresivas (Lieberman et al., 1993).

Para Lieberman et al. (1993), aun cuando la madre tiene una actitud desafectivizada, se observa una conducta exigente y controladora del cuerpo del niño lo que incluye una propuesta de simbiosis con cualidades narcisistas, en la cual radica la patología específica de la relación. En esta relación la madre invierte los roles de la simbiosis normal, es decir es el niño quien tendrá que satisfacer las necesidades de la madre y de satisfacerla a ella a través de logros que llene sus aspiraciones quedando las del niño sin contención. Es así como estas madres fracasan en comprender las necesidades de amor; son incapaces de recibir y contener las descargas de ansiedad y hostilidad del niño. En vez de moldearse al hijo en crecimiento tienden a moldear las respuestas emocionales del niño real sobre la base de un ideal; no conciben el sufrimiento psíquico como inherente al desarrollo humano.

Otro aspecto importante que se observa según Lieberman et al., (1993) es la llamada "propuesta narcisista materna" la cual no incluye dentro del vínculo emociones como la agresión y el odio, siendo madres que no tienen tolerancia a las descargas agresivas del hijo. Si la madre es quien protege, cuida y es objeto que recibe a veces la agresión del niño, cuando el niño la agrede y recibe cariño de vuelta confirma que la madre ha sobrevivido a su agresividad y que es un ser separado de él. De esta manera el niño va adquiriendo la noción de que no son tan dañinos sus impulsos con lo cual puede aceptar la responsabilidad que tiene sobre ellos. Poco a poco la madre agredida y la cuidadora se van acercando en la mente del niño, pudiendo integrar las diferentes imágenes de la madre y así adquirir la capacidad de verla como un objeto total. Cuando la madre no es capaz de cumplir la función de objeto que cuida y que recibe la agresión, por un lado el niño sentirá que sus impulsos agresivos son muy dañinos y por otra en la mente del niño se mantendrá la

separación de la madre dañada y la amorosa (Winnicott en Bleichmar y Liberman, 1999).

Liberman et al. (1993) caracterizaron el funcionamiento psíquico de la madre en el vínculo con el paciente psicossomático en dos tipos que denominaron:

- “La madre que rebota” es aquella que presenta un tipo de desconexión afectiva que no le permite recibir y procesar el mensaje del hijo cuando éste implica estados de ansiedad. Es una madre infantil y narcisista, cualquier manifestación de ansiedad del niño la vive como una herida narcisista, como un fracaso en su rol de madre, lo que la desorganiza y desanima. No tiene capacidad de *holding*, dejando sin contención las emociones del niño. Se mantiene ajena a las necesidades emocionales del hijo no siendo capaz de recibir, dar entrada a los primeros movimientos proyectivos intrusivos del niño, rebotando las identificaciones proyectivas significativas. La madre le ofrece una superficie bidimensional que rechazará al niño y se reflejará a sí misma. Este modelo de madre permite un tipo de identificación proyectiva adhesiva.
- “La madre mete bombas” en ella se observa la misma incapacidad de recibir las identificaciones proyectivas del hijo con el agravante que sobrecarga al niño con sus propias proyecciones violentas, que toman la forma de inducciones o evacuaciones. Además tiene la tendencia a contagiar sus propios sentimientos intolerables, originando una patología de mayor severidad. Ella también es percibida como una superficie bidimensional con el agravante que invierte los roles, busca en el niño lo que ella debería darle. Para el niño esto implica la vivencia de que sus necesidades no sólo le son ajenas a ella sino que además la perturban y le provocan sentimientos de odio violento. El tipo de identificación proyectiva que genera este modelo de madre es del tipo que contamina y desorganiza.

En el apogeo de la simbiosis comienza el proceso de separación-individuación que culminará con “el sentido de la identidad, catécticamente estable” (Mahler en Liberman et al., 1993). Así como en etapas anteriores la presencia tanto

física como emocional de la madre es fundamental, en la etapa de separación-individuación también, ya que solo así el niño podrá sobreponerse a la angustia de separación. Este proceso tiene implícita dos líneas de desarrollo, interrelacionadas pero independientes entre sí. Una de ellas es la individuación, que se despliega a través de las funciones autónomas: percepción, memoria, cognición, y prueba de realidad, centralizándose alrededor de la imagen de sí mismo. La otra, corresponde a la evolución intrapsíquica de la separación, que sigue la trayectoria de la diferenciación, el distanciamiento, la formación de límites y la desvinculación de la madre. Son importantes en esta etapa los avances madurativos en la medida que le permiten lograr la conciencia de separación. El sentimiento que acompaña en esta etapa es de una ansiedad específica, la ansiedad de separación la cual el niño puede manejar en la medida que desarrolle la constancia objetal (Lieberman et al., 1993).

Cuando la comunicación entre madre-lactante se ve alterada se produce una ruptura en la cadena de los fenómenos transicionales⁹ de la infancia. El espacio transicional el cual se va construyendo durante el primer año de vida, permite al niño crear lentamente un espacio psíquico personal; el niño comienza a internalizar las primeras huellas de funciones maternas con las cuales puede identificarse durante breves momentos hasta lograr la fase de maduración en la cual accede a la capacidad de estar a solas en presencia de la madre (McDougall, 1991).

