



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Las enfermedades autoinmunes y su relación con las emociones

TRABAJO FINAL DE GRADO

Monografía

Montevideo, Uruguay

Julio, 2017

ÍNDICE

Resumen	3
1)- Fundamentación	4
2)- Marco Teórico	8
Capítulo 1: Concepto de Salud – enfermedad	8
Capítulo 2: Enfermedades auto-inmunes	16
La sangre: fantasía específica	21
Capítulo 3: El psicoanálisis freudiano	23
La Psicósomática Psicoanalítica	26
Otra línea para futuras investigaciones: Las neurociencias	30
Capítulo 4: Por qué enfermamos. Diversas miradas desde lo genético y lo patológico con respecto al acto de enfermar	33
4)- Reflexiones y Consideraciones finales	37
5)- Referencias Bibliográficas	40

Agradecimientos

A mi familia: mis dos hombres, por ser mi pilar, por confiar en mí y acompañarme en este gran proceso... y siempre.

A mi viejo... que seguro está muy orgulloso a pesar de no decirlo, y a vos vieja que desde allá arriba me seguís acompañando a tu manera.

A mi tutora, Ana Laura por esperarme durante casi tres años y.... unos días más; por saber ser maestra desde su postura y camarada como colega, haciendo de este trabajo un gusto aún mayor por la Psicología.

A Flor, quien considero que logró encontrar su vocación y sigue mis pasos en la ardua tarea académica.

A José, quien me ayudó en momentos complicados, sólo con estar.... siempre estar!

A todos mis amigos y compañeros que recorrieron junto a mí esta ilusión, hoy plasmada en realidad.

Es un momento muy especial donde me siento muy feliz!!!

¡Gracias!

El presente escrito se desarrolla en la temática del porqué enfermamos y la compleja vinculación de ello con las emociones, abordando la relación entre ambas, y haciendo un recorrido desde el marco teórico psicoanalítico en varios autores.

Se destaca la importancia de tener en cuenta el entorno donde el sujeto está inmerso, con el fin de dar cuenta que el binomio salud-enfermedad es influido por varios factores que no sólo responden a lo genético y a lo patológico, considerándolo desde diferentes ópticas, siendo distinta para cada época y contexto socio-cultural, modificándose a través del tiempo. Esto da cuenta de cómo el concepto biomédico va dando paso a un paradigma que considera a la salud desde una imagen más inclusiva. Se apunta a empoderar a la población brindándole herramientas para que cada individuo, pueda participar y tomar decisiones, adquiriendo un rol activo. Las políticas nacionales apuntan a generar esto a través de la implementación del SNIS desde el año 2008.

Finalmente en las conclusiones se hace imprescindible poner de relieve, la existencia de una percepción, en un antes y un después en la implementación de dicho Sistema.

El objetivo monográfico es poder profundizar en las enfermedades auto-inmunes, con énfasis en la forma que hace “síntoma” el/los órgano/s en cuestión y el lugar que se les otorga. La enfermedad orgánica manifiesta el conflicto que afecta al paciente, donde hay una relación de “sentido” entre ambos. Sin dejar de lado el discurso psicósomático de quien padece, en oportunidades silencioso, ya que no asocia ni dice su demanda, remitiendo obviamente al modo en que ello entra en juego en el proceso de enfermar.

Dentro del marco teórico se abordan las neurociencias, como una línea que obliga a repensar las diferentes maneras de trabajar con quienes padecen las distintas enfermedades psicósomáticas.

Palabras Claves: SNIS, teoría psicoanalítica, enfermedad auto-inmune, psicósomática.

El siguiente trabajo se desarrolla dentro del marco académico de la Facultad de Psicología de la UdelaR para obtener el título de la Licenciatura. El desarrollo de la monografía forma parte de una motivación e interés generados desde el recorrido por el ámbito universitario durante la carrera de grado y a través de las particularidades vividas en dicha experiencia. En los últimos años de la formación, fueron surgiendo interrogantes respecto a la relación existente entre las enfermedades autoinmunes y las emociones, así como también los factores que intervienen desde las políticas sanitarias y las necesidades de los destinatarios.

Dentro del plano de lo deseable para ser mirado desde una perspectiva psicológica, está dirigido a poder distinguir e identificar dichas enfermedades en los ámbitos de Salud con respecto a las metas asistenciales que forman parte del SNIS, para contemplar una posible estrategia frente a las faltas de respuesta existentes en el marco de las políticas públicas, que en algunas oportunidades son expresadas, y en otras subyacen en los usuarios del sistema. Es importante aportar a la formación de los profesionales de la salud como psicólogos, junto a otros actores pertenecientes a dicha comunidad, para trabajar y disponer de ciertas herramientas que sirvan para el análisis del quehacer profesional.

El interés por esta temática surge por la importancia que adquiere en el ejercicio de la profesión del psicólogo clínico, desde dónde nombrar el “síntoma” y considerar el “sentido” que el sujeto le concede; la historia de ese sentir que transmite nos brinda un lenguaje que nos dice “algo” para ser tenido en cuenta.

El trabajo se propone abrir nuevos conocimientos en la temática del padecer ciertas enfermedades autoinmunes que provienen del organismo, pero también incorporar desde el ámbito clínico la construcción de una mirada que genere otras realidades posibles, para quien las padece. Por ello se entiende que es necesario mantener una visión que habilite, que no realice juicios en base a estereotipos, ni conceptos categoriales. La intervención debe dar cuenta de que la realidad se constituye en un acto creativo, y con el otro, que es de dos.

Con la influencia desde el modelo psicoanalítico, se puede exponer que aún persiste cierta dificultad en el proceso de articular las emociones junto a lo biológico. Frente a ello hay ciertas incertidumbres, y es mi intención, afianzar los caminos recorridos, integrándose, sin desechar ningún aporte del conocimiento pero sí cuestionar su condición absoluta, para enfrentarnos al descubrimiento de nuevas contribuciones y aportes recientes (un ejemplo: las neurociencias), permitiendo un conocimiento mayor.

Es la sociedad actual quien presenta nuevas formas biológicas, conductuales y epidemiológicas, que conlleva a una necesidad de re-diseñar prácticas para priorizar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Por esto hay un intento de responder a tal demanda

en la atención primaria de salud, donde el modelo psicológico predominante es el de la psicología clínica que evidencia el carácter curativo frente al preventivo. La psicología de la salud propone un soporte epistemológico y práctico para las intervenciones psicológicas más allá de la clínica. A partir de una visión compleja y desde una percepción más holística del ser humano, donde se integra psique - soma, al concebirlo dentro de una red de interacciones que influyen tanto positiva como negativamente en su organismo, se puede discutir si la enfermedad se inicia en lo psíquico o en lo somático, debiéndose de tener en cuenta la importante relación de ambos, como una unidad en sí, que afecta a dicho ser, como un todo.

Es en el año 1978 que se lleva adelante en la Rep. Socialista Soviética de Kazajistán la Conferencia Internacional de Alma-Ata apuntando a la promoción de la salud y considerando que dentro de la Atención Primaria debe estar la estrategia a alcanzar el objetivo básico de todos los individuos en el mundo, donde su lema fue: *“Salud para todos en el año 2000”*, y siendo éste el evento más importante que organizara la OMS/OPS y UNICEF. Se expresa allí, la imperiosa toma de acciones por los gobiernos, los trabajadores de la salud y la comunidad internacional, donde promover un modelo de atención de salud para todos los individuos a nivel mundial, para hacer frente a los diversos problemas sanitarios; concientizando y enfatizando la autonomía de ellos como sujetos de derechos, hacia una prevención de las enfermedades que redunde en una mejora en su calidad de vida, y hacia una escucha del cuerpo más reflexiva.

Lo aprobado por esta conferencia se enmarca en una serie de acciones de salud pública que deben realizarse para el beneficio hacia la comunidad. Su objetivo primordial es organizar los sistemas sanitarios en torno a una práctica centrada en el paciente, el acercamiento al derecho de la salud y la equidad del sistema, que permita a cualquier integrante ser atendido dentro de un nivel básico en todos los centros de salud. (MSP, 2014)

Desde allí trabajar para la mejora en la calidad de la misma e ir encontrando el sentido de la enfermedad con una escucha distinta teniendo en cuenta la multicausalidad, ya que hay varias y diversas manifestaciones de la enfermedad, pero que es unicausal para el sujeto que la padece. Los sucesos son comunes en todos, lo que hace a la singularidad es el sentido que le otorga cada uno.

Desde el desarrollo temprano (evolutivamente hablando), sería indispensable llegar a lograr la capacidad de expresar y elaborar los afectos y emociones corporales a través del lenguaje, ya que una alteración en este proceso lleva -en algunos casos-, a que las emociones se vean expresadas a través del cuerpo.

Hoy en día existen múltiples teorías y abordajes en el tratamiento de las enfermedades psicosomáticas, que atravesados por diversos obstáculos, es necesario superar y que obligan a repensar y adaptar la teoría y los modos de trabajo a nuestra realidad actual.

Desde el postulado de V. Von Weizsäcker, médico neurólogo alemán, quien fuera considerado uno de los fundadores de la Medicina Antropológica, así como también un precursor de la Medicina Psicosomática en Alemania y Estados Unidos, donde consideraba que:

“los fenómenos psíquicos y los somáticos son dos aspectos de un mismo proceso, donde todas las enfermedades son psicosomáticas, puesto que cualquier enfermedad tiene causas físicas, infecciosas o incluso psíquicas, y que tienen un “sentido” que es inconsciente para el paciente, siendo tarea del psicoanálisis descifrar el mismo”. (1944).

Si tenemos en cuenta lo propuesto por L. Chiozza, médico argentino, miembro titular de la Asociación Médica de ese país en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática, quien expresa claramente al referirse a la persona que enferma, como:

“un ser vivo animado por una vida subjetiva, y su enfermedad, más allá de que se la comprenda o no se la comprenda... forma parte de la trama que constituye la historia de su vida” (Chiozza, 2008).

Con este planteo, dicho autor marca su percepción con respecto al sentido que adquieren los fenómenos en la relación con el sistema, y el carácter directriz que le otorga al formular el concepto de unidad de sentido. Lo psíquico influye sobre el cuerpo y la enfermedad física es una forma de lenguaje.

Para otro autor, el rioplatense E. Korovsky, médico y psicoanalista argentino que residió en nuestro país, ya que fuera coordinador de la Unidad de Psicosomática de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la UdelaR, subrayaba que:

“...”no sólo los síntomas neuróticos y psicóticos tienen sentido inconsciente sino también las enfermedades orgánicas e incluso los accidentes. Afirma que para una comprensión psicosomática de las enfermedades orgánicas, es necesario considerar que existen representaciones corporales conscientes - preconscientes e inconscientes”. (1990)

Para él, es relevante esclarecer que lo que se busca no son causas sino significados de la enfermedad, que considera como:

“un suceso en la biografía de la persona pleno de sentido entramado en su vivir y que es parte de su historia y de sus circunstancias” (Korovsky, 1990).

En cuanto a los afectos y en relación a la herencia filogenética, considerando los aportes freudianos, plantea la incidencia que dicha herencia tiene en la vida anímica de las personas:

“los estados afectivos están incorporados como sedimentaciones de antiquísimas vivencias traumáticas, y en situaciones parecidas, despiertan como unos símbolos mnémicos”.(Korovsky, 1990)

Dentro del trabajo, cabe desarrollar la importancia del sistema inmunológico, ya que de acuerdo a la teoría psicosomática, se considera la enfermedad como el sustrato de la representación de lo psíquico en el cuerpo. En relación a esto, se toma como objeto de estudio a las enfermedades auto-inmunológicas y dentro de ellas la sangre, ya que el órgano corporal y su función junto a los trastornos poseen un significado que se expresa como un lenguaje. El trabajo se enmarca en la teoría psicoanalítica, articulando diferentes conceptos freudianos con autores que han trabajado las nociones psicosomáticas del enfermar.

Se tendrá en cuenta otra mirada teórica que puede ilustrar con nuevos aportes y desde otra línea en una futura investigación, tal como son las Neurociencias.

Luego del recorrido teórico y a modo de cierre se plasmarán las conclusiones a las que se arribaron, pretendiendo subrayar los alcances de dicho trabajo y por qué no las limitaciones encontradas en el trayecto de la construcción del mismo.

