

Los trastornos del pensamiento y las enfermedades psicosomáticas

Académico Dr. Alfonso Sánchez Medina

"Existen enfermedades que no pueden tratarse sino a través de la mente"
Platón, en "Carmides"

Resumen

A partir de un enfoque médico-psicoanalítico se plantean las principales teorías psicosomáticas relacionadas con el proceso del pensar.

El aspecto clínico se ilustra mediante seis historias de pacientes con trastornos psicosomáticos tratados mediante un enfoque psicoanalítico.

Al llevar a cabo una integración entre las teorías de otros autores con las propias, se busca dilucidar algunos de los mecanismos psicológicos que intervienen en el proceso por medio del cual un sentimiento reprimido tiende a convertirse en un trastorno psicosomático.

Se concluye que un afecto depresivo reprimido es el frecuente generador de estas afecciones. Esta represión tiene que ver con una falla en la relación de la madre con el hijo durante los primeros años, que impide el desarrollo adecuado del proceso para elaborar los pensamientos-palabras, deficiencia que requiere ser corregida por la acción psicoterapéutica. El enriquecimiento del diálogo médico-paciente, es esencial para enfrentar adecuadamente estos trastornos.

Palabras claves: medicina psicosomática, psicoanálisis, simbolización, pensamiento, lenguaje, depresión, alexitimia, relación madre-bebé.

Introducción

La vigencia e importancia progresiva de la medicina psicosomática en el campo general de la medicina, se ha evidenciado en el aumento de las sociedades y publicaciones científicas dedicadas al tema, así como en el hecho que los estudios epidemiológicos al respecto (1) (2) indican que tanto la depresión como las enfermedades psicosomáticas constituyen uno de los problemas sanitarios más importantes y que el mayor

índice de incapacidad a nivel mundial lo ocasionan los trastornos depresivos, de acuerdo a Joynt (3). Esta trascendencia condujo a que el "Board of Medical Specialties" de los EE.UU., aprobara en el año 2003 una nueva subespecialidad de la psiquiatría que denominó "Medicina Psicosomática" (4).

La patología, estrechamente ligada a la enfermedad psicosomática, es un hecho que no solo ocupa uno de los primeros puestos epidemiológicos en nivel mundial, sino que sus costos económicos son bastante altos. La Asociación Psiquiátrica Americana encontró que en 1998 los pacientes afectados de esa patología en EE. UU. alcanzaron la cifra de 17 millones y los costos que generaron fueron calculados en 43 billones de dólares (5).

El propósito de este trabajo es plantear desde el punto de vista médico-psicoanalítico algunos aspectos de la relación existente entre el desarrollo y funcionamiento de la capacidad de pensar y la génesis de la enfermedad psicosomática. A raíz de mi experiencia en pacientes con diversas alteraciones clasificables como enfermedades psicosomáticas, he observado la íntima relación que existe entre el funcionamiento del pensar y la aparición del trastorno orgánico. Esta experiencia la he corroborado en diversas publicaciones y se han propuesto varias hipótesis sobre el por qué de esta interrelación.

El presente es un nuevo aporte personal al estudio de los trastornos del pensamiento y en general sobre la función del pensar, interés que había sido motivo de una anterior publicación (6), en el que me referí a un tipo particular de trastorno, el pensamiento perverso.

Mediante una breve reseña bibliográfica cronológica desde Freud en 1895 hasta Dickens et al. En 2004, haré una correlación entre estas teorías con algunos casos clínicos personales y unos comentarios integratorios de índole teórico-clínico para finalmente sugerir algunas conclusiones.

La integración de conceptos médicos y psicoanalíticos es una tarea compleja debido a que las observaciones puramente médicas se basan en experiencias objetivamente observables, en cambio lo psicoanalítico se fundamenta en la experiencia clínica con pacientes tratados mediante psicoanálisis o psicoterapia, hecho difícil de cuantificar en forma taxativa. Así como se puede evaluar cada vez con mayor precisión una tomografía, valorar un sentimiento como la angustia, es una ardua tarea por el grado de subjetividad que conlleva esta operación.

En el presente trabajo me referiré únicamente a los trastornos somáticos en cuya génesis se encuentra un componente psíquico. En la actualidad la clasificación de los desórdenes psiquiátricos llamada DSM IV R, agrupa estas entidades como "Trastornos somatomorfos", sin embargo el término "psicosomático" ha sido usado en forma preferente en la literatura científica del siglo XX como en lo que va corrido del siglo XXI. Otra palabra frecuentemente usada es "somatización" que significa convertir en somático un conflicto psicológico.

En síntesis, el propósito de este escrito es llevar a cabo una integración entre los conceptos vigentes de la medicina con algunas contribuciones psicoanalíticas, entre ellas, algunas personales, con el objeto de dar un aporte a la mejor comprensión de los trastornos psicosomáticos.

Evolución conceptual

Por ser poco conocidas las contribuciones de Erasistrato a la medicina (7) (8), me parece de especial interés mencionarlo puesto fue uno de los pioneros que en la antigüedad relacionó la enfermedad somática con un trastorno mental. En efecto, este médico alejandrino quien vivió entre los años 310 y 250 a.C. y practicó la medicina en Antioquía y Alejandría, fue un estudioso de la anatomía y uno de los padres de la fisiología. Al ser consultado por el Príncipe Antioco de Alejandría a causa de sufrir severa caquexia originada por una anorexia acompañada de intenso ensimismamiento, encontró que la causa de estos trastornos era el enamoramiento frustrado del Príncipe hacia Estratonice, su madrastra. Este episodio está bellamente ilustrado en un óleo del pintor B. West, que se encuentra en el Museo de Arte de Birmingham, Alabama (figura 1).

El término "psicosomático" fue usado por primera vez por Johann Christian Heinroth en 1818 al discutir las causas del insomnio así como el concepto de "medicina psicosomática" fue acuñado por Félix Deutsch en 1922 al plantear sus hipótesis sobre el origen de estas enfermedades (9).

El concepto "psicosomático" tiene su principal raíz en la filosofía, específicamente en la de Descartes, cuando desarrolló sus razonamientos sobre la dicoto-

Figura 1. Erasistrato y Antioco (Benjamin West)



mía mente-cuerpo y a su vez sentó las bases para una mejor comprensión filosófica de las funciones del pensamiento (10). Alexander (11), uno de los iniciadores del estudio de la medicina psicosomática en el siglo XX señaló que este término ayudaba a la integración de la dualidad dejada por el pensamiento cartesiano. Chiossa (12) afirmó que este concepto se debería aplicar a cualquier tipo de enfermedad, puesto que toda patología humana encierra componentes psíquicos y orgánicos simultáneamente.

Todo concepto que abarque el cuerpo y la mente necesariamente pertenece al terreno de lo que en las últimas décadas se ha llamado (13) "pensamiento complejo", es decir, es la búsqueda que da para explicar los diversos fenómenos naturales mediante el enfoque múltiple de diferentes ciencias, desde la física y la química a las matemáticas y la filosofía. Esta exploración científica en el terreno de lo psicosomático seguramente se está dando con el desarrollo de las ciencias, pero en este trabajo me limitaré únicamente a la integración de lo propiamente médico con lo psicoanalítico.

Sería muy extenso hacer un recuento histórico de la evolución del concepto mente-cuerpo dentro del ámbito médico. Un detallado estudio al respecto se puede encontrar en la obra de Zilboorg sobre la Historia de la Psicología Médica (14). Sin embargo vale la pena mencionar que a lo largo de la historia de la medicina se produjeron múltiples aportes que allanaron el camino para que a finales del siglo XIX, ya de una manera científica, las investigaciones de Freud (15) sobre la histeria, llevaron a descubrir la existencia de la relación entre el síntoma histérico y un conflicto psicológico. En ese mismo año, Freud en su célebre "Proyecto" (16) propuso una novedosa teoría sobre el origen del pensamiento basada en las concepciones neurológicas de la época. Una de esas contribuciones fue postular que si existe un conflicto psicológico que no se puede resolver mediante el pensamiento, necesariamente se desencadenará, o bien un síntoma psicológico como por ejemplo una fobia, o uno orgánico como el histérico (conversivo). De esta manera abrió

el camino psicológico para investigar la génesis de la enfermedad psicosomática. Años más tarde (17) produjo su concepción sobre el origen psicológico del pensamiento, que constituyó un aporte substancial a la comprensión de la relación mente-cuerpo. A continuación resumiré esta teoría.

Al investigar la pérdida de la realidad en los trastornos psicóticos, plantea "Los dos principios del funcionamiento mental: el del 'placer' y el de 'realidad'". A causa de estos principios (o leyes) la mente tiende a funcionar hacia dos direcciones. O bien a descargar la necesidad pulsional en forma inmediata (principio del placer) o bien a postergar la descarga según las posibilidades que le ofrece la realidad (principio de realidad). Esta postergación es posible gracias a la aparición del pensamiento, es decir, el individuo puede aplazar la satisfacción de su necesidad instintual siempre y cuando se genere un pensamiento que le permita elaborar su realidad y la conveniencia o no de dicha descarga. En este sentido dice: "La descarga motora, que durante el régimen del principio del placer había servido para descargar los incrementos de los estímulos del aparato psíquico, y había cumplido esta misión por medio de intervenciones transmitidas al interior del cuerpo (mímica, expresión de los afectos), quedó cargada ahora de una nueva función, siendo empleada para la modificación adecuada de la realidad y transformándose en acción. El aplazamiento, necesario ahora, de la descarga motora (de la acción) fue encomendado al proceso del pensamiento surgido de la mera representación. Esta nueva instancia quedó adornada con cualidades que permitieron al aparato anímico soportar el incremento de la tensión de los estímulos durante el aplazamiento de la descarga" (Op. cit. p. 1639).

Posteriormente, basado en las concepciones psicoanalíticas de ese entonces y en los aportes fisiológicos de Cannon (homeostasis) y Selye (síndrome general de adaptación) Alexander (op. cit.), da una nueva contribución al desarrollo de la medicina psicosomática en la primera mitad del siglo XX. Sus planteamientos se dirigen a explicar la enfermedad psicosomática como resultado de la represión patológica de los afectos: por ejemplo, señala que en el origen psicológico de la "hipertensión esencial" subyacen sentimientos agresivos reprimidos, así como "una secreción aguda del estómago puede ser una respuesta regresiva a un sentimiento de peligro o una crisis de asma está en relación con un impulso inconsciente reprimido solicitando la protección materna" (p. 55). Sus investigaciones se extendieron a mostrar la importancia del factor psicógeno en diversas afecciones tales como trastornos del aparato digestivo, cardiovascular, endocrino, piel, osteomuscular y genital. Estos aportes constituyeron la primera sistematización psicopatológica de algunas enfermedades consideradas hasta ese momento como de origen físico o idiopático.

Besancon (18), quien hace un recuento histórico de las contribuciones a la medicina psicosomática a lo largo del siglo XX, menciona especialmente las de Dumbear en cuanto a la existencia de personalidades específicas para la génesis de una u otra enfermedad y resalta los aportes de Friedman quien describió las personalidades Tipo A y B según favorecieran o no el desarrollo de afecciones cardiovasculares. Garma (19) y Chiossa (20) explicaron la importancia de la simbología en las enfermedades psicosomáticas, es decir, cómo el órgano afectado tiene su lenguaje propio para expresar determinadas emociones. Por su parte Ruesch (21) encontró que las deficiencias comunicativas de los individuos con su medio, predisponían a este tipo de enfermedades.