Tanto en el caso de que la madre no logre vivenciar la fase de fusión con el niño, como no llegue a resignarse a abandonar la relación fusional, el niño corre el riesgo de establecer difícilmente el sentimiento vital y necesario de una identidad separada. Cuando la madre no es capaz de crear en el lactante la ilusión que tanto la realidad externa como la interna son una misma y única cosa, y a la vez no puede comprender en el niño los deseos de fusión, de

⁹Winnicott llamo "fenómenos y objetos transicionales": a la primera posesión "no-yo del niño" y como tales son una especie de puente entre el mundo interno y el mundo externo, y por su carácter de intermediación los denomino de esta manera. Este concepto recibe tres usos diferentes: De tipo evolutivo (etapa de desarrollo), vinculado a las ansiedades de separación y las defensas contra ellas (Nivel defensivo) y define un espacio dentro de la mente del individuo. Este le servirá para ir demarcando sus propios límites mentales en relación con lo interno y lo externo así como adquirir sensaciones para establecer sus límites corporales (Winnicott en Bleichmar y Lieberman, 1999).

individuación y diferenciación, corre el riesgo de confrontarlo a condiciones que con el tiempo pueden llevar al niño a la psicosis o la psicopatosis. Como consecuencia de esto no le permite al niño adueñarse psíquicamente de su cuerpo, de sus emociones y de la capacidad de pensar o de relacionar pensamientos y sentimientos (McDougall, 1991).

EL fracaso en el proceso fundamental de separación e individuación del desarrollo del individuo comprometerá inevitablemente la capacidad del niño para integrar y reconocer como propiedades personales tanto el cuerpo, las zonas erógenas como también la mente, es decir sus pensamientos y emociones. McDougall agrega que “cuando una elaboración inadecuada y la descarga de la tensión psicológica en un trabajo o una acción psíquica se unen a la incapacidad de ocuparse de si mismo, observamos que estos pacientes tienden a ignorar la señales de sufrimiento del cuerpo y no consiguen oír la señales de desamparo de la mente” (McDougall, 1991, p.59), pudiendo tener en tales casos, la escisión resultante entre psique y soma consecuencias catastróficas.

3.2 VÍNCULO PATERNO

El padre del paciente psicopatológico se puede describir como un “padre inoperante” que fracasa en su función como tal. Se presenta como una persona sin peso, incapaz de incluirse en el grupo familiar como un otro diferenciado y activo en relación a conflictos emocionales o toma de decisiones en el desarrollo evolutivo del hijo. Aún cuando el hijo logra percibir lo inoperante y dependiente que es el padre, ésta imagen es descalificada por la madre, que lo señala como responsable de las exigencias a las que el niño se vé sometido.

Para Liberman et al. (1993), la categoría de padre inoperante descriptivamente abarca a:

- padres que se autoexcluyen tanto por debilidad yoica y/o esquizoidía. Por un lado la conducta real va desde padres esquizoides, alejados emocionalmente, creando situaciones de desconcierto y ambigüedad por su posición de presente-ausente, hasta padres que se muestran conectados empáticamente con las necesidades del hijo, percibiendo el aspecto patógeno del vínculo madre-hijo, pero se someten pasivamente a la ideología de la madre. Por otro lado se describen padres impulsivos que estallan en accesos de rabia pero inoperantes para producir cambios en la interacción familiar, hasta padres perversos que establecen falsas e idílicas relaciones con su pareja produciendo sentimientos de exclusión y celos en el hijo. Este último tipo de vínculo supone una mayor patología.

- padres que se autoexcluyen por debilidad yoica y/o una relación competitiva con una madre excesivamente fálica. Estos no pueden constituirse como una figura de autoridad y amor, no son capaces de poner límites a situaciones de confusión ni tampoco darle sentido y vigencia a las prohibiciones. Al no ofrecerse como una nueva figura de sostén, no ayudan al hijo a diferenciarse de la madre. Además, hacen alianza con aspectos maternos que no pueden dar cabida a los impulsos agresivos y hostiles del hijo. En este sentido el padre es incapaz de estructurar un circuito comunicacional donde se dé cabida a la agresión asociada a un significado. Para el hijo, la imposibilidad de experimentar la rabia asociándola al contexto en que surgió lo priva de la experiencia de enojarse y amigarse, lo que le otorgaría la posibilidad de internalizar un objeto con sentido de seguridad y permanencia a pesar de la alternancia emocional. Es así como, la hostilidad sin un enlace significativo se descarga en forma indiferenciada a través de la somatización.

Se puede observar que en pacientes que somatizan sus conflictos psíquicos alcanzan, al parecer, una fase normal de organización edípica la cual les permite llevar una apropiada vida social y sexual de adultos. No obstante a esta estructura edípica se ha incorporado una organización más primitiva, donde la imagen paterna aparece deteriorada e incluso totalmente ausente tanto en el mundo simbólico de la madre como del niño. En este sentido, pareciera que el

sexo y la presencia paterna ejercieron un rol estructurante mínimo en la organización psíquica del niño (McDougall, 1991).

