

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.

# La problemática psicosomática en niños y adolescentes.

Moreira, Diego.

Cita:

Moreira, Diego (2013). *La problemática psicosomática en niños y adolescentes. 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/000-054/341>

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

*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>.*

# LA PROBLEMÁTICA PSICOSOMÁTICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Moreira, Diego  
Universidad de Buenos Aires

## Resumen

Hay una acentuada preocupación, en nuestra época, por el incremento de las llamadas afecciones psicosomáticas y su incidencia en nuestra población. Esta inquietud ha posibilitado la emergencia de una diversidad de preguntas y consideraciones, de las cuales, fragmentariamente nos vamos a ocupar. En primer lugar realizaremos algunas consideraciones sobre el término “psicosomática”, y sobre los aspectos descriptivos. Luego, haremos un breve recorrido por los desarrollos teóricos más significativos, recurriendo al fragmento de un caso clínico para la ilustración parcial de la teoría.

## Palabras clave

Niños, Adolescentes, Psicosomática, Tiempos lógicos

## Abstract

THE PSYCHOSOMATIC PROBLEMS AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS

Nowadays, there is an emphasized concern about the increasing rate of psychosomatic manifestations in child and adolescent population. This subject led to a wide range of questions and considerations that will be addressed in this paper. In first place, an analysis of the term “psychosomatic” and “its descriptive aspects” is carried out. And then, a brief review of the most important theoretical developments is made using a clinical case to partially illustrate the theory.

## Key words

Childhood, Adolescence, Psychosomati, Logical times

## Lo descriptivo

El término psicosomático, según Margetts (1950), fue utilizado por Johann Christian Heirroth, hacia 1818 (Lipsitt, D.R.; 2001), al ocuparse del término en un debate sobre las causas que provocan insomnio. El concepto de “medicina psicosomática” fue introducido en 1922 por Félix Deutsch, al referirse a las hipótesis sobre el origen de estas problemáticas (Lipsitt, D.R., 2001). Y hacia 1935 aparece el texto se “Emotions and bodily changes” de Flanders Dumbor. Alexander (1950), considera que el término psicosomática colabora o participa en la articulación e integración de la dualidad propuesta por René Descartes, quién consideró la dicotomía, el dualismo implicado en el hombre, entre una sustancia pensante y una sustancia extensa. El hombre es al mismo tiempo mente y cuerpo. Como punto de unión de esta dicotomía Descartes postulo el cerebro, más específicamente la glándula pineal. La poca consistencia de esta propuesta para resolver la relación mente-cuerpo se ha constituido en el punto de partida de una gran diversidad de argumentaciones. Al respecto, Chiozza (1983) sostiene que el concepto referido al término “psicosomática” es aplicable a las diversas enfermedades que pueden afectar a un sujeto sin restricciones, ya que toda patología implica al mismo tiempo (por simultaneidad) componentes anímicos y orgánicos.

Ahora bien, ¿cómo aparece el término psicosomática en Freud y Lacan? Prácticamente no está presente en sus textos, salvo algunas breves acotaciones en Lacan.

Sabemos que no hay realidad previa a un discurso. (Lacan, Seminario XX) En este contexto el término “psicosomática” es efecto de un discurso que nos lleva a pensar los acontecimientos y fenómenos de una determinada manera, y no de otra. Aquí el discurso implica un dualismo psique-soma, que a la par establece un vínculo entre ambos términos. Indudablemente tal discurso no corresponde a Freud ni a Lacan. Ya el maestro vienés, en 1921, al referirse al término sexualidad, nos advirtió sobre el no ceder en las palabras, porque después, poco a poco se cede en la cosa misma.

## Algunas consideraciones teóricas:

En el contexto del psicoanálisis diversos autores se ocuparon de lo psicosomático. A continuación describo y comento brevemente sus concepciones.

Cuando Freud (1950a) se ocupa de las manifestaciones que llamamos psicosomáticas las incluye dentro del contexto de las llamadas neurosis actuales en las que discrimina tres factores que cobran eficacia:

- a] una condición hereditaria,
- b] la libido no tramitada,
- c] una condición auxiliar como el exceso de trabajo que puede generar cierto agotamiento.

De estas tres condiciones que intervienen en la ecuación etiológica de las neurosis actuales, Freud destaca las vicisitudes de la libido, fundamentalmente en su aspecto cuantitativo, lo que determina una configuración anímica basada esencialmente en el aspecto económico.

En la “Conferencia en Ginebra sobre el síntoma”, Lacan (1975), nos dice que lo psicosomático “es un dominio de lo más inexplorado”. Ya en el Seminario II, de 1955, al ocuparse de la economía libidinal y la entropía, introduce el concepto de fenómeno psicosomático. Lo cual implica que no estamos en presencia de un síntoma (no se trata de una formación del inconsciente) al estilo de la conversión histérica, en la que el significante interfiere en una cadena significativa, sino que por el contrario el significante interfiere con una función biológica.

Lacan [1964] en la “clase 18” del 10 de junio, al referirse a los trabajos de Pavlov en la Torre del Silencio, dice que dicho experimento nos permite situar “lo que hay que concebir del efecto psicosomático. Incluso llegaré a formular que, -cuando no hay intervalo entre S1 y S2, -cuando la primera pareja de significantes se solidifica, se holofrása, tenemos el modelo de toda una serie de casos -aunque, en cada uno de ellos, el sujeto no ocupa el mismo sitio.”

Previamente había afirmado que lo propio de una condición experimental es la asociación de un significante y no de un signo, “en tanto que se instituye con el corte que se puede realizar en la organización orgánica de una necesidad -lo cual se designa mediante una manifestación al nivel de un ciclo de necesidades desinterrumpidas, y

*que aquí encontramos de nuevo, al nivel de la experiencia pavloviana, como el corte del deseo. Y -al igual que decimos por eso es por lo que vuestra hija es muda por eso es por lo que el animal nunca aprenderá a hablar, al menos por esa vía. Porque, evidentemente, tiene un retraso. Ahora bien, sabemos que el experimento genera todo tipo de trastorno, pero al no tratarse de un ser que habla, no puede poner en cuestión el deseo del experimentador.*

Puedo precisar que en la afección del psicosomático acontece algo que podríamos denominar como una especie de inducción a nivel del sujeto que llamativamente no pone en juego su afanisis. Al analizar Lacan el pasaje que los perros efectuaban de una frecuencia en un registro [por ejemplo visual o acústico] a otro, considera que la cuestión va más allá del mero hecho perceptivo. En el escenario que de esta manera se conforma, cobra valor el deseo del experimentador, es decir, el del otro. Estas experiencias le permiten recuperar el valor del número como frecuencia pulsional pura. Al número no se le puede conceder el pleno estatuto de significativo, sino para el observador que cuenta las frecuencias.

En Lacan [1964, 1975] cobra relieve, de esta manera, el discurso numérico. Las alteraciones orgánicas se constituyen como marcas en el cuerpo, que no son letras sino jeroglíficos no legibles. El cuerpo se deja escribir por el número, que involucra un conteo del goce que está más allá de toda subjetivización.

Winnicott (1949) nos habla de una especie de escisión psique-soma, que se exterioriza en la división que estos pacientes realizan de sus dificultades corporales concurriendo a diversos médicos. Como resultado de esta escisión cada especialista se ocupa de un trastorno corporal específico de manera autónoma. El niño es pensado como un puñado de anatomía y fisiología cuya unidad y complejización requiere de la piel y la empatía materna [función de holding]. La enfermedad psicosomática, en este sentido se relaciona con una escisión precoz, donde no se logra una integración de la psique y el soma, y el cuerpo del niño puede ser utilizado como cuerpo de la madre.

Winnicott (1949) considera los estados de no integración previos a todo funcionamiento psiconeurótico. A tal efecto describe tres áreas: el llamado mundo interno, aislado (self verdadero), el mundo externo que se enlaza a la sobreadaptación a la realidad (falso self), y un área intermedia, que implica el objeto transicional, los fenómenos transicionales, la cultura, el juego y la creatividad.

Cuando entre las dos primeras no se establece un puente de unión cobra valor un estado de disociación entre lo somático y lo psíquico. Este clivaje se encuentra enlazado a una falla en la relación madre-hijo.

Este clivaje se encuentra en el fundamento de lo psicosomático. Cuando fracasa la “preocupación materna primaria” y la función de holding, los excesos de excitación del niño no son acotados, de manera que el proceso de transformación de la cantidad en cualidad y significación no se lleva a cabo.

Por su parte, la teoría que presenta Sami-Alí (1984) tiene tres ejes de funcionamiento, a partir de ellos se perfilan tres formas básicas de la patología.

Sami-Alí (1984), considera la alteración psicosomática como un efecto de la represión de la función de lo imaginario.

Lo imaginario es un concepto que incluye lo anímico y lo biológico, su paradigma es el sueño y sus equivalentes de la vigilia. El producto onírico, incluye por una parte, un proceso biológico, un ritmo enlazado a la alternancia del sueño paradójico y lento. Por otro, un funcionamiento que privilegia lo imaginario lo imaginario es algo más que las imágenes, es la subjetividad propiamente dicha. También y en este sentido se puede decir, que es la proyección, considerada como una forma de pensamiento.

La actividad onírica presenta una diversidad de variantes como los ensueños, la fantasía, el delirio, la alucinación, la ilusión- la creencia, el juego, la magia y la transferencia. es necesario precisar que lo imaginario es una función que requiere de un proceso de construcción. Dicha constitución de lo imaginario se despliega en la relación niño-madre. La represión de lo imaginario, se refiere a la función y no a los contenidos.

Marty y M'Uzan [1963] y Marty [1976] postulan un pensamiento operatorio en las configuraciones psicosomáticas, que se caracteriza por carecer de un enlace con formaciones de fantasías, por ejemplificar y duplicar la acción, y por no tener un valor simbólico. Al semejante se le suele atribuir un pensar similar. La palabra cobra el valor de una mera descarga de tensión. Marty considera una ensambladura entre el pensamiento operatorio y una depresión particular, a la que denomina esencial, que se exterioriza como pérdida de vitalidad, abatimiento, sin tono afectivo y por carecer de objeto y autoacusación consciente.

### **Fragmentos de un caso clínico**

Tratare de investigar fragmentariamente, una serie de transformaciones que ocurren en el yo y en las pulsiones de los pacientes psicosomáticos. En este recorrido apelaré al material clínico de Juan un púber de 12 años afectado por crisis asmáticas y alérgicas. Lo cual traerá consigo una aproximación a las organizaciones de la libido y a los procesos de producción subyacentes, en el contexto de la teoría freudiana.

### **Las manifestaciones**

Cuando Freud (1926d), describe los síntomas más frecuentes de la histeria de conversión, los discrimina de acuerdo a: 1) su desplazamiento al extremo motor o sensorial del aparato psíquico, 2) su permanencia o transitoriedad [un factor tempo-ral] y 3) las variaciones de las sensaciones de displacer que los acompañan.

Considero que esta discriminación efectuada para la histeria por Freud, nos puede servir para diferenciar la producción del adolescente mencionado. A continuación, entonces, trataré de verter parcialmente en este molde, los elementos de la superficie fenomenológica que presenta Juan.

Así, cuando los padres: Irma de 45 años y Pedro de 47 traen al joven a la consulta, se observa:

Motricidad exterior: a) Un lenguaje donde predominan holofrases duraderas, en las cuales se comprimen dos significaciones básicas: la de un fragmento de sus pulmones y la del contexto, este último se apropia del primero. b) En sus frases habitualmente no hay un lugar para el yo, lo que expresa ciertas fallas identificatorias. Las referencias a sus problemas orgánicos, carecen de toda conexión con la vida anímica. c) Expresiones numéricas y de los verbos que las evocan, tales como sumar, restar, calcular. Al respecto, el paciente solía embarcarse en largos cálculos acerca de la ganancia del terapeuta. En la escuela y en sesión desplegaba su “facilidad para el cálculo numérico” suponiendo en su interlocutor cierta dificultad en la materia. d) Discurso catártico, la palabra es utilizada para desprenderse de tensiones. e) Las expresiones acerca de sus afectos, fantasías y sueños son muy acotadas. Sin embargo, despliega una gran actividad en sus tareas escolares.

Motricidad interior: a) Estados de sopor o adormecimiento, b) Por momentos estados de furia, c) Depresión por la pérdida de un contexto que se manifiesta como un decaimiento y un displacer general.

Percepción exterior: a) Determinadas palabras, gritos, o sonidos suelen irrumpir en su cuerpo. b) También, es afectado por la inhalación de sustancias alérgicas, como el polvo ambiental.

Percepción interior: a) Perturbaciones del sueño. El guardián del dormir tiende a fallar, debido a que las representaciones del aparato psíquico de Juan no son suficientes para ligar los excesos libidinales. En sus relatos, el paciente suele traer frases como las siguientes:

*“Discutí con una vieja, andaba con la ‘bici’ por la vereda frente a una tienda cerca de mi casa; salió la vieja y me empezó a gritar que no pasara más, que le arruinaba la vereda, que le hacía perder plata, que no entraban los clientes, no supe que decirle, me quedé en silencio [...] entre a mi casa, al rato tuve la crisis, ... sentí que no podía respirar”*

*“La vieja decía que pisaba una mancha de aceite que estaba casi enfrente del negocio”.*

Aquí, la “vieja” que no lo deja pasar con su “bici”, pone de manifiesto este desplazamiento. El “no” que antecede al “pasar”, denota el cerramiento imperativo de su mundo exterior, a lo paranoico que se apodera de él, de su espacialidad. (“no lo deja”). Al respecto, es oportuno agregar que Sami Ali (1984) considera a la afección psicósomática como el negativo de la psicosis.

¿Qué es lo común y lo diferente, entre las diversas manifestaciones psicósomáticas, por ejemplo las crisis asmáticas del paciente, y las producciones de otras personas, al estilo de una tuberculosis pulmonar?

Las diferentes afecciones psicósomáticas, se encuentran unificadas por un elemento tóxico libidinal. En cambio, la especificidad diferencial esta dada, según Freud, cuando se ocupa de las neurosis actuales por la eficacia de la herencia y de ciertas vivencias contingentes.

¿Son homologables las neurosis actuales y las perturbaciones psicósomáticas?

Desde luego que no, ya que la neurosis actual implica la manifestación sintomática, donde la alteración orgánica, aparece opuesta al yo. Mientras que lo psicósomático, puede implicar también, identificaciones del yo con el síntoma, y con el objeto que genera decepciones (caracteropatía psicósomática) o bien la lesión puede ser investida como objeto de amor y de hostilidad.

Ahora bien, este yo real inicial esta formado por representaciones de órganos que se enlazan entre sí, de acuerdo a una lógica particular. Aquí es necesario indagar la manera de constitución de estas representaciones que luego van a conformar el núcleo de la representación, cuerpo. Pensamos que en Juan, la representación de sus pulmones se encuentra perturbada, y desde luego el fundamento de su yo. La representación cuerpo, es un residuo de por los menos tres registros: a) percepción visual y conciencia del propio cuerpo, b) doble sensación táctil, que se puede observar en la acción de tocarse a sí mismo, c) dolor orgánico derivado de un incremento de la tensión de necesidad, por ejemplo, hambre, sed, respiración. (Freud, 1923b).

## BIBLIOGRAFIA

Alexander, F. (1950) “La Médecine Psychosomatique”, Petite Bibliothèque Payot, Paris.

Bleichmar, S. (1993) La Fundación de lo inconciente. Cap.I. Primeras inscripciones, primeras ligazones.(Edit Amorrortu.(1993).

Chiozza, L. (1983) “Psicoanálisis, presente y futuro”. Biblioteca del Centro de Consulta Médica Weizaecker, Buenos Aires.

Freud, S. (1920g) Más allá del principio del placer, AE.Vol.18

Freud, S. (1921c) Psicología de las masas y análisis del yo. AE. Vol.18

Freud, S. (1950a[1892-1899]) Fragmentos de la correspondencia con Fliess, en AE. Vol.1

Lacan, J. (1964) Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis - Ed. Paidós

Lacan, J. (1966) Escritos 1 - Siglo XXI

Lacan, J. (1966) Escritos 11 - Siglo XXI

Lipsitt, D.R. (2001) Consultation-Liaison psychiatry and psychosomatic medicine: the company they keep. Psychosom: Med. 63: 896-909.

Mc Dougall, J. (1982) Alegato por una cierta anormalidad. Capítulos 1, 2 y 12. Ediciones Petrel. Barcelona.

Sami Ali (1977) El espacio imaginario - Bs.As. AE.

Sami Ali (1984) Lo visual y lo táctil - Ensayo sobre la psicosis y la alergia - AE.-