Los postulados de Freud sobre la génesis del pensamiento, tuvieron en la segunda parte del siglo XX el aporte substancial de Bion (22) quien después de investigaciones tanto con pacientes psicóticos como no psicóticos, planteó su teoría sobre el origen del pensamiento y para ello describió un complejo proceso mental que conduce a la producción del pensamiento. Este concepto parte del modelo psicosomático primitivo, la relación madre bebé, en la que se funden las necesidades primordiales orgánicas con las afectivas y se fundamenta en las dos alternativas mencionadas por Freud. Si el impulso, como por ejemplo el hambre (necesidad de alimento-amor), se descarga mediante el comer, la energía que conlleva ese impulso es gratificada y deviene un estado de reposo. Si por el contrario la necesidad no es satisfecha, porque el bebé no encuentra comida (el pecho de la madre o su sustituto), existen dos posibilidades: o tolera la frustración que conlleva el hambre o no lo hace. Para tolerarla, debe haber tenido buenas experiencias alimenticias-amorosas, que hayan favorecido el inicio del proceso de simbolización (creación de imágenes sensoriales), que a su vez le permitan al bebé refugiarse en fantasías primitivas mientras dura la tensión que le genera el hambre. Si de todas formas el hambre subsiste, la tensión se incrementará hasta el punto de no tolerarla y buscará la descarga tensional por la vía motora, es decir, expresarla mediante un órgano como por ejemplo, el llanto, el pateo o cualquier signo de angustia revelador de un proceso psicobiológico. Si estas experiencias negativas predominan, se genera una intolerancia progresiva a la frustración con la consiguiente imposibilidad de producir pensamientos y por tanto a que se desencadenen diversas manifestaciones sintomáticas bien sea en el área psíquica o en la orgánica (figura 2).



Figura 2. Proceso de simbolización

En este proceso de simbolización el papel de la madre (o su sustituto) es fundamental. Cuando la madre a su vez no es capaz de tolerar las angustias del niño y devolvérselas con comprensión amorosa, sino más bien con intolerancia, rabia o desinterés, el niño no podrá superar su angustia y se reforzará la tendencia a descargarla mediante síntomas. Pero si la madre actúa con comprensión y tolerancia y le devuelve la angustia con actitudes y palabras (símbolos preverbales y verbales) amorosas, que tiendan a que el bebé comprenda sus temores, el proceso inconsciente de simbolización del niño se acrecienta y por lo tanto su capacidad de generar pensamientos. Bion llama esta capacidad materna "función alpha" que a su vez va a permitir desarrollar esa función en el infante, crucial para tolerar futuras frustraciones y manejarlas mediante el pensamiento. En otras palabras, a menor función alpha mayor será la tendencia a transformar la angustia en diversas manifestaciones patológicas (figura 3).

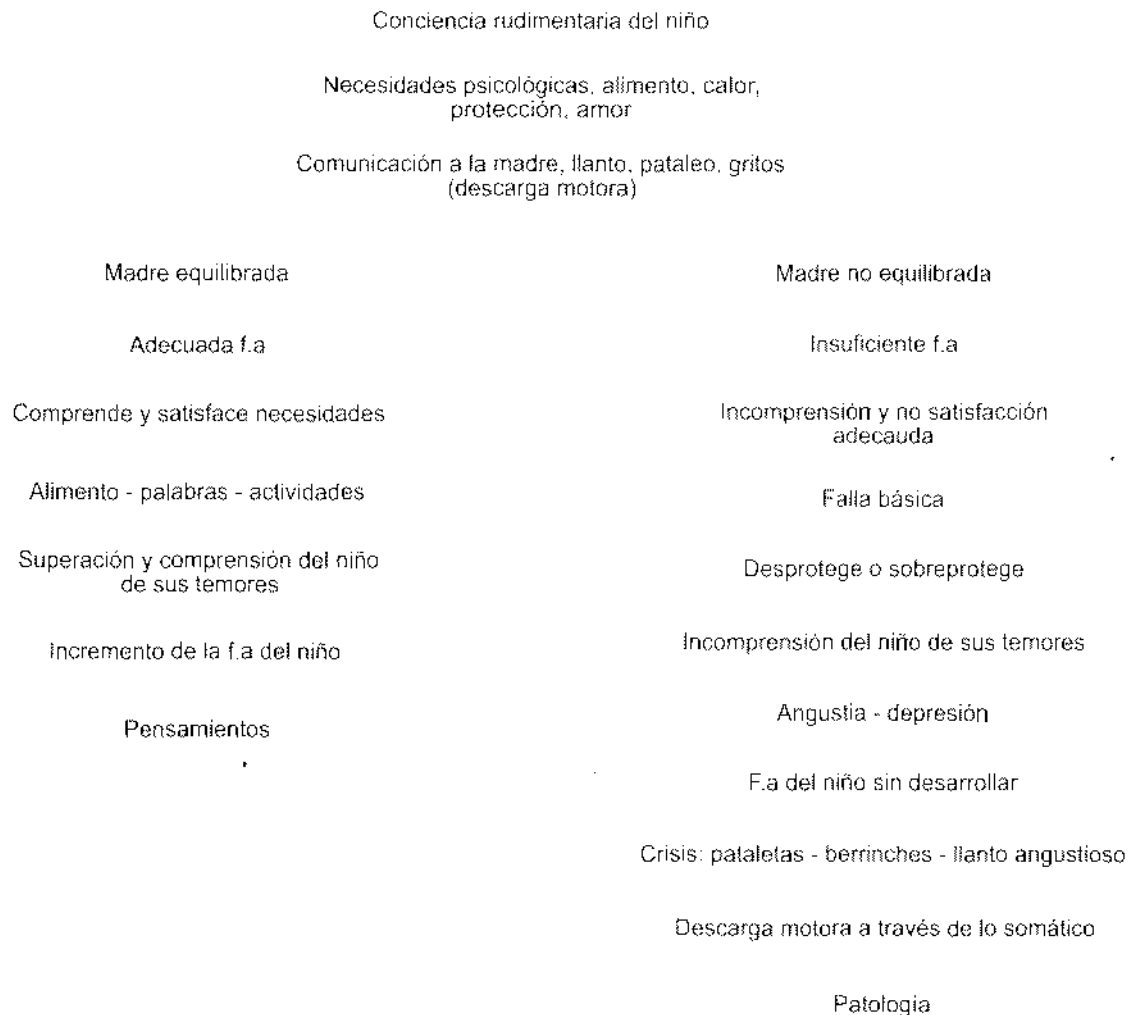


Figura 3. Desarrollo de la función Alpha (f.a) y del pensamiento

Este proceso de la interrelación madre-bebé ha sido prolijamente estudiado desde el punto de vista pediátrico en un trabajo de Hernández-Saenz (23).

Como no es objeto de este escrito profundizar sobre el desarrollo de las diversas teorías psicoanalíticas relacionadas con los trastornos del pensamiento, cito una publicación de Luzes (24) en donde resume y comenta las diversas investigaciones realizadas en este sentido. Una de sus conclusiones es "en el campo del pensamiento, entre los psicoanalistas, Freud y Bion, han aportado las formulaciones más consistentes" (p. 821) posición que comparto y constituye una de las bases teóricas del presente trabajo.

En las décadas del 60 y el 70 del siglo XX surgieron dos contribuciones fundamentales emanadas de investigaciones sobre pacientes con desordenes psicósomáticos. Por una parte las de los psicoanalistas de la llamada "Escuela de París", Marty y De M'Usart (25), postularon lo que llamaron "pensamiento operatorio", es decir un trastorno del pensamiento, típico de pacientes que padecían ese tipo de enfermedades. Esta contribución sentó las bases teórico-clínicas para que un grupo de psicósomatólogos encabezados por Sifneos (26) describieran un síndrome que denominaron "alexitimia", que permitió abrir nuevos derroteros para el estudio de las enfermedades psicósomáticas. Pasaré a explicar estas dos contribuciones.

La teoría inicial sobre el pensamiento operatorio, posteriormente fue enriquecida por Marty y De Bray (27), parte del punto de vista que en los pacientes aquejados de trastornos psicóticos o neuróticos, se observan en menor proporción manifestaciones psicósomáticas. En cambio, aquellos que padecen afecciones psicósomáticas sufren con menor frecuencia psicosis o neurosis. Como la psicosis y la neurosis presentan una alteración del pensamiento específica de cada una, se observó que en las personalidades con afecciones psicósomáticas se apreciaba una forma diferente de pensamiento. Al investigar la personalidad de pacientes con somatizaciones encontraron un tipo de defensa en que el pensamiento está bloqueado para expresar emociones y más bien se tiende a manifestarlas a través de los órganos. El pensamiento operatorio, más que un pensamiento sería un no-pensamiento, en el sentido de Bion.

Estos mismos autores mencionan (op. cit.) un estado depresivo latente en los pacientes aquejados de enfermedades psicósomáticas, que llamaron "depresión esencial" (p.180). En el curso de esta depresión puede aparecer el pensamiento operatorio, proceso que posteriormente llamaron "vía operatoria". Esta defensa psicológica está caracterizada por una desorganización del Yo en que se presentan serios bloqueos e inhibiciones que conllevan "un congelamiento de los afectos" (p.181) así como a una intensa represión de los conflictos inconscientes subyacentes, que quedan relegados a la imposibilidad de ser expresados mediante la verbalización. De esta manera la vía de expresión

de los conflictos se torna somática (operatoria) y por lo tanto conflictiva y tiende a derivarse hacia la enfermedad orgánica. "El riesgo de graves somatizaciones es permanente y aumenta cuando la 'vía operatoria' permanece por un tiempo prolongado. La mejoría de esta 'vía' requiere abordaje psicoterapéutico, aunque todavía no hayan aparecido manifestaciones somáticas" (p. 182).

El otro aporte es el del "síndrome alexitimico" o "alexitimia" postulado por Sifneos (op. cit) que es una característica de los pacientes contrastarnos psicósomáticos. La palabra alexitimia se origina en el griego significa: a=sin, lexis=palabra, timos=corazón o afecto. Lolas y Von Rad (28) describen este concepto como "la incapacidad de expresar sentimientos de una manera verbal, empleando un lenguaje con falta de resonancia afectiva y con incapacidad de usar metáforas de índole afectiva. Estas personas pueden decir que están 'nerviosas', 'enojadas', o 'felices', pero ser incapaces de describir estas experiencias de su mundo interno. Tienden a carecer de fantasías porque le es muy difícil crearlas sino más bien usar prolijas descripciones de sí mismos y su medio. Su vida es pragmática. También presentan una inhabilidad para captar a los otros como personas diferentes, es decir percibir su individualidad, como por ejemplo, tienden a vivir al terapeuta como una versión de sí mismos" (p. 190-1). La incapacidad de usar metáforas, es decir, usar palabras en sentido figurado, revela una imposibilidad para despojar el afecto que conlleva habitualmente una palabra para cargarla con afecto diferente. Parker et al. (29) añaden que a estas personas se les dificulta captar las expresiones emocionales faciales de los otros.

A consecuencia de esta inhabilidad los individuos transforman sus conflictos afectivos en una disfunción somática sin que se produzcan mayores defensas de índole neurótico. Los trabajos de Sifneos estuvieron precedidos por uno de Mc Lean en 1949, citado por Nemiah (30), quien ya afirmaba que los pacientes con desórdenes psicósomáticos tenían una aparente inhabilidad intelectual para verbalizar los sentimientos y usaban una forma de lenguaje de órgano.

Para evaluar la alexitimia surgieron diversos instrumentos, principalmente la "Toronto Alexithymia Scale-20: TAS-20" (31) y la "Levels of Emotional Awareness Scale" (LEAS) (32). A manera de ejemplo cito el estudio de Lane et al. (33) quienes llevaron a cabo una investigación mediante la aplicación de estas escalas para investigar la capacidad de reconocer estímulos emocionales en 380 sujetos excluyendo únicamente los que tenía antecedentes psiquiátricos. Se halló alexitimia en 51 individuos (13.42%). Los resultados sugirieron que la alexitimia no solamente presenta una incapacidad para verbalizar los estados emocionales propios, sino también a un empeoramiento en el reconocimiento de estímulos emocionales tanto verbales como no verbales que provengan de las otras personas y que el

rasgo distintivo de ella o sea la dificultad en poner en palabras las emociones, puede ser un agente revelador de la existencia de una incapacidad generalizada para procesar la información emocional.

Kooiman (34) hizo una minuciosa revisión de la literatura tendiente a dar una valoración epistemológica de este síndrome y su conclusión principal fue que la alexitimia es un importante concepto clínico para investigar los síntomas físicos inexplicables. Taylor (35) realizó un estudio tendiente a revisar los desarrollos recientes en la teoría de la alexitimia y su relevancia en la medicina psicosomática. Encontró evidencia empírica de relacionar la alexitimia con diversos trastornos somáticos y afirmó que este síndrome es de gran utilidad para explorar el papel que juega la personalidad y las emociones en la patogénesis de ciertas enfermedades somáticas. Kankier et al. (36) concluyeron que la alexitimia se encuentra principalmente en pacientes aquejados de desórdenes somatomorfos en comparación a lo hallado en pacientes psiquiátricos.

La estrecha relación entre alexitimia y depresión ha sido investigada últimamente. Gunzelmann et al. (37) examinaron una población de 566 personas mayores de 60 años y las compararon con 1481 individuos menores de esa edad, con el objeto de detectar alexitimia en ambos grupos así como determinar la presencia de enfermedades psicosomáticas. Encontraron alexitimia en el 15.2% de la población mayor y en el 18% de la población más joven. En ambos grupos alexitímicos se observó mayor presencia de afecciones psicosomáticas y depresivas. Estos hallazgos confirmaron la existencia de una conexión entre alexitimia y depresión. Muller et al. (38), teniendo en cuenta que existe similitud entre algunas de las manifestaciones depresivas y la alexitimia, investigaron 199 pacientes que presentaban desórdenes psicosomáticos comparándolos con 174 sujetos normales. Se encontraron manifestaciones de depresión y alexitimia en los pacientes con somatizaciones, en cambio en los sujetos de control fueron consistentemente negativos a esos hallazgos. Honkalampi et al. (39), estudiaron la concomitancia de la alexitimia con el Desorden Depresivo Mayor en pacientes ambulatorios, comparándolos con sujetos de control. Los resultados mostraron que la severidad de la depresión estaba en directa proporción con la de la alexitimia. Los estudios de Wise et al. (40) y de Haviland et al. (41) también señalan la estrecha conexión entre ambas entidades.

A su vez, la relación entre depresión y enfermedad psicosomática ha sido señalada en diferentes investigaciones. A manera de ejemplo me referiré únicamente a una de las entidades más estudiadas, las enfermedades cardiovasculares (ECV) y las vicisitudes psicobiológicas en estas entidades. Con tal motivo, haré una síntesis de los resultados de un estudio de Joynt et al. (op. cit) sobre los mecanismos de interacción entre la depresión y la ECV, quienes

parten del hecho que estas dos entidades son las más prevalentes y causas más frecuentes de discapacidad a nivel mundial. Encontraron que los pacientes con depresión tienden a desarrollar con más frecuencia la ECV y poseen una posibilidad de mortalidad mayor, después de sufrir un evento cardíaco. Los factores de riesgo clásicos como hipercolesterolemia, tabaquismo, hipertensión, diabetes y obesidad, se encuentran incrementados en los pacientes deprimidos. Añaden que la depresión genera, entre otras cosas, hiperactividad en la activación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal lo cual produce una elevación del cortisol que promueve el desarrollo de aterosclerosis e hipertensión arterial y acelera el daño de las células del endotelio vascular. Las alteraciones del ritmo cardíaco, que constituyen el 50% de las causas de muerte súbita, son más frecuentes en los pacientes deprimidos. También se apreció en estos individuos incremento de niveles de moléculas inflamatorias que influye en la enfermedad coronaria. Finalmente observan que estos pacientes tienden a la hipercoagulabilidad por aumento de los niveles de fibrinógeno.

Resultados similares fueron descritos por Williams et al. (42) en el que concluyen que existe un alto índice de mortalidad en pacientes que después de un infarto cardíaco han sufrido depresión o diversas enfermedades mentales.

En otro trabajo sobre la ECV se evaluó el papel que juega el soporte social en el pronóstico de estos pacientes. En efecto, Dickens et al. (43) estudiaron en 1034 pacientes con ECV la consecuencia de tener o no un confidente cercano para el pronóstico de la enfermedad. Concluyeron que la carencia de esta persona antes de presentarse el infarto del miocardio está asociada con resultados adversos en la evolución de la enfermedad.

Las anteriores investigaciones ponen en evidencia que el factor depresivo está presente en la ECV y que el evolución y pronóstico de la enfermedad es directamente proporcional al trastorno depresivo.

El desarrollo de la enfermedad psicosomática implica entonces la presencia de una depresión no solo como factor causante sino también como resultado de la misma enfermedad, formándose un círculo vicioso psicobiopatológico. La alexitimia es una expresión sintomática de este proceso puesto que al no poderse expresar los sentimientos depresivos lo harán a través de la somatización.

El posible origen orgánico de la alexitimia han comenzado a ser estudiadas desde el punto de vista neurológico. Larsen et al. (44) al investigar la correlación entre este síndrome con una lesión cerebral, encontraron que en la disfunción del cuerpo calloso se observan fallas cognitivas similares a las de la alexitimia y añaden que las deficiencias en el lóbulo frontal y el hemisferio derecho tienden a empeorar la alexitimia.

En cuanto al papel que juega la alexitimia en diversas enfermedades, mencionaré algunos de los trabajos mas recientes. Las relaciones con afecciones del tracto digestivo (45), (46), (47), (48), (49), trastornos de la piel (50), (51), (52), dolor psicógeno (53), (54), (55), (56), trasplantes (57), infertilidad (58), neurológicas (59), SIDA (60), artritis reumatoidea (61), afecciones coronarias (62), (63), diabetes (64), asma bronquial (65), (66), hipertensión esencial (67), torticolis espasmódica (69) y psiconeuroinmunología (69).

Con relación a esta última, Solomon et al (70) investigaron el papel que juegan la depresión y el estrés en el sistema inmunológico. Tanto estos trabajos como otros posteriores (71) condujeron a la evidencia de una falla en la función linfocitaria, específicamente en la producción de las células T y NK así como a la disminución de los niveles de anticuerpos IgG y IgM en pacientes deprimidos, específicamente en procesos de duelos mal elaborados.

Siendo la alexitimia un trastorno en el proceso de elaboración del lenguaje, es conveniente hacer un paréntesis para aclarar algunos conceptos fundamentales de la lingüística, teniendo en cuenta que en el presente trabajo me he referido no solo al desarrollo del pensamiento sino al del lenguaje mediante sus diversas expresiones preverbales y verbales. Ducrot y Todorov (72) definen el lenguaje como "la representación del pensamiento" y añaden que "la organización de las palabras separadas permite representar al pensamiento" (p.187). Estos lingüistas señalan que "los estudios genéticos de Piaget e Imherder demostraron hace ya mucho tiempo que la formación del pensamiento está unida a la adquisición de la función simbólica (o semiótica) en general y no a la adquisición del lenguaje como tal. Además Oléron reveló el desarrollo de un pensamiento simbólico en los sordomudos sin desvío cronológico considerable con relación a los niños normales. Esto no significa de modo alguno que la

función semiótica se desarrollo independientemente del lenguaje" (p. 189). De Saussure (73) dividió el uso del lenguaje en dos tipos: el uso social o lengua, que es independiente del individuo y el uso individual del lenguaje que denomina "palabra". Esta última comprende la parte motriz del lenguaje y la fonación, ambos de origen psicofísico. Desde el punto de vista lingüístico, el lenguaje es el resultado del desarrollo del pensamiento previa constitución de símbolos, es decir, una vez constituido el pensamiento este tiende a expresarse mediante el lenguaje bien sea verbal (palabras) o preverbal (llanto, risa, suspiro, sonrojo, pataleo, etc.) concepción que coincide con la psicoanalítica.

Volviendo a nuevos planteamientos de Bion (74) relacionados con el pensamiento, describe la evolución mental inconsciente en la cual se observan diversos niveles de desarrollo. Para tal objetivo propuso un instrumento de valoración aplicable en los procesos psicoanalíticos, que llamó "La Tabla" donde muestra los niveles de desarrollo del pensamiento a través del uso de dos coordenadas, una vertical o "genética" y otra horizontal o "esquemática". En la genética especifica un proceso evolutivo normal desde lo que llama las matrices del pensamiento o elementos alpha, para pasar luego a los pensamientos oníricos y las fantasías, hasta llega a los conceptos, el sistema deductivo científico y el cálculo algebraico, este último como exponente máximo de desarrollo del pensamiento. En la coordenada esquemática la evolución se produce merced a la atención y la memoria para llegar finalmente a la acción (expresión preverbal o verbal del pensamiento). La combinación de estos niveles muestra los diversos grados de desarrollo del proceso que conducen al pensamiento. Si este proceso es anormal, por ejemplo, a causa de una enfermedad mental, se generan los elementos llamados "beta" que no son útiles sino para ser evacuados mediante la acción, es decir, mediante la descarga somática o el síntoma patológico (figura 4).

	Hipótesis Definitorias						
	1	2	3	4	5	6	...n
A Elementos beta	A1	A2				A6	
B Elementos Alpha	B1	B2	B3	B4	B5	B6	...Bn
C Pensamientos oníricos, sueños, mitos, fantasías	C1	C2	C3	C4	C5	C6	...Cn
D Pre- concepción	D1	D2	D3	D4	D5	D6	...Dn
E Concepción	E1	E2	E3	E4	E5	E6	...En
F Concepto	F1	F2	F3	F4	F5	F6	...Fn
G Sistema deductivo científico		G2					
H Cálculo algebraico							

Figura 4. La Tabla de Bion

El desarrollo de las teorías psicoanalíticas sobre la génesis de las somatizaciones se ha visto enriquecido últimamente por los estudios de Mc Dougall (75), quien continuó la línea de pensamiento de Marty, De M'Uzan y Debray, reafirma que la defensa psicósomática es empleada por el individuo en substitución de la psicótica. En este sentido dice "Basándome en mi experiencia clínica, diría que esta capacidad de eyectar fuera de la psique percepciones, pensamientos, fantasías y otros acontecimientos de carácter psicológico, puede producir en el adulto, una regresión hacia respuestas somáticas en lugar de una respuesta psicótica" (p. 120). En cuanto a la función de la palabra en el desarrollo de la enfermedad somática añade "Se abre entonces la puerta a una disfunción psicósomática como respuesta a la señal primitiva proveniente de aquella parte de la psique que no posee las palabras para delimitar y contener fantasías aterradoras. Las palabras, como ya hemos apuntado, en múltiples ocasiones, son los diques más eficaces para contener la energía ligada a las pulsiones y a las fantasías que estas han creado con relación a los objetos de la primera infancia" (p. 118).

Hasta aquí me he referido a algunas concepciones psicológicas sobre el origen de la enfermedad psicósomática, sin embargo, sin olvidar la existencia de un posible factor genético. Este tema ha sido poco estudiado aunque ya existen investigaciones iniciales (76) sobre algunas entidades específicas, tales como la artritis reumatoidea, los trastornos cardiovasculares y la úlcera péptica, sin conclusiones definitivas. Por su parte Plomin y Koeppen-Schomerus (77) al referirse a la causa de la dificultad de llevar a cabo estudios genéticos en las enfermedades psicósomáticas señalan que: "Ha sido en extremo difícil identificar genes específicos que contribuyan a la herencia de los rasgos de personalidad, probablemente porque hay varios genes involucrados, lo que dificulta identificarlos aisladamente" (p. 204).

Material clínico

A manera de ilustración describiré brevemente seis pacientes que llegaron a mi consulta a raíz de que sufrían diferentes tipos de somatizaciones. Los tres primeros tratados mediante **psicoterapia psicoanalítica** y los últimos con **psicoanálisis** propiamente dicho. Este último método fue escogido principalmente por la severidad y duración de la sintomatología global. La descripción tendrá por objetivo principal resaltar algunos aspectos relacionados con el papel que jugaron las vicisitudes del pensamiento como medio de expresión de los sentimientos en individuos, quines en razón de su patología mental, desarrollaron enfermedades psicósomáticas.

La psicoterapia psicoanalítica pretende mediante una técnica específica que el paciente pueda hacer conscientes los principales conflictos que han generado las patologías mediante el descubrir las defensas desencadenadas por situaciones traumáticas y al hacerlo, se puedan verbalizar y expresar los sentimientos reprimidos mediante una catarsis emocional. Esta terapia, por su técnica y duración, no pretende resolver una conflictiva global de la personalidad como sí es el objetivo del psicoanálisis, el cual mediante un proceso transferencial-contratransferencial generalmente más prolongado, busca un enfrentamiento a fondo de los conflictos primitivos, reviviéndolos y resolviéndolos en la relación con el analista (figura 5).

Caso A (sintomatología múltiple)

Bióloga de 25 años, casada, sin hijos, desde un comienzo revela una personalidad obsesiva acompañada de un relato sin mayor resonancia afectiva. Consulta porque desde hace cerca de un año comenzó a pre-

	Psicoanálisis	Psicoterapia analítica
Duración del proceso	Prolongada	Breve o medianamente prolongada
Catarsis afectiva	Plena	Parcial
Conflictos – afectos	Reviviscencia transferencial	Recuerdo y elaboración
Instrumentos técnicos	Contención e Interpretación	Contención e interpretación de principales defensas patológicas Estímulo de defensas sanas
Desarrollo del proceso	Elaboración y resolución transferencial	Conscientización y elaboración
Capacidad de pensar	Incremento progresivo de la F.a	Incremento parcial de la f.a.]
Descarga somática	Disminuye o desaparece	Disminución o desaparición proporcional a la elaboración de los conflictos

Figura 5. Proceso Terapéutico. Objetivo: elaborar conflictos reprimidos.

sentar múltiple sintomatología somática: episodios de mareo severos, astenia marcada, náuseas, crisis de diarrea profusa, cefaleas intensas generalizadas, pérdida progresiva del apetito y de peso. Todo esto le llevaba a ausentarse periódicamente de sus labores y por esta causa era posible que le cancelaran el contrato de trabajo. Consultó a médicos generales, gastroenterólogo, endocrinólogo, otorrinolaringólogo, internista y neurólogo así como a un "médico bioenergético" y recurrió varias veces a los Departamentos de Urgencias en instituciones hospitalarias. En los exámenes tanto físicos como de laboratorio, incluyendo resonancia magnética del sistema nervioso central, no se encontró ninguna alteración. Le formularon drogas sintomáticas, sin mayores resultados benéficos. Todos estos abordajes médicos, como se supondrá, tuvieron un alto costo económico. Finalmente y en vista del fracaso diagnóstico y terapéutico, uno de esos médicos se dio cuenta de la existencia de alguna problemática psicológica y le aconsejó consultar. Fue evaluada por un psiquiatra quien sospechó que su diversa problemática orgánica eran somatizaciones de conflictos psicológicos y consideró que ameritaba un tratamiento psicoterapéutico.

Inició psicoterapia psicoanalítica y al poco tiempo surgió lo que se pudo considerar como el núcleo de su problemática emocional. Relató que había tenido dos abortos provocados, uno hace dos años y otro unos meses antes de comenzar la sintomatología somática. Estos hechos, a los cuales conscientemente no les dio mayor importancia, progresivamente mostraron que estaban íntimamente relacionados con una depresión latente acompañada de intensos sentimientos de culpa que desencadenaban necesidad de auto castigo mediante las somatizaciones. Así mismo se encontraron severos conflictos en la relación con el padre, quien era vivido como una figura perseguidora y cruelmente super-yoica, con quien se identificaba a través de incrementar los sentimientos de culpa relacionados con los abortos y la consiguiente necesidad de autocastigo. Esta problemática incidió en un empobrecimiento progresivo de la vida sexual conyugal hasta el punto que hizo peligrar la estabilidad matrimonial. Durante la terapia pudo hacer consciente, verbalizar y elaborar la depresión inconsciente ocasionada por el duelo de los hijos perdidos y la culpa por sus sentimientos filiciales así como también superar la identificación patológica con la figura paterna. Al cabo de algunos meses la sintomatología tanto física como psicológica comenzó a desaparecer y la terapia se dio por terminada con evidente mejoría.

Caso B (colon irritable)

Ingeniero de 41 años, separado, que consulta por episodios de angustia intensa, con sentimientos de desesperación y deseos de quitarse la vida. Esta situación se ha acompañado de crisis de ingestión de

bebidas alcohólicas hasta el punto de haber llegado varias veces a intoxicaciones severas, una de ellas con tratamiento hospitalario. Relata que desde hace varios años ha venido siendo tratado para episodios diarreicos severos que han sido diagnosticados como colon irritable, que se exacerban cuando está angustiado pero no sin mejoría a pesar de diversos tratamientos farmacológicos.

Durante el proceso psicoterapéutico se encontró un manejo muy conflictivo de sus relaciones de pareja. A los 23 años, después de que su novia, de quien estaba enamorado le abandonó por múltiples infidelidades de él, presentó una crisis ansiosa similar a la actual. Posteriormente se reconciliaron, casaron y tuvieron 3 hijos. Durante los siguientes 15 años de matrimonio, las infidelidades se repitieron constantemente con situaciones cada vez más problemáticas, hasta que decidieron separarse. Aunque acepta que la esposa tiene toda la razón, su compulsividad hacia la búsqueda de mujeres (generalmente muy desvalorizadas) es algo imperioso, sin que con ninguna de ellas haya desarrollado un lazo afectivo importante. Al cabo de un tiempo encuentra otra mujer a quien valora, especialmente por su medio social e intelectual y se enamora nuevamente. En esta relación vuelve a repetir el ciclo que se produjo con la esposa, pues una vez se estabiliza la relación, aparecen las infidelidades que le llevan a una nueva ruptura con el consiguiente descalabro afectivo y el desencadenamiento de la actual crisis.

A pesar que en la entrevista inicial se aprecian algunas expresiones depresivas, predomina la frialdad en su relato y el uso del pensamiento concreto, con pocas posibilidades de elaborar hipótesis sobre las causas de sus dificultades.

El explorar la génesis de la problemática psicológica, recordó el antecedente de la muerte del padre cuando era adolescente, con quien guardaba una relación muy idealizada sin que el respectivo duelo se hubiera podido elaborar, pues lo vivió con frialdad afectiva. Después de la muerte paterna inició una vida llena de situaciones conflictivas, altamente peligrosas, cercanas a la delincuencia, que se interpretaron como conductas masoquistas en que buscaba situaciones de peligro como expresión del duelo no elaborado y la consiguiente necesidad de autocastigo. Simultáneamente abandona la casa paterna y por tanto se separa de la madre y hermanos e inicia una serie de relaciones de pareja evidentemente maltratantes.

Desde el comienzo de la terapia se apreció la simultaneidad entre las crisis diarreicas y los episodios de angustia. Durante el proceso terapéutico fue evidente principalmente un conflicto edípico no resuelto a raíz de la muerte del padre, que era vivido inconscientemente como un parricidio con intensos sentimientos de culpa y por ello necesitó separarse de la familia e iniciar conductas masoquistas con tendencia a establecer relaciones de pareja maltratantes.

Trató de superar esta situación mediante la relación con una novia idealizada (figura materna) con quien se casó pero no pudo mantener una relación estable, pues no se sentía digno de una mujer a quien pudiera valorar y que a su vez lo valorara.

Al cabo de unos meses de tratamiento, la sintomatología depresiva desapareció, habiéndose presentado altibajos, a raíz que intentó volver con la novia, pero ésta le dijo que hasta que no se estabilizara no aceptaría reanudar la relación. Las manifestaciones intestinales fueron cediendo pero ocasionalmente se repetían los episodios diarreicos. El paciente suspendió el tratamiento por tener que radicarse en una ciudad distante debido a razones laborales.

Caso C (artritis reumatoidea)

Mujer de 30 años, hija única, de profesión secretaria, casada sin hijos. Llegó a mi consulta enviada por un internista a causa de una depresión aparentemente desencadenada por una artritis reumatoidea severa, depresión que estaba repercutiendo en forma muy negativa en su desempeño laboral. La artritis había sido tratada con múltiples fármacos, con un pronóstico bastante reservado dada la severidad y la evolución progresiva. En el momento de la consulta está pasando por una crisis artrítica que prácticamente la tienen inmovilizada y el cuadro mental que se encuentra es de una depresión aparentemente reactiva a sus sentimientos de invalidez. Aunque hace dos años contrajo matrimonio, sigue viviendo con sus padres, lo que le produce frecuentes enfrentamientos con el esposo. La vida sexual es bastante pobre y se ha refugiado cuando su artritis se lo permite en una hiperactividad laboral con características obsesivas. Este relato lo hace con indiferencia y achaca toda su problemática psicológica a la enfermedad orgánica.

La dinámica inconsciente que se elucidó en la psicoterapia, giró principalmente alrededor de la necesidad de sobreprotección por parte de los padres con quienes ha tenido una conducta pueril y dependiente, hecho fomentado por no tener hermanos. Después del matrimonio la artritis fue empeorando hasta el punto de llegar a la situación invalidante actual. Este empeoramiento era una forma de aferrarse a los padres puesto que el independizarse de ellos le generaba sentimientos de abandono que no toleraba. Los conflictos con los padres y esposo también desencadenaban agudización de la artritis. Así mismo la posibilidad de quedar embarazada le producía intensa angustia puesto que si asumía el rol de madre tenía que renunciar a su papel de hija sobreprotegida. Un detalle significativo del proceso terapéutico fue el que a medida que este progresó, puso expresar su tristeza durante las sesiones mediante el llanto, es decir, en lugar de que las articulaciones "lloraran" pudo realmente llorar.

La resolución paulatina de estos conflictos redundó en la desaparición progresiva del ánimo depresivo y los episodios artríticos disminuyeron en intensidad y frecuencia. Continuó el tratamiento farmacológico que le permitió tener controlada la enfermedad articular y posibilitarle una vida aceptable. La terapia duró algo más de un año, tiempo en el cual se logró moderada mejoría especialmente en relación con su vida afectiva, puesto que las relaciones conyugales mejoraron substancialmente, decidieron vivir en forma independiente y aceptó la posibilidad de quedar embarazada.

Caso D (dermatitis atópica)

Se trataba de una joven de 18 años quien me consultó hace varios años por una afección dérmica que había sido diagnosticada en aquella época como una "neurodermatitis" y que posteriormente fue calificada como "dermatitis atópica". Relata que desde los 6 meses de edad comenzó a presentar lesiones de tipo eczematoso en cara, cuello y miembros tanto superiores como inferiores especialmente en los pliegues. Desde esa época los episodios se han presentado en forma intermitente y nunca desaparecieron por más de 3 meses. Fue tratada por dermatólogos con diversos medicamentos y desde hacía 3 años recibía corticosteroides en altas dosis, durante las crisis. En vista del fracaso terapéutico, uno de los médicos tratantes, al sospechar problemas psicológicos, la remitió a un psiquiatra quien le practicó una "cura de sueño". Durante este tratamiento, en algunos días la afección desapareció por completo, pero pocas semanas después volvió a aparecer. El psiquiatra le recomendó un psicoanálisis pues fue muy sugestiva la psicogénesis dada esa rápida y fugaz mejoría, no lograda hasta entonces por ningún otro método terapéutico.

En la entrevista inicial pude apreciar una joven tímida pero agradable, que presentaba una afección dérmica en el lado derecho de la cara con enrojecimiento y exudación que le afectaba su aspecto estético y usaba una bufanda para taparse el "brote". Los padres trabajaban en una industria familiar y era la mayor de 5 hermanos. En la entrevista se pudo apreciar que existía un paralelismo entre la aparición de las lesiones dérmicas y los episodios conflictivos familiares. También se observó un velado ánimo depresivo aparentemente ocasionado por la afección dérmica que justificaba el impedimento para una vida social propia de su edad. Ella y sus padres estaban muy interesados en el tratamiento psicoanalítico y dados los resultados terapéuticos negativos, decidieron suspender toda medicación e iniciar el psicoanálisis.

A continuación haré un breve recuento del proceso psicoanalítico. Durante los primeros meses se hizo evidente que las lesiones dérmicas tenían una clara relación con los viajes que los padres hacían por ra-

zones laborales, es decir, cuando se marchaban fuera de la ciudad ella iniciaba un nuevo "brote" y cuando regresaban la afección iba desapareciendo. Poco a poco este tipo de reacción se empezó a observar también con las interrupciones del psicoanálisis, especialmente en los fines de semana prolongados (puentes) y las vacaciones, la afección se manifestaba durante esas épocas y mejoraba cuando se reanudaba el análisis. De esta manera empezó a expresar las ansiedades de abandono mediante la relación transferencial en que el analista era experimentado como una figura abandonadora. También pude apreciar otro factor desencadenante consistente en que cuando le invitaban a una reunión bailable, unos días antes se presentaban el "brote" y decidía no asistir a la fiesta por esa causa. Pasada la reunión la afección dérmica desaparecía. Hasta ese entonces había rehuido tener cualquier tipo de relación de pareja.

Progresivamente fue haciendo consciente que su enfermedad estaba estrechamente relacionada con sentimientos depresivos latentes que se generaban ante cualquier amenaza de pérdida de las figuras paternas y que ahora también vivía con el analista. Al cabo de un tiempo relató un antecedente que fue útil para comprender uno de los posibles orígenes de su enfermedad: a los 6 meses de edad la madre quedó embarazada de una segunda hija y destetó a la paciente bruscamente. Pocos días después apareció por primera vez la afección en la piel.

Algo que contribuyó durante el análisis para comprender más su conflictiva, fue la situación traumática que vivió a raíz de la separación de los padres, hecho que en su momento manejó con intelectualizaciones y sin mayor resonancia afectiva. En esta época del análisis la dermatitis se expresó con mayor intensidad y permitió a su vez expresar transferencialmente las ansiedades edípicas.

El proceso psicoanalítico se centró en que la paciente pudiera revivir y verbalizar en la relación analítica sus temores de pérdida que eran expresados mediante la dermatitis con un componente sadomasoquista evidente. Ante la proximidad de sentirse abandonada reaccionaba con la dermatitis puesto que por medio de la enfermedad podía someter a su entorno y al mismo tiempo castigarlos haciendo que toda la familia girara alrededor de ella, situación que trasladó a la relación con el analista a quien también quería obligar, por ejemplo, con solicitudes para que la sesión analítica se llevara a cabo en su hogar pues no quería salir de su casa con la cara "brotada".

Otro componente psicopatológico que incidía en su enfermedad fueron las ansiedades frente a su sexualidad y específicamente en aspectos exhibicionistas-voyeuristas. En este sentido pudo hacer consciente que la dermatitis también era un medio de llamar la atención; simultáneamente coexistían placer inconsciente y desagrado consciente de ser mirada. En este

sentido también surgieron deseos de mirar desnudos que eran vividos con mucha culpa.

La piel se constituyó en un órgano que "lloraba" y precisamente el destete súbito y prematuro acompañado de un cambio de actitud de la madre ante el nuevo embarazo, repercutió en la piel, debido a que este órgano era el principal punto de contacto afectivo entre la madre y la niña.

En síntesis cuando fue tomando consciencia de sus conflictos emocionales, en decir cuando los pudo pensar y por tanto verbalizar, comenzó a manejarlo en forma más adecuada y los episodios dérmicos fueron disminuyendo hasta el punto que a partir del último año de análisis no se volvieron a presentar. Continuó exitosamente los estudios universitarios y comenzó a tener relaciones de pareja.

Esta paciente se analizó cerca de tres años al cabo de los cuales suspendió el tratamiento pues era evidente la mejoría. Quince años después fue a visitarme y me comentó que su dermatitis había desaparecido por completo desde esa época, se había casado y tenía tres niños, con una buena relación conyugal.

Caso E (síntomatología múltiple)

Economista de 50 años, casado con dos hijos, remitido por un psiquiatra a causa de varias quejas somáticas que comenzaron alrededor de los 20 años de edad. Este especialista lo había tratado durante varios años con antidepresivos sin que la sintomatología somática sufriera variación alguna. Relata que desde joven sufre episodios de cefaleas intensas que le incapacitan totalmente y que han sido investigados a lo largo de todos esos años sin encontrarse ninguna justificación orgánica. Cuando comenzó los estudios universitarios apareció al leer, una sensación de presión y dolor en la región ocular bilateral molesta que se fue agravando hasta el punto que lo "incapacitó" totalmente para la lectura. Tuvo que recurrir a los amigos para estudiar y que ellos le leyeran durante toda la carrera. Fue evaluado por varios oftalmólogos, quienes no encontraron ninguna causa que justificara esos síntomas que aún persisten. Los últimos exámenes neurológicos hechos antes de venir a mi consulta, incluyendo tomografía y resonancia magnética, reafirmaron la conclusión de normalidad desde el punto de vista orgánico. Le habían suministrado diversos medicamentos sintomáticos que solo le aliviaban temporalmente. Sufrió en forma episódica de mareos que le impedían levantarse por las mañanas y tenía que mover la cabeza muy lentamente para no caerse. Fue valorado por un otorrinolaringólogo para un posible vértigo, sin encontrarle ninguna causa justificativa. También comentó que desde hacia cerca de 15 años sufría molestias gástricas que habían sido diagnosticadas mediante endoscopia como gastritis crónica. El psiquiatra remitente, quien le diagnosticó un

trastorno somatomorfo, le recomendó un psicoanálisis en vista de los antecedentes descritos.

Inicia el tratamiento haciendo un recuento de su vida, en donde los recuerdos de la infancia son muy dolorosos y advierte que estos relatos los puede hacer por primera vez en su vida pues no ha tenido confianza con nadie para hablarlos. Nació en el campo dentro de una situación de pobreza extrema, "en una choza donde vivíamos todos hacinados, mis padres y mis hermanos y escasamente teníamos algún alimento unos días y otros no". El recuerdo más traumático se refiere a la relación con el padre, quien es descrito como un hombre cruel tanto con la esposa como con sus hijos, pero especialmente con el paciente, quien era el hijo mayor. Mas que miedo el padre producía terror y su única defensa era escapar y esconderse en el monte durante varios días para que no le castigara brutalmente. La madre era una figura pasiva y sumisa que no se atrevía a defenderlos y también los castigaba físicamente.

Cuando tenía 9 años escapó definitivamente de la casa con el deseo de buscar quien le ayudara a estudiar pues el padre le decía que eso no servía para nada. Desde entonces se propuso su meta, que resultó indeclinable: seguir sus estudios de primaria y bachillerato como fuera hasta lograr graduarse. Este objetivo lo sintió como un desafío a sus padres y a la postre lo obtuvo mediante grandes esfuerzos. Se sintió entonces orgulloso frente a su familia que continuó una vida campesina, pero gracias a su ejemplo, varios de sus hermanos también buscaron seguir estudios. Continuó la carrera universitaria financiándose él mismo, se graduó de economista e inició una carrera profesional exitosa que le produjo buenos ingresos económicos hasta llegar a una situación muy solvente.

El relato precedente estuvo acompañado de sentimientos encontrados. Por una parte, de gran resentimiento y rabia con el padre, hasta el punto que en una ocasión, ya adolescente, amenazó con matarle. El otro sentimiento era de carácter narcisista, ufanándose de cómo había superado a su familia y al mismo tiempo sintiendo cada vez más vergüenza de ellos hasta el punto de buscar formas para cambiarse de identidad. También existían resentimientos hacia la madre por su pasividad y sometimiento frente al padre, pero sobre todo por ser muy alejada y poco cariñosa con los hijos. Es significativo que lleva a cabo todos estos relatos hablando de sus cosas "tristes" pero sin el respaldo afectivo correspondiente. La madre murió cuando él tenía cerca de 10 años y el padre 20 años después, sin que en esos duelos se hubieran presentado mayores expresiones de tristeza.

Por otra parte sus relaciones de pareja fueron ocasionales y muy superficiales, vivía a las mujeres objetos que utilizaba sexualmente sin haber podido entablar una relación estable y comprometida afectivamente hasta que a los 50 años decide casarse buscando en

la esposa ante todo una figura materna protectora. A estos conflictos se añade el relato de una relación cuasi incestuosa con su madrastra puesto que durante varios años tuvo frecuentes aproximaciones sexuales, sin que llegaran a consumar una relación sexual completa.

A través del proceso analítico fue tomando consciencia de que detrás de esa gran rabia que le guardaba al padre, existía también una admiración hacia él, pues había podido superar las dificultades económicas de la infancia hasta llegar a adquirir una propiedad rural considerable. Al darse cuenta de esto comenzó a valorarlo y aceptar que este había tenido méritos no reconocidos hasta ese entonces y que la agresividad era fruto tanto de la ignorancia como de la condición económica precaria familiar. Al llegar hasta este punto del análisis pudo expresar sentimientos de profunda tristeza, sentimientos que se fueron acrecentando y le condujo a buscar a sus hermanos con quienes estaba distanciado desde la muerte del padre. También pudo comprender que la actitud sacrificada de la madre, era la única manera que se le posibilitaba para darle cariño a los hijos.

Otro síntoma físico llamativo fue la gran sensibilidad al frío. Consultó a un endocrinólogo quien no le encontró ninguna alteración. Se pudo descubrir que esta molestia se presentaba en las ocasiones en que experimentaban intensos sentimientos de soledad, como por ejemplo, en los fines de semana en que se interrumpía el análisis. Esto fue especialmente relevante cuando estaba comenzando a hacer consciente una depresión latente vinculada con la muerte del padre. Eran momentos en que requería "calor humano". La relación transferencial le permitió revivir su hostilidad hacia la figura paterna así como buscar en el analista una figura masculina idealizada que le permitiera tener en su fantasía un padre cariñoso.

Paralelamente a este proceso, la cefalea comenzó a disminuir progresivamente hasta el punto que desapareció por completo. El síntoma "ocular" relacionado con su imposibilidad de leer también comenzó a ceder, aunque no completamente. El resto de sintomatología orgánica no volvió a presentarse. Al cabo de 2 años de análisis el paciente viajó al exterior y por esa razón suspendió el tratamiento.

La psicodinamia relacionada con la cefalea se puede resumir en que el paciente al reprimir y por tanto volver inconsciente su agresividad hacia los padres, especialmente hacia el padre, se sintió culpable de sus deseos de destruirlos y en su fantasía, una forma de llevar a cabo estos deseos, era superarlos mediante el progreso intelectual y económico y vanagloriarse ante ellos de los logros. Entonces se castigaba mediante el síntoma doloroso que le impedía estudiar por sus propios medios, buscando "hermanos sustitutos" en sus compañeros de estudio para que le leyeran y así justificar inconscientemente mediante la sintomatología fraterna, la búsqueda de compañía. Todo esto

estaba enmarcado en una depresión inconsciente que le llevó a utilizar en forma narcisista a las personas, especialmente a las mujeres, sin comprometerse afectivamente, pues temía entregar su afecto y sufrir una frustración como sucedió con sus padres. El resto de sintomatología somática también tenía raíces en sentimientos depresivos inconscientes.

Caso F (asma-frigidez)

Abogada de 35 años, casada, sin hijos. Consulta por conflictos conyugales crecientes y para aclarar por qué rechaza totalmente la posibilidad de ser madre. Relata que es la hija mayor de una familia con 3 hijos. Hubo una gran diferencia de edad entre ella y sus hermanos, lo que llevó a los padres y los hermanos a tener una actitud exageradamente sobreprotectora hacia ella, como si fuera la hija de todos. En la casa se hacía lo que ella quería, pero a pesar de esta sobreprotección el padre fue muy severo y autoritario, en cambio la madre era pasiva frente al padre y ocasionalmente explotaba con crisis agresivas hacia los hijos. El rendimiento escolar fue excelente y obtuvo su título universitario muy joven. Empezó a trabajar en una importante empresa en donde tuvo una carrera exitosa. En el área afectiva decidió casarse con un hombre 15 años mayor que ella, quien pertenecía a una familia extranjera muy diferente a la de ella. Esta decisión la tomó aparentemente por afecto, aunque la razón principal era que esta persona le daba seguridad económica. Lleva 13 años de matrimonio y con el beneplácito del esposo rechaza toda posibilidad de tener un hijo. Así mismo relata que su vida sexual conyugal es bastante insatisfactoria porque rara vez ha podido llegar al orgasmo. Cuenta que en la infancia tuvo episodios asmáticos que desaparecieron en la adolescencia, sin que recuerde mayores detalles al respecto.

A los pocos meses de iniciarse el psicoanálisis se iniciaron episodios de intensa agresividad hacia el analista cuando éste no le daba gusto en solicitudes de diversa índole. Esto fue interpretado transferencialmente como un deseo de revivir la figura paterna complaciente y al mismo tiempo rígida. A su vez fue apareciendo una erotización de la transferencia de franco significado edípico. Después de un proceso elaborativo de estas situaciones afectivas apareció una nueva forma de transferencia que consistió en vivir al analista como una figura materna. Esto fue especialmente evidente cuando surgieron episodios asmáticos cada vez con más intensidad los fines de semana y en especial antes de las vacaciones de análisis. Recordó que estas crisis no las había tenido desde la infancia. Era muy explícito que en el último día de la semana de análisis, a los pocos minutos de comenzar la sesión, se iniciaba una crisis asmática moderada y a medida que la sesión transcurría y al

interpretársele sus ansiedades de abandono, es decir, su temor de alejarse del analista-madre, la crisis iba cediendo hasta el punto que al terminar la sesión ya había desaparecido completamente. Estos episodios se presentaron durante el primer año del análisis hasta que desaparecieron.

Se logró hacer consciente que su rechazo a la maternidad estaba íntimamente relacionado con una depresión latente originada en negarse a asumir una identidad como madre lo que le implicaría renunciar a su papel de niña sobreprotegida, papel que había defendido intensamente, no sólo con los padres sino con hermanos y esposo. Con este último se expresó al casarse con alguien que le representaba una figura paterna protectora lo que también incidía en su frialdad sexual, pues al vivir al esposo como un padre, las ansiedades edípicas no le permitían tener una satisfacción sexual. Esto fue especialmente evidente cuando conoció a un hombre menor que el esposo con quien tuvo relaciones sexuales satisfactorias y surgieron deseos de tener un hijo con esta nueva pareja. El análisis duró cerca de tres años y se suspendió a raíz de dificultades profesionales para asistir a las sesiones.

Un resumen de los casos expuesto se encuentra en la figura 6.

DISCUSIÓN

Centro mi discusión en tres aspectos principales que son el objetivo de este trabajo. En primer lugar me referiré a los trastornos en el desarrollo de la simbolización y por ende del proceso de pensar. Luego comentaré el papel que juega la depresión en la patología psicósomática. Finalmente describiré en forma resumida la psicodinamia del proceso terapéutico, es decir, cómo obra la terapia en la resolución del síntoma psicósomático.

Como señalé, el proceso de simbolización se inicia desde el nacimiento en las primeras experiencias del bebé con el mundo externo, especialmente con la madre. Este proceso puede alterarse por carencias fundamentales en las relaciones primitivas del bebé consistentes en deficiencias en el proceso de formación del Yo, cuya influencia se extiende a toda la estructura psicobiológica del individuo, abarcando distintos grados tanto de su psiquis como su cuerpo. Los pacientes viven (inconscientemente) estas carencias como la ausencia de algo fundamental que debe ser reparado. Este hecho fue descrito inicialmente por Balint (78) quien lo denominó "falla básica". De acuerdo a las teorías de Bion ya descritas, estas carencias se refieren principalmente a la presencia de una madre con insuficiente función alpha, incapaz de metabolizar las ansiedades del niño. Pero no solamente el proceso de simbolización se puede alterar por estas carencias primitivas, también situaciones traumáticas posterior-

	Edad	Sexo	E. civil	Motivo de consulta	Exámenes paraclínicos previos	Sintoma psíquico principal	Años evol.	Trauma infantil	Trauma reciente	Depres. Latente	Tipo de terapia	Meses de terapia	Grados de mejoría
A	25	F	Cas.	Sintomatología somática múltiples	***	Depresión leve	1	*	***	***	Psicoterapia analítica	6	***
B	41	M	Sep.	Cólon irritable	**	Crisis de angustia	5	**	**	**	Psicoterapia analítica	8	**
C	30	F	Cas.	Artritis depresión	**	Depresión moderada	10	**	*	**	Psicoterapia analítica	13	*
D	18	F	Sol.	Dermatitis	***	*	16	***	*	***	Psicoanálisis	36	***
E	50	M	Cas.	Sintomatología somática múltiple=	*	*	40	***	*	***	Psicoanálisis	24	***
G	35	F	Cas.	Angustia asma frigidéz	**	Episodios leves de angustia	32	**	*	**	Psicoanálisis	30	**

Figura 6. Síntesis de los casos clínicos

res pueden influir. En este sentido existen estudios recientes como los de Honkalampi et al. (79) y Paivio y Mc.Culloch (80), quienes investigaron el efecto de las experiencias de maltrato infantil, como desencadenantes de alexitimia. En los materiales clínicos descritos existió un común denominador en cuando a la imposibilidad de los pacientes para manifestar sentimientos reprimidos (alexitimia) y más bien buscar como medio de expresión la enfermedad orgánica (vía operatoria). Tanto en los pacientes de psicoterapia como los de psicoanálisis fue evidente que existía un sentimiento depresivo reprimido y que en momentos de exacerbación de esos sentimientos, como por ejemplo el abandono de figuras paternas, la afección aparecía con más intensidad. Las terapias, tanto las de nivel psicoterapéutico como la psicoanalítica permitieron verbalizar los sentimientos reprimidos, pero con la diferencia que en los casos de psicoterapia esta represión era menos intensa y de menor duración que en los pacientes tratados por medio de psicoanálisis en quienes los conflictos eran más severos.

La función del terapeuta es favorecer la expresión de los sentimientos de los pacientes mediante dos instrumentos terapéuticos básicos: la actitud receptiva-contenedora (preverbal) y la interpretación (verbal) de los conflictos inconscientes y por consiguiente de los afectos reprimidos. Estos instrumentos se generan en

la mente del analista al poder comprender la problemática inconsciente del paciente. Su actitud receptiva y la interpretación hacen que el paciente adquiera una posibilidad de simbolizar y manejar mediante el pensamiento el conflicto y este no tenga que descargarlo a través de la enfermedad somática. En términos de Bion, la función alpha del analista favorece el desarrollo en el paciente.

Las principales causas de la imposibilidad para verbalizar los sentimientos en los diversos pacientes descritos eran diferentes. En forma sintética las enumeraré. En los casos de psicoterapia se trataba principalmente de conflictos situacionales, tales como los abortos en el caso A, las fallas en la relación de pareja en el B y el temor a la maternidad en el caso C. Obviamente en estos pacientes existía un terreno previo psicopatológico que favoreció la aparición de la enfermedad. En cambio en los de psicoanálisis fueron evidentes los traumas infantiles como el destete y el abandono de la madre en el caso D, el padre cruel y la madre pasiva en el E y la intensa sobreprotección de los padres en el F. Tanto unos como otros confirman lo expuesto en los estudios mencionados, en cuanto a los factores generadores de alexitimia.

Otro aspecto crucial es la presencia común de depresión de todos los casos descritos. Como señalé, varios autores han relacionado la depresión con

la alexitimia y la enfermedad psicosomática. Basta recordar que Marty y De Bray (op. cit.) se refirieron tempranamente a la depresión esencial en estos pacientes, pero no desarrollaron este concepto. En este sentido es importante distinguir la depresión latente de la manifiesta. En la primera, la depresión permanece inconsciente y por tanto el paciente no se da cuenta de ella, en cambio en la segunda el individuo tiene sentimientos depresivos conscientes y por tanto se le facilita expresarlos. En mi experiencia he podido confirmar que en todos los casos de trastornos psicosomáticos se encuentre una depresión latente y en ocasiones, parcialmente manifiesta, sin ser la principal queja que les lleva a consultar. Esto es evidente en los duelos mal elaborados en donde la motivación de consulta es la enfermedad orgánica. A manera de anécdota vale la pena recordar la creencia popular de las "muertes por pena moral". Hoy podemos entender que esas muertes se deben, entre otras cosas, a una falla en el sistema inmunológico ocasionada por un duelo mal elaborado, como lo observaron Solomon et. al. (op. cit.)

Aunque existe una estrecha relación entre alexitimia y depresión, esto no quiere decir que la alexitimia constituya un signo patognómico de toda enfermedad psicosomática, en cambio, la depresión sí es un estado afectivo presente en la mayoría de los casos.

Paso ahora a referirme a la eficacia de la psicoterapia y el psicoanálisis en este tipo de enfermedades. Parto de un estudio reciente relacionado con la efectividad de estas terapias en los trastornos de personalidad, muy afines desde el punto de vista psicodinámico a la patología psicosomática. Se trata de un meta-análisis llevado a cabo por Leichsenring y Leibing (81) quienes estudiaron los trabajos publicados al respecto desde 1974 a 2001 con el fin de comparar la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica con la cognitiva, especialmente en los trastornos depresivos. Su principal conclusión fue "existe la evidencia que tanto la terapia psicodinámica como la cognitiva son efectivas para el tratamiento de los trastornos de personalidad" (p. 1231). Específicamente se refieren una mejoría en el 50% de pacientes tratados con psicoterapia analítica durante 1.3 años y 75% en los tratados durante 2.2 años, en promedio.

Meta-análisis como el descrito, relacionados con la eficacia de la psicoterapia en los trastornos psicosomáticos o somatomorfos en conjunto, no se han publicado últimamente pero sí se encuentran estudios relacionados con entidades específicas. En este sentido cabe anotar que existe un instrumento evaluativo para las terapias de los trastornos somatomorfos diseñado y evaluado por Rief y Hiller (82) llamado Screening for Somatoform Symptoms-7 (SOMS-7). Fue puesto a prueba en 325 pacientes con un alto nivel de consistencia ($\alpha=0.92$), y por tanto es aconsejable su uso en investigaciones al respecto.

A continuación me referiré a dos de los estudios

mas recientes referentes a la eficacia terapéutica de la psicoterapia relacionados con el material clínico descrito. Shapiro (83) investigó a pacientes con dolor crónico tratados con psicoterapia y psicoanálisis. Las conclusiones a que llegó concuerdan con las del presente trabajo. Afirma que existe una clara disociación en la relación mente-cuerpo como defensa primaria así como el empleo de un lenguaje de órgano por la imposibilidad de verbalizar los conflictos emocionales. La superación de esta disociación y el posibilitar la expresión de los sentimientos mediante el lenguaje conduce a la desaparición de la sintomatología.

Howlett (84) llevó a cabo un trabajo sobre la dermatitis atópica y su conclusión fue que la disfunción familiar está íntimamente relacionada con la afección dérmica, produciéndose un círculo vicioso entre las dos situaciones, así como trastornos en el desarrollo emocional durante la niñez tienen evidente impacto en el origen de la patología dérmica. Similares resultados obtuvieron Fritzsche et al. (85) al investigar 86 pacientes dermatológicos de los cuales el 51% requirieron psicoterapia.

En cuanto a conceptos básicos que orientan las psicoterapias de tipo psicoanalítico en los trastornos psicosomáticos. Knap (86) señala que existen tres modelos relevantes. El homeostático derivado de las teorías de Cannon y usado por Alexander, se relaciona con la teoría referente al bloqueo de la expresión de los afectos en estos pacientes, vale decir, en la terapia hay que favorecer la expresión de los sentimientos reprimidos. El segundo hace énfasis en la función simbólica de las diversas afecciones para aclarar el significado inconsciente de la sintomatología, en otras palabras, traducir al consciente el lenguaje simbólico que está empleando el órgano o función afectada. El último modelo consiste en elucidar los orígenes de las fallas en el desarrollo psicológico del paciente, especialmente en lo relacionado con los procesos afectivos perturbados.

Estos tres modelos tienen un común denominador que es el favorecer el desarrollo del pensamiento a través del lenguaje. Y es en este sentido que deseo enfocar la discusión central de este trabajo: el papel que juega el "**proceso de pensar**" y por consiguiente del lenguaje, en el desarrollo de la enfermedad psicosomática.

Este enfoque se basa en el eje conceptual descrito (Freud, Alexander, Bion, Marty y De M'Uzan, Sifneos, Gama, Chiossa y Mc Dougall). Estos autores señalan, desde diversos enfoques, que la descarga afectiva de impulsos reprimidos que no se ha podido hacer mediante el pensamiento-lenguaje, necesariamente tendrá que buscar otra vía para ser evacuada, constituyéndose los órganos y sus funciones, como una de las alternativas para esta descarga.

Freud y Bion al explicar la metapsicología de la generación del pensamiento y sus vicisitudes, senta-

ron las bases psicoanalíticas para la comprensión del funcionamiento mental y su relación con el origen de la enfermedad psicosomática, puesto que aclararon desde un vértice clínico, cómo un sentimiento reprimido necesariamente tiende a expresarse de alguna forma, una de ellas, mediante el síntoma orgánico. Esta explicación surgió desde las primeras pacientes histéricas que trató Freud, en que el sintoma histérico simbolizaba un conflicto psicológico inconsciente, que al hacerse consciente, desaparecía. La diferencia entre los síntomas histéricos conversivos y los psicosomáticos, consiste en que la vía preferida de la histeria es el sistema nervioso periférico (parálisis, cegueras, anestias, etc.) sin que exista ninguna lesión orgánica. En cambio en lo psicosomático la vía preferida es el sistema nervioso autónomo, en que se presentan fallas funcionales con o sin daño orgánico y la simbolización en estos casos es difícil de evidenciar. Solamente el desarrollo psicológico individual, y quizás el genético, podrán aclarar el por qué un individuo desarrolla un síntoma conversivo o uno psicosomático.

La patología histérica que era muy frecuente al finalizar el siglo XIX y en los comienzos del XX, ha tendido a desaparecer progresivamente. Una de las posibles razones es que dicha patología se origina principalmente en conflictos sexuales reprimidos. Al cambiar la cultura sexual a partir de la segunda mitad del siglo XX en el sentido de existir una menor represión de lo sexual, la sintomatología histérica ha disminuido. En cambio la patología psicosomática, como lo señalé al comenzar el trabajo, es uno de los problemas de salud más frecuentes en la población mundial actual. Surge la hipótesis si este aumento de las somatizaciones está ligado, entre otras cosas, a un detrimento en la relación madre-bebé debido a los nuevos roles (especialmente laborales) que la mujer ha comenzado a desempeñar en la cultura moderna, si se tiene en cuenta que el desarrollo de la capacidad de pensar está estrechamente relacionado con una buena relación de la madre con el hijo.

A manera de síntesis final señalaré algunos conceptos centrales del trabajo. El eje histórico-conceptual que he desarrollado ha querido resaltar una interrelación entre las diferentes escuelas de investigación mencionadas: la represión de los afectos, la expresión de estos a través de la "vía operatoria", la imposibilidad de verbalizarlos observada en la alexitimia y el lenguaje simbólico de los órganos. Todas ellas tienen algo en común: las alternativas inconscientes para la expresión de los afectos y su repercusión en el cuerpo.

Considero que en lo señalado por Bion sobre la alternativa de descarga de los impulsos, bien sea mediante la acción o mediante el pensamiento, es la clave para entender la función del pensamiento en la génesis de la patología psicosomática. Si conflictos afectivos, como los ejemplificados en los seis casos mencionados, no se pueden expresar bien sea mediante el

lenguaje verbal o preverbal, tenderán a evacuarse por el otro polo natural de expresión, la vía orgánica. La función del lenguaje en la terapia se vuelve primordial, puesto que pretende que el paciente pueda hacer consciente sus conflictos mediante la interpretación del terapeuta, para así verbalizarlos y por tanto ir disminuyendo la necesidad de descarga mediante la vía orgánica. En pocas palabras, la función alpha del analista va a posibilitar desarrollar la del paciente y así facilitar el enriquecimiento de su propia capacidad de pensar y consecuentemente disminuir la necesidad de expresarlos mediante la vía orgánica. Hay que advertir que la conscientización y verbalización de conflictos emocionales reprimidos no necesariamente hacen desaparecer la patología psicosomática en todos los casos porque este proceso puede tener limitaciones particulares en cada paciente, sin embargo, es el medio más apropiado para tratar de superarla.

La función analítica estará posibilitada gracias a la personalidad adecuada del terapeuta y a la formación idónea que haya recibido no sólo en el campo teórico sino en el personal, mediante su propio psicoanálisis.

Otro aspecto para recalcar es el papel que juega la depresión inconsciente en pacientes psicosomáticos. Tal como se observó en el material clínico descrito, todos los pacientes experimentaban en mayor o menor grado un sentimiento depresivo que en algunos casos pudo llegar a ser consciente, pero en todos se desconocían las causas. Este ha sido el común denominador que he encontrado en mi experiencia clínica con este tipo de pacientes, que me lleva a la hipótesis, en el sentido que en toda somatización el sentimiento reprimido primordial es la depresión aunque puedan existir otros secundarios tales como la rabia, la envidia, los celos, etc. Es decir, detrás de toda enfermedad psicosomática hay que sospechar la existencia de una depresión, en especial, en los duelos mal elaborados con manifestaciones somáticas.

El mecanismo bioquímico existente entre emoción y trastorno psicosomático es desconocido hasta el momento, sin embargo existen estudios iniciales que vinculan el metabolismo de los péptidos del sistema límbico con cambios emocionales, pero será una tarea "muy difícil establecer esa relación" como lo señala Sánchez-Medina (87, p. 42).

Finalmente cabe la pregunta: ¿por qué escoger una psicoterapia psicoanalítica o un psicoanálisis como vía de elección terapéutica, teniendo en cuenta que la primera puede ser más breve y menos intensa? La decisión puede tener varios determinantes, pero lo más relevante es el grado de patología mental conexas a la somatización. Así mismo se debe valorar si la enfermedad psicosomática es de larga duración o si se ha desencadenado recientemente a raíz de un hecho situacional. Si el grado de patología mental es alto o la somatización se ha cronificado, el tratamiento de elección debe ser el psicoanálisis, aunque de todas

formas una psicoterapia psicoanalítica puede ser benéfica a cualquier paciente.

El detectar a tiempo y tratar convenientemente toda enfermedad psicosomática no sólo es importante desde el punto de vista psicopatológico sino también del económico pues los costos (88) (89) son muy altos, en especial por el sinnúmero de exámenes paraclínicos, incapacidades y terapias a que son sometidos los pacientes, antes de ser diagnosticados convenientemente, como sucedió en los casos que reseñé.

Es importante recordar que en cualquier relación médico-paciente se establece un proceso inconsciente transferencial-contratransferencial que influye en el manejo que el médico dé a sus pacientes. Si el médico no encuentra causa orgánica a la sintomatología de su paciente, puede reaccionar, entre otras cosas con desinterés, molestia o inseguridad, sentimientos que son factibles de generar actitudes inconscientes de rechazo con la consecuente dificultad para entablar a un diálogo esclarecedor de la problemática psicológica de quien lo consulta.

CONCLUSIONES

A través del presente trabajo he planteado una visión global de la enfermedad psicosomática desde el punto de vista psicoanalítico, específicamente en lo relacionado con el proceso de pensar. A continuación destaco los principales puntos pertinentes:

1. Los trastornos en la expresión de los afectos y en el desarrollo del pensamiento predisponen a la enfermedad psicosomática.

2. Esta enfermedad sirve como vía de expresión de conflictos emocionales que se han reprimido.

3. La posibilidad de elaborar y superar estos conflictos mediante la psicoterapia o el psicoanálisis depende del nivel de desarrollo del pensamiento que se logre con cada paciente.

4. Una depresión expresa o latente generalmente subyace en toda somatización.

5. El enriquecer la relación médico-paciente a través del diálogo que conduzca hacer consciente posibles conflictos emocionales, es un punto de partida fundamental para enfrentar cualquier enfermedad psicosomática.

6. Sería de gran valor investigar la hipótesis epidemiológica en el sentido si la enfermedad psicosomática ha aumentado a causa del deterioro cultural progresivo de la relación madre-bebé.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ladwig, K.H., Marten-Mittag, B., Erazo, N., y Gundel, H.: Identifying somatization disorder in a population-based

- health examination survey; psychosocial burden and gender differences. *Psychosomatics* 42 (6): 511-8, 2001.
2. Fink, P., Sorensen, L., Engberg, M., Hol, M., Jorgensen, P.: Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics* 40 (4): 330-8, 1999.
3. Joynt, K: E., Whellan, D.J. y O'Connor, C.M.: Depresión and Cardiovascular Disease: Mechanism of interaction. *Biol. Psychiatry* 54: 248-61, 2003.
4. Gitlin, D.E., Levenson, J.L. y Lykestos, C.G.: Psychosomatic Medicine: A New Psychiatric Subspecialty. *Academic Psychiatry* 28: 4-11, 2004.
5. Murray, C. J.: "The Global Burden of Disease and Injury Series. Volume I: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health on behalf the World Health organization and World Bank. Harvard University Press. 1996.
6. Sánchez-Medina, A.: Perverse Thought. *Int. J. Psychoanal.* 83 (6): 1345-59, 2002.
7. Dimsdale, J.: Psychosomatic Medicine-Looking Forward and Backward. *Psychosom. Med.* 54:259-61, 1992.
8. Seguin, C.A.: Erasistratus, Aníochus, and Psychosomatic Medicine. *Psychosom. Med.* 10: 354-6, 1948.
9. Lipsitt, D.R.: Consultation-Liason psychiatry and psychosomatic medicine: the company they keep. *Psychosom. Med.* 63: 896-909, 2001.
10. Abbagano, N.: "Diccionario de Filosofía", Fondo de Cultura Económica. México, 1996.
11. Alexander, F.: "La Médecine Psychosomatique", Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1950.
12. Chiossa, L.: "Psicoanálisis, presente y futuro". Biblioteca del Centro de Consulta Médica Weizaecker, Buenos Aires, 1983.
13. Sánchez-Medina G.: "Psicoanálisis y la Teoría de la Complejidad", Academia Nacional de Medicina, Bogotá, 2002.
14. Zilboorg, G.: "Historia de la Psicología Médica". Edit. Psiqué, Buenos Aires, 1968.
15. Freud, S.: Estudios sobre la Histeria. O.C., T.I., Biblioteca Nueva, Madrid, 1895.
16. _____ Proyecto para una psicología para neurólogos. O.C., T. I. Biblioteca Nueva, Madrid 1985.
17. _____ Los dos principios del suceder psíquico, O.C., T. V., Biblioteca Nueva, Madrid, 1911.
18. Besancon, G.: Theories en psychosomatique. En: "Encycl. med. Chir. Psychiatrie", 37400 C10, Ed. Thecniques, Paris, 1992.
19. Garma, A.: "Génesis psicosomática y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales". Ed. Nova. Buenos Aires, 1954.
20. Chiossa, J.: "Cuerpo, afecto y lenguaje". Ed. Paidós, Buenos Aires, 1976.
21. Ruesch, J.: "Disturbed Communication". Norton, New York, 1957.
22. Bion, W.R.: "Seconds Thoughts, selected papers on Psycho-Analysis", Jason Aronson, New Cork, 1967.
23. Hernández-Saenz, A.: "Lenguaje, llanto y comunicación". Ed. Cargraphics. S.A., Bogotá, 2001.