2.3 CONSTELACIÓN FAMILIAR DEL PACIENTE PSICOSOMÁTICO

El paciente psicosomático forma parte de una familia que desde su nacimiento lo incluye en una red de interacción con una seria distorsión a la base; de tal forma que el niño tiene como misión satisfacer las aspiraciones narcisísticas de los padres. Previo al nacimiento del hijo y de conocer las características, posibilidades y deseos reales de éste, los padres ya tienen una idea definida de la línea de desarrollo que el niño deberá recorrer y que necesitan que cumpla, depositando excesivas expectativas y ambiciones sobre rendimientos exitosos y precoces, tanto en el plano de logros externos como en relación a lo afectivo y vivencial (Lieberman et al., 1993).

En su desarrollo el niño no deberá sufrir desaliento, temor o depresión, sentimientos que ellos ya vivieron y creen como inelaborables. El medio familiar en el cual está inserto percibe como peligroso el dolor psíquico, las crisis afectivas, los altibajos de humor y las regresiones temporarias y los concideran un obstáculo que puede interferir en la conducta de logro, y no como elementos propios del crecimiento y desarrollo mental (op. cit.).

En esta constelación familiar el hijo, aliado al modelo ambicioso de los padres se conforma a sí mismo como el hijo ideal a costa del corte de líneas genuinas de evolución. Esta alianza entre padres-hijo se establece en factores disposicionales del niño, principalmente, por una sensibilidad muy temprana a percibir las necesidades del objeto, que los urge a satisfacerlas para evitar tanto el colapso del objeto como su rechazo hostil. Esto los lleva a ambicionar logros más allá de sus posibilidades madurativas reales, estructurándose un tipo de relación padres-hijo en la que se privilegian mutuamente la

omnipotencia. El costo que ésto implica para el niño es el sufrimiento orgánico y el empobrecimiento psíquico (op. cit.).

El hijo percibe que aún cuando entre los padres no consiguen llegar a un consenso para criarlo existe un fuerte pacto implícito que configura un área vincular de satisfacción entre ellos, a la cual él no tiene acceso. Los padres no son capaces de incluir al niño en la red comunicacional triangular, reproduciendo relaciones diádicas lo cual se expresa en la exclusión de uno de los miembros ya sea el padre o el niño alternadamente en diferentes momentos de la relación. En relación a esta área secreta de la relación y la tendencia a establecer alianzas, estos padres muestran a sus hijos un aspecto parcial de la relación, ocultando otros, los cuales el niño no se atreve a explorar a través de la imaginación o el pensamiento deductivo, quedándose con “la fachada” que se le ofrece (op. cit.).

Aun cuando la pareja se muestra con una división de roles rígida, que por lo diferenciados y estereotipados parecieran ser claros y ordenados, el niño lo percibe como una fachada que supone un aspecto oculto, diferente a lo que muestran. La interacción de los padres funciona como un mensaje contradictorio, siendo conceptualizada por el niño como un fraude. Esta interacción no le permite al niño la integración depresiva, potencia sentimientos de desconfianza y muestra un modelo de identificación que se basa en la división estricta entre fachada e interior. A partir de esto, el niño construye generalizaciones empíricas en las cuales cree que todo objeto contiene un aspecto oculto tratando de esta manera de aclarar los mensajes contradictorios que se dan a nivel verbal como gestual y entre los diferentes mensajes verbales, manera en que se centra toda la comunicación familiar (op. cit.).

Lieberman et al. (1993), describen tres variables interrelacionadas que se observan en el manejo de los padres y que corresponderían a una ideología de crianza definida y coherente en si misma, que abarca todo el contexto de la crianza y es el fundamento que sustenta las inhibiciones o reforzamientos de las áreas corporales y funcionales durante el desarrollo.

- Imposición al hijo real de un modelo ideal previo: marca una patología básica en el proceso de diferenciación del yo y el objeto, dado que interfiere en el uso de la agresión como una manera para expresar las propias necesidades. En la indiscriminación con el objeto es el propio cuerpo el que pasa a ser el extraño no así el cuerpo del objeto que debe ser atendido con urgencia. Existiría en este tipo de vínculo una inversión del rol adulto-niño, es el hijo quien se adecua al modelo ideal previo y no los padres quienes se van modificando y transformando. Asimismo los padres desean recuperar en el hijo el aspecto protector, seguro y sin miedo del que ellos carecieron.
- Imposición del modelo ideal en forma temprana: esto se expresa en la incapacidad de los padres de tolerar que los aprendizajes implican progresos y retrasos y que son parte del proceso madurativo. En este sentido subyace una concepción estática del tiempo, es decir no logran tener una perspectiva del desarrollo como proceso con etapas, detenciones y transformaciones, teniendo la fantasía que el hijo ya es lo que será, y es por esto que el niño se ve forzado a un crecimiento acelerado sin un correlato madurativo auténtico. Los padres no pueden “aguardar”, por lo que no fomentan la capacidad de espera. Pierden de vista que las necesidades de dependencia, contacto y torpeza son parte del proceso madurativo y que paulatinamente irán disminuyendo en interacción con la creciente madurez y el aprendizaje a través de la experiencia. Es importante en esta etapa, la disposición de la madre para aceptar la creciente autonomía del niño y la dotación innata para libidinizar las actividades motoras recién adquiridas (Mahler en Bleichmar y Leiberman, 1999). La crianza está marcada desde sus inicios por la configuración imposición-prematurez que se inscribe en el vínculo, marcando el camino a la sobreadaptación y seudoidentidad. Esta prematurez altera la capacidad infantil y luego la adulta en el sentido de desarrollar un sentido de “propiedad sobre lo propio”. En el desarrollo de la asimilación de los cambios personales y consolidación de la identidad es imprescindible el sentir que cada logro evolutivo surge de un proceso en el cual el yo estuvo comprometido. Se podrán sentir como propios en la medida que se vivencien estos logros como procedente del mundo interno.