*“Cualquier necesidad humana fundamental, que no es adecuadamente satisfecha revela una pobreza humana” (...)
“Pero las pobrezas no son sólo pobrezas. Son mucho más que eso.
Cada pobreza genera patologías, toda vez que rebasa límites críticos de intensidad y duración”. Max-Neef (1993)*

Construimos una imagen del mundo que habitamos desde la percepción, y cada especie va configurando de un modo distinto su propio mundo perceptivo. Llegamos a tener la ilusión de que vivimos en el mundo donde predomina un orden positivo y tranquilizador, aunque en alguna ocasión surja un caos negativo y perturbador. Desde aquí podemos preguntar ¿qué lleva a la humanidad durante tantos siglos, pensar en el engaño del orden? Esto proviene desde el clásico concepto de ciencia, que tiene la capacidad de predecir de forma certera y precisa la evolución de un objeto dado. Desde Descartes, quien aseguraba que si se pudiera fabricar una máquina potente que conociera la posición de todas las partículas y, utilizando las leyes newtonianas para saber su evolución futura, bien se podría predecir cualquier cosa del Universo. Claro, hoy vemos esta afirmación reduccionista, pero era la ilustración de aquel tiempo científico, que imponía un orden y un determinismo en su acción investigadora. Otras irregularidades o demás perturbaciones, se relegaban a la categoría de ruido, de “caos”, eso que no abarcaba la mayoría de lo observable. Los físicos de ese entonces, estaban dedicados a descomponer sistemas complejos, corrigiendo lo que no cuadraba con la creencia de que las pequeñas oscilaciones no afectan al resultado. Pues todo lo contrario, y nada más lejos de la realidad.

A comienzos de siglo XX, la teoría de la relatividad y la teoría cuántica, fueron alejando esa forma de concebir ese universo ordenado que funciona mecánicamente y en un armonioso equilibrio regido por las leyes permanentes y accesibles a la razón humana, para conducirnos hacia la idea de la existencia de un universo que oscila entre el caos y el orden, donde la complejidad escapa a la capacidad cognoscente del individuo. Un cosmos que va evolucionando de manera impredecible y regido por leyes que no son necesariamente inmutables. Surgen así, “catástrofes” que aluden a un cambio abrupto sin importar si es maligno o beneficioso, pero que comúnmente nos hace referencia a una destrucción.

Se podría tomar como un precursor en la Teoría del Caos, al matemático francés H. Poincaré (1908) que con sus ensayos de los sistemas matemáticos no lineales, llega a ciertas conclusiones, que luego con el tiempo, habrían de ser un antecedente histórico y conceptual de dicha teoría.

Frente a ciertas hipótesis planteadas, le surgieron otras respuestas inesperadas, donde dirá:

“que un pequeño error en las condiciones iniciales, en vez de provocar también un pequeño error en las últimas, provocaría un error enorme en éstas, con lo cual el fenómeno se vuelve impredecible y entonces lo adjudicamos al azar”.

Luego en la década del 60, se retoman estas ideas en los conceptos del meteorólogo y matemático norteamericano E. Lorenz (1962-64), quien descubre por casualidad, por una falla en la herramienta matemática que utilizaba, puede ver que al producirse pequeños cambios en las condiciones iniciales, éstos producían diferencias inesperadas en el resultado. Con ello, quedaba en evidencia que la tradicional “certeza” de la matemática se veía contagiada con el virus de la incertidumbre; y si en ella se llegaban a dar esos pequeños cambios iniciales, se producirían grandes cambios al final, por lo tanto, toda ciencia que intenta constituirse desde la matemática, habrá de pronosticar grandes catástrofes a partir de pequeñas alteraciones ambientales. Por ello, se hizo popular el aforismo “efecto mariposa”, afirmando desde una metáfora, que el movimiento del ala de este insecto en la China puede ocasionar un huracán en la otra punta del mundo (Florida-EE.UU). Son acontecimientos complejos que producen cambios pequeños y difíciles de percibir pero que llegan a producir grandes efectos. Es así que en la biología de sistemas cuando se opera en la realidad compleja, sea biológica, social o psicológica, y se quiere influir en ella, no hay que regirse por un pensamiento lineal. El caos invade otras ciencias basados en los avances de Lorenz, donde se vieron estimuladas nuevas investigaciones sobre la predictibilidad de los sistemas, ya que sin un porqué aparente, empiezan a desordenarse y caotizar, pudiendo luego retornar a una nueva estabilidad. Desde entonces, las más diversas disciplinas científicas, empezaron a investigar porqué dentro de las inestabilidades, y paradójicamente, dentro del mismo caos hay también un orden.

Fue en la década de 1970 que estas investigaciones, poco a poco pasaron a un primer plano, donde otros fenómenos ordenados, en apariencia, eran tan inseparables de lo caótico y desordenado, llegando para trastocar la imagen que el hombre tenía del mundo.

Ya W. Bion (1966), cuando se refirió a la evolución de los pacientes en tratamiento psicoanalítico, formula el concepto de “cambio catastrófico”, años antes de que conceptos semejantes se dieran como partes de la teoría de la complejidad.

“Si bien ciertos fenómenos se mantendrán invariantes, se producirá inevitablemente una desestructuración en el sistema en ese momento que puede producirse la vivencia de cambio catastrófico. Lo invariante es aquello que hará que reconozcamos en la nueva estructura algo de la original”.

Ésta teoría nos asiste en lidiar con la complejidad, pero el concepto de “bucles recursivos” puede aclarar y entender que ellos ocurren, cada vez que un efecto retro-actúa sobre la causa que lo produjo.

Así de esta forma es que nos introducimos a las cambiantes situaciones que ocurren en nuestro organismo, el cual debe adaptarse permanentemente a situaciones de amenaza, respondiendo con nuevos equilibrios que a su vez configuran situaciones nuevas, despertando y activando sistemas de cambio para mantener la homeostasis. La teoría del Caos explica que en todos los sistemas dinámicos hay una dependencia sensible a las condiciones del estímulo inicial que determinan conductas inestables.

El individuo no escapa a este paradigma de desequilibrio-respuesta adaptativa vs nuevo equilibrio-adaptación, ya que por ser un sistema fractal¹, no es ordenado y debe adaptarse continuamente a los cambios, y esa posibilidad determina a los sistemas vivos.

El paradigma de la complejidad

Para que el individuo pueda permitirse ver desde una realidad, con una perspectiva holística, se parte de la noción de cambio de paradigma considerando que la separación cuerpo-mente es propia del dualismo cartesiano cuya herencia se remonta a la filosofía griega. Platón y Aristóteles aportaron ideas para pensar el problema de la dicotomía alma y cuerpo, ya que las concebían como entidades separadas. Pero el giro epistemológico en los campos disciplinares deviene a partir de fines del siglo XIX y comienzos del XX, al percibirse las grietas por el intento de controlar al mundo desde la metáfora de la máquina. Es imprescindible una nueva visión, necesaria para comprender y explicar los fenómenos anómalos, puesto que el individuo no está sólo y aislado, para conectarlo al entramado o red de relaciones que lo constituye.

Casi al término del siglo XX, las investigaciones en los diversos campos científicos analizaron la relación entre poder-conocimiento, cuestionando la mirada de la modernidad que concebía al conocimiento como un reflejo de la realidad (Najmanovich, 1995). Este proceso fue abriendo camino hacia nuevos desarrollos epistémicos que permitieron trascender poco a poco el materialismo científico en el que se funda el binomio mente-cuerpo, o psique-soma.

“Desde la nueva perspectiva de los sistemas abiertos y complejos, las diferencias en la evolución dentro de la variable histórica adquieren un “factor de creación y cambio” donde el equilibrio puede significar también la muerte; el “error” puede ser re-contextualizado y aprovechado como un factor de evolución”. (Najmanovich, 1995)

Esta cita es importante para incurrir en el abordaje de las teorías de las ciencias humanas y aproximarnos a la idea donde el aparente caos, o la enfermedad pueden ser entendidos como las vías de auto-organización que recurre el sistema para la supervivencia de sí mismo y/o de los sistemas con los que interacciona.

¹ Proviene del vocablo latino *fractus* y puede traducirse como “quebrado”.

El ambiente que le rodea externamente es una amenaza para la supervivencia, pero a la vez, un recurso frente al cambio si logra re-contextualizarlo. Surge una retroalimentación con el objetivo de controlar el estado del sistema, pero también mantiene o perfecciona el desempeño del proceso.

Siguiendo el desarrollo de la autora, hay ciertas disciplinas científicas que continúan abordando:

“en términos de compartimientos y territorios exclusivos, creyéndose independientes de la cultura y la sociedad que las nutre”. (Najmanovich, 1995).

Pero también hay certezas en el conocimiento absoluto que comienzan a derrumbarse, y la cosmovisión ya no se piensa desde la concepción mecánica. Es ella quien propone un modelo ecológico del conocimiento, donde se abran las puertas al mundo de la complejidad y de las redes multidimensionales, para concebir un universo entramado y dentro de un sistema de relaciones en el cual cada parte está vinculada al todo.

“El conocimiento expresa la relación humano-mundo en un lenguaje simbólico producto de la vida cultural y del intercambio con el medio ambiente”... “En la multidimensionalidad del sistema, el sujeto complejo es una “unidad heterogénea y abierta al intercambio”. (Najmanovich, 1995).

Siguiendo el pensamiento de la perspectiva holística, los sistemas vivos son totalidades integradas y las propiedades son relaciones organizadoras entre sí, que forman parte del conjunto todo y no de las partes por sí solas.

Breve reseña de la Salud y la Psicología dentro del SNIS

El proceso salud-enfermedad debe comprenderse como una constante en la vida cotidiana de todos los sujetos, dos concepciones que deben contemplarse teniendo presente la comunidad y el contexto, ya que son atravesadas por múltiples aspectos como la política, la sociedad, la cultura, los afectos, y no sólo aquellos aspectos del orden de lo individual. La salud ha sido definida y considerada desde diferentes ópticas, siendo distinta para cada época y contexto socio-cultural, modificándose a través del tiempo, y cambiando según los paradigmas vigentes. Esto da cuenta de cómo el concepto biomédico va dando paso a un modelo que considera a la salud con una imagen más abarcativa de otros aspectos y dimensiones. (Restrepo, H. 2001). Es por ello que en la declaración de la OMS (1948) se definió a la salud:

“no sólo como la ausencia de enfermedades sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social”.

A partir de este concepto diferentes autores lo han problematizado y transformado, pero cabe aclarar que su concreción marcó un importante punto de quiebre, ya que por primera vez se define a la salud positivamente, es decir que no se la considera sólo como la ausencia de enfermedad sino que también se incluyen aspectos que van más allá de lo biológico.

El insuficiente avance en salud, que no se contempló y mucho menos mejoró, con la Declaración de Alma Ata (como mencionara anteriormente), hace rebrotar la necesidad de llevar adelante una nueva Conferencia Internacional de Salud en Ottawa/Canadá (1986), organizada por la OMS, donde se elabora la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, considerada como un documento significativo. (Restrepo, 2001)

Se establece allí, que la promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la misma, y ejercer un mayor control sobre ella. Fue la respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo, donde las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, pero sin dejar de tener en cuenta los problemas de otras regiones. El objetivo de la Carta, además de generar un documento, es comprometer a los países a emprender determinadas acciones para generar mejores condiciones y permitir cambios en favor de la salud de toda la población. Tanto desde la reorientación de los servicios sanitarios, en la necesidad de que el trabajo se canalice más allá de la atención clínica y se trabaje desde un nivel comunitario, como también atender las necesidades propias de cada comunidad cultural. Por otra parte, con el desarrollo de las aptitudes personales se busca generar opciones para que la población elija lo que considere mejor, buscando empoderarlos.

Para ilustrar otra perspectiva que busca encontrar la articulación mente-cuerpo, es la autora G. Totto (2006)², quien posicionada en una episteme compleja, resume a la salud como “el bienestar bio-psico-social” que se puede comprender en su forma desde la integridad del sujeto, como la suma de varias partes, teniendo en cuenta lo biológico, lo psicológico y lo social.

