

V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2013.

Clínica de las afecciones psicosomáticas: consideraciones generales sobre el abordaje.

Salgado, Matías.

Cita:

Salgado, Matías (2013). *Clínica de las afecciones psicosomáticas: consideraciones generales sobre el abordaje*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-054/236>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edbf/edo>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

CLÍNICA DE LAS AFECCIONES PSICOSOMÁTICAS: CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL ABORDAJE

Salgado, Matías

Hospital General de Agudos Dr. E. Tornu, GCBA. Argentina

Resumen

En el presente trabajo se discute sobre el abordaje de las enfermedades desde Salud Mental. Se parte de que el “abordaje psicossomático” no se propone reemplazar a la concepción médica sino complementarla. Así se presentan las dificultades del modelo biomédico en relación al diagnóstico y tratamiento; ubicando su consecuencia en una clasificación binaria de: enfermedades psicossomáticas y no psicossomáticas. Se propone un enfoque, un modo de entender y estudiar tanto las enfermedades somáticas como el funcionamiento del cuerpo. Se plantea un abordaje que toma en cuenta la intervención de la subjetividad del paciente. De esta manera se pregunta por qué el paciente enfermó, y busca explicaciones de distinta índole acerca del momento de: la aparición, el tipo, la localización y la evolución de la enfermedad. Dicho enfoque toma en cuenta la relación de lo inconsciente en el proceso de enfermar, alejándose así de los modelos binarios que sostienen el mito de las enfermedades como psicossomáticas y no psicossomáticas.

Palabras clave

Psicossomaticas, Subjetividad, Cuerpo

Abstract

CLINIC OF PSYCHOSOMATIC DISEASES: GENERAL CONSIDERATIONS ON THE APPROACH

In this paper we discuss about the approach of the diseases from a Mental Health perspective. We believe that the “psychosomatic approach” does not intend to replace but to complement the medical conception. Difficulties related with diagnosis and treatment of biomedical model are presented because we think they have as a consequence the result of a binary classification of diseases: as psychosomatic or not psychosomatic. We propose a perspective, a way of understanding and studying both the somatic diseases as the body's functioning. We discuss an approach that takes into account the involvement of the patient's subjectivity. Thus, it wonder why the patient got sick, and seeks explanations of different kinds about the certain moment of: apparition, type, localization and the evolution of the illness. This approach takes into account the participation of the unconscious in the illness moving away from models that stand on a binary categorization of diseases as: psychosomatic or not psychosomatic.

Key words

Psychosomatics, Subjectivity, Body

1. Enfermedades y Modelos

Actualmente nuestra sociedad cuenta con múltiples alternativas de atención. Esta diversidad de opciones está determinada por factores que se encuentran instituidos e incorporados al conjunto social. Entre ellos se juegan condiciones religiosas, étnicas, económico/políticas, técnicas y científicas solo por nombrar algunas. De esta manera se ha desarrollado una variedad de modelos bien diferenciados. Por lo tanto, el abordaje de las enfermedades se podría realizar desde distintas perspectivas y formatos. Sin embargo, dentro del gran grupo de modelos disponibles es el Biomédico aquel que se ha ubicado en posición dominante ante el resto (Menéndez, 2008).

Consultar al médico cuando uno se enferma parece -no solo lo más común- sino lo más lógico. Lo que no se tiene presente es que esta cita es en realidad la primera posta dentro del circuito de atención biomédico. La extensión en su recorrido depende de la capacidad de respuesta del equipo de profesionales dentro de cada nivel de atención. Dicha capacidad se podría resumir dentro de la dialéctica *enfermedad-saber médico*.

Cuando la extensión del *saber* logra dar respuesta, el sistema se torna centrípeto, es decir, domina y encierra dentro de sus márgenes a la enfermedad que trata. De esta manera descarta cualquier otro modelo de tratamiento. Cuando no logra dar respuesta comienza a funcionar de forma centrífuga. Es decir, desplaza al paciente y su enfermedad fuera de sus márgenes. De esta manera va desentendiéndose de la particularidad y singularidad de la enfermedad y del padecer. Este es sin duda un mecanismo de defensa del saber médico. El mismo sistema se encarga de echar por fuera aquello que no cae dentro de los márgenes de su *saber*. Si el interrogante desaparece se evade el cuestionamiento del modelo. Allí es cuando el médico le transmite al paciente (en una especie de imperativo hipotético): “Señor, lo suyo es psíquico”.