Estos niños incorporan funciones antes de vivenciar el deseo y tener las condiciones de madurez biológica. Gran parte de sus adaptaciones exitosas son copias imitativas del objeto, sobreimpuestas a su identidad y no como parte de un auto desarrollo. Los padres descalifican el yo deseo, necesito o no puedo, sobreestimando el ajuste al modelo así como el acomodamiento del interior a las normas externas bajo la forma de imposiciones superyoicas (Lieberman et al., 1993).

- Búsqueda de las soluciones prácticas: se da cuando emergen conflictos emanados del mundo emocional del niño, frente a los cuales los padres se sienten agobiados e impotentes, sintiendo gran alivio cuando pueden enfrentar el emergente psicológico con la toma de decisiones rápidas y con soluciones concretas, las cuales más que aliviar al niño, alivian las propias ansiedades de los padres. Esta manera de evitar el emergente conflicto psicológico y emocional por parte de los padres se inscribe en sucesivas situaciones de interacción alterada padre-hijo, las que más tarde serán incorporadas por el paciente, como tendencia permanente a forzarse en circunstancias que le son displacenteras y que posteriormente en la vida adulta se traducirán en la intolerancia para aceptar los propios conflictos, ansiedades y temores. Estos individuos carecen de registros de angustia señal por lo que tienden a enfrentar situaciones nuevas sin conectarse con los estados de ánimo que éstas les producen. Además desarrollan una ideología rígida en la que la fuerza de voluntad es un rasgo idealizado, como una manera de contrarrestar el registro de emociones displacientes (op.cit.).

V. DERMATITIS ATÓPICA

1. DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA DERMATITIS ATÓPICA (ECZEMA ATÓPICO)

Entre los trastornos psicodermatológicos, el más frecuente, es la dermatitis atópica o eccema atópico, con una prevalencia de alrededor del 15 %. En los últimos años este es el trastorno dermatológico que ha mostrado mayor aumento de su prevalencia (Awad, 2002). Se presenta mayormente en la infancia, pero continúa en los adultos entre un 40% y un 60% de los casos (Vanaclocha, 2002). En la década de los setenta su incidencia era de 3% en niños y 0.5% en adultos. Actualmente ha sufrido un importante aumento, estimándose en un 10% (Danovaso, 1997). Es un trastorno que afecta más a las mujeres que a los hombres en una relación de 2:1 (Valda, Oroz y Castillo, 2001).

La dermatitis o dermatitis es una reacción inflamatoria de la dermis o epidermis. En el caso de la dermatitis atópica es una erupción inflamatoria crónica recidivante e intensamente prurítica, observándose un ciclo de prurito–rascado–dermitis. El 70% de los pacientes con dermatitis atópica tienen familiares o historia personal de una o más localizaciones de atopia, frecuentemente asociada a asma bronquial y rinitis alérgica. (Honeyman, 2002).

De acuerdo a (Leung, Rhodes, Geha, Schneider y Ring en Fitzpatrick, Ellsen, Wolf, Friedberg y Austten, 1997) la dermatitis atópica se caracteriza por la presencia de:

- Prurito intenso y reactividad cutánea, seguido por el rascado que puede agravar las manifestaciones cutáneas. Este puede alterar gravemente la calidad de vida del paciente transformándose en la molestia principal. La forma de funcionamiento del prurito esta mediada por aspectos inmunológicos y neuroendocrinos.
- Morfología variada y siempre cambiante de las lesiones.
- Alteraciones de la reactividad vascular, tales como dermatografismo blanco y cambio de temperatura de los dedos.
- Piel seca y deslustrada.
- Aumento anormal de la perdida transepidérmica de agua.

- Aumento de los niveles histaminicos tanto en las zonas afectadas de la piel, como en las que no están afectadas.
- Exceso de sudoración, esta es estimulada por la humedad, ejercicio físico estímulos emocionales y gustativo. Es así como se genera el ciclo sudoración-prurito-rascado –dermitis.

El termino atópico se define en la actualidad como “un fenotipo particular, es decir, la expresión de un genotipo caracterizado por una serie de trastornos funcionales que se manifiestan en una patología de grado variable” (Silva, 1998, p. 48). En este sentido el término atopía se refiere a una condición patológica hereditaria “caracterizada por una hiperactividad del sistema inmune, nervioso y un tercer órgano de shock periférico” (Honeyman, 2002, p.6). En la actualidad el concepto atopía involucra a la dermatitis atópica, el asma y la rinitis, teniendo cada uno de estos trastornos un órgano de shock específico. En el caso de la dermatitis atópica el órgano de shock es la piel.

En estudios recientes se ha observado que pacientes con dermatitis atópica presentan una serie de alteraciones del sistema inmune que se expresan, por una parte, en una tendencia mayor a la producción de inmunoglobulina (IgE). Estos elevados niveles de IgE pueden estar dirigidos contra una amplia variedad de antígenos. Existe una correlación entre los niveles de IgE elevados y la gravedad del cuadro clínico, pero los altos niveles de IgE no son privativos de sujetos con este tipo de dermatitis. Por otra parte, los linfocitos T encargados de mediar la inmunidad celular se encuentran disminuidos en número, explicando así algunas de las reacciones de inmunidad celular defectuosa en la dermatitis atópica. En este sentido hasta en un 80% de los enfermos con dermatitis atópica se observa una inmunidad mediada por células defectuosas (Leung et al., 1997). Otra alteración importante a nivel fisiológico es el aumento de determinados neuropéptidos¹⁰. Estos tienen un rol en la regulación de la inflamación cutánea, modulando el sistema inmune local (Honeyman, 2000).

¹⁰ Los neuropéptidos son un grupo heterogéneo de moléculas compuestas por dos o más de 40 aminoácidos, actúan como neurotransmisores y/o neuromoduladores. Estos ligan el eje neuro-inmuno-endocrino (Honeyman, 2000).

Se pueden describir múltiples factores gatillantes de la dermatitis atópica tales como: irritantes, aeroalergenos, alimentos, microorganismos, hormonas sexuales, estrés, sudoración y factores ambientales (Honeyman, 1997b). En este sentido se puede concluir que este trastorno se debe a una asociación ya sea de mecanismos inmunológicos y no inmunológicos, y que la crisis o exacerbación del cuadro puede ser provocada por activación de factores endógenos o exógenos o de ambos en forma simultánea. La cronicidad de esta enfermedad depende de iguales mecanismos (Honeyman, 2002).

En el 60% de los casos el inicio de esta enfermedad se da generalmente antes del año de vida y en el 30% se manifiesta entre el año y los 5 años. De acuerdo a factores como la edad de comienzo, la morfología y la evolución, se reconocen tres formas clínicas: dermatitis atópica del lactante o eczema infantil; dermatitis atópica del niño; dermatitis atópica de los adolescentes y adultos (Valda, Oroz y Castillo, 2001).

Honeyman (2002) propone una combinación entre los criterios diagnósticos de Hanifin y Rajka y del grupo del Reino Unido, los que hoy en día son utilizados con mayor frecuencia para diagnosticar este trastorno.

A.- Rasgo primario	Prurito (debe estar presente en todos los
--------------------	---

	casos activos)
B. Rasgos secundarios	<p>Distribución de erupción (historia o presencia), adultos: compromiso flexural. Niños: cara y zonas de extensión. Historia personal o familiar de atopia (asma o fiebre de heno). Dermatitis crónica o recurrente. Comienzo de la erupción desde los dos años de edad. Historia de piel seca generalizada.</p>
C. Rasgos terciarios	<p>Edad temprana de inicio. Queratosis pilar. Queratocono. Intolerancia a lana o solventes. Eczema del pezón. Acentuación perifolicular. Dermografismo blanco. Vasoconstricción / palidez facial. Blanqueamiento retardado. Sudoración anormal con prurito. Personalidad atópica. Reactivación por causa ambiental. Aumento de IgE. Tendencia a reacciones tipo I. Conjuntivitis recurrente. Xerosis o piel seca. Pitiriasis alba. Cataratas subcapsular. Línea de Dennie-Morgan. Dermatitis inespecífica de manos y pies. Fisuras infraauriculares. Oscurecimiento de la orbita.</p>

	<ul style="list-style-type: none">Cambios en la temperatura de los dedos.Pliegues cutáneos del cuello.Menor actividad de glándulas sebáceas.Reactivación por causa emocional.Tendencia a infecciones cutáneas.Tests cutáneos para alérgenos positivos.Sensibilidad a los alimentos.
--	---

Los criterios menores presentan características que tienen relación con el origen de la manifestación, lo que ha permitido separar tres grupos de signos clínicos y de laboratorio sobre la base de los mecanismos patógenos. Estos son marcadores: endogenometabólicos, neurogénicos e inmunológicos.

Para hacer el diagnóstico clínico se requiere presentar el rasgo primario (prurito) y a lo menos dos elementos de los rasgos secundarios y tres de los criterios terciarios. (Honeyman, 2002 p.8)

Aún cuando hay consenso de que los aspectos psicológicos son considerados como uno de los factores desencadenantes de la dermatitis atópica llama la atención que en la propuesta de Honeyman el aspecto psicológico se encuentra dentro de los criterios terciarios de la enfermedad.

2. DERMATITIS ATÓPICA Y MANEJO TERAPÉUTICO

En la literatura revisada, se pueden encontrar referencias a los diferentes tratamientos para el manejo terapéutico de la dermatitis atópica, los que se pueden clasificar como dermatológicos y psicológicos. Se describirán en

grandes líneas estos tipos de tratamientos para luego exponer el manejo terapéutico desde el enfoque psicoanalítico.

2.1 TRATAMIENTOS DERMATOLÓGICOS

Los dermatólogos Honeyman (2002) y Danovaso (1997) proponen las siguientes medidas:

- Medidas generales, que van dirigidas al manejo de los factores gatillantes o exacerbantes; es decir, elementos contactantes e irritantes. Todas estas medidas permiten la resolución del eccema folicular.
- Lubricación cutánea y humectación de la piel, para mejorar la calidad de la piel (piel seca y deslustrada).
- Medicamentos inhibidores de la inflamación, antiprurito (antihistamínicos por vía oral o corticoides de uso tópico), antibióticos tópicos o sistémicos para la eliminación de microorganismos antígenos, psicofármacos (antidepresivos tricíclicos, ansiolíticos, y sedantes).
- Terapias alternativas (uso de hierbas), desensibilización, terapia inmunopotenciadoras y tratamiento con anticuerpos.

2.2 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

En los últimos años, la medicina ha reconocido la existencia de factores psicológicos en la etiología de las enfermedades psicosomáticas, lo que abre la posibilidad de la intervención psicológica en el tratamiento de dichos trastornos (Lieberman et al., 1993).

Koblenzer (en Fitzpatrick et al., 1997) expone algunas de las modalidades terapéuticas psicológicas más utilizadas actualmente:

- Terapia conductual, involucra la aplicación de los principios del aprendizaje al análisis y tratamiento de los trastornos de la conducta donde el foco se encuentra en patrones observables de la conducta. En el caso de la dermatitis atópica se utiliza principalmente en el manejo de estrés, la ansiedad y los cambios en el patrón de la conducta de rascarse.
- Terapia cognitiva, parte de la base que las alteraciones psicológicas nacen de errores habituales y específicos de pensamiento y el cómo la persona interpreta y comprende una situación, determina a su vez cómo piensa y siente. Esta terapia actúa ayudando al paciente a identificar en forma precisa las áreas problema para interpretarlas de manera más realista y ensayar respuestas más adaptativas por medio de “tareas para la casa”.
- Hipnosis, en esta modalidad terapéutica el paciente es llevado a un estado de relajación profunda, en el cual está receptivo a las sugerencias e influencias del terapeuta. Ha sido utilizada en el tratamiento del prurito, pero la sugestión hipnótica se pierde con el tiempo.
- Biofeedback, se entrena a los pacientes de manera conciente para realizar cambios en su estado físico en respuesta a la retroalimentación visual y auditiva proporcionada por medio de instrumentación bioeléctrica. También se ha utilizado en el tratamiento del prurito.
- Grupos de apoyo, pueden ser de diferentes modalidades, cuyo objetivo es que los pacientes se sientan aceptados, menos aislados, permitiendo sentir apoyo emocional y social, participar en foros para la educación de la enfermedad e intercambio de técnicas de manejo entre los pacientes.
- Terapia Familiar Sistémica, considera a la familia como un sistema interactivo, organizándose en función de reglas que catalizan las relaciones entre sus integrantes. Se plantea que por una parte la conducta patológica

es síntoma de la disfunción de las relaciones familiares y a su vez la conducta patológica de un integrante actúa como retroalimentación sobre el funcionamiento del grupo familiar. Está dirigida a toda la familia y ha sido ampliamente utilizada en los trastornos psicosomáticos especialmente en niños y adolescentes.

- Psicoterapia de insight o terapia de orientación analítica, parte de la base de que la conducta se encuentra mediatizada por procesos intrapsíquicos inconscientes que pueden rastrearse hasta la infancia. La acción terapéutica se dirige a la reconstrucción de la dinámica intrapsíquica e inconsciente del sujeto. Esta terapia se describirá con más detalle en el punto 2.2.1.

Kaplan y Sadock (1999) proponen un tratamiento combinado entre profesionales de la salud en el que se requiere una estrecha relación entre el médico y el psiquiatra/psicólogo donde cada uno debe respetar y comprender el papel y la contribución del otro. El primero se ocupa de los aspectos somáticos y el segundo de los psicopatológicos, estando al tanto ambos de los aspectos tanto del tratamiento médico como del psicológico. En este tipo de tratamiento, en la fase aguda, será la atención médica la que tenga protagonismo, pero a medida que la enfermedad evolucione hacia un estado más crónico, la psicoterapia va adquiriendo el papel primordial, teniendo la intervención médica una posición menos activa. La psicoterapia en el corto plazo tiene como función disminuir las ansiedades y, a largo plazo, el ayudar al paciente a elaborar los sentimientos en relación a los síntomas y que comprenda los procesos inconscientes que pueden estar implicados.

Estos autores añaden que cuando el paciente psicosomático, y por ende el paciente aquejado de dermatitis atópica, se enferma por primera vez, tiende a consultar al médico por las molestias físicas y extrañamente hace alusión a la ansiedad, depresión o tensión que igualmente le aquejan. Generalmente está convencido que la causa de su enfermedad es puramente orgánica, rechazando de plano la posibilidad de la psicoterapia como tratamiento; la simple idea de un problema emocional puede serle desagradable debido a los prejuicios contra la psiquiatría (Kaplan y Sadock, 1999).

Se ha observado que existe una cierta dificultad en el paciente psicossomático para hablar acerca de sus problemas y enfermedad ya que no está consciente de las tensiones psicológicas subyacentes y por lo tanto es muy difícil derivarlo a psicoterapia (Hayna y Pasini, 1980).

Se sugiere que para que el paciente pueda comprender la necesidad de una psicoterapia es importante que el médico establezca un buen vínculo terapéutico con el paciente y que junto con darle valor a las quejas somáticas, le muestre en forma empática los aspectos psicológicos que están influyendo en el curso de su enfermedad (Fischman y Pérez Cotapo, 1994).

2.2.1 TERAPIA DE ORIENTACIÓN DINÁMICA

Algunos autores psicoanalíticos plantean ciertos aspectos del trabajo terapéutico que es necesario tener en cuenta y que se describirán a continuación.

En el transcurso del diagnóstico psicológico se debe evaluar las capacidades del paciente para tolerar la frustración y la ansiedad, ya que, en ocasiones, durante el tratamiento deberá tolerar las ansiedades que representa afrontar la problemática psicológica que está detrás del síntoma. Si en el curso del tratamiento se presentan complicaciones psicossomáticas graves o descompensaciones psicóticas, el tratamiento psicodinámico, en estos pacientes, estaría contraindicado. Igualmente se debe evaluar el grado de conciencia de enfermedad y la motivación por el tratamiento psicológico (Adroer en Anguera de Sojo, 1998).

En opinión de McDougall, el paciente que por prescripción médica es derivado al psicólogo, y no tiene conciencia de sus problemas psicológicos, donde probablemente las defensas masivas contra el reconocimiento del conflicto

mental sean necesarias para su equilibrio psíquico, no será apto para una intervención psicoterapéutica, ya que “todo intento de reconstruir estas defensas sin el consentimiento y la cooperación del paciente puede resultar peligroso, ya que puede aumentar sus problemas somáticos y psíquicos” (McDougall, 1991, Pág.38).

En su práctica psicoanalítica McDougall observó la necesidad de “hacer “hablar” al soma, a traducir sus mensajes en representaciones psíquicas verbalizables, de forma que su bio-lógica se transformara, lentamente, en una psico-lógica. Así aquel cuerpo anárquico, ahistórico, puede empezar a convertirse en un cuerpo simbólico (McDougall, 1991, Pág.189).

Es esencial tener presente que el síntoma para estos pacientes representa una solución de compromiso, una defensa, y si bien les hace daño, no pueden renunciar fácilmente a él. Generalmente el síntoma es una defensa frente a las ansiedades psicóticas. Estas defensas aún cuando representan un empobrecimiento también sirven para apuntalar y mantener cohesionado el *self*. Es por ésto que en la terapia cuando el psicólogo se acerca a estas defensas, el paciente trata por todos los medios de evitar el desmantelamiento de éstas, ya que lo siente como algo muy peligroso para la integridad de su *self*. Agrega el autor, que en estas situaciones el psicoterapeuta, teniendo conciencia que detrás de la defensa que representa el síntoma hay núcleos psicóticos graves, debe actuar con mucho cuidado ya que el paciente puede desestructurarse, circunstancia que puede empeorar el pronóstico (Adroer en Anguera de Sojo, 1988).

En este sentido, el síntoma es una alarma, una señal relevante, dónde la tarea del psicoterapeuta es captar la específica significación simbólica. Es importante estar consciente que el síntoma es una denuncia de que el *self* emocional ha sido forzado mas allá de sus posibilidades; es decir “la supresión de un síntoma, sin estar avalada por un incremento en el autoconocimiento de la propia persona, no es solamente un hecho inocuo, sino que también es perjudicial” (Lieberman et al., 1993, p. 42).

De este modo, la cura sintomática por tratamientos médicos, puede producir una desorganización mayor de los códigos, que se alteran, ya que la eliminación del síntoma implica una nueva exigencia de sobreadaptación. Desde esta perspectiva, la cura transitoria del síntoma somático en estos pacientes puede resultar aún más grave, razón que avalaría el tratamiento interdisciplinario dermatológico y psicológico (Lieberman et al., 1993).

McDougall y Liberman (citados en Ovalle, 1993).destacan la importancia de la contratransferencia que produce el paciente psicossomático en el terapeuta, en el sentido de la tendencia a provocar en el terapeuta una especie de parálisis. Ambos autores coinciden en plantear que ésta es el dato mas cierto de la existencia de la patología, aquello que no tiene palabras. Agregan que son pacientes difíciles de tratar ya que esta psicopatología es egosintónica.

Adroer (en Anguera de Sojo, 1988) añade que el psicólogo debe estar muy atento a la contratransfrecia ya que ésta le informa especialmente de aspectos inconscientes del paciente, de todo lo que se encuentra detrás de la comunicación verbal. Este punto reviste gran importancia en la terapia ya que la mayor parte de la comunicación del paciente es no verbal.

Es necesario recalcar la importancia de la forma cómo el terapeuta trabaja los fenomenos transferenciales. Existe acuerdo que la transferencia en pacientes psicossomáticos es pobre ya que al haber una falla en el proceso de simbolización, ésta condiciona que en sus asociaciones traiga pocas fantasías, con escasos detalles y pocas asociaciones, sucediendo lo mismo con los sueños (Adroer en Anguera de Sojo, 1988).

Es primordial tener en cuenta que lo más enfermo del paciente psicossomático es la sobreadaptación ambiental, que mantiene la escisión del *self* corporal que carece de representación, siendo este modo de funcionamiento egosintónico para él. La tarea de la terapia psicológica es que se vuelva egodistónico la manera de funcionamiento egosintónico que el paciente hasta ese momento utilizaba y que el código visceral se transforme en mensajes con significados, que le den la posibilidad de captar la postergación a la que ha sido sometida su interioridad (Lieberman et al., 1993).

Asimismo, durante el proceso terapéutico, el psicólogo debe estar alerta a que bajo la aparente evolución exitosa subyazca una “huida hacia la salud” basada en un pseudo-insight sintónico con la tendencia a la sobreadaptación y a un sometimiento de una ideología que ellos le adjudican al psicólogo, es decir que se espera de ellos que satisfagan rápidamente a su terapeuta. El que se produzca una evolución terapéutica versus una “fuga a la salud”, dependerá de la capacidad del psicólogo de captar cuánto de los logros se basan en un *self* ambiental sobreadaptado, con la concomitante postergación del *self* emocional y corporal. Es decir, la operatividad de la terapia psicológica depende de la capacidad del terapeuta en dimensionar el fracaso simbólico que subyace en la patología psicosomática, y de esta manera, que no se convierta ésta en una sobre-exigencia más, sintónica con la hiper-adaptabilidad que presentan dichos pacientes (Lieberman et al., 1993).

En el transcurso del tratamiento se puede pasar por fases de empeoramiento con la subsiguiente exacerbación temporal de los síntomas. Esto no significa que la terapia esté contraindicada, lo que sucede es que ha habido una cierta regresión como consecuencia del trabajo de un punto central en el conflicto del paciente, que si se logra manejar adecuadamente la mayoría de las veces se obtiene un progreso (Adroer en Anguera de Sojo, 1988).

En la medida que en el trabajo terapéutico se desestructure la defensa patológica, es posible que esta situación provoque en el paciente la vivencia de las ansiedades catastróficas inherentes a la ruptura de la simbiosis ilusoria; surgirán entonces concepciones primarias del objeto, cuerpo, espacio y tiempo ligadas con vivencias persecutorias y depresivas que quedaron escindidas en la evolución temprana como consecuencia del vínculo patológico con la madre y la tendencia del niño a la sobreadaptación. De esta manera, se llegará al punto en que se detuvo el proceso de simbolización genuina, a partir de lo cual el paciente podrá integrar estados emocionales hasta entonces disociados (Lieberman et al., 1993).

La emergencia de síntomas psicósomáticos en el análisis de estos pacientes implica que el funcionamiento sobreadaptado comienza a ceder. Así, poco a poco, el paciente podrá llegar a reencontrarse con los afectos subyacentes; afectos que por el sistema defensivo han quedado "...sometidos a un código corporal y que necesitarán de nuestras palabras para expresarse y de nuestra capacidad de sentirlos: a ellos y con ellos, para lograr la integración de aspectos primitivos muy temidos, que solo podrán tolerar si los analistas lo hacemos" (Ovalle, 1993, p.20).

Finalmente, el hecho que se reconozca en el ámbito médico (dermatológico) y psicológico, que tanto los factores somáticos como emocionales en diferente proporción, dependiendo del individuo, juegan un rol en la aparición y mantención del trastorno, la combinación de las perspectiva psiquiátrica y médica permiten entender mejor al paciente enfermo (Kaplan y Sadock, 1999).

Una vez realizado el diagnóstico dermatológico y psicológico, junto con determinar el manejo dermatológico, se debe elegir, dependiendo de la estructura psicológica de cada paciente, si corresponde derivarlo a terapia dinámica o a otro tipo de terapia psicológica, como las mencionadas anteriormente. Podemos concluir que el enfoque interdisciplinario compartido por la mayoría de los autores revisados permitiría lograr una mejoría integral y de largo plazo en el paciente con dermatitis atópica.

VI. ANALISIS DE LAS INVESTIGACIONES Y ARTÍCULOS

1. TABLA DE INVESTIGACIONES Y ARTÍCULOS

En esta tabla se presenta una descripción y síntesis de conclusiones que la autora ha estimado como las ideas principales de las investigaciones y artículos que hacen referencia a la dermatitis atópica. El criterio de selección utilizado fue que en ellas se incluyeran tópicos como aspectos psicológicos, tratamiento combinado medico-psicológico o psicológico. Para este fin se revisó material bibliográfico tomado de las bases de datos de Medline, Lilacs, PsycINFO, Ebsco, Scinours, Toxnet, Ovide, Popline, Icy, Cience direct, Inis data base, Evidence clinical, además de las publicaciones Revista Sociedad chilena de dermatología, Revista terapia psicológica, Revista psicología universidad de chile y Revista chilena de psicología, entre los años 1994 y 2004.

De un colectivo de cincuenta y cuatro investigaciones y artículos, la muestra teórica fue de cuarenta y siete quedando reducida la muestra real a treinta y cuatro investigaciones y artículos. Del colectivo hubo un 12,9% de las investigaciones o artículos a los que no fue posible acceder ya que el costo de estas sobrepasaba las posibilidades económicas de una memoria de titulación.

Las treinta y cuatro investigaciones de la muestra real han sido ordenadas por fecha de publicación y se les ha asignado un número correlativo. En el Análisis temático de las investigaciones y artículos y en el Análisis y síntesis de los datos obtenidos en las investigaciones y artículos, cada una de estas investigaciones estará asociada a ese mismo número expresado dentro de un paréntesis cuadrado [] toda vez que se la mencione.