Dicha autora explica que:

“estar “sano” es en primer lugar un sentimiento de bienestar íntimo e individual, un orden armónico en esa intimidad humana, que se traduce en un funcionamiento sano del cuerpo, en un equilibrio emocional y en una buena relación con el entorno”.

Para ella, la enfermedad guarda relación con los estados de ánimo -conscientes e inconscientes- donde hay que investigar sus causas para poder tratarla. Acota, el poder escuchar al cuerpo desde una mirada interna y que cuestione el mensaje que nos revela éste.

La salud debe ser comprendida desde los múltiples aspectos que componen al ser humano y del que éste es constitutivo, y como sujeto activo se encuentra afectado no sólo por lo genético o el agente patógeno, sino también por sus relaciones vinculares, su vida e historia

² (1999) *Cuando el cuerpo habla. Enfoque psicosomático del enfermar*. Montevideo: Trilce.

personal. Ningún ser humano se enferma de igual manera a otro, aunque sus enfermedades sean las mismas, siempre existen determinantes personales constitutivos de su singularidad y de su subjetividad que influyen y le afectan.

Las concepciones lineales del proceso salud-enfermedad, tienden a considerarlo desde causas internas o externas, como una cosa o la otra. El primero, hace responsable al organismo y los agentes patógenos, quedando el individuo en una posición pasiva de recepción. El segundo, relacionado con la culpabilidad de la enfermedad puesta en el afuera, responsabilizando a un “externo” como causante de la enfermedad e incluso interpretándose como un acontecimiento que se impuso; desde ambas posturas se ve alejado el lugar activo del sujeto frente a la afección.

Esto se desarrolla dentro del modelo médico hegemónico, caracterizado por ser biologicista y ahistórico, desligado de los condicionantes y los determinantes personales, así como de la sociedad, que se impone sin dar relevancia al medio en el que está inserto, escindiendo cuerpo y mente. Considera a las enfermedades unicasuales, sin tener presente al sujeto que padece, siendo éste quien debe adaptarse a las características de la afección. Poder ver al sujeto en su integralidad implica ubicarse desde una perspectiva social y abierta, desde un modelo centrado en el contexto que habita el sujeto, y que tiene presente la historia de la comunidad, la salud e higiene de la misma, entendiendo que el desarrollo de las enfermedades se produce a partir de múltiples factores. El saber está compuesto por múltiples disciplinas que se conectan entre sí para ver al sujeto enfermo, pero observado desde diferentes áreas de conocimiento para dar un resultado que las integre.

“El sujeto pasa a considerarse parte del proceso de la salud, ya no se trata de una relación casual sujeto - enfermedad, sino de un ecosistema en donde están implicados sujeto y entorno. Al transformar la perspectiva hacia la visión holística, el individuo deja de ser el diagnóstico, el órgano afectado, la infección determinada”. (De Lellis, Saforcada, Mozobancyk, 2010).

El objetivo que apunta la nueva postura es a prevenir, promover y comprender desde una mirada que deja de responder a una causa u origen y se comprende desde la globalidad. La enfermedad y la salud, no son conceptos opuestos y en todos los casos es una “producción”.

El Dr. E. Levcovitz³(2011) señala que en la mayoría de los países latinoamericanos en la década de los 80´ se había generado una importante desigualdad de clases, donde también el derecho básico a la atención de la salud estaba en detrimento. El restablecimiento de los sistemas democráticos, luego de largos períodos de regímenes dictatoriales, hizo propicio de alguna manera que se dieran diferentes cambios. Se acercó una época de transición donde se hacía necesario pensar en la situación política, económica y social que cada país se encontraba.

³ Médico brasileño, recibido en Facultad de Medicina, Universidad Federal de Río de Janeiro-Brasil, en 1978. En 1982 recibe la Maestría en Medicina Social y en 1996 el Doctorado en Salud Pública. Se vinculó con la OPS como asesor en varios países. Así como también fue el representante de la OPS/OMS en Uruguay hasta octubre 2016, asesorando en la implementación del Fonasa y la reforma de Salud en nuestro país.

Igualmente, no se dieron enseguida los cambios necesarios, hubo varias discusiones llevadas a cabo, y es en el año 2003 donde los países de América Latina y el Caribe vuelven a plantear la necesidad de implementar una nueva estrategia para alcanzar determinados objetivos. Es en Montevideo en el año 2005, que se lleva a cabo la Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud. Anterior a esto, se mantenía un sistema de salud donde era muy desigual y de inequidad, donde los usuarios accedían a determinada calidad de atención según las posibilidades económicas de cada uno.

Otros autores, como Benia, W. y Medina, G. (2011) mencionan que es en el año 2005 cuando asume el primer gobierno de izquierda, que comienza a gestarse la reforma en el sector salud. A partir de allí, se plantea un cambio en la atención, gestión y en la financiación, siendo los dos primeros los más difíciles de llevar adelante. Se establecen programas prioritarios y metas prestacionales de índole preventiva, acordándose el pago de cápitas a las instituciones que cumplan con dichas metas.

En el año 2007 se redacta la Ley N° 18211 del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), donde algunos de los objetivos planteados allí implican una gran reforma del sistema de salud, promoviendo un cambio y entendiendo al binomio no desde un enfoque individual, sino vinculado al entorno familiar, social y también relacionado a comprender las diferentes problemáticas desde la multidisciplina como herramienta válida e indispensable para su abordaje. El hecho de que se le aborde desde una perspectiva integral hace que también se incluya a la salud mental. Se conforma así uno de los Programas Prioritarios del MSP, la Dirección de Salud Mental de ASSE, y es en el año 2008 que se aprueba la incorporación de psicólogos/as a los Equipos de Área de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel.

Según la OMS (2013):

“La salud mental no es solo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva, fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Sin lugar a dudas, cabe la mención de la Salud mental y la accesibilidad en los servicios para su atención, y comenzar dialogando con respecto a cómo se presenta hoy la misma en nuestro sistema, el lugar que ocupa y detalles relevantes que hacen a la actividad sanitaria (pública y privada). Dentro de los cambios que el SNIS se adjudicó bajo la órbita de este Programa, son el poder diagramar programas de rehabilitación y socialización, con objetivos específicos que desarrollen y fortalezcan a nivel comunitario hábitos saludables, y a la vez promocionar la prevención de las problemáticas psicosociales.

Pero el SNIS al avanzar debió enfrentar dos grandes problemas históricos, uno la marginación y la concentración asilar de enfermos mentales y otro el notorio retraso en incorporar recursos

psicosociales y psicoterapéuticos en los servicios de salud. El derecho ciudadano a estos servicios queda establecido en el decreto del P.E. (23/08/2011) que señala:

“el carácter prioritario de la salud mental en el SNIS y la incorporación progresiva de prestaciones psicosociales y de psicoterapia”. (Ginés, A. M., 2013).

Como derecho humano fundamental, por ende la intervención psicoterapéutica debe preservar su accesibilidad universal, y es en el plan del SNIS (2011) donde se implementan algunos abordajes psicosociales y psicoterapéuticos para promover cambios, tanto sea buscando aliviar el sufrimiento o favoreciendo el desarrollo del sujeto y sus vínculos.

... cuando en tu cuerpo hay "fuego amigo"...
(M. Rodríguez, 2016)

La Inmunología es en la actualidad una ciencia autónoma, pero en sus orígenes estuvo estrechamente ligada a la Microbiología. Su objeto consiste en el estudio de las respuestas de defensa que han desarrollado los seres vivos frente a la invasión por microorganismos o partículas extraños, pero su interés en especial, se ha dedicado sobre aquellos mecanismos altamente evolucionados e integrados, que están dotados de memoria y especificidad, frente a agentes reconocidos por el cuerpo como no propios, así como de su neutralización y degradación. La respuesta inmunitaria primero reconoce lo propio, proceso que tiene lugar en el timo y en médula ósea y posteriormente lo extraño, lo diferente al sujeto: el sistema inmune se va poniendo en contacto con los gérmenes y se va desarrollando una memoria inmunológica. Como otras tantas ciencias, presentó un prolongado período pre-científico de observaciones y aproximaciones meramente empíricas. Fue recogida en escritos de la antigüedad, donde el historiador griego Tucídides (464-404 a.C.) narra que ante una epidemia durante la guerra del Peloponeso, los enfermos eran atendidos sólo por aquellos que habían sobrevivido previamente a la enfermedad, en la seguridad de que éstos no volverían a ser contagiados. Algo similar ocurría en la antigua China, donde se había observado que las personas que en su niñez habían padecido la viruela no la adquirirían más adelante en su vida.

El pionero de la vacuna contra ésta enfermedad, es el médico y científico inglés Edward Jenner (1749-1823), que con sus criterios racionales lleva adelante los acercamientos a la inmunización; por ello es llamado "el padre de la inmunología". Jenner fue el primero en tomar en cuenta la importancia de realizar estudios clínicos de seguimiento a los pacientes inmunizados, consciente de la necesidad de contar con controles fiables; pero la falta de conocimiento en aquella época, sobre las bases microbiológicas de las enfermedades infecciosas retrasó casi un siglo la continuación de estos estudios. El primer abordaje científico acerca de los problemas inmunológicos se debió, a Louis Pasteur (1822-1895), cuando estudiando la bacteria responsable del cólera aviar observó que la inoculación en gallinas de cultivos viejos, las protegía de contraer la enfermedad cuando posteriormente eran inyectadas con cultivos normales virulentos.

A finales del siglo XIX existían dos teorías opuestas sobre los fundamentos biológicos de las respuestas inmunes. Por un lado, el zoólogo ruso Ilya Ilich Mechnikov (1845-1916), con su "Teoría de los fagocitos" que constituyó el núcleo de la teoría de la inmunidad celular, de modo que la fagocitosis se consideraba como la base principal del sistema de defensa inmune del organismo. Por otro lado, la escuela alemana de Koch (1857-1935) hacía hincapié en la importancia de los mecanismos humorales (teoría de la inmunidad humoral), donde observaron que el cuerpo produce "antitoxinas" (más tarde conocidas como anticuerpos) que tendían a neutralizar las

toxinas de forma específica. La conciliación de las dos teorías (celular y humoral) se inició posteriormente (1904) con los trabajos de otros investigadores, y es en los años 50' cuando se reconoce que los linfocitos son las células responsables de los dos componentes de la inmunidad.

La inmunología cobra un gran impulso en las primeras décadas del siglo XX con la descripción del sistema de antígenos naturales de los humanos y su transmisión hereditaria. Estos trabajos sirvieron de estímulo para avanzar en la especificidad química y dieron origen a los nuevos descubrimientos en Biología Molecular (ADN, ARN, código genético).

Como contribución esencial, fue el australiano Macfarlane Burnet (1899-1985), que bajo su teoría de la selección clonal, resucita las ideas selectivas dando el paradigma aceptado actualmente por todos los inmunólogos.

Más recientemente los hallazgos del investigador danés, Niels K. Jerne⁴ (1975), realiza nuevas aportaciones a la teoría de la selección clonal, proponiendo un modelo de regulación inmune conocido como "Teoría de las redes idiotípicas". Estableciendo ciertas bases científicas para el desarrollo de la autohemoterapia, que al encontrarse bajo ciertas condiciones, el sistema inmune se vuelve contra el cuerpo al que debería defender, formando auto-anticuerpos que atacan al propio organismo causando las llamadas "enfermedades autoinmunes".

Su teoría de la Red explica cómo estas enfermedades pueden ser tratadas de manera exitosa con anti-anticuerpos. El concepto que utiliza el autor, para definir lo extraño al organismo se basa en la idea de que se trata de moléculas que son reconocidas porque su estructura constitutiva coincide con información contenida en los genes que ha sido "reprimida" durante el desarrollo unilateral de determinados clones, y que constituyen la identidad genética del sujeto. Encontramos una destacada coincidencia entre este concepto y el concepto psicoanalítico de lo "siniestro" elaborado por Freud (1919), en la lengua alemana "unheimlich", que se traduce por "siniestro" aquello familiar que es experimentado como no familiar. Se puede ver como ejemplo la actuación del fenómeno de la "represión", en la intensa cisura represiva que separa lo posnatal de lo intrauterino. Así como también, ya en el plano de la psicopatología, la vivencia de lo siniestro en un enfermo que sufre el fenómeno de extrañamiento, donde se mira en el espejo y ve su cara familiar en algunos aspectos, pero que igualmente le despierta un sentimiento de extrañeza.