2. Perspectivas y Enfoques

Durante los últimos años se han desarrollado grandes avances en el estudio de las enfermedades y el proceso de enfermar. Es así como se le ha estado otorgado cada vez más importancia al impacto del *factor psíquico*. A su vez, la relevancia de *lo psíquico* ha despertado el interés de muchos modelos teórico-clínicos; tanto médicos como biológicos, fisiológicos, psicológicos y psicoanalíticos. Cada uno de ellos ha tomado diferentes líneas de investigación y desarrollo. Esto conforma un importante despliegue de conocimientos para el tratamiento de las enfermedades que se robustece día tras día.

Aquí presentaremos tan solo dos líneas distintas para entender la dificultad en el abordaje de las enfermedades desde salud mental.

2.1 Psiconeuroendocrinología: Uno de estos enfoques lo proporciona la psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE). Según Lopez-Mato (2004) la PNIE comprende el estudio de la relación de los

mecanismos regulatorios y de control del organismo donde la comunicación entre sus componentes es determinada por diferentes tipos de señalización molecular. Este enfoque considera a *lo psíquico* como un: “Nivel expresado fundamentalmente por los circuitos límbico, paralímbico y pineal. Estas estructuras son las encargadas de la exteriorización de las conductas ante el procesamiento de las emociones” (López-Mato, 2008). La PNIE se ha convertido en una gran fuente de información y de entendimiento en el **cómo**; sin embargo deja de lado la explicación sobre el **porqué** se enferma cada Sujeto.

Tal como propone Halliday, antes de intervenir y medicar habría que responder cuatro preguntas: ¿**Quién** es el que enfermo como persona? ¿**Cuándo** enfermó? ¿**Cómo** se enfermó? ¿**Por qué** se enfermó? (Citado por Escardó, 1972).

2.2 Escuela de Chicago: Uno de los enfoques más importantes en el estudio *el factor psíquico* en el proceso de enfermar ha sido el de la “Escuela de Chicago” (EDC). La EDC ha dado su propia respuesta ante el siguiente interrogante: ¿*Se podría armar un sistema categorial para diferenciar aquellas enfermedades psicosomáticas de aquellas que no lo son?* Basados en su famosa “Chicago seven” la EDC (Alexander, 1948) ha postulado que sí. “Chicago Seven” se trata de un listado de siete enfermedades clasificadas como “psicosomáticas”: hipertensión arterial, úlcera péptica, neurodermatitis, colitis ulcerosa, tirotoxicosis, artritis reumatoide y asma bronquial. El desarrollo conceptual de la Escuela de Chicago puede tomarse como dentro de aquellos marcos que ponen el acento en una categorización dual de las enfermedades: como *psicosomáticas* o *no psicosomáticas*.

3. Dos Concepciones instaladas

En general, la dificultad conceptual y de abordaje que presentan la mayoría de los modelos que estudian lo psicosomático y *lo psíquico* en el proceso de enfermar se relaciona con una perspectiva sostenida por dos pilares. El primero: *un criterio negativo de lo psicosomático*. El segundo: *un criterio psicogenético/causal*.

3.1 Concepción Negativa

La concepción principalmente negativa de lo psicosomático ha traído consigo grandes dificultades para el abordaje de las enfermedades. Decimos *negativa* ya que en principio se parte de una idea de que lo psicosomático es aquello que: “no se sabe lo que es”; “lo que no se puede explicar”; “lo que no se puede curar”. A su vez, la adjetivación *negativa* de lo psicosomático resulta de una asociación a momentos o hechos vitales exclusivamente negativos. Esta perspectiva reduce el campo de abordaje ya que no siempre las enfermedades surgen alrededor de hechos o situaciones negativas. Por ejemplo, se presentan casos donde las personas se enferman cuando se toman vacaciones. También se encuentran aquellos que enferman durante “las fiestas”, o tal vez durante el embarazo, o bien con el nacimiento de un hijo. En estas situaciones se suele negar *lo psíquico* ya que se trata de “momentos buenos”. Lo que omite así es considerar es que estas situaciones “buenas” pueden movilizar: culpa, vergüenza, órdenes, mandatos e imperativos inconscientes.

Entonces, lo psicosomático puede aparecer alrededor de momentos tanto “buenos” como “malos”, sobre todo en situaciones de *cambio* más allá de ser entendidas tanto como negativas o como positivas.

2.3 Concepción Causal: Como señalábamos al comienzo, cuando surge la dificultad en el diagnóstico, o si bien el resultado del

tratamiento no es el esperado, el médico puede llegar a señalarle al paciente: “*Lo suyo es psíquico*”. Es importante analizar cómo es que se piensa *lo psíquico* en estas circunstancias. Se pueden trazar dos perspectivas: entender *lo psíquico* como *causa* (Psicogenia), o bien como *efecto*.