24. Luzes, P.: Les troubles de la pensée en clinique psychanalytique. *Rev. Psychoanalyse* 33: 727-843, 1969.
25. Marty, P. y de M'Uzan, M.: La pensée opératoire. *Rev. Psychoanalytique. Rev. Psychoanalyse* 33: 727-843, 1969.
26. Sifneos, P.E.: The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychoter. Psychosom.* 22: 255-62, 1973.
27. Marty, P. y De Bray, R.: Current concepts of Carácter Disturbance, en: "Psychosomatic Medicine", Cheren, S., Edit. Int Universities Press, Inc., Madison, Conn. 1989.
28. Lolas, F. y von Rad, M.: Alexithymia, en "Psychosomatic Medicine", Cheren, S. Edit., Int. Universities Press, Inc., Madison, Conn. 1989.
29. Parker, D.A., Taylor G.J., y Bagby, M.R: Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotions. *Psychoter. Psychosom.* 59: 197-202, 1993.
30. Nemiah, J.C.: Alexithymia: Present, Past and Future. *Psychosom. Lane, R.D., Schwartz, G.E., Med* 58: 217-18, 1996.
31. Bagby, R.M., Parker, J. D. A. y Taylor, G. J.: The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross validation of the factor structure. *J. Psychosom Res.* 38: 23-32, 1994.
32. Lane, R.D.: Schwartz, G.E. y Walker, P.A.: A cognitive-developmental measure of emotion. *J. Pers. Assess.* 55: 124-34, 1990.
33. Lane, R.D., Sechrest, L. y Reider, r.: Impaired Verbal and Nonverbal Emotion Recognition in alexithymia. *Psychosom. Med.* 58: 203-10, 1996.
34. Kooiman, C.G.: The status of alexithymia as a risk factor in medically unexplained physical symptoms. *Compr. Psychiatry* 39 (3): 152-9, 1998.
35. Taylor, G. J. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J. Psychiatry* 45 (2), 134-42, 2002.
36. Bankier, B., Aigner, M. y Bach, M.: Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics* 42 (3): 235-40, 2001.
37. Gunzelmann, T., Kupfer, J. y Brahler, E.: Alexithymia in the elderly general population. *Compr. Psychiatry* 43 (1): 74-80, 2002.
38. Muller, J.; Buhner, M. y Elgring, H.: Relationship and differential validity of alexithymia and depression: a comparison of the Toronto Alexithymia and Self-Rating Depression Scales. *Psychopathology* 36 (2): 71-7, 2003.
39. Honkalampi, K., Hintikka, J., Laukkanen, E., Lehtonen, J. y Viinamaki, H.: Alexithymia and depression: a prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics* 42 (3): 229-34, 2001.
40. Wise, T.N., Jani, N.N. y Kasss, E.: Alexithymia: Relationship to severity of medical illness and depression. *Psychoter. Psychosom.* 50:69-71, 1988.
41. Haviland, M.G., Shaw, D.G. y Cumming M.A: Alexithymia: Subscales and relationship to depression. *Psychoter. Psychosom.* 50: 164-70, 1988.
42. Williams, L.D., Ghose, S.S. y Swindle, R.W. Depression and Other Mental Health Diagnoses Increase Mortality Risk After Ischemic Stroke. *Am. J. Psychiatry* 161(6): 1090-95, 2004.
43. Dickens, C.M., McGowan, L. Y Percival, C.: Lack of close confident, but no depression predicts further cardiac events after myocardial infarction. *Heart.* 90: 518-22, 2004.
44. Larsen, J. K. Brand, N., Bermond, B. y Hijman, R. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies. *J. Psychosom Res.* 54 (6): 553-41, 2003.
45. Porceli, P. y De Carne, M. Criterion-related validity of the diagnostic criteria for psychosomatic research for alexithymia in patients with functional gastrointestinal research for alexithymia in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychother-Psychosom.* 70 (4): 184-8, 2001.
46. _____ Alexithymia and functional gastrointestinal disorders. A comparison with inflammatory bowel disease. *Psychoter-Psychosom.* 68 (5): 263-9, 1999.
47. Porceli, P. Psychological abnormalities in patients with irritable bowel syndrome. *Indian. J. Gastroenterol.* 23 (2): 63-9, 2004.
48. Porceli, P., Affatati, V., Bello, o, A., De Carne, M., Todarello, O. y Taylor, G.J. Alexithymia and psychopathology in patients with psychiatric and functional gastrointestinal disorders. *Psychoter-Psychosom.* 73(2): 84-91, 2004.
49. Beales, D.L. y Dolton, R. Eating disordered patients: personality, alexithymia and implications for primary care. *Br. J. Gen. Pract.* 50 (450): 21-6, 2000.
50. Picardi, A., Pasquini, P., Cattaruzza, M.S., Gaetano, P., Baliva, G., Melchi, C.F., Papi, A., Carmaioni, D., Tiago A., Gobello, T. y Biondi, M. Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics* 44(5): 374-81, 2003.
51. _____ Stressful life events, social support, attachment security and alexithymia in vitiligo. *Psychoter-Psychosom.* 72 (3): 150-8, 2003.
52. _____ Only limit support for a role of psychosomatic factors in psoriasis. Results from a case-control study. *J. Psychosom. Res.* 55(3): 189-96, 2003.
53. Sipilä, K., Veijola, J., Jokelainen, J., Jarvelin, M.R., Oikarinen, K.S., Raustia, A.M. y Joukamaa, M. Association of symptoms of TMD and orofacial pain with alexithymia: an epidemiological study of Northern Finland 1966. *Birth Cohort. Cranio* 19 (4): 246-51, 2001.
54. Gregory, R.J., Manring, J. y Berry, S.L. Pain location and psychological characteristics of patients with chronic pain. *Psychosomatics* 41 (3): 216-20, 2000.
55. Okasha, A., Ismail, M.K., Khalil, A.H., Fiki, R., Soliman, A y Okasha, T. A., psychiatric study of nonorganic chronic headache patients. *Psychosomatics* 40 (3): 233-8, 1999.
56. Kosturek, A., Gregory, R.J., Sousou, A.J. y Trief, P. Alexithymia and somatic amplification in chronic pain. *Psychosomatics* 39 (5): 399-4004, 1998.
57. Triffaux, J.M., Wauthy, J., Bertrand, J., Limet, R., Albert, A. y Anseau, M. Psychological evolution and assessment in patients undergoing orthotopic heart transplantation. *Eur. Psychiatry* 16 (3): 180-5, 2001.

58. Conrquad, R., Schilling, G., Langenbuch, M., Haidi, G. y Liedtke, R. Alexithymia in male infertility. *Hum. Reprod.* 16 (3): 587-92, 2001.
59. Tojek, T.M., Lumley, M., Barkley, G., Mahr, G. y Thomas, A. Stress and other psychosocial characteristics of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Psychosomatics* 41 (3): 221-6, 2000.
60. Fukunishi, Y., Hirabayashi, N., Matsumoto, T., Yamanaka, K y Fukutake, K. Alexithymic characteristics of HIV-positive patients. *Psychol. Rep.* 85 (3 Pt. 1): 963-70, 1999.
61. Fernandez, A., Sriram, T.G. y Rajkumar, S. Alexithymic characteristics in rheumatoid arthritis: A Controlled study. *Psychoter. Psychosom.* 51: 45-50, 1989.
62. Kauhanen, J., Kaplan, G.A., y Cohen, R.D. Alexithymia may influence the diagnosis of coronary heart disease. *Psychosom. Med* 56: 237-44, 1994.
63. Theisen, M.E. Mac Neil, S.E. y Lumley, M.A. Psychosocial factors to unrecognized acute myocardial infarction. *Am. J. Cardiol.* 75: 1211-13, 1995.
64. Abramson, L., Mc Clelland, D.C. y Brown, D. Alexitimic characteristics and metabolic control in diabetic and healthy adults. *J. Nerv. Ment. Dis.* 179: 490-4, 1991.
65. Dirks, J.F., Robinson, S.K. y Dirks, D.L. Alexitimic and the psychomaintenance of bronchial asma. *Psychosom.* 36:63-71, 1981.
66. Klieger, J.H. y Jones, N.F. Characteristics of alexithymics patients in a cronic respiratory illness population. *J. Nerv. Ment Dis.* 168: 465-70, 1980
67. Jula, A., Salminen, J.K. y Saarijarvi, S. Alexithymia: a facet essential hypertension. *Hypertension* 33: 1057-61, 1999.
68. Scheidt, C.E., Wallere, E., Schnock, C., Becker-Stoll, F., Zimmermann, P., Lucking/, C.h. y Wirsching, M. Alexithymia and attachment representation in idiopatic spasmodic torticollis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 187:47-52, 1999.
69. Guilbaud, O., Corcos, M., Hjalmarsson, L., Loas, G y Jeammet, P. Is there a psychoneuroimmunology pathway between alexitimia and immunity? Immune and phsysiological correlates of alexitimia. *Biomed. Pharmacother.* 57 (7): 292-5, 2003.
70. Solomon, G.F., Amkraut, A.A. y Kasper, P. Immunity, emotions and stress. *Ann. Clin. Res.* 6:313-22, 1974.
71. Linn, B.S., Linn, M.W. y Jensen, J. Degree of depresión and immune responsiveness. *Psychosom. Med.* 44:128 (abstract), 1982.
72. Ducrot, O. y Todorov, T. "Diccionario de las ciencias del lenguaje". Siglo Veintiuno Argentina Editores, S.A., Buenos Aires, 1972.
73. De Saussure, F. "Cours de Linguistique Générale". Payot, Paris, 1967.
74. Bion, W. R., "Two Papers:The Grid and the Cesura", Karnak Books, Londres, 1989.
75. Mc Dougall, J. "Teatros del Cuerpo", Edit. Julian Yevenes, S.A. Madrid, 1989.
76. Kidd, K.K. y Morton, L.A. The Genetic of Psychosomatic Disorders. En "Psychosomatic Medicine", Vol. I, S. Cheren Edit. Int. Universities Press Inc., Madisson, Conn., 1989.
77. Plomin, R. y Koeppen-Schomerus, G. Beyond Heritability. *Psychosomatic Med.* 64:204-5, 2002.
78. Balint, M., "La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1982.
79. Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Haatainen, K., Hintikka, J. y Viinamaki, H. Relationships among alexithymia, adverse childhood experiences, socio-demographic variables, and actual mood disorder: a 2-year clinical follow-up study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics* 45 (3): 1197-204, 2004.
80. Paivio, S.C. y McMulloch, C.R. Alexithymia as a mediator between chilhod trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse-Negl.* 24 (3): 339-54, 2004.
81. Leichsenrig, F. y Leibing, E. The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *Am. J. Psychiatry* 160: 1223-32, 2003.
82. Rief, W. y Hiller, W. A. New approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders. *Psychosomatics* 44 (6): 492-8, 2003.
83. Shapiro, B., Buiding bridges between body and mind. The analysis of an adolescent with paralyzing chronic pain. *Int. J. Psychoanal.* 84 (3): 547-61, 2003.
84. Howlett, S., Emotional disfunction, child-family relationships and childhood atopic dermatitis. *Br. J. Dermatol.* 140 (3): 381-4, 1999.
85. Fritzsche, K., Ott, J., Zschocke, P., Scheib, p., Burger, T. y Augustin, M. Psychosomatic liason service in dermatology. Need for psychotherapeutic interventions and their realization. *Dermatology* 203 (1): 27-31, 2001.
86. Knapp, P. Psychodynamic Psychoterapy for Somatizing Disorders. En "Psychosomatic Medicine", Vol. 2, Ed. Stanley Cheren, Int. Universities Press. Inc., Madison, Conn., 1989.
87. Sánchez-Medina, G.: "Ciencia, Mitos y Dioses". Academia Nacional de Medicina. Bogotá. 2004.
88. Andreoli, P.B., Citero, V.A. y Mari, J.J. A systematic review of the costs-effectiveness of mental health consultation-liaison interventions in general hospitals. *Psychosomatics* 44 (6): 499-507, 2003.
89. Creed, F., Morgan, E., Fiddler, M., Marshall, S., Guthrie, E., y House A. Depression and anxiety impair health-related quality of life and area associated with increased cost in general medical inpatients. *Psychosomatics* 43 (4): 302-9, 2002.