Tal como sostiene Jerne, lo propio puede transformarse en ajeno y ser atacado desencadenando así una reacción autoinmunitaria.

Como eje principal de las enfermedades auto-inmunes hay que destacar que la biología utiliza el término "inmunidad" para referirse a la condición en virtud de la cual un organismo se manifiesta enemigo a adquirir una determinada enfermedad. La inmunidad es el producto de un proceso que se ejerce a través de funciones celulares que conforman el sistema inmunitario, donde dichas funciones llevan implícita la posibilidad de reconocer lo "propio", diferenciándolo de

⁴ Premio Nobel en 1984, y quien fuera director de Inmunología de la OMS en Ginebra.

lo “ajeno”, posibilidad que depende a su vez, de la existencia de una memoria. Con ello queda ilustrado que entre lo semejante y lo diferente, hay un espectro de funciones, tanto para el psiquismo como para el sistema inmune, y al igual que necesitamos del otro como auxiliar, el sistema inmune “aprende a tolerar” a “ese” otro.

Durante la vida embrionario-fetal se produce una selección clonal en virtud de la cual, algunas configuraciones moleculares son toleradas y pasan a constituir la identidad del individuo, mientras que otras son reprimidas o prohibidas. Así se establece la diferenciación entre lo propio y lo ajeno, aquello que es extraño, no es tan desconocido, es algo “familiar” que ha sido reprimido.

Las afecciones que se pueden presentar con cierta periodicidad, con determinadas frecuencias en relación a los brotes o a sus remisiones, quedan delimitadas de manera imprecisa frente a las diversas prácticas y discursos que, en algunos casos cubren de sentido aquello, y donde en la clínica se presentan como un punto silencioso en el sujeto. Los fenómenos psicósomáticos enmascaran la presión que se ejerce desde lo psíquico, y es de importancia no quedarse en la mera descripción fisiológica o en la manifestación de los afectos, o sea en el modo de comportamiento al que el sujeto es llevado por la presión de la enfermedad.

En el libro, “Cuerpo, afecto y lenguaje” (Chiozza, 1976) se puede ver que el autor parte desde allí para:

“agregar un nuevo concepto a la idea de una fantasía inconsciente específica inherente a cada una de las distintas formas, funciones o trastornos corporales. Se pensaba así que el desplazamiento “dentro” de la “clave de inervación” de un afecto, conduce a que el proceso de descarga deforme la configuración de ese afecto, de manera que, al ingresar en la conciencia privado de su significado emotivo, adquiere allí la categoría de un proceso somático”. Se podría decir que los trastornos corporales ocultan afectos, en el sentido de que un determinado trastorno aparece como un proceso de descarga que sustituye y evita un particular desarrollo afectivo.

Queda claro que el sistema inmunitario en su complejidad, posee la función primordial de llevar adelante la protección del organismo frente a sustancias extrañas y potencialmente dañinas; donde al diseminarse en todo el cuerpo las distintas células, se pueden ver afectados los órganos y sistemas, por ello existen diversos tipos de enfermedades autoinmunes, que se detallan algunas a continuación:

Enfermedades autoinmunes que afectan a sistemas múltiples del órgano:

- Lupus Eritematoso Sistémico – esta es una enfermedad auto-inflamatoria crónica, que se ve generalmente en las mujeres. Las pruebas diagnósticas son comúnmente positivas para los anticuerpos contra las proteínas nucleares (DNA y ARN nucleicos).
- Los desordenes auto-inmunes detectados causados por la infección del Virus de Inmunodeficiencia (HIV) Humana también se consideran, ya que su infección, causa la destrucción del sistema inmune dañando varios sistemas y tejidos del órgano.

Enfermedades autoinmunes que afectan a la hormona produciendo órganos:

- El Tipo 1 Mellitus de la Diabetes – aquí los anticuerpos afectan y atacan a las células beta que producen insulina en el páncreas y llevan a la deficiencia severa del mismo por falta de ésta, produciendo que la glucosa aumente en sangre y en orina.
- Pancreatitis Autoinmune – es una condición inflamatoria que afecta al páncreas.
- Tiroiditis Autoinmune – esta condición lleva a la inflamación de las células, sobre todo las tiroideas, destruyendo la glándula tiroides y produciendo hipotiroidismo, dependiendo la actividad de la enfermedad. La tiroiditis crónica o enfermedad de Hashimoto se da en cualquier edad, pero es común entre las mujeres de mediana edad. Con la enfermedad de Grave (hipertiroidismo) se da la enfermedad autoinmune de la glándula tiroides también, pero llevando a la misma a funcionar de manera siempre activa.

Artritis:

- Espondilitis Anquilosante – esta es una forma común de artritis crónica inflamatoria que afecta a las articulaciones de la espina dorsal y las sacroilíacas de la pelvis produciendo dolor severo, deformidad e incapacidad.
- Artritis Reactiva o el Síndrome de Reiter – usualmente activada por una infección. Hay tres síntomas clásicos que incluyen la artritis inflamatoria de articulaciones (rodillas y espalda), inflamación de los ojos con conjuntivitis y presencia de uretritis en los hombres (inflamación uretral) o cervicitis (inflamación cervical) en mujeres.
- Artritis Reumatoidea – esto es un desorden autoinmune que afecta a los tejidos en las articulaciones. Lleva al daño severo del cartílago en ellas con inflamación, y otros órganos tales como pulmones, pericardio y pleura pueden también ser afectados.

Enfermedades autoinmunes que afectan a los nervios:

- Esclerosis Múltiple – enfermedad autoinmune que afecta al cerebro y los nervios. Las células autoinmunes causan daño a la vaina de mielina que actúa normalmente como el revestimiento protector que rodea las células nerviosas.
- Miastenia Grave – el sistema inmune ataca los nervios y los músculos que llevan a una debilidad severa.

Enfermedades autoinmunes que afectan a los ojos:

- Uveítis anterior Aguda – es la enfermedad inflamatoria más común del iris de los ojos. Hay una asociación genética fuerte con HLA-B27.
- El Síndrome de Sjögren – una enfermedad en la cual el sistema inmune daña las glándulas que producen humedad, tal como las lágrimas y la saliva.

Enfermedades autoinmunes que afectan a la piel:

- Escleroderma – es un tipo de desorden que afecta comúnmente a los tejidos conectivos de la piel, los vasos sanguíneos, los músculos, y los órganos internos. Se da mayormente en mujeres entre los 30 y 50 años.
- Dermatomiositis – da lugar a la inflamación de músculos y a una erupción de piel. Puede afectar a personas con cáncer de pulmón, abdomen o de otros órganos.
- Psoriasis – es una enfermedad autoinmune de la piel, donde hay producción excesiva de nuevas células por debajo de las capas de la epidermis.
- Vitiligo – en ella, las células que dan el pigmento a la piel (melanocitos) son destruidas, produciendo “parches” descoloridos y blancos en la piel.
- Alopecia areata – cuando el sistema inmune ataca los folículos o las raíces del pelo.

Enfermedades autoinmunes que afectan al sistema gastrointestinal:

- Hepatitis Autoinmune – este tipo afecta al hígado y es cuando las células inmunes del cuerpo (glóbulos blancos) atacan a este órgano. Hay una predisposición genética para esta condición, y afecta más a las mujeres que a los hombres (el 70%).
- Enfermedad Celíaca – cuando los intestinos reaccionan a las comidas que contienen el gluten (ejemplo: trigo).
- Síndrome del intestino irritable – esta condición lleva a la inflamación severa y crónica del aparato digestivo. La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa son las más comunes.
- Cirrosis biliar Primaria – se destruyen lentamente los conductos biliares del hígado.

Enfermedades autoinmunes que afectan a la sangre y a los vasos sanguíneos:

- Poliarteritis Nodosa – es una enfermedad severa que afecta a las arterias pequeñas y medianas que se inflaman y se dañan. El riesgo de esta condición aumenta con la hepatitis B y las infecciones de C.
- Síndrome del anticuerpo del Antifosfolípido o de Hugues – produce trombos en los vasos sanguíneos, derivando el daño por el flujo incorrecto de la sangre. Se da una frecuencia alta en mujeres, sobre todo en el curso de un embarazo.
- Anemia Hemolítica – este tipo de anemia se produce cuando las células inmunológicas destruyen a los glóbulos rojos.
- Púrpura trombocítica Idiopática (ITP) – ésta causa daño a las plaquetas de sangre que son esenciales para la formación de coágulos de sangre.
- Vasculitides como la granulomatosis de Wegener – ahora llamada poliangitis granulomatosa, es un tipo de vasculitis poco frecuente en la cual se produce hinchazón e inflamación de los vasos sanguíneos, dificultando el flujo de sangre. Se pueden ver afectados los vasos de la nariz, los senos nasales, oídos, pulmones y riñones.

Algunos colaboradores junto a F. Cesio⁵ (1968) estudiaron ciertas características de la relación transferencial-contratransferencial en pacientes con enfermedades orgánicas, destacando la importancia de lo prenatal en el padecimiento de las enfermedades autoinmunitarias, vinculando los mecanismos de defensa del Yo y su patología con las afecciones inmunológicas, al ver que, cuando fracasan las defensas sin una disociación apropiada, no se discrimina lo “bueno” de lo “malo”, y es allí donde el sujeto reacciona defensivamente autoagrediendo. El perfil psicológico de dichos pacientes, su grado de mentalización, el registro o manifestación de afectos y emociones, se pueden correlacionar también con el grado de vulnerabilidad autoinmune. (Przybylski, 1995)

La sangre: fantasía específica – "autoinmunitaria".

Desde el psicoanálisis se sostiene que toda función corporal es fuente de un impulso que participa de la excitación general del organismo, aportando un componente particular y propio, bien diferenciado. Lo mismo ocurre con la sangre (tejido), que posee un significado particular para el psiquismo, pudiendo contemplar otros significados parciales y acordes a sus funciones. La principal radica en transportar el oxígeno y nutrientes a los diversos tejidos del organismo. La hemoglobina es una hemoproteína de la sangre y su contenido es quien da el color rojo a los hematíes, y es la encargada del transporte de oxígeno, por ello es la principal fuente de energía y su presencia en el torrente sanguíneo lleva adelante la vitalidad misma del organismo, de lo contrario, moriría. Así, por ejemplo, el sentido de la expresión “la sangre es vida”, representa el significado más elemental de vitalidad.

Aquí se puede asociar el material teórico que trabajara Chiozza con respecto a la “*fantasía específica*”, por el cual ilustrar que dicho concepto al tiempo que es producto, también es instrumento de lo que se investiga a nivel psicosomático. El sentido de la enfermedad es como el síntoma de la situación, donde juegan lo simbólico -representado en las “palabras del cuerpo”, y donde el goce se concilia con el sufrimiento a través del lenguaje corporal inconsciente del órgano por el mecanismo de conversión-, así como la intencionalidad. Cada zona tendrá un valor especial y distinto en su significado con respecto a las demás, y el síntoma surge de la fallida pretensión del deseo de que todo sea palabra, instalándose de esta manera el goce del síntoma. El órgano elegido como “débil” se apoya en ser complaciente somáticamente o también como exponía en anterior párrafo, puede ser por conversión (donde la asociación existente es entre el conflicto actual y un recuerdo donde se ve involucrado la representación del órgano elegido).

⁵ Precursor del psicoanálisis en Argentina, autor de investigaciones que abren campo para pensar, como algunas enfermedades degenerativas del sistema nervioso (Alzheimer) pueden guardar relación con aspectos de la historia del sujeto,

Es una manifestación que está dando un significado de "algo", significado de ese síntoma que permite leer lo simbólico, ya que quien enferma lo hace como expresión de un conflicto y hay que buscar o identificarlo para descubrir el significado sintomatológico.

En toda estructura o proceso corporal somático hay impulsos diferenciados; éstos al mismo tiempo son una *fantasía inconsciente particular/específica*, con respecto a dicha estructura o proceso, donde la existencia misma del fenómeno somático constituye una conducta que asigna un sentido psicológico. Por eso la estructura o el proceso corporal y la fantasía específica (icc) son una y la misma cosa, pero vista de dos puntos de vista diferentes.