2.3.1 Psicogenia/Lo psicológico como causa: Un ejemplo podría ubicarse en *lo psíquico* jugándose como disparador del circuito fisiológico del stress dando como resultado depresión o ansiedad. También se puede tomar como ejemplo: una enfermedad coronaria surgida por efecto ante el *corazón roto* de un padre quien se entera que su hija se casa con un novio desagradable (Tajer, 2008). Caso: Un paciente de 22 años internado en un hospital general no mejoraba de una disfunción hepática tras una cirugía con complicaciones. Un amplio equipo médico lo seguía y tras tres semanas de no obtener los resultados esperados comienzan a manifestarnos su idea de que la enfermedad se la causaba él paciente mismo psicológicamente. Se insistió en que siempre hay factores psíquicos en juego pero que debían seguir buscando “orgánicamente” ya que no surgían elementos psíquicos que indiquen algo de lo que los médicos proponían. A los 10 días encuentran una piedra en un conducto biliar, lo operan de la vesícula, el paciente se recompone y se le da el alta.

2.3.2 Lo psicológico como efecto: Otra serie de enunciados ubican a *lo psíquico* como *efecto*. Es decir, como consecuencia de algún hecho vital, circunstancia o enfermedad anterior. Así se señala por ejemplo que “*El diagnóstico de cáncer provoca depresión*”, “*Siente tristeza porque es alérgica*”. Caso: Consultan desde Clínica médica por un paciente de 63 años con Diabetes severa por la cual tenían que amputarle parte de su pierna. Según los médicos tenía un cuadro ansioso producto de la inminente la amputación. Ya le habían amputado la otra pierna tiempo atrás. Cuando lo entrevistamos nos cuenta que es ministro de la Iglesia Mesianica. Se encontraba tranquilo y muy acompañado. Al entrevistarlo el paciente ubica que su ansiedad no es debido a la amputación (cuyo sentido subjetivo era una prueba de Dios, una etapa de purificación) sino porque durante 10 días le confirmaban la cirugía por la mañana para cancelársela por la tarde y así sucesivamente.

3.3 Las dos concepciones en la práctica

En la clínica, esta concepción dual aparenta ser práctica. Sin embargo, debemos remarcar que esto es gracias a que sus limitaciones no son advertidas por los profesionales de la salud en general. Si pensamos a largo plazo, su empleo termina transformándose en un callejón sin salida. Y es que, una concepción causal de las enfermedades plantea grandes obstáculos para el abordaje de los tratamientos en salud mental ya que se está haciendo es correr detrás de los puntos ciegos del modelo biomédico y no un análisis, una conceptualización. Entonces surge un interrogante ¿*Cuál sería un avance en la atención?* Principalmente tomar como precedera tanto la concepción dual negativa y causal; y evitar la pregunta sobre si la enfermedad es ¿*causa o consecuencia?* Un abordaje que procura abandonar la antigua idea de *Psicogenia* consigue pensar “*la bacteria*” junto a “*lo psicológico*”. Se trata entonces de un encuentro de lo Psíquico con lo Somático. De esta manera no se desestima el conocimiento médico; ya que como señala Sami Alí (1991): “*Un modelo de somatización solo puede ser multidimensional*”. Por lo tanto: “*Tenemos que tener en claro que la concepción psicosomática no se propone reemplazar a la concepción médica sino complementarla*” (Ulnik, 2002). El hecho de abandonar la idea de Psicogenia nos per-

mite a su vez dar un paso adelante dejando de lado la clasificación dual tan utilizada. En palabras del médico psiquiatra y psicoanalista, jefe de cátedra de la materia "Fisiopatología y Enfermedades Psicosomáticas" de la UBA, el Prof. Dr. Jorge Ulnik (1996): "*Lo único que voy a descartar de plano es que nos estemos refiriendo a una enfermedad o grupo de enfermedades. (...) No hay enfermedades que son psicosomáticas y otras que no lo son. En general, las enfermedades que se consideran psicosomáticas usualmente se consideran así, más por que la medicina no encontró la etiología o el tratamiento adecuado, que por los factores psíquicos que se encuentran relacionados con esas enfermedades. (...) No debemos considerar algo "psicosomático" por el hecho de que todavía no se encontró la causa orgánica que supuestamente lo explique*".