“El síntoma es lo más particular que cada uno tiene y, por otra parte, lo más real”. (Colet Soler)

El psicoanálisis tiene como inicio el estudio de la idea sin sentido y la acción sin rumbo, para poder llegar a la situación del pasado en donde la idea sí cobra un sentido y la acción tiene un fin necesario. Cabe mencionar que el sentido de los síntomas neuróticos fueron descubiertos por Josef Breuer y Pierre Janet, con el estudio de dos formas de manifestación de estos síntomas: la neurosis obsesiva y la histeria, fundando la base de dicha teoría. El síntoma en dicho marco teórico no hace referencia como en la medicina, a una determinada enfermedad o lesión, sino que se refiere al síntoma como portador de un sentido, capaz de ser interpretado, por lo que es muy significativo su “sentir” y se relaciona a las vivencias del sujeto.

“Siempre y dondequiera, el sentido de los síntomas es desconocido para el enfermo, y el análisis muestra por lo regular que estos síntomas son retoños de procesos inconscientes, que empero, bajo diversas condiciones favorables, pueden hacerse conscientes” (Freud, 1878).

Los síntomas son propios de las neurosis, como actos “normales”; son el camino para dar cumplimiento a una formación o deseo inconsciente, que se entiende como un beneficio secundario para canalizar la energía pulsional a través del mismo. Es una manifestación subjetiva de resolver un conflicto inconsciente, pues los procesos son singulares y no hay una generalidad. Si bien todos hacemos síntomas, que pueden ser agudos o temporarios, están representando algo, pero no todos son representados de la misma manera, y no todos son factibles de ser interpretados; sí deben lograr el mecanismo que actúa para burlar la represión, para llegar al verdadero sentido por el cual ocurren.

Cuando se produce un síntoma ¿es por qué fracasó la represión? ¿qué pasa con ella? La idea es que el inconsciente se disfraza, se desfigura y pasa la barrera de la represión que es permeable, difusa, en un interjuego de fuerzas determinadas que son permisivas en algunas oportunidades. Algo latente que se hace simbólico para dar un “sentido” de lo que ocurre en realidad, para dar una explicación.

La represión es necesaria para que no ocasione angustia, pero cuando aparece ésta y genera un síntoma con el cual el sujeto se ve implicado, o supone un cierto sufrimiento. Puede aparecer el interés de una búsqueda a una cierta interrogación y no meramente a querer librarse de él, en donde poder intentar definirlo, y siendo a través del psicoanálisis. El síntoma es una manifestación consciente, donde da un sustrato en el cuerpo que es percibido, una caracterización de “sentir algo”, que puede o no tener causa orgánica, pero que está asociado a la sensación percibida consciente de displacer.

Si volvemos la mirada para la psicopatología, todos los síntomas son una expresión, dentro del sentido integral del sujeto, o sea son factibles del mismo. A ese sentido se le busca una representación, una fantasía específica, donde es posible de ser interpretado dentro de un ámbito en el que se pueda desarrollar, igualmente podría no llegar a remitirse.

Cuando observamos en la obra freudiana la producción del síntoma, podemos ver que él mismo recorre dos caminos, por un lado la represión y defensa contra las fijaciones pulsionales que buscan siempre una satisfacción en exceso y que no tiene nada que ver con el bienestar del sujeto; y por el otro, todo lo que se presenta como el atravesamiento del complejo de Edipo, esa estructura normativizante, que permite el ingreso a la cultura mediante la ley del incesto y la diferencia de sexos. Los síntomas como sostuvo Freud, son defensas contra la angustia de castración y sus resultados se manifiestan en tales afecciones neuróticas.

Precedentemente, con el historial de Anna O. (Freud, 1895d) surge la idea de que no solo el discurso verbal puede tener como referentes a los órganos y sus funciones, sino que los órganos mismos pueden "intervenir en la conversación". Es el órgano quien habla, ya sea a través de una alteración somática perceptible (signo), como en la histeria, o a través de una sensación somática (síntoma).

Cuando (Freud, 1915), habla acerca de la meta genuina de la represión, siendo ella la sofocación del desarrollo del afecto, quien constituye la impronta del significado, nos ilustra que el síntoma corporal, erigido en representante de un afecto conflictivo, no solo "habla", sino que su significado es el que más "dice". En lo inconsciente del enfermo, el síntoma que descarga la investidura se ha erigido en representante simbólico de las emociones implicadas.

En su obra "El problema económico del Masoquismo" (Freud, 1924) nos presenta una economía libidinal en la cual la satisfacción de placer y dolor se confunden a la vez. La satisfacción oculta del síntoma se presenta como paradójica ya que se trata de un placer obtenido a través del sufrimiento que hace dolorosa la vida cotidiana.

Más adelante y como lo escribiera en "Inhibición, síntoma y angustia" (Freud, 1926) el síntoma es definido como la satisfacción sustitutiva de una pulsión reprimida, donde ya no se trata solo del deseo reprimido puesto en juego, sino que interviene la pulsión. Dicha satisfacción no es consciente para el sujeto, pues se oculta bajo el aspecto manifiesto del síntoma, reflejando un agrado que transgrede los límites impuestos por el principio placer-displacer, por cuanto pasa a ser asimilado por el yo, al ser incorporado por identificación con el síntoma. Esta incorporación se da por razones económicas, ya que comprueba que el proceso de la represión no se efectúa una sola vez, sino que se trata de un esfuerzo constante que el yo debe realizar para mantener aisladas las representaciones reprimidas. Freud asienta su última teoría de la angustia (meta psicológica), en basamentos distintos de los escritos anteriormente, ya que afirma que no es la represión la que genera angustia sino es la angustia quien llama a la represión.

Descubre, que la represión no cancela la angustia sino que como afecto, sólo se desplaza. Aquí la angustia es algo sentido, y lo llama "afecto", pero de inmediato aclara que aún no sabe que es el afecto. Solo dirá del mismo que,

"todo afecto es un proceso de descarga que incluye determinadas inervaciones o descargas motrices y ciertas sensaciones -percepciones de las descargas ocurridas y sensaciones directas- de placer y displacer". (Freud, 1916-17).

A partir de las ideas freudianas, y bajo el punto del síntoma corporal siendo el que "participa de la conversación", es Weizsaecker (1951) el precursor en desarrollar a partir de las mismas, definir el concepto de "dialecto de órgano", donde cada órgano, en su opinión, participa "hablando" en el "conjunto de voces" como un medio de comunicación.

La instauración de un abordaje analítico sostiene esta apuesta por el sentido, y abre un tiempo en el cual, -sobre la escucha que el analista brinda- el sujeto podrá desplegar los interrogantes que su síntoma, a la vez que plantea, responde.

De ahí que ninguna generalización pueda hacerse a partir del síntoma, marcado por la singularidad, donde el sujeto constituido y atravesado por los discursos de su época, encuentra en ellos, las posibilidades o los límites de su interrogación, junto a los significantes con los que articulará de forma creativa o sintomática, sus propias respuestas.

Por eso el síntoma es absolutamente cambiante, en donde cada momento produce ciertos malestares que no son ajenos al sujeto. En su texto "El Malestar en la cultura" (Freud, 1929) planteaba la oposición entre las exigencias pulsionales y las restricciones impuestas por la cultura.

Estas nuevas modalidades de ir transitando, trae consigo cambios en las sintomatologías y en las patologías que aparecen naturalizadas. Se infiere así, que los síntomas contemporáneos se inscriben en un momento socio-histórico particular, donde pautan nuevas formas de vivir cotidianamente y de relacionarnos, influyendo en los vínculos y emociones, por ende generando nuevos modos de sufrimiento. Ante esto, el lugar del psicoanálisis tampoco es claro y ofrece algunas dudas, ya que no queda por fuera del discurso temporal, en donde la experiencia analítica también depende de ellos para seguir sosteniendo el interrogante planteado por el síntoma en su singularidad.

El sujeto que demanda análisis es fundamentalmente un sujeto que se interroga, y nuestra época parece haberse tornado poco propicia a los interrogantes.

“ Todo el cuerpo puede ser aprehendido como un órgano del alma”. (Karl Jaspers)

Podría decirse que al abordar el tema de la medicina psicósomática, se presenta un problema desde su nombre, puesto que con el mismo se designan cosas muy diferentes. Es por ello que Chiozza (1976), conocido por sus investigaciones sobre la medicina psicósomática, es quien aclara que la expresión “medicina psicósomática” se emplea en dos sentidos diferentes al que él, le da. El autor comenta que es utilizada por un lado:

“para referirse a la capacidad que posee el tratamiento psicoanalítico de producir efectos no solamente psíquicos sino además somáticos” (Chiozza, 1995).

Pero con el mismo nombre se designa también:

“a una especialidad, médica o psicoanalítica, que se dedica a estudiar y a tratar las enfermedades psicósomáticas; esta orientación sostiene explícita o implícitamente, que algunas enfermedades son psicósomáticas y otras no, ya que usa la palabra ‘psicósomática’ para referirse a una afección orgánica de causa psíquica” (Chiozza, 1995).

En 1974, el autor acuerda y concilia en que la expresión medicina psicósomática designe a:

“una orientación de la medicina (Laín Entralgo, 1950; Weizsaecker, 1940, 1950; Chiozza, 1980) que se caracteriza por el propósito de incluir en cada acto médico y en cada juicio clínico, la consideración psicoanalítica de las emociones inconscientes que contribuyen a que cada paciente configure una persona enferma en una situación particular diferente que comprende, además, las vicisitudes de sus relaciones con el médico, la familia y la sociedad”.

Es en 1995, que el autor expresa de modo categórico su punto de vista acerca de la psicósomática y el psicoanálisis diciendo que *“... no existe otra psicósomática psicoanalítica que el psicoanálisis mismo...”* (Chiozza, 1995). Se coloca desde ciertas hipótesis del psicoanálisis para plantear sus postulados, donde dirá que los procesos son genuinamente psíquicos, es decir los inconscientes, y que poseen relación con las expresiones somáticas. El cuerpo todo puede operar como zona erógena y cualquier órgano o parte del mismo puede ser investido por una representación de un proceso en el que se encuentre involucrada la zona.

De ésta forma atribuye una funcionalidad perceptible y necesaria para el análisis psicósomático, la cual refiere a *“el concepto de lenguaje de órgano (...) y constituye uno de los múltiples dialectos del inconsciente”* (Korovsky, 1990).

A raíz de estos postulados y apoyándose en la idea de Weizsaecker (1946), de que lo corporal encuentra su concomitante sentido psicológico y que todo lo psicológico tiene su correlato corporal, Chiozza (1989) plantea con ello ir más allá de la idea de la fantasía clásica propuesta por

Freud, en lo que tiene que ver con las fases constitutivas de lo oral, anal, fálica y genital. Este concepto se constituye para poder encontrar una teoría que englobe la complejidad de la totalidad de las enfermedades, pues las descritas por Freud, dejan por fuera la posibilidad de los contenidos específicos de otras manifestaciones somáticas.

Ingresar al campo teórico de la Psicología específicamente psicoanalítica, no infiere a una manera específica de enfermar, sino que responde a una lente de comprensión del malestar del ser humano. Es un área de la Psicología que va cobrando importancia en el abordaje de las enfermedades físicas del sujeto, basada en la teoría psicoanalítica freudiana para formular la "Teoría de los afectos" (Chiozza, 1977), que contempla de forma integral al sujeto otorgando énfasis a los aspectos emocionales, a la historia personal y a las conflictivas actuales.

Se entiende por Psicología:

"una disciplina que, en ese intento de unificar, lo que en realidad nunca estuvo separado, presenta un modelo holístico del hombre, donde lo sano o lo enfermo son manifestaciones de lo uno y de lo único. No hay dos aspectos, dos registros o dos instancias, sólo hay un ser que se expresa y conocemos a través de lo que manifiesta y del sentido que tiene para él esa manifestación". (Russo, 2009)

Desde el punto de vista epistemológico, Chiozza (2008) afirma que *"en un mundo cuyos valores cambian rápidamente, los factores psíquicos de la enfermedad se han hecho cada vez más evidentes"*. Esto enfrenta a la institución académica médica a reexaminar los cimientos sobre los que se sustenta dicho conocimiento; destacando la importancia de contemplar los fenómenos del universo como ...*"otros tantos signos lingüísticos que remiten a una unidad de sentido"*. (Chiozza, 2008)

Se puede afirmar que, a merced de las dicotomías heredadas se cree que las enfermedades son psíquicas o somáticas, sin embargo se debería concebir al sujeto de manera holística, unificado. Los aportes de la disciplina Psicología son provechosos para trabajar con el sujeto que enferma, desde el análisis en la interpretación de los sentidos y significados que tiene el síntoma, donde permanecen ocultos -a nivel inconsciente-, como un proceso de reflexión. Como el autor bien se interroga, ¿Por qué enfermamos? ¿Para qué enfermamos? ¿Por qué ese órgano?

Desde aquí el autor de acuerdo a su experiencia, se apoya en el concepto de Fantasía Específica (1989), donde presenta al mismo como un instrumento en el abordaje psicología ya que luego de varias investigaciones, erige el constructo teórico ensamblado y generado en base a varios preceptos desde la visión psicoanalítica, dando mayor importancia a la integración y la relación: psique - soma - significado.

Siguiendo en la misma rama, pero desde el punto de vista de otro autor, E. Korovsky quien considera que todas las enfermedades son psicología, ya que cualquier enfermedad tiene causas que pueden ser físicas, infecciosas e incluso psíquicas, donde además, tiene un sentido

que es inconsciente para el paciente, y que será tarea del psicoanálisis descifrar dicho sentido. Es quien toma los aportes de la psicósomática vertidos por Chiozza a partir de los estudios de Freud sobre la influencia de la vida anímica en los trastornos orgánicos, alcanzando así la medicina una concepción más integral de los fenómenos del ser humano.

Prefiere denominar al abordaje y entendimiento de la enfermedad, como un tratamiento psicoanalítico de pacientes con manifestaciones somáticas, ya que considera que las enfermedades son todas psicósomáticas.

Es necesario entonces comprender que el síntoma corporal es señal de un conflicto y la importancia de decodificar su lenguaje,

“cuya comprensión permite al paciente hacerse cargo y participe activo en el camino hacia su curación” (Korovsky, 1990).

Para él, es importante esclarecer que *“lo que se busca no son causas sino significados de la enfermedad, que considera como un suceso en la biografía de la persona pleno de sentido entramado en su vivenciar y que es parte de su historia y de sus circunstancias” (Korovsky, 1990).*

Para aclarar un poco más dichas ideas, es conveniente resaltar que desde la Psicósomática Psicoanalítica el interés no está puesto en el encuentro de los orígenes de la enfermedad, en sus causas, sino en la *“(…) significación, que está entramada en la historia biográfica del paciente.”*

Parafraseándolo, se puede decir que es quien contribuye con esta idea, y asume que:

“la enfermedad es considerada como un evento biográfico, que posee un sentido inconsciente, y es la forma que mejor expresa la conflictiva vivencial del paciente”.

El significado inconsciente de las enfermedades autoinmunitarias:

Corresponde ilustrar, dado el interés por la temática, la intimidad de un sujeto visto desde el sistema autoinmunitario, donde operan ciertos “intereses” a nivel inconsciente, bajo el marco teórico psicoanalítico, y con el objetivo de poder demostrar lo que constituye “el sentido” en su vida. El psicoanálisis ha mostrado en varias ocasiones, que ciertas motivaciones se arraigan en la vida individual de una persona, donde permanecen inconscientes y reprimidas, ocultas por otros propósitos conscientes. Pero también nos ha demostrado que además de los acontecimientos y del sentido construido por cada quien, es posible descubrir un sentido que va más allá, y que está arraigado a legados ancestrales. Se puede decir quizás, que la vida misma nos impone su sentido. Citando a continuación una afirmación de Freud (1914c) cuando escribe que:

“el individuo lleva en sí una existencia doble, en cuanto a fin para sí mismo y eslabón dentro de una cadena de la cual es tributario, contra su voluntad, o al menos sin que medie esta”.

Podemos encontrar una correlación con lo expuesto anteriormente, en el trabajo "El significado inconsciente de las enfermedades por autoinmunidad" (Chiozza y colabs., 1993c):

[Cada] nuevo ser, tomando algunas características [de sus progenitores] y rechazando otras, conforma su propia identidad integrándola de un modo natural en el marco más amplio de la identidad de linaje o ancestro. Si ambos planos o niveles de identidad se amalgaman armoniosamente, un individuo puede vivir el natural amor propio de pertenecer a su raza, su pueblo, su estirpe, su ancestro. Una expresión de ese amor propio es la adopción, sin conflicto, de un conjunto de mores, costumbres o hábitos, conjunto que configura un estilo propio y, al mismo tiempo, ancestralmente compartido (...)

Sobre estas ideas, se podría señalar si es conveniente la incorporación de las identificaciones, tomadas de las líneas hereditarias de donde procedemos que configuran -o no- un estado inconsciente de íntima aceptación o tolerancia hacia lo que uno es. Cabe acotar que se está hablando de un grado muy particular, dependiendo del psiquismo humano, en cuanto a la implicación adecuada de la integración de los linajes que nos constituyen, ya que en ciertas circunstancias, ello puede dar lugar a desequilibrios o conflictos. Se debe tener en cuenta lo transgeneracional, cuanto inquieta o tiene "sentido" de manera inconsciente. Es aquí que el término habitual en la inmunología "sentimiento de auto-tolerancia", puede llegar a estar ligado por quien lo experimenta. Pues dicho sentimiento consciente de auto-tolerancia, se manifiesta como un aumento de las células inmunitarias capaces de evitar la producción de auto-anticuerpos anti-ADN.

La Inmunología agrupa a las enfermedades autoinmunitarias en dos categorías: *las órgano-específicas*, donde se ve afectado un particular órgano o tejido, y *las sistémicas* donde quedan comprometidos diferentes órganos en simultáneo. Dependerá de la intolerancia y el conflicto que comprometa a la función o capacidad yoica para implicar al órgano afectado y su simbolización.

Desde el punto de vista psicoanalítico (Chiozza y colabs., 1986a; Chiozza, 1997a) y con los avances actuales de la Inmunología, se manifiestan nuevos mecanismos autoinmunitarios que se desconocían en la etiopatogenia de diversas afecciones; pudiendo complementarse la ampliación del sentido. Son muchas las enfermedades en cuya etiología participa un mecanismo autoinmunitario, compartiendo así un núcleo de significación común llamado "fantasía autoinmunitaria". Ésta implica la existencia de un punto de fijación vinculado a la necesidad de integrar en la propia identidad, los linajes de los cuales provenimos. El conflicto se expresa a través de un choque de estilos en la convivencia, con un objeto al que no se puede tolerar y tampoco abandonar, porque en lo inconsciente representa una parte de sí mismo. Cuando por alguna circunstancia no se soporta la intolerancia en la conciencia, se constituye el ataque autoinmunitario como la deformación patosomática de un afecto que, si se hubiera desarrollado

como tal, habría correspondido a un sentimiento consciente de intolerancia referido a un objeto que se experimenta como imprescindible.

En las enfermedades por autoinmunidad existe una reacción activa y bien organizada; en esta respuesta se arroja la representación simbólica de la defensa de aquel núcleo de la identidad que en un cierto momento se pretende solidificar, desconociendo y rechazando al otro.

Se puede inferir que el autor, siguiendo la segunda hipótesis fundamental del Psicoanálisis (Freud, 1938), alude que el cuerpo y el alma son dos aspectos de una misma realidad indivisible, psíquica y física sin excluirse mutuamente, donde considera el carácter simbólico de las manifestaciones del inconsciente a través de las representaciones en el cuerpo.

Otra línea para futuras investigaciones: Las neurociencias.

“Si arrojamos un cristal al suelo, se hace añicos pero no caprichosamente, sino que se fragmenta siguiendo las líneas de escisión cuyo deslinde, aunque invisible, estaba comandado ya por la estructura del cristal”. (S. Freud, 1933)

No es posible abordar ninguna cuestión del psicoanálisis sin plantear las bases de las ideas freudianas y las construcciones teóricas que de ella provienen. Freud tuvo una constante preocupación para mantener al psicoanálisis dentro de la ciencia, con permanentes evidencias de las relaciones de su teoría con las ciencias establecidas (medicina, psiquiatría, biología, física) mostrando una relación de complementariedad. En sus inicios como investigador fisiólogo se vio tentado por la teoría Darwiniana, que en aquel entonces *“...prometía un extraordinario avance en la comprensión del universo...”* (Freud, 1976), pero su interés se dirigía más a la condición humana que a los objetos naturales, sin dejar de abandonar el abordaje científico. Sitúa al psicoanálisis muy cercano a las “ciencias humanas”, incluso a su decir, *“...la única entre las disciplinas médicas que mantiene los vínculos más amplios con las ciencias del espíritu...”* (Freud, 1976).

Actualmente, no se concibe un psicoanálisis que ignore la psicología junto a las neurociencias cognitivas y con la responsabilidad de incorporar nuevos enunciados.

Los neurólogos se enfrentan a la paradoja de estudiar el cerebro y comprenderlo a través de “su propio cerebro”, ya que la herramienta de análisis es al mismo tiempo el objeto de estudio. Quizá sea por ello, que recientemente se ha comenzado la gran tarea de sistematizar su estudio aplicando métodos científicos.

Hoy, nos encontramos en la era neurocéntrica, pero hace más de tres siglos un grupo de médicos pioneros en investigaciones neuroanatómicas junto a Thomas Willis (1621-1675)⁶ ya trabajaban

⁶ La historia de que el cerebro, como órgano rector de nuestros impulsos cognitivos, y sede de las funciones más elevadas de las que estamos dotados, se remonta al siglo XVII a través de la figura de T. Willis cuyas ideas sin embargo no lograron imponerse hasta siglos más tarde.

en el estudio de la inseparabilidad de cerebro y mente, y proponían curar los trastornos mentales (como la depresión) con sustancias químicas. Varios años después, se imponía el psicoanálisis y se abandona el uso de los fármacos para tratar las enfermedades mentales volviéndose a utilizar luego de la 2ª Guerra Mundial.

Las neurociencias, sobre todos las cognitivas, son una rama dentro de la gran disciplina científica, que estudian el sistema nervioso y el cerebro basados en los procesos mentales únicos al ser humano, como por ejemplo la consciencia, la toma de decisiones, el lenguaje, la interacción social y sobre todo las emociones.

No tiene una postura reduccionista, ni unilateral ya que se nutre de los estudios de otros técnicos y peritos. Si bien estudia al sistema nervioso desde la molécula hasta los diferentes niveles de los circuitos, pasando desde la anatomía en sí, hasta como lo modela el medio ambiente, intentando responder las interrogantes que desde siempre se ha preguntado la civilización.

Hoy en día el conocimiento se genera en equipo, se debe de inferir que hay que salir de los laboratorios (como ciencia dura) y entender el porqué de esos procesos mentales que impactan en varias de las áreas donde el ser humano se mueve, como la política, la educación, lo social, y así frente al conocimiento debatir y poner límites (éticos o deontológicos) que surgen de la investigación interdisciplinaria. Los avances dentro de las neurociencias tienden a desplegar puentes hacia otras disciplinas, puesto que cuanto más se sepa de él, el impacto en otras áreas se enriquecerá y tendremos otras herramientas para poder cambiar o modificar decisiones importantes.

El cerebro es producto de la evolución de millones de años, pero el gran salto evolutivo importante de nuestra especie fue la complejidad social, junto a la capacidad de engaño y la lecto-escritura que es más reciente de lo que pensamos. Ante la creencia de solucionar un problema, no calculamos la solución sino en realidad lo que hacemos es recuperar información de la memoria (semántica, procedimental, operativa) con sus diversos circuitos neuronales específicos y llevar adelante una predicción; de esa forma funciona la corteza cerebral, con señales eléctricas. Se sabe hoy que las decisiones son más automáticas, menos pensadas y sólo a veces se toman decisiones deliberativas, pues ello requiere un gasto energético y el cerebro tiene recursos cognitivos limitados.

Se ha comenzando a investigar el cerebro desde la regulación emocional, pues se sabe que las emociones guían la conducta y están facilitadas por ellas. No podemos dejar de lado la tecnología con sus adelantos para mejorar la educación de la salud pero de manera medida y con una moderación en el uso.

Cabe preguntarse ¿cuál es la justa medida? El porque esta dado desde el donde y cuanto, en las distintas maneras de usar esas tecnologías (computadoras, juegos web, otros) sin hacer una introspección, sin tener ocio -necesario y conveniente-, pues en los momentos en donde el cerebro no produce nada, trabaja mucho más y de una forma ordenada.

Es en el sueño, en el dormir donde se consolida la memoria y donde ciertos estados o emociones (depresión, ansiedad, estrés) impactan en él. Si bien el cerebro es un órgano “social” y tenemos que estar conectados con los otros, es desde una conexión comunicativa, donde ser con un otro, y desde una red de enlaces importantes destinados a lo colectivo.

Se sabe que es en la temprana infancia y en los primeros años de vida del ser humano donde el cerebro crece y se desarrolla en su mayor proporción a lo largo de la vida, de manera que los mecanismos dinámicos que ocurren en esa primera edad son claves, desde la buena alimentación, una estimulación cognitiva, pero sobre todo un ambiente afectivo apropiado, para considerarlo como un potencial creativo. No sólo como economía del conocimiento, sino también para una vida emocional que ayuda en ocasiones defendiendo al cerebro y en otras, recuperándolo por su plasticidad.

Son momentos importantes en el estudio del mismo y en el dinamismo funcional, ya que se ha avanzado mucho en su conocimiento, no solo en la detección de enfermedades, sino en como funciona e impactan sus decisiones a todo nivel.

En este apartado, no se puede dejar de nombrar a uno de los autores mencionados con anterioridad, que es L. Chiozza, quien apropia la noción de que *“las experiencias esculpen los circuitos de nuestro cerebro”*, y al interrogarse frente a qué es lo psíquico, vincula las neurociencias con el psicoanálisis en sus estudios, tomando de ellas el concepto de cerebro como “ordenador”, sosteniendo que:

“lo psíquico reside en el significado del programa (como sistema de signos o códigos con un sentido lingüístico), que se encuentra en el hombre, más no reside únicamente en su cerebro”. (Chiozza, 2008).

...Si ciertos síntomas consiguen emerger en lo que llamamos "niveles de pensamiento consciente y racional", debería ser posible poner en acción esos niveles de pensamiento consciente y racional en el punto de origen del "mal-estar". ¿Es posible formular una interpretación que también se remonte por la misma pista hasta el origen del problema? De ser así, quizás el psicoanálisis pueda tener algún efecto sobre cosas que hasta el momento parecen inaccesibles al tratamiento. (Wilfred Bion)

El término afección procede de "*affectio*", un vocablo de la lengua latina y su uso habitual se asocia a una enfermedad o a un trastorno de la salud; pero son también los afectos irreconocibles como tales, que han sido deformados de una manera que es también universal. El significado que tienen los períodos de enfermedad del cuerpo, es un reclamo, una atención que el paciente demanda, sin darse cuenta que necesita. A partir de este estado, casi de dependencia en que se encuentra el sujeto, hay un intento de buscar una integración psique-soma, que le es permitido por dicha enfermedad. El alma como movimiento y forma del cuerpo, por consiguiente es el cuerpo mismo; no se concibe uno sin el otro, por eso la enfermedad es en cuerpo y alma, aunque a veces cueste darnos cuenta de ello, porque se suele percibir mejor el síntoma que experimenta el cuerpo.

Filogenéticamente, hay un modelo de reacción en la historia de los organismos biológicos, que es transmitido generacionalmente, donde las emociones se configuran como un proceso vegetativo y motor; se producen dilataciones y secreciones, que se han repetido desde tiempos remotos en la historia del individuo, considerándose un pensamiento primitivo. Cuando el mundo de las emociones sufre una conmoción, el cuerpo lo percibe y puede llegar a "enfermar". Los órganos actúan bien cuando funcionan en conjunto, y cuando eso no pasa aparecen trastornos, síntomas, malestares que no siempre llegan a la conciencia. Son situaciones complejas que se traducen en una dificultad en el ser, que adquieren un "significado".

"Comprender una significación es, inevitablemente, cambiarla, porque implica incluirla en un contexto que la re-significa. Un cambio de significación es también, un cambio de estado, de modo que el enfermo que no cambia es el que no ha logrado comprender". (Chiozza, 1987)

Cuando Freud (1926) sostenía que los afectos equivalen a ataques histéricos que son típicos y universales, afirmaba que las situaciones pueden clasificarse en "*situación traumática*" por desborde actual de excitación, donde se rompe la barrera anti-estímulo y se experimenta la situación de desamparo, o en "*situación de peligro*" que es la situación traumática anticipada, comprendida. Así, una situación disruptiva habrá sido "*traumatogénica*" en la medida en que haya

impedido la “normal” articulación entre afectos y representaciones, y que consecuentemente provoque trastornos en las relaciones sociales, psíquicas, temporales y espaciales al sujeto.

¿Qué pasa cuando un conflicto no es representable y por lo tanto no aparece como conflicto sino como algo somático?

“Neurastenia” le llamaba Freud, “estrés” se dice hoy, y estaríamos en lo que él llamó conflagración, una hipótesis que da cuenta del fenómeno clínicamente observable donde los desarrollos de angustia cortocircuitan el registro dejando huellas en lo corporal, sólo en lo somático, pero no hay una representación de algo conflictivo. Las vulnerabilidades inconscientes tienen que ver con hechos traumáticos recurrentes en nuestra historia (lo sabido pero también lo no dicho), con la historia de la familia y con todo aquello que -transgeneracionalmente- viene transmitido por vía inconsciente. También subrayar desde el punto de vista psicoanalítico, que la vulnerabilidad psicosomática aumenta a raíz de cualquier perturbación en la economía narcisista. Freud señalaba que la libido se apuntala en las funciones fisiológicas de auto-conservación, que le imprimen las metas de la pulsión libidinosa con las características propias de cada zona erógena donde emana dicha pulsión. Se parte de esta idea freudiana, donde las diversas zonas erógenas imprimen a las distintas fantasías su cualidad específica y en concordancia con la idea de Weizsaecker, quien argumentó que todo lo psíquico posee un correlato corporal y que todo lo corporal tiene un sentido psicológico, y a cada una de las funciones fisiológicas le corresponde un significado inconsciente específico.

Pero en la concepción de Chiozza (2008), los significados inconscientes específicos de las funciones corporales son las metas pulsionales. Si bien se entiende desde la idea freudiana que el cuerpo y el alma son dos aspectos de una misma realidad unitaria, la finalidad de la pulsión y la finalidad de la función fisiológica son dos modos, que aluden a una misma cosa.

Una intervención psicoanalítica posible es identificar lo que puede o no representarse y crear una situación de seguridad afectiva tal, donde puedan construirse condiciones para pensar, y poder desplegar un mundo representacional - significativo más allá del acto y la puesta en escena del cuerpo. En cuanto al origen emocional de la enfermedad, es allí donde se debe apuntar a resolver los estados conflictivos, pues ella se ve representada en “esa” parte del organismo en conflicto. El cuerpo parece ser el vehículo privilegiado para expresar aquellas situaciones traumáticas que no pueden o no deben ser recordadas.

El “abordaje psicosomático” no se propone reemplazar a la concepción médica sino complementarla, planteándose el cometido de tomar 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

psicosomáticas y no psicossomática. Se trata de buscar así, el sentido -para qué, para quién, de qué o cómo enfermamos-, ya que los síntomas manifiestan aspectos de ese conflicto no resuelto, que se expresan por otra vía.

Allí hay que utilizar los elementos que se presentan para entender la historia del sujeto, que se filtran por algún lado y van a facilitar en descifrar el deseo reprimido.

Es importante que nos preguntemos qué significa la enfermedad somática, cualquiera sea, teniendo en cuenta la existencia de una parte neurótica y una parte psicótica de la personalidad, que al decir de Chiozza:

...“existe siempre una parte de la personalidad que es patosomática, no tanto porque se manifieste groseramente a la percepción sensorial como una alteración material o funcional de los órganos, sino porque constituye una manera específica del enfermar psicoanalítica-mente comprensible”. (Chiozza, 1980)

El sujeto que enferma, significa en un órgano la simbolización del conflicto interno (psíquico) que padece, y donde psicoanalíticamente busca “un algo” que tiene que ver con la identidad, con los vínculos, y que le ataca por dentro en una manifestación visible -o no-, sintiéndose fagocitado por ello.

Con respecto al tratamiento de ciertos pacientes que presentan afecciones y que son consideradas por la medicina como psicossomáticas, me pregunto desde la organización de la práctica analítica: *¿cuál sería el interés desde el psicoanálisis en abordar el tema de la psicossomática?*

Partiendo desde la perspectiva que tomaron Freud y Lacan, se podría decir que la cuestión a instalar respecto a estos padecimientos del cuerpo es poder ubicar una lógica, que para nosotros parte desde el plantear al fenómeno psicossomático en su relación con los efectos del lenguaje. Esto nos lleva a diferenciar el lugar del cuerpo en la clínica, como soporte de la expresión de representaciones inconscientes reprimidas, como superficie de inscripción significativa.

Otro autor desde la psicossomática, quien ya fue mencionado antes, E. Korovsky, toma consideraciones desde los aportes freudianos, en cuanto a los afectos y en relación a la herencia filogenética, planteando la incidencia que la herencia tiene en la vida anímica de las personas. Cabe citar:

“Los estados afectivos están incorporados como sedimentaciones de antiquísimas vivencias traumáticas, y en situaciones parecidas, despiertan como unos símbolos mnémicos” (Korovsky, 1990).

Se podría articular esta cita con el planteo de Chiozza, ya que ambos comprenden a la enfermedad no sólo como el relato simbólico del significado omitido (o conflicto), sino también un acto simbólico, que tiene como función “corregir” esa historia.

De aquí la importancia de vincular todos los aspectos de la vida de la persona, para dar sentido al porqué, y para lo cual se presenta el síntoma, a cumplir con una determinada y relevante función.

A partir de los autores mencionados, es ineludible no asociar pensar en la idea del enfermar con los estados emocionales, que resultan del vínculo del sujeto con los demás y su entorno. Planteando la idea de que existe una variante a nivel inconsciente, dentro del mundo representacional de algunas personas, cuya perspectiva me permite considerar que hay determinadas estructuras psíquicas más vulnerables y que se desorganizan a nivel somático, frente a ciertos avatares de la existencia.

Reflexiones y consideraciones finales.

“Cada cosa que hagamos que la vida vaya con ello”.
(Javier Rey)⁷

Este trabajo representó un desafío, ya que tuve que lograr una capacidad de síntesis no habitual, desde cuestiones filosóficas, posturas complejas de entender y en alguna oportunidad no compartirlas, hasta diversas bibliografías que hoy me permito desplegar en la elaboración de esta monografía de grado.

A lo largo de este escrito se han ido generando líneas conceptuales que posibilitaron desde lo teórico la aparición de ciertas interrogantes, cuyas respuestas escapan a los objetivos iniciales del mismo, pero que dejan abierta la posibilidad de futuras investigaciones al respecto. Preguntas como: ¿qué sucede en el marco de la normativa vigente de la Salud mental, se cumple? ¿quién controla y cómo? ¿la formación de profesionales es acorde a las políticas dentro del contexto nacional? Una de las razones “podría” deberse a que la infraestructura necesaria a priori en los controles son muy complejos y escapan a la logística de las políticas públicas adoptadas por los diferentes efectores de los servicios de salud, al igual que su rector el MSP. Ello hace que se deje a criterio de cada Institución el cómo llevar adelante y con qué instrumentos o recursos -humanos y técnicos- cuentan para abordar al sujeto desde una concepción de salud de forma integral, holística. Afrontando una formación sólida con herramientas que faciliten una mejor integración entre diferentes áreas, que se retroalimenten mutuamente, y que apunten a la mejora de la práctica.

Como se mencionara en el desarrollo de esta presentación, tanto a nivel nacional como internacional, se comprobó cierta preocupación y se llevaron adelante intenciones en la mejora de la salud de los sujetos, reduciendo la influencia del modelo médico hegemónico al pretender apreciar otros factores determinantes que tienen que ver con hábitos y conductas saludables, condiciones ambientales, desde una dimensión biológica pero también psicológica y social.

El proceso de reforma del sistema de salud en Uruguay influye también en el rol y las funciones del/la psicólogo/a, haciendo que la disciplina vaya ganando terreno donde hasta hoy lo tenía vedado, donde incluso uno de los programas prioritarios del MSP a considerar, es el de la Salud Mental. Igual cabe preguntarse una vez más, ¿qué lugar se le va dando a ella dentro del sistema sanitario? La participación de la Psicología resulta pertinente con sus diversos enfoques, y debe estar abierta a nuevas perspectivas junto a un trabajo interdisciplinario, entendiendo que se necesita la intervención de otros saberes. En este sentido la intervención que se ha descrito en el presente trabajo y desde mi postura, es contribuir a llevar adelante pequeños movimientos con pretensión de cambios hacia un nivel macro.

⁷ (1980) Actor español conocido por su participación en series como *Velvet* en 2010, o *Hispania, la leyenda* en 2014.

Por otra parte, destacar dentro del reducido universo de análisis, el “debe” en la centralidad hacia las personas que el sistema tiene desde los diferentes abordajes en su atención, quedando de manifiesto el poder regulatorio y los mecanismos en la teoría, pero no así en la práctica.

A partir de lo expuesto, puedo dar cuenta de la importancia de haber realizado un recorrido teórico por la noción de síntoma, así como también el pasaje por el sentido, abordando el valor que el mismo posee y la función que tiene para el sujeto, hasta tomar el concepto salud, no por su inverso: la enfermedad, para abordar algunas conclusiones finales.

Con el transcurso del tiempo, se llevó un cambio importante en la forma en que el sujeto concibe el “sentido”; no sólo lo considera como portador de displacer, sino que además lo puede ver como una satisfacción inconsciente, diferenciándolo de las formulaciones del campo de la medicina. Los diversos abordajes teóricos que se presentaron en el trabajo dan cuenta de puntos de coincidencia que formulan hipótesis de estrecha similitud. Con ello, puedo inferir que en la vida anímica de las personas hay un correlato físico, que impacta en consecuencia, donde los pensamientos otorgan un sentido con un lenguaje simbólico, que van creando “una realidad”, y es el cuerpo el escenario donde se representa y transcurre su enfrentamiento.

Tomando en cuenta la teoría de los sistemas (desarrollada en lo producido anteriormente) se puede discurrir que éstos, presentan un nivel de auto-organización para el propio organismo, explicando que a partir de ciertos fenómenos que se consideran como “fallas” del sistema, ello puede ser un “rol o función” del síntoma, cualquiera sea la vía por la cual se desarrolle.

Existe una dificultad si se intenta explicar los fenómenos que ocurren en la práctica humana desde causas lineales, ya que ella es singular, única; por ende el síntoma hay que abordarlo desde esa dimensión, teniéndose en cuenta el modo propio de cada uno en relacionarse y expresarlo. Desde la clínica psicoanalítica, no es posible llegar a respuestas universales y se debe trabajar con la inquietud de abordar la comprensión de los sucesos propios de cada ser humano.

Lo que podríamos denominar como una “resistencia” a integrar el plano emocional dentro del proceso de enfermar, concuerda con lo que se sostiene en el presente trabajo. Aún hoy, a pesar de los avances realizados en la salud, el ya mencionado modelo biologicista continúa pujando fuerte, y en este caso al estar asociada la parte biológica de las enfermedades autoinmunes junto a la psíquica con las emociones, la incidencia en el proceso se toma aislado del sufrimiento emocional del sujeto y en ocasiones, se lo descontextualiza de su marco social e histórico. Esta dicotomía tan naturalizada entre la mente y el cuerpo, es la que se pone en cuestión aquí, y este sería un intento de poder movernos de ese lugar, para posicionarnos desde una mirada que integre al cuerpo en su totalidad. Por ello quizás tantas preguntas, como el ejemplo de ¿qué pasa cuando el cuerpo enferma? junto a otras, donde nos hagan pensar y trabajar con y desde la incertidumbre, para que pueda ayudarnos a generar condiciones posibles de construir nuevos sentidos y realidades.

Haciendo referencia a uno de los capítulos, con una mirada hacia una línea futura y teniendo en cuenta los aportes en la actualidad, es que tuve en cuenta los avances de las Neurociencias, que ofrecen formas de abordaje capaces de afrontar la complejidad que proponen ciertas enfermedades, considerando la salud del sujeto como un proceso integral, biológico, psicológico y social. Se entiende que el diálogo del psicoanálisis con otras disciplinas es fundamental para comprender al sujeto desde diferentes ámbitos.

Seguir apostando por el camino del sujeto que intenta dar un mensaje, una vez más apuntando desde la singularidad, pues cada uno es único y también lo es su historia, por ende, el síntoma será abordado desde esa dimensión e inscrito en dicha biografía. Además es un desafío a que el paciente logre cuestionarse acerca de su malestar, a diferencia de otros tratamientos que intentan terminar rápidamente con el síntoma sin antes darle una voz. No se preguntan ¿por qué existe ese síntoma? ¿por qué el paciente recurrió a eso, que intenta transmitir?

Creo importante dejar una puerta abierta para que en el futuro profesional mis experiencias en la clínica vayan confirmando y/o repensando algunos de los conceptos detallados en el presente trabajo.

“Teniendo en cuenta la interacción compleja y el reencuentro con el otro y su mirada, donde en oportunidades, dejan al descubierto nuestras limitaciones y nuestras posibilidades, eliminando las garantías tranquilizadoras y nos abre las puertas al vértigo de la creación. ¿Sabremos aceptar el desafío?” (Najmanovich, 1995).

Donde a decir de dicha autora nos hace replantear, aún hoy 20 años después, la misma pregunta...

De esta forma surgen teorizaciones como las de S. Bleichmar (2000)⁸, que considera la importancia de emprender un proceso gradual que vaya creando un espacio para el trabajo con quienes padecen, teniendo en cuenta y de acuerdo a sus posibilidades y límites.

De todos modos es fundamental el proceso individual, dentro de ese espacio, que habilite el despliegue de la realidad psíquica en torno al conflicto jugado en la transferencia, y donde la elaboración del vínculo terapéutico favorezca el despliegue de facetas y potencialidades de cada paciente, promoviendo el rescate de aspectos novedosos y que no signifique una mera repetición.

Finalizando, es que convoco a reflexionar sobre el malestar de cada tiempo y las formas de transitarlo. En este sentido, comparto la tendencia de nuevos modos de producción de subjetividad, con sus nuevas formas de ser y estar en el mundo, que inscriben al sujeto dentro de un universo discursivo que se transforma de forma inesperada, desorganizándolo; y con ello provoca síntomas contemporáneos, que lo llevan a sufrir porque lo captura y lo somete a seguir su misma celeridad, donde algunos no pueden cumplir con dicha exigencia. De ahí las distintas manifestaciones del malestar, o ciertos significantes que denuncian esta realidad.

⁸ (2000) *Clínica psicoanalítica y Neogénesis*. Buenos Aires: Amorrortu

Referencias bibliográficas.

- Administración de los Servicios de Salud del Estado (Uruguay) y Universidad de la República (Uruguay) (2009). Convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Universidad de la República-Facultad de Psicología. Montevideo, Uruguay. Recuperado de <http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/Convenio%20ASSE.pdf>
- Benia, W. y Medina, G. (2011). Construcción de una red continente: APS y Primer Nivel en el Cambio de Modelo de Atención en Montevideo. Uruguay. 2005-2006. En Levcovitz E., Antoniol, G., Sánchez, D., Fernández Galeano M. (Eds.) Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. (pp. 100-133). Montevideo: OPS.
- Bertalanffy, L. Von (1989). *Teoría general de los sistemas*. México DF, FCE. Recuperado de <https://cienciasyparadigmas.files.wordpress.com/2012/06/teoria-general-de-los-sistemas-fundamentos-desarrollo-aplicacionesludwig-von-bertalanffy.pdf>
- De Cristóforis, O. (2006). *Cuerpo, vínculo y lenguaje en el campo psicosomático*. Buenos Aires: Lugar.
- Chiozza, L. (2008). Afectos y afecciones 1: Los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo: (1981-1990). En L. Chiozza, *Obras completas* (Vol. 10). Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L. (2012). El interés en la vida y otros escritos. En L. Chiozza, *Obras completas* (Vol. 20). Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L. (2001). *Enfermedades y afectos*. Buenos Aires: Alianza.
- Chiozza, L. (1989). Los símbolos latentes en los signos de la enfermedad. *Anuario de Psicosomática*, 1(1), 33-48).
- Chiozza, L. (2008) *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Freud, S. (1916-18). Conferencia 17: El sentido de los síntomas. En *Obras completas: Sigmund Freud*, 1978 (Vol. 16) Buenos Aires: Amorrortu
- (1923). El yo y el ello. En *Obras completas: Sigmund Freud*. (Vol. 8) Segunda edición. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1920). Más allá del principio del placer. En *Obras completas: Sigmund Freud*. (Vol. 7) Segunda edición. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gandolfi, A. y Cortázar, M. (2006). *El desafío de la Interdisciplina en la formación de los Profesionales de la Salud*. Trabajo presentado en VIII Jornadas de Psicología Universitaria. A medio siglo de la Psicología Universitaria en el Uruguay, Facultad de Psicología, Montevideo. Recuperado de http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas_El%20desafio-de-la-interdisciplina.

- Korovsky, E. (1992). *Psicosomática Psicoanalítica*. Montevideo: Roca Viva.
- Korovsky, E. (2009). *Psicosomática Psicoanalítica II: desde el corazón del Psicoanálisis*. Montevideo: Ediciones de la Casa.
- Lalonde, M. (1974). El concepto de "Campo de la Salud": Una perspectiva canadiense. En OPS *Promoción de la Salud: una antología*. (Publ. científica N° 557) (pp. 3-5). Washington D.C.: OPS
- LeDoux, J.E. (2000). Emoción, circuitos en el cerebro. *Annu, Rev. Neurosci.* 23, 155-184.
- Leivi, B. M. (2001). El síntoma en la clínica analítica. *Psicoanálisis ApdeBA*, 23(2), 341-356.
- Levcovitz, E. (2011) Atención Primaria de Salud Renovada: Un análisis de Economía Política sobre los procesos de cambio de los sistemas de salud. En Levcovitz, E., Antoniol, G., Sánchez, D. y Fernández, M. (Eds.) *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. (pp. 12-23). Montevideo: OPS.
- Manes, F. (2014). *Usar el cerebro, conocer nuestra mente para vivir mejor*. Buenos Aires: Planeta.
- Mc Dougall, J. (1996). *Teatros del cuerpo. Un enfoque psicoanalítico a las enfermedades psicosomáticas*. Madrid: Julian Yebenes.
- Najmanovich, D. (1995). *El lenguaje de los vínculos. De la independencia absoluta a la autonomía relativa*. Buenos Aires: Paidós.
- OMS (1978). Declaración de Alma Ata. En *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS*. Recuperada de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270
- OMS (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. En *Conferencia Internacional auspiciada por la OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública*. Toronto, Canadá. Recuperado de: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- Piñeiro, M. y Trillo, J. (2011). Integración de Psicólogos a los Equipos de Área. En Levcovitz, E., Antoniol, G., Sánchez, D., Fernández, M. (Eds.) *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. (pp. 134-162). Montevideo: OPS.
- Restrepo, H. (2001) Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. En Málaga, Restrepo, H. *Promoción de la Salud: Cómo construir una vida saludable*. Bogotá: Médica Internacional.
- Rojas Martínez, P., Menassa de Lucia, A. y Barrios; I. (2002). *Psicoanálisis y Medicina*. Madrid: Grupo Cero.

Tato, G. (1999). *Cuando el cuerpo habla. Enfoque psicosomático del enfermar*. Montevideo: Trilce.

Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2014). *Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención*. Recuperado de:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Doc.3_Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf

Uruguay. Poder Legislativo. (2007). *Ley N° 18.211: Sistema Nacional Integrado de Salud*.

Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2968988.htm>

Ustárroz Orangez, D. (2008). El síntoma en la teoría psicoanalítica. *Revista de*

Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental, 1(3). Recuperado de

<http://psi.usal.es/rppsm/pdfn3edicionespecial/psicoanalisis%20aplicado%20a%20la%20filosofia.pdf>