La clave está en sumergirse en el mundo de la enfermedad del paciente. Que en definitiva es lo que le interesa al profesional de la salud. La historia de su padecimiento: los vínculos, los afectos, la sexualidad (en el psicoanálisis) y el lenguaje. Dentro de la singularidad de cada caso, el profesional se podrá encontrar con el tipo de lenguaje que utiliza el paciente y que rodea su enfermedad. Desde allí podrá realizar un análisis o conceptualización de lo que le sucede al paciente y si hay algo que se transmite a través de eso (Szasz, 1961). Dentro de este "mundo" aparecerán otras cuestiones. Por un lado, se podrá percibir y comprender los dichos y frases que surgen entorno a cada enfermedad en particular: "*En diabetes el control es vida*". Por otro lado, ciertas emociones y sentimientos podrán verse más representados con ciertos órganos que con otros: "*Lo mío con mi mujer es una cuestión de piel*", "*Si tengo miedo me cago todo*". Es importante tener presente que el profesional se podrá relacionar mejor con el paciente si maneja su mismo lenguaje. Es decir, conociendo la terminología médica y las expresiones que representan sus sentimientos. Si se entabla un vínculo en estos términos el paciente tendrá una sensación parecida a: "*Este profesional entiende lo que me pasa*".

4. Conclusiones

Las concepciones de *lo psíquico como causa o efecto* son criterios que defienden al modelo biomédico en sus dificultades de diagnóstico y tratamiento. El enfoque presentado entiende a todas las enfermedades como un encuentro físico-psíquico. Es por eso que estudia tanto las enfermedades somáticas como el funcionamiento del cuerpo, realizando un abordaje que toma en cuenta la intervención de la subjetividad del paciente en el proceso de enfermar. De esta manera se pregunta por qué el paciente enfermó, y busca explicaciones de distinta índole acerca del momento de: la aparición, el tipo, la localización y la evolución de la enfermedad. Dicho enfoque toma en cuenta la relación de lo inconsciente en el proceso de enfermar, alejándose entonces de los modelos binarios que conciben la enfermedad exclusivamente como causa o consecuencia sosteniendo el mito de que existen enfermedades psicosomáticas (y no psicosomáticas).

BIBLIOGRAFÍA

- Alexander, Franza, French (1948) *Studies in Psychosomatic Medicine*. N. York: Ronald Press.
- Benoit, P. (1988) *Crónicas médicas de un psicoanalista*. Buenos Aires: Libros básicos
- Escardó, F. (1972) *Pediatría Psicosomática*. Buenos Aires: El Ateneo
- Freud, S. (1923) *El yo y el ello*. Obras completas - Tomo XIX (p. 27) Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1925) *La negación*. Obras completas - Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu

Iacoboni, M. (2009) *Siento su dolor*. Las Neuronas Espejo (p. 125) Buenos Aires: Katz Ediciones

López-Mato, A. (2004) *Psiconeuroinmunoendocrinología*. El todo es más que la suma de las partes. En López-Mato, Vieitez, Bordalejo (Ed.), Afrodita, Apolo y Esculapio. Diferencias de género en salud y enfermedad. Buenos Aires, Argentina: Editorial Polemos.

López-Mato y Cols. (2008) *PINE - Los últimos serán los primeros*. Buenos Aires: Sciens.

Menéndez, E. (2008) *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. En Spinelli, H. (Ed), *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial

Sami Ali (1991) *Pensar lo somático*. Buenos Aires: Paidós.

Szasz, T. (1961) *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu Editores.

Tajer, C. (2008) *El infarto: Aspectos biológicos y una hipótesis*. En *El corazón enfermo: puentes entre las emociones y el infarto* (p. 48) Buenos Aires: Libros del Zorzal.

Ulnik, J.C. (1996) *Psicosomática y neurosis actuales*. Buenos Aires: C.E.P.A.

Ulnik, J.C. (2002) *El encuentro entre lo psíquico y lo somático*. Afectos y psicosomática en el campo psicoanalítico. En *Monográfico de Medicina Psicosomática*. Vol. 8 (pp 142-171) Unidad de Docencia y Psicoterapia del hospital universitario Virgen de las Nieves. Granada, España: Fundación Virgen de las Nieves

Ulnik, J.; Czerlowski, M. & Guarnerio, M. (2005) *Funcionamiento afectivo en pacientes internados con patología somática*. En Serrano Noguera, V. (Ed.) *Nuevas aportaciones a la medicina psicosomática*. Categoría III: Funcionamiento afectivo, (pp. 104-109) Universidad de Málaga. Ciencia Biomédica

Ulnik, J., Salgado y Cols. (2012) *Contacto sexual y distancia afectiva en pacientes con psoriasis*. En *Memorias del IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. XIX Jornadas de Investigación. VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires