



TRABAJO FINAL DE GRADO

Abordaje terapéutico desde un enfoque psicosomático

Monografía

Docente Tutora: Lic. Ps. Ana Laura Russo

Montevideo - Uruguay, octubre 2018

Estudiante: Bonilla, Agustina

CI.: 4.281.093-4

ÍNDICE

Introducción.....	2
Capítulo I.....	4
Salud – Enfermedad. Concepciones históricas.....	4
Alcanzando la complejidad en el proceso salud enfermedad.....	6
Capítulo II.....	9
Enfoque Psicosomático.....	9
Causa y sentido. Articulando las teorías.....	12
Abordaje terapéutico.....	19
Psicosomática psicoanalítica.....	21
Capítulo III.....	24
Estudio patobiográfico	24
Reflexiones finales.....	27
Referencias Bibliográficas.....	30

Introducción

La presente monografía, denominada “Abordaje terapéutico desde un enfoque psicosomático”, tiene como objetivo distinguir el rol del psicólogo frente al abordaje clínico a partir de un enfoque psicosomático; posicionando al ser en un lugar integral, con una mirada puesta desde el paradigma de la complejidad.

Este trabajo se propone desarrollar el abordaje de los pacientes desde una concepción integral, que abarca una concepción del sujeto arraigada a su cultura, su cuerpo, sus vínculos, historia de vida; en permanente cuestionamiento y fundamentalmente en lo subjetivo de su interacción con el mundo que lo rodea.

De Cristóforis (2006), propone que una perspectiva compleja sostiene el concepto de enfoque psicosomático, estableciéndolo como posición posible para comprender un asunto:

Un enfoque es la manera de tratar o mirar un asunto. Un vértice posible. El enfoque psicosomático sería la manera integradora con que se trataría de visualizar la problemática multifacética de un ser que sufre, que padece enfermedades, que está enfermo (Cristoforis, 2006, p. 28)

Es en esta posición por la que transcurre este trabajo, siempre teniendo en cuenta el todo, enfocado en la terapia con el ser, pero más desde el rol del psicólogo. El mencionado autor plantea la idea de campo psicosomático, vinculado a la terapia en sí y a los aportes académicos para tratar un sujeto.

(...) el campo como la zona que surge de la “praxis”, de la experiencia participativa, entendido como un lugar de encuentro, de enfrentamiento en forma conjunta de la complejidad, que se hace posible solo con el concurso de múltiples disciplinas, ya que hoy el conocimiento está interconectado, dependiendo de un saber del otro, globalizado (Cristoforis, 2006, p. 29)

El interés por realizar esta monografía apunta a un cuestionamiento personal como futura psicóloga acerca de ¿cómo enfocaría el proceso terapéutico?, enmarcado esto en el ámbito de la clínica individual, encontrando una respuesta posible en la psicosomática como una teoría que permite la comprensión de la salud y la enfermedad desde un punto de vista complejo y multideterminado. Esta perspectiva hace énfasis en la necesidad de lo interdisciplinario y en la necesidad de partir desde las distintas disciplinas desde un mismo punto, coexistiendo, sin que ocurra el predominio de un saber sobre otro.

Encuentro muy significativa esta descripción de Tato. G (1999), “Hacer y pensar psicósomáticamente es una manera de comprender al hombre, que se reflejará en nuestro modo de ser médicos o de ser psicoanalistas.” (p.34)

A lo largo de la monografía se apunta a distinguir el rol del psicólogo en la clínica, siempre desde el enfoque psicósomático, teniendo en cuenta que la postura psicósomática parte del psicoanálisis.

En lo que respecta a las distintas direcciones que ha seguido la psicósomática en su recorrido, en este caso me detengo a comprender el sentido de la enfermedad, el significado y el afecto, como la orientación que toma un determinado sentimiento; tanto psíquica como física. Por esta razón, es que esta monografía se remonta a los orígenes del psicoanálisis, comprendiendo que lo emocional y lo físico transcurren a la par.

La distribución de los temas en la estructura del trabajo es por capítulos. En el capítulo 1 se aborda el proceso salud-enfermedad, realizando primero un recorrido histórico de las concepciones de salud y enfermedad y luego mencionando la concepción de la OMS para alcanzar la idea de proceso, cultura, complejidad y transdisciplinariedad.

En el capítulo 2 se realiza una descripción epistemológica de la psicósomática, su origen, significado y la semántica de la misma. También se habla de lo que es el enfoque psicósomático, esa mirada y forma de comprender a un sujeto. Teniendo en cuenta que hay distintos enfoques para referirse a lo psicósomático. Korovsky(2008). El campo tiene su lugar en este capítulo, ya que es donde se pone en práctica el abordaje terapéutico y las distintas disciplinas. Se trabaja el enfoque del psicólogo y el médico, estableciendo una comparación y una complementariedad posibles al abordar una enfermedad. Por su parte el psicólogo busca alcanzar el sentido mediante la palabra, siendo el médico quien busca encontrar la causa a través de su trabajo manual. Este capítulo tiene su enfoque en la clínica, transitando por la noción de abordaje terapéutico como concepto y además en el psicoanálisis. Se trata la psicósomática psicoanalítica en pacientes con manifestaciones orgánicas de enfermedad, en donde se trabajan las fantasías específicas que son el lenguaje psíquico a través del cual los órganos expresan sus síntomas en lo orgánico y esto desencadena la llamada patología del afecto.

El capítulo 3 da a conocer el llamado estudio patobiográfico, como método diagnóstico.

Capítulo I

Salud Enfermedad. Concepciones históricas

Teniendo en cuenta la importancia del rol del psicólogo en esta monografía y su implicancia en el campo de la salud partiendo de la psicósomática, es preciso dar cuenta del proceso salud enfermedad a lo largo de la historia

El concepto de salud y enfermedad ha ido cambiando dependiendo del momento sociohistórico y cultural de cada época. Ha evolucionado de acuerdo con distintos modelos y paradigmas dominantes, con respecto al contexto en que se encuentre la historia de cada comunidad, debiéndose amoldar a influencias religiosas, económicas, filosóficas y políticas. La medicina en cualquier sociedad existe desde tiempos ancestrales, y de acuerdo con los distintos modelos de apreciación es que se da la determinación de los conceptos de salud, enfermedad, prevención y promoción de la misma. (Capra, 1992)

Históricamente, (Calatayud, 1997) la concepción de salud siempre ha apuntado a la enfermedad en primer lugar, ya que las limitaciones y sensaciones de dolor en muchos casos, constreñían a los hombres, en los principios de la historia, en busca de antídotos, a través de algo o alguien que sanara, para eliminarlos o paliarlos. Esto explica los inicios de la medicina y la práctica de esta.

En la antigüedad, para las culturas primitivas, la salud y la enfermedad eran explicadas desde lo mágico religioso, y todo lo vinculado a la cura era la existencia de rituales y fuerzas sobrenaturales provenientes de espíritus.

La tradición del chamanismo ha sido una forma de diagnosticar, curar y para esto conectarse con los espíritus en nombre de toda la comunidad. El chamán "(...)" es el jefe religioso y político y además el médico, y por tanto una figura con gran poder y carisma" (Capra, 1992, p.166); figura que, con la aparición de los sistemas médicos profanos fue perdiendo prestigio y de la comunidad pasó a la aldea. Actualmente, esta figura sigue existiendo en muchas culturas del mundo. Según establece Capra (1992) la visión chamánica considera que los seres humanos son parte de un orden cósmico con el cual deben estar en armonía para tener salud, de lo contrario enferman. Para esta visión las causas de la enfermedad dependen del contexto sociocultural del sujeto.

Es importante mencionar el chamanismo ya que de alguna manera, las terapias chamánicas persiguen un enfoque psicósomático, utilizando técnicas que luego son tomadas por la psicología para abordar enfermedades del cuerpo, con el objetivo de insertar al paciente en el cosmos. Igualmente, la diferencia está en que los chamanes no toman al sujeto individual con sus experiencias pasadas, si no que se enfocan más en "un mito

social”, de la comunidad; y los psicoanalistas sí toman al sujeto desde sus experiencias de vida, reconstruyendo “un mito individual” y enfocándose en sus necesidades.

Capra (1992) establece que la ciencia moderna tiende a una visión del cosmos equivalente a concepciones de las culturas tradicionales, donde la mente y el cuerpo son parte de la salud y la integridad. Integridad que armoniza concepciones tradicionales y concepciones científicas actuales, dando así lugar a un enfoque holístico. (p.166)

Continuando con el desarrollo histórico, más bien, crecimiento de estos conceptos, ya que tanto la salud como la enfermedad y el lugar que ocupa el psicólogo hoy son producto de antecedentes históricos, se destacan los primeros aportes, en la antigüedad, por parte de los griegos (siglo V, a.c), en relación al cuerpo y alma de los hombres. Tomando además de la lengua griega, la idea de pensar al ser como un todo; teniendo en cuenta que alma deviene etimológicamente de “psyche” y cuerpo de “soma”. Aquí ya estaba presente la psicósomática como forma de concebir la salud y como forma de pensar y explicar a los seres humanos.

Se destacaron los pensadores griegos Aristóteles e Hipócrates, para pensar la salud enfermedad.

Aristóteles, ya con el legado de Platón de ocuparse de la conciencia, tomó una postura materialista; considerando que todo se compone de dos cosas que son forma y materia y que no pueden pensarse separadas. Así como alma y cuerpo. Así como lo biológico y lo espiritual (idea Platónica).

Hipócrates (padre de la medicina), rompió con la idea de que la enfermedad era resultado de espíritus malignos, estableciendo que existían causas naturales y del medio ambiente para la salud, pudiendo lograr el equilibrio del ser a través de terapias que trabajaran con el cuerpo como “unidad funcional (el alma y el cuerpo como parte de un todo)”. Se promovía la salud a través de factores del ambiente que incidían en el bienestar del ser humano como lo son el aire, el agua, la alimentación y el territorio como tal y también en el aspecto cultural. Si se generaban cambios bruscos en estos aspectos que evitaban la promoción de la salud, esto implicaba un desequilibrio estructural de los sujetos, produciendo la enfermedad.

La importancia de los factores ambientales para la salud y la valoración del ser como una unidad funcional, dieron cuenta de la visión integradora del ser y la contribución de la clínica como método, por parte de Hipócrates.

En relación a la curación, este pensador consideraba que eran las fuerzas de la naturaleza las que curaban al ser, con ayuda del médico.

Aquí se refleja la idea del abordaje terapéutico ya desde la antigüedad:

Éste es el significado original del término terapia, que deriva del griego *therapeuien* («asistir»). Además de definir al terapeuta como aquél que asiste, o que favorece al proceso natural de la curación, los escritos hipocráticos contienen también un código riguroso de ética médica, conocido por el nombre de Juramento Hipocrático, que sigue siendo el ideal de los médicos de la actualidad. (Capra, p. 169, 1992)

En la edad media, con el poderío de la Iglesia como Institución, predominaban lo religioso y la fe en Dios, por lo que la salud y la enfermedad en este momento eran producto de los demonios y las almas poseídas por éstos, consideradas las enfermedades del alma, en este caso, como sobrenaturales, y las del cuerpo como naturales. En este momento se ven alejados de las concepciones holísticas de los hombres primitivos porque el poder está en el dogma de la Iglesia y en la enseñanza escolástica.

La revolución cartesiana, suscitada por René Descartes (filósofo francés), producto de la crisis de la Iglesia y de la separación de la ciencia y la fe; fue el cambio más importante en la medicina. Se generó una concepción reduccionista y se promovió el pensamiento de Descartes, basándose en que, cuerpo y mente no se relacionan y en el desconocimiento de la incidencia del cuerpo en la mente y viceversa.

La teoría que planteó Descartes sobre el dualismo cuerpo mente, generó en la medicina la valoración del cuerpo, considerado una máquina, en donde la salud es considerada una función mecánica, quedando los aspectos psicológicos por fuera, así como lo social y cultural, es decir que se pierde de vista por parte de la medicina, la humanidad del paciente. (Capra, 1992). Los aspectos emocionales quedan por fuera y esa concepción mecanicista es directamente proporcional al crecimiento tecnológico, en donde todo funciona bajo el dominio de la ciencia y la tecnología, por medio de máquinas, por esto la concepción del hombre máquina.

Junto con el crecimiento de la ciencia y modelos socioeconómicos y políticos, se produjo el crecimiento de la biología y la medicina hasta lograr esta visión mecanicista de la vida, constituyendo el llamado modelo biomédico, como modelo conceptual de enfermedad; entendiendo que la salud y la enfermedad funcionan de acuerdo al cuerpo máquina (Capra, 1992) y ese funcionamiento determina si un sujeto padece enfermedad o se encuentra saludable.

Alcanzando la complejidad en el proceso salud-enfermedad

Se fueron desarrollando con respecto a la concepción del proceso salud enfermedad, grandes avances en comparación con los conceptos de carácter científico que sostenía el modelo biomédico, donde daban importancia a procesos biológicos e interesados más por la enfermedad y la medicalización; es decir, tenían un posicionamiento

más objetivo del ser humano. Estos avances comenzaron a tener en cuenta aspectos culturales, sociales y de la vida emocional de las personas que también eran y son parte de la salud y enfermedad.

Teniendo en cuenta que los conceptos de salud y enfermedad han tenido diferentes significados a lo largo de la historia, la concepción de salud va vinculada a la concepción de vida y esta concepción depende del vínculo entre el ser humano y el entorno. Tal es así que se necesita un concepto de salud (Capra, 1992), que sea mucho más amplio y que incluya aspectos individuales, sociales, ecológicos, teniendo una concepción más integral.

De esta manera, la OMS (Organización Mundial de la Salud), en 1948, plantea una concepción que integra aspectos sociales y psicológicos de los sujetos a la concepción organicista de salud, dando lugar al proceso, ya que el estado de salud y/o enfermedad es un continuo de sucesos que constituyen la calidad de vida de las personas y el bienestar. Haciendo al ser, un sujeto biopsicosocial.

Plantea que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La idea que plantea la OMS de bienestar es de carácter subjetivo, porque el bienestar no necesariamente es acompañado de salud y un “completo bienestar” se considera inalcanzable en un ser humano. Pero una de las críticas más interesantes a este concepto es que define la salud como estado y la salud es un proceso que está en constante cambio.

Si bien esta concepción se puede considerar un avance, y romper con esa mirada científica negadora de la vida subjetiva de las personas, aún el paradigma “orgánico” en el que predomina el saber del médico y en lo que respecta a la práctica, sigue perdurando; y para que esto sea acompañado por las consideraciones histórico biográficas de un sujeto, es necesario un cambio de paradigma.

Baeta, S, M, (2015) en correspondencia a esto manifiesta que:

El proceso salud-enfermedad no debe limitarse únicamente a la mirada del modelo biomédico hegemónico mantenido desde el positivismo, deben proponerse modelos donde participen numerosas disciplinas: biología, etnografía, clínica, epidemiología, historia, sociología, psicología, política, economía, entre otras, donde cada una haga su aporte, que se lleguen a engranar para lograr la comprensión en toda su extensión del proceso salud-enfermedad, ya que todos los factores o elementos que cada una de éstas disciplinas manejan y consideran importantes, no pueden estudiarse de manera aislada o excluirse, deben integrarse pues de alguna manera se relacionan o influyen unas sobre otras” (párr. 22)

Aguirre y Macías (2002), establecen como herramienta para comprender el proceso salud enfermedad al paradigma de la complejidad de Morin¹ para entender al sujeto en el

¹ Morin, Edgard (Paris, 1921). Filósofo y sociólogo francés. Su pensamiento excéntrico con respecto al clima cultural europeo, caracterizado por el protagonismo del estructuralismo y el

mundo y para darle importancia a la enfermedad, la cura, el tratamiento y la rehabilitación en el contexto social. Enfatizando en lo universal y en la idea de proceso, sin separar, si no en la continuidad, Aguirre y Macías señalan que:

El pensamiento complejo es un pensamiento que trata a la vez de vincular y de distinguir, pero sin desunir, que trata la incertidumbre (ii) y que señala que el dogma de un determinismo universal se ha derrumbado. El Universo es el campo de acción de una relación dialógica entre el orden, el desorden y la organización, que es competitiva, antagónica y complementaria. (Morin, 1990) (Aguirre y Macías, 2002, párr. 14)

El hombre es parte de un sistema abierto, como ser vivo, por lo que es imprescindible que mantenga intercambio con el entorno para seguir evolucionando, de lo contrario no satisface sus necesidades y no procesa su autoorganización, lo que implica que no sobrevive.

Najmanovich (2017), por su parte, se refiere a que filosóficamente, el pensamiento complejo ha incidido en una nueva forma de pensar, generando nuevas formas de relación con la naturaleza y nosotros mismos. La sociedad, en este paradigma, es pensada como un espacio de encuentros e intercambios, pensados como individuos dentro de un colectivo.

Lo cultural de este proceso, según Baeta. S. M (2015) es relevante, ya que la antropología, con el concepto de cultura, es lo que da lugar a lo social, al sentir, al que hacer y pensar de los individuos dentro de una comunidad, lo que hace que los elementos que constituyen a la cultura no partan de enfoques biologicistas; dando lugar a los individuos de actores sociales, generando así la posibilidad, por su parte, de determinar concepciones, en este caso de salud enfermedad, de acuerdo a formas de organización de un grupo social, incluyendo normas para comprender el mundo de acuerdo a una ideología determinada, incidiendo así a nivel filosófico, político y religioso.

Por otro lado, Libreros (2012), para apreciar los aportes del modelo biomédico, pero enfatizando en la necesidad de que predomine un paradigma que valore aspectos culturales, mentales y sociales, teniendo en cuenta a la salud como un proceso, establece que: “El reto es pues, atreverse a un auténtico diálogo entre saberes para generar cambios en las estructuras políticas, económicas, y culturales de las diferentes sociedades que posibiliten mejorar las condiciones de vida y de salud de las personas” (Libreros. L, 2012 , párr. 1)

posestructuralismo, lo llevó a investigar en forma independiente y alejado de la vida académica, sobre lo que luego denominará “humana condición”, y la complejidad de la identidad humana. Su preocupación por encontrar un enfoque no reduccionista de los fenómenos complejos como el caso de lo humano y su entorno, lo impulsa a transitar distintos paradigmas en búsqueda de una plataforma, un pensar y un camino (método), ue denominará “pensamiento complejo”.

Frente a este enfoque complejo desde una perspectiva del diálogo entre saberes, de redes multicausales, es desde donde es necesario abordar la salud enfermedad. Pero no como la suma de saberes o el predominio de las disciplinas unas sobre otras, si no como un “abordaje epistémico de la transdisciplinariedad” (Libreros, L, 2012, párr. 25) con el fin de integrar para dar una respuesta más completa y compleja a la salud enfermedad del hombre. El objetivo se logra yendo más allá del ser, trascenderlo, en cada una de sus dimensiones.

Es interesante destacar los aportes de la medicina china en la actualidad, ya que se fundamenta en un enfoque integral, en una interdependencia entre mente, cuerpo y ambiente; a pesar de que, en sus inicios, según Capra (1992), dejaba de lado lo psicológico del ser en la práctica. Con relación a un enfoque psicosomático, la medicina china considera la enfermedad como el resultado de un desequilibrio dinámico que es producido por varias causas y no por un agente externo. El equilibrio dinámico es muy importante para la medicina china ya que se recupera naturalmente y cada uno de los sujetos es responsable de su cuidado. El médico chino es quien facilita el equilibrio y armonía, utilizando varias técnicas terapéuticas, radicando en el sujeto el poder de la autocuración.

Capra (1992), si bien tiene una postura occidental, plantea una especie de cambio de paradigmas con nuevos enfoques sobre la ciencia que han sido influyentes, yendo de una visión mecanicista hacia una visión de carácter holístico.

Teniendo en cuenta que vinculado a lo holístico está la medicina china, como mencionaba anteriormente, Capra (1992) lo referencia en su libro *El Punto Crucial* como que “la salud es una experiencia de bienestar provocada por un equilibrio dinámico que comprende los aspectos físicos y psicológicos del organismo, además de las interacciones con su entorno natural y social” (p. 176).

Este concepto es el que más se aplica en la actualidad y las situaciones que se manejan en la realidad cotidiana en el proceso salud enfermedad; por el avance de la tecnología, el trabajo que produce estrés, la vorágine y vertiginosidad de la vida moderna, así como también los problemas sociales, productos del sistema dominante. Por lo tanto, es de mera necesidad la noción de equilibrio, para lograr autonomía y a su vez integración en los sistemas. Esto define la salud, de lo contrario, la enfermedad.

Capítulo II

Enfoque psicosomático

Epistemológicamente existen numerosas formulaciones para dar cuenta acerca de la psicosomática que es el enfoque que toma este trabajo. El camino es el diálogo y la

integración entre el psicoanálisis y la medicina, para trabajar el porqué y el para qué de la enfermedad.

En este trabajo se pone énfasis en la mirada psicosomática, por lo que no se hace alusión a una cuestión de términos conceptuales, si no que a tomar una posición con respecto puntualmente a la clínica y a sujetos que padecen enfermedades orgánicas; por lo que se puede utilizar psicoanalíticamente o no. Es decir, partir de la idea de que psicosomáticos somos todos, desde cualquier disciplina. Entendiendo que no existen oposiciones sino miradas diferentes sobre un mismo asunto, relacionado esto al aspecto terapéutico y al proceso de cura en ambos casos.

La palabra psicosomática en sí misma hace referencia a la existencia de cuerpo y mente; visualizados ambos conceptos por separado y en conjunto, en muchos casos contradiciéndose, pero que históricamente han tenido un recorrido, para pensar al ser en forma conjunta. Se solía pensar, e incluso actualmente es un terreno aún cuestionado, que el cuerpo únicamente era considerado desde la rama de la medicina; y lo psíquico, una vez que se tuvo en cuenta, desde el psicoanálisis y otras teorías psicológicas y disciplinas.

Psiquis y soma son dos aspectos de la conciencia, por lo tanto, no deberían pensarse como conceptos por separado, tampoco en que uno se transforme en el otro, si no que se genere una especie de “diálogo” entre ambos y que se logre integrarlos para pensar a los sujetos.

Etimológicamente, con respecto a psiquis y soma, Tato (1999) plantea que, la palabra “mente” proviene del latín “men mentis” como potencia intelectual del alma, propósito, pensamiento. La palabra psiquis proviene de “alma” y es la vida mental consciente e inconsciente. Alma procede de “anima” que es el lado espiritual, ubicándose el querer, sentir, constituyendo la esencia del hombre. Por su parte, lo somático hace referencia al cuerpo, que deviene de “corpus” y “soma” (p.42).

Es así que este recorrido monográfico se centra en los términos psiquis y soma para referirse a esta idea y para dar lugar al psicoanálisis ya que se manejan en este caso, aspectos conscientes e inconscientes capaces de significarse.

La relación “cuerpo mente” comienza a guardar relación gracias al psicoanálisis y a posicionarse epistemológicamente en un lugar más integrador hacia el ser; pensando a través de la conciencia los procesos inconscientes, partiendo de la concepción acerca de que esta relación es denominada, según plantea Gladys Tato (1999), como una “interrelación teorizable” (p. 43).

La relación entre lo corporal y lo anímico, se da en forma paralela, tanto en la salud como en la enfermedad, ya que son partes de un todo que es el ser y, por lo tanto, si bien ambas se piensan conjuntamente, técnicamente son tratadas por diferentes disciplinas. Esto se ve reflejado en la noción de “enfoque” que plantea Cristoforis (2006).

En este caso, se aborda la psicología como un enfoque dentro de un campo de estudio multidisciplinario, teniendo en cuenta que el ser humano es biopsicosocial, lo que da la pauta de que hay tres aspectos que lo integran a grandes rasgos, pero hay que pensarlo íntegramente y considerar la historia de su vida, lo que presenta a lo largo de la historia, hasta hoy dificultades.

La psicología es una buena propuesta para tener en cuenta y comprender la enfermedad desde lo simbólico y como enfoque, unificando la metodología para pensar ese sujeto y trazando la salud como objetivo común con otras disciplinas.

La psicología surge con el fin de cuestionar ese dualismo tan separado cuerpo-mente, para entender que las personas en la trama de su vida se encuentran en constantes cambios, condicionados por el entorno y los procesos internos de cada uno. Si bien es considerable pensar un sujeto enfermo unificado, también ese enfoque psicológico permite visualizarlo a partir de distintas disciplinas, con sus técnicas y su forma de abordaje.

Gladys Tato (1999), plantea que es indiscutible que psicológicos somos todos y que todas las enfermedades son psicológicas entendiendo que “el hombre es por esencia una unidad armónica psicofísica, por su realidad existencial un cuerpo y por su cualidad de sentir y comprender: un psiquismo” (p. 34). A esto agrega, a modo de comprender el enfoque psicológico:

Hacer y pensar psicológicamente es una manera de comprender al hombre, que se reflejará en nuestro modo de ser médicos o de ser psicoanalistas. Llegamos así a una integración posible, y necesaria para comprender la enfermedad como un fenómeno único, integrando los conocimientos de las causas aportadas por la medicina, con la comprensión del psicoanálisis en el contexto social e histórico vivencial de cada paciente. (Gladys Tato, 1999, p.34).

Hay distintas escuelas y criterios para referirse a lo psicológico, cada uno con una postura diferente. Korovsky (1993), hace una diferenciación en psicólogos no psicoanalíticos y psicoanalíticos. Los primeros no tienen como técnica el psicoanálisis y utilizan métodos somáticos (homeopatía, acupuntura, yoga, terapias florales, trabajo corporal), y métodos psicoterapéuticos (conductismo, Gestalt, reichiianos, holistas). Los segundos, psicoanalíticos, sí utilizan como método el psicoanálisis Freudiano y a grandes rasgos son cuatro.

El primero, (Korovsky, 2008), es el criterio etiológico de la Escuela de Chicago y se basa en la búsqueda de un conflicto específico, un determinado factor orgánico y la situación actual del conflicto. Según este criterio existen siete enfermedades psicológicas: asma, hipertensión, úlcera gástrica, colitis ulcerosa, tirocicosis, artritis reumatoidea y rinitis alérgica. A estas se suman la diabetes tipo 2 y las dermatitis.

El segundo es el criterio de la organización mental, cuyo principal mentor es Pierre Marty. Este criterio corresponde a la Escuela Francesa y se caracteriza por la elaboración de una teoría económica de la enfermedad psicosomática, en donde la enfermedad somática no tiene ninguna significación y existe una personalidad psicosomática que difiere de las estructuras de personalidad como lo son la neurosis y psicosis. Esta personalidad se caracteriza por el pensamiento operatorio (“tipo de actividad consciente que duplica la acción sin significarla” Korovsky, 1993, p.14); la vida operatoria (“un déficit en la capacidad de fantasear” Korovsky, 1993, p.14) y la depresión esencial (“baja del tono vital del paciente” Korovsky, 1993, p.14). Dentro de este criterio se crea el término “alexitimia” que refiere a la dificultad de la expresión de los afectos en forma verbal.

El tercero es denominado criterio del DSM IV, en el que clasifican a los trastornos somatomorfos diferenciándolos; (trastornos de somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado, trastorno de conversión, trastorno por dolor, hipocondría, trastorno dismórfico corporal) y se caracterizan por presentar síntomas físicos que no se explican por la enfermedad, sustancia o trastorno mental. (Korovsky, 1993, p.15).

Por último, se encuentra el cuarto criterio correspondiente a la Escuela Rioplatense el cual es el que más desarrollo ha tenido en nuestro país y se enfoca en la enfermedad como “lenguaje orgánico”, es decir que la enfermedad se manifiesta a través del cuerpo-a partir de lo que en un momento dado de su vida, está sintiendo una persona, teniendo en cuenta su historia de vida; como lo describe Korovsky (1993) “En consecuencia, toda enfermedad, cualquier enfermedad, es irremediamente psicosomática, porque tiene una significación entramada en el vivenciar del paciente, relacionada con su historia biográfica, y con su mundo interno relacional o vincular” (p. 18).

Causa y sentido. Articulando las teorías

Dado que es “dable integrar lo integrado” (Korovsky, 1993), en este apartado del segundo capítulo, se articulan las distintas teorías seleccionadas y complementarias que maneja la Psicosomática para dar cuenta de la presencia tanto de lo psíquico como lo somático, y la importancia de cada uno de estos conceptos, unificados. (Cuerpo erógeno, cuerpo representado, simbolización de la enfermedad somática, teoría psicoanalítica de los afectos, enfermedad como concepto biográfico).

Freud, en el estudio y análisis de la histeria como trastorno en el cual no identificó una patología médica; comenzó buscando el sentido de los síntomas corporales de esta neurosis; comprobando de que no necesitaba ser médico para interpretar convulsiones,

sofocaciones y parálisis, como es el caso de la histeria, para entender aspectos emocionales.

A partir de esto, Freud intentando buscar la respuesta a esos síntomas logra darse cuenta de que no existe un lenguaje común entre médicos y psicoanalistas, en cuanto a identificar el porqué del síntoma, por lo tanto, la enfermedad.

Es así, que llega a la conclusión de que la medicina busca la causa de la enfermedad y la psicología el sentido de ésta. Un sentido inconsciente. (Tato, 1999).

A propósito, el psicoanálisis, como forma de abordaje terapéutico nace en la práctica médica para tratar la histeria, considerada una patología que por sus características (sintomatología) brinda una noción de enfermedad y que a través de esta se pueden interpretar los síntomas histéricos a partir tanto de la psicología como de la medicina, concibiéndola psicósomática.

En los comienzos de esa búsqueda de dar sentido a las enfermedades, debido a la dificultad que radicaba identificar la causa de la misma a partir del síntoma, Freud (1890), en una investigación con personas que sufrían determinados síntomas relacionados a preocupaciones, emociones, irritabilidad; sin alteraciones aparentes, dio cuenta de la postura de los médicos en cuanto a la valoración, por necesidad, de los aspectos emocionales.

Es así como plantea que:

Los médicos se vieron así frente a la tarea de investigar la naturaleza y el origen de las manifestaciones patológicas en el caso de estas personas nerviosas o neuróticas llegándose a este descubrimiento: al menos en algunos de estos enfermos, los signos patológicos no provienen si no de un influjo alterado de su vida anímica sobre su cuerpo. Por tanto, la causa inmediata de la perturbación ha de buscarse en lo anímico. (Freud, 1890, p. 118)

En el siglo XX, a partir del psicoanálisis, comienza a extinguirse la clásica escisión cuerpo-mente, evidenciando por parte de la medicina, mayores grados de resistencia a la hora de superar esta separación. Por lo cual la medicina amparada en sus investigaciones, transformó en un callejón sin salida la falta de reconocimiento de lo anímico.

...la ciencia médica había hallado aquel anudamiento para atender en su plena dimensión al aspecto descuidado hasta entonces; la relación recíproca entre cuerpo y alma (...) acerca de la influencia de lo anímico, desde siempre se supieron muchas cosas que solo ahora se han puesto bajo la luz correcta. (Freud, 1890, p. 118)

Teniendo en cuenta también la mera necesidad de darle el lugar a lo anímico, ya que, como continúa Freud (1890) en su obra, lo más influyente sobre el cuerpo es la “expresión de las emociones” (p.118), en todos los estados.

Casi todos los estados anímicos que puede tener un hombre se exteriorizan en la tensión y relajación de sus músculos faciales, la actitud de sus ojos, el aflujo sanguíneo a su piel, el modo de empleo de su aparato fonador, y en las posturas de sus miembros, sobre todo de las manos. (Freud, 1890, p. 118)

El psicoanálisis, (E. Roudinesco, M. Plon, 2011) fue un término creado por Freud en 1896 para denominar un método de la psicología denominado “método catártico” por Breuer y fundamentado en el análisis del inconsciente a través de la asociación libre, como técnica, por parte del paciente y de la interpretación de lo manifiesto por el paciente, del psicoanalista. Esta interpretación se basa en la transferencia. Freud con el psicoanálisis inicia un cambio en la mirada médica (p. 862).

He aquí la importancia de lo psíquico, pero no únicamente en los procesos físicos, sino también en lo que los constituyen que son procesos inconscientes. “...lo esencialmente psíquico son esos procesos concomitantes, pretendidamente somáticos” (Freud, 2008, p.28).

Es así que Freud al crear el psicoanálisis integra las elaboraciones personales sobre la sintomatología que perciben los pacientes enfermos como parte de la teoría; lo que constituye los procesos inconscientes.

El concepto de inconsciente puntualmente, da lugar al abordaje de pacientes con manifestaciones sintomáticas de las enfermedades. Este es el concepto en donde Freud pone énfasis en las fantasías que se simbolizan en trastornos corporales; es decir la simbolización. Así como también del síntoma. Freud (1916 – 1917), define a los síntomas como “actos perjudiciales o, al menos, inútiles para la vida en su conjunto; a menudo la persona se queja de que los realiza contra su voluntad y conllevan displacer o sufrimiento para ella” (p. 326) Plantea que el enfermo desconoce el sentido de los síntomas, pero que justamente la terapia analítica es el camino que muestra que esos síntomas son “retoños de proceso inconscientes, que empero, bajo diversas condiciones favorables, pueden hacerse conscientes” (p. 255)

A partir de este análisis de Freud, que es intrínsecamente de carácter psicosomático, se puede constatar que los conflictos inconscientes son expresiones de diversas maneras conscientes del ser humano.

Este trabajo, dado que se enfoca en la psicosomática psicoanalítica como forma de abordaje terapéutico, toma la idea de aparato psíquico de Freud, es decir nuestra psiquis, donde Freud (2008) en su libro *Esquema del psicoanálisis* establece que este aparato psíquico es nuestra vida anímica vinculada a dos nociones fundamentales que son, por un lado, el órgano somático y por el otro la consciencia. La teoría psicoanalítica conceptualiza esto a través de la relación que existe entre un órgano del cuerpo y una fantasía universal y específica.

Es a raíz del descubrimiento del inconsciente, que esta relación cuerpo mente es posible de pensarse desde la psicología, a través del psicoanálisis, partiendo el abordaje desde la conciencia. Pensar, en este caso, la enfermedad a través del síntoma, alcanzando el sentido de la misma mediante el acceso a lo inconsciente.

Gladys Tato (1999), en relación a esto, establece de esta manera, que lo inconsciente reprimido, es lo que genera una perturbación somática en el cuerpo (p.45). Claramente Freud (1895), lo demuestra en *Estudios sobre la Histeria* con la neurosis de conversión, dada por lo que llama fantasías, dando lugar a la denominada simbolización la cual se transforma en un trastorno del cuerpo. Esta simbolización ocurre por un símbolo que es una representación de algo que está, pero no se visibiliza si no a través del signo que es la señal que indica que hay algo. (Chiozza, 2008 p.159).

Freud a lo largo de su trayectoria psicoanalítica llega a la conclusión de que “lo esencialmente psíquico son esos procesos concomitantes, pretendidamente somáticos, y al hacerlo, comienza por hacer abstracción de la cualidad de la conciencia” (Freud, 2008, p.40).

Aquí se evidencia que necesariamente la enfermedad somática expresa las fantasías que se denominaban anteriormente, los conflictos y los afectos; y de esta manera es que se incluye al cuerpo en la clínica, por lo que se da lugar a la Psicósomática Psicoanalítica, trabajando en las perturbaciones corporales y colocando al afecto en un lugar que va más allá de lo psíquico y lo somático. Se trata de indagar en la relación existente entre una zona corporal y las fantasías con respecto a esta.

El Afecto es un aspecto muy importante de la psicósomática ya que como se refiere Freud (1890), guarda un vínculo muy importante y evidente con lo corporal y con lo anímico.

Los afectos en sentido estricto se singularizan por una relación muy particular con los procesos corporales; pero, en rigor, todos los estados anímicos, aún los que solemos considerar «procesos de pensamiento», son en cierta medida «afectivos», y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos. (Freud, 1890, p. 119)

La representación de estos afectos e ideas configuran las fantasías conscientes e inconscientes que teóricamente constituyen lo psíquico del ser humano; teniendo por otro lado las representaciones de los órganos que constituyen el cuerpo.

Lo que sucede con ambas representaciones es que conscientemente mantienen un vínculo entre sí, reconociéndose como parte de un todo y como establece Chiozza (2008), tratándose de un “cuerpo animado y de una vida subjetiva siempre radicada en un cuerpo” (p. 215).

Este vínculo trata sobre cómo una fantasía es capaz de simbolizarse en un trastorno del cuerpo a través de procesos inconscientes. Y esto se explica entendiendo que los seres humanos estamos atravesados por una historia de vida, una biografía, una cronología, en un momento dado; las cuales pueden ser resignificadas por nosotros mismos por una enfermedad que aparece en el presente, a través de la percepción como consecuencia de la represión.

Represión, como mecanismo de defensa del aparato psíquico, que tal como refiere Freud, impide el desarrollo del afecto y resignifica en el presente lo arcaico. Esto es lo que se denomina “lenguaje del cuerpo”. De esta forma lo reprimido se deposita en un órgano “elegido” inconscientemente. Este órgano representa en forma simbólica una fantasía específica, dando la pauta de que existe un sujeto inconsciente que significa a través de: la palabra, el trastorno, el síntoma o gesto, como forma de comunicación transmitiendo percepciones y transfiriéndolas. Es necesario que exista alguien que sepa observar, escuchar e interpretar al paciente, cobrando de esta forma protagonismo, el rol del psicólogo. Denominándose este vínculo, contratransferencial, definido como, Freud (1911 – 1913), como un proceso en donde se ve influenciado lo sentimental del terapeuta o médico a través del paciente. Freud afirma que si bien esto se da naturalmente así en el espacio terapéutico, el analista posee sus propias resistencias internas que no le permiten ir más allá. Implicando la necesidad por parte del analista de recurrir a su propia terapia.

Las fantasías específicas Chiozza (2008) las define como fantasías inconscientes que “se exteriorizan a través del síntoma en lugar de hacerlo a través de la conciencia” (p.156). Se trata de perturbaciones neuróticas del órgano (Freud, 1910). Para cada trastorno existe un conflicto, y esto depende de cada individuo y de la historia de cada uno.

La elección inconsciente del órgano es la representación simbólica de esa fantasía y puede afectar órganos de la vida vegetativa (Freud, 1895), como por ejemplo el corazón o el aparato digestivo; pero si también tenemos en cuenta que los órganos pueden funcionar como zonas erógenas, todo el cuerpo podría ser considerado una fantasía.

Las zonas erógenas son definidas por Freud (1901 – 1905), como la fuente de la libido en donde el deseo enfocado en distintas partes del cuerpo, busca una satisfacción libidinal; y en donde el yo es el portador de esa energía denominada libido para luego transformarla en la proveedora de ese deseo sexual hacia los objetos externos o hacia el propio cuerpo.

No obstante, en el placer de ver y de exhibirse, el ojo corresponde a una zona erógena; en el caso del dolor y la crueldad en cuanto componentes de la pulsión sexual, es la piel la que adopta idéntico papel: la piel, que en determinados lugares del cuerpo se ha diferenciado en los órganos de los sentidos y se ha modificado hasta constituir una mucosa, y que es, por tanto, la zona erógena por excelencia (p. 154)

El cuerpo es lo que representa ese lenguaje que funciona como medio de comunicación, aunque Korovsky (2008) no le asigna un lugar específico en el psicoanálisis, pero sí especifica que ocupa un lugar muy importante. Lo define como que es:

Exterior al aparato psíquico; es fuente de la pulsión, que tiene en el aparato psíquico su representante representativo; es objeto de las pulsiones de autoconservación, y objeto de las pulsiones sexuales constituyendo el autoerotismo (en el caso del propio cuerpo) y el homo o heteroerotismo (si es el cuerpo de otro); es el medio a través del cual se manifiesta -como síntoma- lo reprimido inconsciente supuestamente «convertido»; es aquello cuya esencia el yo representa, a la vez que la fuente de percepciones que constituyen a ese yo, y finalmente, siguiendo la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis, es lo verdaderamente psíquico inconsciente. (p. 23).

Esta explicación de Korovsky, coloca al cuerpo como forma de abordaje terapéutico en psicoanálisis, como representado y erógeno. Si volvemos a lo ya mencionado del lenguaje arcaico, se demuestra que el psicoanálisis busca el sentido y los significados de los síntomas, y esta respuesta está en la historia biográfica de cada paciente.

Ortega y Gasset (1914), lo referencia en forma breve de esta manera: “yo soy yo y mis circunstancias”; circunstancias que constituyen hechos históricos personales que pueden ser transgeneracionales (filogenética), de la infancia de un individuo, de la actualidad y/o de las construcciones mentales futuras que realiza sobre su vida.

La importancia que tienen las influencias del pasado en la vida actual de una persona son relevantes, ya que al tomar como objetivo el hecho de alcanzar el sentido de las enfermedades, se toman en cuenta aspectos heredados, recibidos por otros y las vivencias personales; es decir que se articulan en ese fundamento el ello, yo y superyó del aparato psíquico, tal como expresa Freud en *Esquema del psicoanálisis*.

Ello, yo y superyó que son instancias psíquicas muy importantes de mencionar de nuestro aparato psíquico. En su obra, Freud (2008), define por un lado al ello como la más antiguas de las instancias psíquicas, en donde se encuentran “los instintos surgidos de la organización somática, que hallan aquí una primera expresión psíquica cuyas formas ignoramos” (p. 12); especifica que aquí se encuentra todo lo heredado, lo constitucionalmente establecido y lo congénitamente dado.

Por otro lado está el yo, que es el influenciado por el mundo exterior, por todo lo que nos rodea. Esta instancia es receptora de estímulos y posee “dispositivos” para la protección contra esos estímulos, funcionando como mediadora entre el ello y el mundo externo.

Y por último (Freud, 2008), está el superyó que es toda la influencia parental, de crianza.

Se advierte que pese a todas sus diferencias fundamentales, el ello y el superyo coinciden entre sí al representar las influencias del pasado: el ello, las heredadas; el superyo, principalmente, las recibidas de otros, mientras que el yo es determinado esencialmente por las vivencias propias, es decir por lo actual y lo accidental. (p. 14)

Chiozza (2008), plantea que la psicósomática puede interpretar las enfermedades del cuerpo a través de la “historia olvidada”, así como también la palabra y lo gestual del paciente.

Esta interpretación no puede dejar de lado tal como señala Freud (1910) en *La perturbación psicógena de la visión según el Psicoanálisis*, los conceptos de represión y pulsión ya que son muy importantes para interpretar el sentido del órgano afectado en una enfermedad somática. La pulsión es definida por E. Roudinesco, M. Plon (2011), como “Designación de la carga energética que está en la fuente de la actividad motriz del organismo y del funcionamiento psíquico del inconsciente del hombre” (p. 903). Freud vincula este concepto a las llamadas “zonas erógenas” que son a través de los órganos corporales la fuente de la pulsión, dando cuenta de que es un concepto que está entre lo psíquico y lo somático, por lo que es un concepto psicósomático.

Lo reprimido, está siempre en el inconsciente, por lo tanto, solo hay acceso a través de la deducción e interpretación.

Freud (1925), en su obra *Presentación autobiográfica*, define a la represión como Verdrängung, «esfuerzo de desalojo» y se refiere en su obra a este mecanismo de defensa acerca de que

En la vida anímica había emergido cierta aspiración contrariada empero, por otras, poderosas. (...) Ahora bien, en la neurosis –y por razones todavía desconocidas el conflicto había hallado otro desenlace. El yo se retiró de la moción pulsional chocante, por así decir tras el primer encontronazo, bloqueándole el acceso a la conciencia y a la descarga motriz directa; pero de esa manera aquella conservó su plena investidura energética. Llamé represión a éste proceso. (p. 28)

En síntesis, para abordar psicósomáticamente a un individuo, es importante centrarse en las representaciones inconscientes, por lo cual la idea de cuerpo representado, debe enfocarse también, en la simbolización de la enfermedad somática, y tomando las ideas teóricas sobre psicósomática (en donde se distingue permanentemente lo psíquico y lo orgánico) se puede tener en cuenta que:

Nos enfermamos como un modo de defensa frente a algo intolerable, esencialmente un afecto, que resignificamos históricamente como una enfermedad somática actual, sirviéndonos de un lenguaje arcaico y simbólico que al modo de los símbolos universales filogenéticamente heredados funcionan para nosotros como algo cuyo significado nos es desconocido. (Gladys Tato, 1999, p. 89)

Abordaje terapéutico

La importancia de la investigación e interpretación de lo orgánico relacionado con lo anímico de las personas, es muy significativa para alcanzar el sentido de las enfermedades.

La esencia del análisis, plantea Racker (1986), en el que está implicado el psicólogo, es ayudar al paciente a conocerse a sí mismo. Enfermarnos es algo que padecemos no sólo corporal o sólo anímicamente, sino íntegramente, ya que nos pasa enteramente en forma individual o en relación con los otros, pasa en el transcurso del proceso terapéutico o puede ya abordarse la terapia con un sujeto con una manifestación orgánica de una enfermedad.

“La interpretación es el instrumento terapéutico por excelencia. Pero en cuanto a la aplicación de este principio, en cuanto al qué, cuándo, cuánto y cómo interpretar, difieren las opiniones y las prácticas en múltiples aspectos” (Racker, 1986, p. 57).

De esta manera, el abordaje terapéutico psicósomático psicoanalítico tiene como objetivo, escuchar, comprender e interpretar lo que el paciente expresa mediante alcanzar el sentido inconsciente de la enfermedad, explicando por qué y también alcanzando el sentido de los síntomas. En este sentido, Korovsky (1994), afirma:

Interpretar, decía Freud, es traducir. Etimológicamente, interpretar deriva del latín "interpretare", que es la acción del "interpres, etis" el mediador, el intérprete. Y traducir, según Corominas, del latín "traducere", es transportar, obviamente, también, traducir, derivado de aducir, del latín addūcere: "conducir a (alguna parte)". En consecuencia, el psicoanalista al interpretar, media, a la vez traduce, transporta y conduce. (p.15)

Considerando que la principal función del psicólogo es hacer consciente lo inconsciente, los psicoanalistas podemos interpretar como una forma de lenguaje la enfermedad o la forma en que el paciente reacciona ante esa enfermedad; siendo así comprensible y decodificable. (Tato, 1999). Esta interpretación es el medio por el cual se busca el sentido.

La traducción mencionada, se da a través de la interpretación de los sueños, los actos fallidos, síntomas, chistes, etc. Es necesario, según plantea Racker (1986), que exista una cooperación tanto del psicólogo como del paciente, y se trate de un vínculo activo.

El eje del abordaje terapéutico psicósomático psicoanalítico consiste en la búsqueda de sentido de conflictos inconscientes que están reprimidos, y que son los que crean los síntomas. (Korovsky, 1990). Lo reprimido constituye la llamada resistencia y Chiozza (2013), plantea que “La resistencia surge porque el significado inconsciente rechazado, a pesar de haber sido reprimido en otro tiempo, mantiene su represión de manera actual”. (p.74)

El autor (Chiozza, 2013) plantea que en este contenido está lo actual y lo presente. Lo presente es lo que se puede percibir materializado en general y lo actual es la sensación que siente un individuo en su cuerpo. Entendiendo que están el significado manifiesto por un lado y un segundo sentido por otro, que es el latente o inconsciente, resistido; siendo así el cuerpo el escenario que lo constituye. Esto se ve vinculado conceptualmente con las ideas de fantasías universales y específicas que son tan importantes para el enfoque psicossomático dentro de un abordaje psicoterapéutico. En tanto, a modo de ejemplificar, Chiozza (2013), expresa que “un alfiler presente puede producir entonces un dolor actual. Dado que los afectos son actuales, es necesario tener en cuenta que, en última instancia, psicoanalizar lleva implícito prestar más atención a la actualidad que a la presencia” (p.74)

Teniendo en cuenta que todos los individuos somos psicossomáticos y todos nos enfermamos, como forma de expresión de nuestras emociones, el sentido de la enfermedad se alcanza mediante una búsqueda unicista según plantea Korovsky (1990), que implica complementar distintas técnicas a la hora de abordar un paciente enfermo. En el caso de la medicina y el psicoanálisis, el enfoque psicossomático que investiga las resistencias tiene ciertas limitaciones ya que por el lado de la medicina el aspecto psicológico es lo causal y relegado a lo último dentro de los posibles abordajes. Como expresa Korovsky (1990), “recurriéndose a ello cuando no se encuentra la “causa física” de la enfermedad. Más aún, el médico estará generalmente de acuerdo en que “lo psicológico es casi siempre importante”, aunque no sepa muy bien qué lugar dar a eso” (p.16). Y por otro lado para los psicólogos lo orgánico está en un segundo plano con respecto a lo psíquico.

Gladys Tato (1999) alude a que la diferencia está en que hay diferentes formas de simbolizar por lo tanto distintas formas de abordaje y desde distintas disciplinas. La autora indica que “negar la capacidad simbólica del cuerpo enfermo es escindirlo de la vida inconsciente, y es entonces, nos guste o no reconocerlo, ser dualistas” (p.39).

El psicoanálisis centró su atención en la histeria ya que era la patología pionera en dar cuenta acerca de que había una alteración corporal producto de un conflicto interno pero que no tenía una lesión orgánica, si no que presentaba posturas y características físicas determinadas.

Es relevante partir de la idea de que todas las enfermedades tienen una significación y una causa. Una significación que va arraigada a la historia de un individuo y una causa que es patológica en términos médicos; siendo esa significación un término como determina Chiozza (2013) “polisémico”, ya que revela un significado, un sentir y una dirección hacia donde esto se enfoca.

Es necesario reparar en el hecho de que el significado nace siempre de lo que llamamos importancia. Existe en castellano una palabra, “insignificancia”, para denominar aquello cuyo significado se comprende y, al mismo tiempo, se comprende

que no tiene suficiente importancia. La existencia de esa palabra compuesta nos señala de manera inequívoca que se ha originado en otro término –“significancia”– que, a pesar de que en nuestro idioma ha caído en desuso, alude precisamente a un significado dotado de importancia. (Chiozza, 2013, p.72)

El desarrollo del psicoanálisis como terapia ha llevado a poner atención en el hombre en todas sus dimensiones y ha sido una forma de abordaje progresiva e innovadora para los individuos como pacientes y para los psicólogos como técnica. Es menester destacar sobre el abordaje terapéutico que en cuanto a lo que Racker (1986) denomina “el material” en una terapia, no existe el material somático, si no que existen aspectos, uno somático y otro psíquico de ese “material”.

Psicosomática Psicoanalítica

En la visión integral de la salud cada enfermedad es en esencia un fenómeno mental y, en muchos casos, el proceso de la enfermedad se puede invertir de la manera más eficaz a través de un enfoque que integre la terapia física y la psicológica. (Capra, 1992, p. 196)

Cualquier persona puede enfermarse somáticamente, tal como establece Korovsky (1994), en función de las series complementarias y de la historia individual que trae aparejada.

La idea de series complementarias planteada por Freud (2008), considero que es de gran aporte para pensar a los pacientes psicossomáticamente, ya que integra factores externos e internos y coloca al terapeuta en un rol articulador, que interpreta a través del yo, los conflictos y demandas del ello y el super yo; de acuerdo a lo planteado en *Esquema del Psicoanálisis*.

De esta manera, Freud (2008) remontándose a los orígenes del psicoanálisis en donde “lo esencialmente psíquico son esos procesos concomitantes, pretendidamente somáticos” (p.28), plantea que:

El yo está debilitado por el conflicto interno y debemos acudir en su ayuda. Sucede como en una guerra civil que ha de decidirse mediante el socorro de un aliado extranjero. El médico analista y el yo debilitado del enfermo, apoyados en el mundo real exterior, deben tomar partido contra los enemigos, es decir, contra las exigencias instintivas del ello y las exigencias de conciencia que sustenta el superyo. Establecemos un pacto con nuestro aliado. El yo enfermo nos promete plena sinceridad, es decir, nos pone a disposición todo el material que le suministra la percepción de sí mismo; por nuestra parte, le aseguramos la más estricta discreción y ponemos a su servicio nuestra experiencia en la interpretación del material influido por el inconsciente. Nuestro saber ha de comprender su ignorancia, ha de restituir a

su yo el dominio sobre los territorios perdidos de la vida psíquica. En este pacto consiste la situación analítica. (p.52).

La importancia que adquiere el enfoque psicossomático al momento de la terapia va generando una idea inclusiva del ser humano, según Chiozza (2008) en donde se realiza una búsqueda y se le da importancia a “lo otro del otro”, dando más relevancia en primer lugar a quien es, que hace y cómo se siente un sujeto enfermo antes de poner como primordial por qué enferma, cuándo enferma, porque le pasa a él, etc.

Considero que es sustancial tener en cuenta que esto último daría lugar a la culpa en algún punto, ya que el sujeto enferma como un modo de defensa de algo que, si bien es consciente, se le dificulta manejar, por lo que si se lo indaga en primer lugar de esa manera, el mismo sujeto se centraría en responderse esas preguntas (por qué enferma, cuándo, por qué a él), sin alcanzar el sentido con el acompañamiento del terapeuta.

Para realizar la interpretación dentro de la terapia psicossomática con sujetos, es preciso tener en cuenta que todos los síntomas corporales son la manifestación de un proceso inconsciente, como ya se ha mencionado, pero es la fantasía inconsciente la que puede aportar información al analista, que es representada mediante lo que Korovsky (1990) denomina “inervación somática” (p.44) de un afecto oculto que no puede manifestarlo conscientemente; siendo el terapeuta el habilitado a comprender estas fantasías sin confundir entre objeto e instrumento técnico con el que se trabaja.

En lo que respecta a las fantasías, estas son una forma de manifestación críptica a través de la enfermedad orgánica y al comprenderlas y traerlas a la consciencia del paciente, nos permite a los psicólogos ir construyendo la historia biográfica del paciente, de lo contrario, si un paciente es únicamente tratado por su enfermedad orgánica, por un médico, estas fantasías quedan colocadas en el lugar de “punto ciego rellenos por la enfermedad”. El psicólogo en este caso, trabaja y elabora conflictos, que de otra manera quedarían ocultos y a su vez el analizado logra para sí mismo una visión integrada y logra vincular sus manifestaciones del cuerpo con lo que le acontece. (Korovsky, 1990)

Cuando alguien mastica un caramelo, carece de sentido preguntarle si lo mastica con el cuerpo o con el alma. No hay una boca del cuerpo y otra boca del alma. El cuerpo y el alma disponen de la misma boca, y cuando dos amantes se besan, su beso no sería lo que es si le faltara el cuerpo o le faltara el alma. De modo que, cuando nos enfermamos, nos enfermamos siempre en cuerpo y alma. (Chiozza, 2013, p.157)

Otra de las intervenciones que realiza el analista, en casos en donde aparece la omnipotencia por parte del enfermo, es indicarle consulta médica en el caso de que lo

requiera, por ejemplo, con un médico psiquiatra, ya que considera que necesita medicación para su tratamiento analítico.

Es muy importante que así sea ya que hay muchos pacientes que presentan enfermedades con dolores constantes, con sintomatologías intensas que generan molestias para el desempeño físico y demás, y requieren de fármacos que ayuden momentáneamente y alivien por ejemplo un dolor. Esta cara de la investigación psicosomática se va superando, pero igualmente sigue en proceso, ya que como indica Korovsky (1990), tanto el psicólogo como el médico han recibido académicamente una formación escindida y el paciente es rehén de estos conflictos epistemológicos que se generan entre sus profesionales.

Dos aspectos que son parte del encuentro en toda terapia psicológica son la transferencia y la contratransferencia. En el caso de los pacientes enfermos en terapias psicosomáticas la que predomina es la contratransferencia somática; siendo esta una vivencia más intensa a decir de Korovsky (1994) , en donde el terapeuta puede percibir que el paciente no simboliza o asocia y puede llegar a pensar que como terapeuta no interpreta correctamente; lo que implica que es importante analizar las reacciones contratransferenciales que devienen en síntomas algunas veces.

La importancia de analizar estas relaciones contratransferenciales es porque el paciente puede presentar una reacción negativa repercutiendo en la ruptura del tratamiento o de lo contrario agravamiento de la enfermedad; puede el terapeuta presentar una resistencia a comprender las fantasías inconscientes del paciente lo que hace que la búsqueda de sentido se vea dificultada.

El abordaje, en estos casos debe cuidar el sentimiento de omnipotencia por parte de ambos (psicólogo, paciente); ya que, según plantea Korovsky (1994), el paciente tiende a idealizar al psicólogo y esta idealización debe ser aceptada por el terapeuta como parte del tratamiento, durante un tiempo y cuidándose el terapeuta de no caer en ese “personaje” fabricado por el paciente.

En los casos de enfermos con manifestaciones orgánicas, el psicólogo puede tener sentimientos de impotencia en un proceso de análisis y el paciente también por no sentirse comprendido. En el caso del psicólogo por no ocurrírsele interpretaciones acerca de las fantasías o porque cree que no tiene herramientas para tratar a una persona que padece alguna enfermedad compleja y que con la palabra siente débil su ayuda. (Korovsky, 1994).

Cristóforis (2006) por su parte, plantea que no todos los pacientes con una enfermedad somática presentan una misma estructura de base, por lo tanto, se conceptualizan de distintas maneras explicativas y se realizan hipótesis que sirven como camino hacia la problemática, y de acuerdo a su variabilidad y validez resultaran más efectivas o no, para el abordaje terapéutico.

Este autor, plantea que cada psicólogo, dentro de su rol es quien traza una posición teórica o clínica y se plantea por qué y cómo pensar cada situación; pero esto sucede en la práctica diaria, con otros psicólogos, en las instituciones, creando una “red de sostén elaborativo profesional” (p.145), tanto en pacientes que inician el tratamiento descreyendo en la ayuda que puede brindarles el psicólogo, como con los que sí creen y recurren a este. Además, se divisa la necesidad de sostén para el psicólogo también, en espacios “suficientemente buenos”, que permitan procesar lo que trabajan con estos pacientes, a lo que están expuestos y que además se ven afectados emocionalmente y por la situación en la que están involucrados e incluso llegan a estar a la par en determinadas situaciones el analizado y el analista.

El rol del psicólogo en el caso de enfermedades en donde se pone en juego la vida del paciente (Cristóforis, 2006), debe partir de intervenciones que tengan como objetivo disminuir la angustia insostenible que padece el paciente y desorganiza su estructura. Es así que el mismo terapeuta puede incluir dentro de la terapia los procedimientos médicos a los que se somete y lo que le genera; fundando así una forma de “sostén-acompañamiento-ligadura” (p.147) que lo ayude a sobrellevar la situación. (Cristóforis, 2006)

Así como el enfoque psicosomático en medicina trataría fundamentalmente de luchar contra la negación de lo psíquico, en psicoanálisis alimentaría la esperanza de continuar sistematizando una clínica posible, efectiva, válida de las múltiples formas de somatización. No cabe duda que el esfuerzo por lograrlo está plenamente justificado ya que los aportes y la participación que el psicoanálisis viene realizando en el campo psicosomático lo avala. (Cristóforis, 2006, p.31)

Capítulo III

Estudio patobiográfico

Si renunciamos, en virtud de lo que señalamos, a la pretensión de una historia definitivamente “verdadera”, podemos comprender que cada una de las historias que nacen en nuestro campo de trabajo, cuando interpretamos el significado inconsciente de las enfermedades del cuerpo, constituye un valioso fragmento de la verdad buscada. (Chiozza, 2013, p.172)

La importancia de lo orgánico y lo anímico, lo particular de cada individuo, lo cultural, la historia biográfica y actual, dan cuenta de la necesidad de unificar y elaborar metodologías y técnicas, desde el rol profesional, para alcanzar la evolución favorable de la enfermedad de una persona.

Es así, que desde la terapéutica con pacientes enfermos es necesario que las disciplinas, en este caso la psicología y la medicina, ejerzan su labor en conjunto, ya que de

lo contrario se generan contradicciones técnicas y de roles que repercutirían en la cura, por tanto, en la vida del paciente muchas veces.

Teniendo en cuenta que lo médico sigue predominando por encima de otras disciplinas, Freud ya en la búsqueda de una metodología para curar a los enfermos plantea que no hay que desconfiar de las afirmaciones del psicoanálisis y que lo inconsciente debe no ser disputado en estas cuestiones ya que es una herramienta necesaria para la evolución del proceso patológico (dando lugar con esta puntualización a un límite para la medicina, por parte de la psicología).

Indudablemente, lo mismo debe ocurrir por parte del psicoanálisis, ya que, ante una enfermedad, no se puede prescindir de los recursos de la medicina porque podría tener una evolución negativa; si bien el proceso psicoanalítico a veces no acompaña, en términos de tiempo, a la enfermedad.

Guiados por la idea de que la enfermedad no es ajena a lo inconsciente (Tato, 1999) y también porque la terapia psicoanalítica a largo plazo no es siempre compatible con la urgencia y/o gravedad de la enfermedad, se vieron motivados a crear un método diagnóstico que en un tiempo limitado tiene como objetivo comprender el significado de la enfermedad orgánica, dentro del contexto histórico biográfico de un paciente. A este método se le denominó Estudio Patobiográfico.

El Estudio Patobiográfico tiene una metodología para su aplicación, tanto en el ámbito hospitalario como privado, (Tato, 1999) y sirve como “instrumento para desplegar la complejidad del hombre enfermo” (p.92)

Tiene como objetivo el trabajo en equipo y la contemplación del momento que atraviesa el paciente con su enfermedad particular (Chiozza, 2013)

Gladys Tato (1999) realiza un punteo de los pasos a seguir para realizar este EP y consiste en:

1. Consulta inicial.
2. Anamnesis, complementada por la escritura de un cuento inventado por el paciente, comentario de una película o libro, relato de un sueño y fotografías.
3. Diagnóstico médico.
4. Trabajo en equipo.
5. Devolución.
6. Entrevistas de control. (p.92)

La consulta inicial (Tato, 1999) consiste en indagar acerca de la derivación, si proviene de los médicos (cuando la enfermedad agrava o no mejora, cuando hay una intervención de por medio y el médico quiere conocer el estado emocional del paciente, cuando hay riesgo de vida para incidir inmediatamente), desde psiquiatra o psicólogo, desde el paciente (cuando no encuentran la ayuda esperada con el tratamiento médico). Otra indagación que se realiza

es acerca de si la enfermedad que padece es aguda o crónica, esto el EP lo puede tratar sea cual sea la característica de la enfermedad.

La anamnesis consiste en indagar acerca de la enfermedad actual y sus circunstancias de aparición (primer síntoma y contexto), también indaga acerca de las fechas de aparición mas precisamente. Vínculos afectivos, historia laboral, estructura familiar, cambios de domicilio, hábitos; estos son aspectos que también se averiguan en la anamnesis. Se solicita al paciente que cree un cuento, comente una película o libro que hayan sido significativos para él, relate un sueño y seleccione fotografías de su vida. Todo esto sucede en mínimo cuatro entrevistas de 1 hora y media cada una con una frecuencia semanal. (Tato, 1999)

El diagnóstico médico consiste en la elaboración de una historia clínica del paciente y si se considera se deriva a otros especialistas; en el caso de que el paciente se esté tratando con otros especialistas se busca unificar la información para que quede dentro de una misma historia clínica, creando un diagnóstico, un tratamiento y un pronóstico. (Tato, 1999)

El trabajo en equipo radica en el procesamiento del material que consiste en la información recabada en la anamnesis y la historia de la enfermedad. Se busca preservar la intimidad del paciente y el trabajo consiste siempre en la participación de tres técnicos, el que realizó la primera consulta, el que realizó la anamnesis y el médico clínico; además de la participación de por lo general dos psicólogos que no lo vieron al paciente y que aportan desde ese lugar. Se realiza la llamada tabla de correlaciones donde se ubica la vida del paciente y el lenguaje del órgano de la enfermedad. Se obtiene además mediante las frases significativas el aspecto personal del propio paciente, sobre sí mismo. Se buscan responder preguntas claves para darle una devolución al paciente y estas son: motivo manifiesto de consulta, el motivo latente de consulta (lo que el psicólogo entiende que el paciente va a preguntar inconscientemente), el factor desencadenante de la enfermedad, la fantasía inconsciente de la enfermedad (elemento fundamental para el terapeuta), fantasía mágica de curación, fantasía adecuada de curación (es el compromiso del paciente con el tratamiento que se le indica) y pronóstico que implica la enfermedad somática y la capacidad del paciente para psicoanalizarse. (Tato, 1999)

La devolución trata sobre la historia del paciente, construida por el equipo, integrando lo que comprenden de la enfermedad. Lo principal es comprender las fantasías inconscientes en relación a la enfermedad. La devolución se realiza al paciente en un lenguaje que él pueda comprender y no en términos médico psicológicos. Se realiza en dos entrevistas y se lee. (Tato, 1999)

Las entrevistas de control se realizan más adelante entre los 3 y los 6 meses posteriores.

El estudio patobiográfico según la autora (1999), se puede considerar un método psicoanalítico válido; porque además de trabajar con manifestaciones somáticas, como el

psicoanálisis, trabaja con el inconsciente. Y Freud (1890) alude a esto cuando en *Tratamiento psíquico, tratamiento del alma*; expresa “Si las perturbaciones somáticas no son ajenas a la vida anímica inconsciente, toda teoría o toda técnica que desarrolle propuestas para comprender esa relación, será psicoanalítica” (p.115)

Gladys Tato (1999), por su parte concluye que:

Lo más valioso de nuestra experiencia está en el “caso”, no en la “casuística”, y es lo más difícil de transmitir, lo menos objetivable, lo que hace que cada paciente sea único, inédito e irreproducible, y que nos alienta a continuar este camino. (p.105)

Reflexiones finales

“Necesitamos nuevas cartografías, y sobre todo nuevas formas de cartografiar: debemos buscar otros instrumentos conceptuales y crear nuevas herramientas que nos permitan movernos sobre territorios fluidos” (Najmanovich)

De acuerdo al recorrido trazado en este trabajo, lo primero que me arroja a la redacción de las reflexiones finales es la dificultad de encontrar, en la lectura, cuando comencé la monografía, un “lugar”, una “definición”, una idea de “teoría”, “disciplina”, acerca de la Psicósomática, a sabiendas de las distintas concepciones epistemológicas. La idea de enfoque de Cristoforis, más adelante fue y sigue siendo a mi criterio, la que más me aportó para el desarrollo del trabajo y para responderme la pregunta inicial sobre ¿cómo enfocaría el proceso terapéutico?

Entiendo que, si bien como planteo en el trabajo la Psicósomática surge para superar la separación cuerpo mente y se basa en los postulados iniciales del psicoanálisis, también, pienso que, desde siempre, pero aún más en la actualidad, no hay que dejar de lado que en lo que respecta a abordaje terapéutico en sí mismo, si bien se piensa, interpreta, traduce, acompaña al sujeto partiendo de un paradigma complejo; también en la práctica, para alcanzar ese todo complejo hay que indagar y buscar el sentido de sus partes.

Por lo tanto, cuerpo y mente, en lo que implica aportes académicos y análisis e investigaciones, reciben contribuciones desde distintas disciplinas que se retroalimentan por el mismo fin que es la cura, transformándose en un proceso multidimensional, en donde lo que no predomine es una disciplina sobre otra, si no que todas vayan tras el mismo objetivo.

Es así, que el enfoque psicósomático, a mi entender, se ajusta a la idea que plantea Najmanovich acerca de la necesidad de “nuevas cartografías”, ya que permite a todas las disciplinas, desde su lugar brindar aportes a partir de una mirada psicósomática; partiendo desde una interacción entre las emociones y el cuerpo como escenario que son intrínsecas.

La medicina sigue teniendo una especie de hegemonía en la actualidad; y si bien es una disciplina sumamente importante, hay todo un interés económico por detrás a raíz del

sistema dominante. Basta con realizar en nuestro país una consulta, que el dominio para poder atenderse lo sigue teniendo el médico general quien deriva a los pacientes a los especialistas que él considera, siendo la Psicología muchas veces de las últimas especialidades a considerar, y otras veces a modo de subestimar al paciente de que está “loco”. Existe un crecimiento sí en el espacio a la Psicología, y a otras disciplinas también, pero aún resta por hacer para que todas ocupen el mismo lugar y que el que se enaltezca sea el objetivo a alcanzar.

Otro de los factores, a mi considerar, que impide esa equidad disciplinar son las relaciones de negocio indescriptibles que se manejan en la interna de las sociedades médicas, por lo que el paciente pasa a ser rehén de estos vínculos turbios, la situación del paciente pasa a un segundo plano por las vinculaciones políticas e intereses económicos y muchas veces los mismos pacientes quedan desplazados, fallecen, empeoran en su estado de salud e incluso desisten.

Najmanovich, plantea en otro artículo acerca de que ...no resulta sorprendente cuando nos damos cuenta que los enfoques psicossomáticos proceden suturando lo que admiten como dividido de antemano pues no han sido capaces salir del hechizo del dualismo... (Najmanovich, p.8).

Este planteo me lleva a la reflexión de que la idea de dualismo (el bien y el mal) ha sido tan insistente y persistente que es indudable que si se piensa como dualismo no se podría pensar ni siquiera en la idea de un enfoque psicossomático, pero si se piensa en un sentido más práctico en que si miramos a una persona, su cuerpo es lo que vemos, y su mente la vinculamos al área de la cabeza (localización), pensamos en una interacción, en un diálogo, en un movimiento, en un vínculo que los entrelaza constantemente.

De esta manera, en lo que respecta al tema que me convoca, que es el abordaje terapéutico, creo que sí hay aportes muy ricos para hacer desde la psicología, medicina, sociología y una infinidad de disciplinas, todas las que existen; y que cada una estudia las emociones, la biología, la cultura, etc; por el hecho de que es infinito el universo de información que existe para estudiar, analizar e investigar al ser humano.

Y sería ingenuo pensar, que en el mundo que vivimos, cada vez buscando lo más fácil y menos trabajoso, por el sistema que nos corre, que todos los profesionales sepamos de todo tan minuciosamente; de hecho está demostrado hoy en día a través de especializaciones que sobre un tema puntual hay bastantes.

Sí es importante que todos hagamos lo mejor que podamos con nuestra tarea, y que si el día de mañana un paciente consulta lo abordemos como lo que es, único, con una historia de vida, con aspectos internos y culturales y con sus vínculos.

Académicamente esta forma de abordaje del paciente nos va a llevar como profesionales, y nos debe llevar, a indagar acerca de lo que padece en todos los sentidos,

pero esto ya será algo aprehendido individualmente, ya que en la Universidad no nos preparan para integrar la información, se da todo en forma aislada y dadas las circunstancias de vida de la mayoría de los estudiantes y profesionales en donde el problema es el tiempo, resulta dificultoso generar un momento para relacionar toda esa información dada y trabajada; he aquí nuevamente la idea de que cada disciplina es más importante que la otra.

Con respecto al rol del psicólogo en la clínica, considero que si bien la Psicósomática está vinculada más a lo que son pacientes con manifestaciones orgánicas de enfermedad, al menos en el material bibliográfico al que recurrí, el Psicólogo que parte de un enfoque psicósomático debe trabajar con todos sus pacientes de esta forma. Ya que todos somos psicósomáticos. "...el hombre es por esencia una unidad armónica psicofísica, por su realidad existencial un cuerpo, y por su cualidad de sentir y comprender: un psiquismo" (G. Tato, 1988) (G.Tato, 1999, p.34)

Referencias Bibliográficas

- Aguirre del Busto, R. & Macías, M.E. (2002). Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad. *Humanidades Médicas*, 2(1) Recuperado de la base de datos Scielo.
- Baeta S., M. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud-enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13 (2), 81-83.
- Calatayud, F. M. (1997) *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. México: UniSo.
- Capra, F. (1992). *El punto crucial*. Ciencia, sociedad y cultura naciente. Buenos Aires, Argentina: Troquel.
- Chiozza, L. (2008). Las fantasías específicas en la investigación psicoanalítica de la relación psique-soma. Obras completas. Medicina y Psicoanálisis. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L. (2013). ¿Para qué sirve el psicoanálisis?. Obras completas. Medicina y Psicoanálisis. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Cristóforis, O. (2006). *Cuerpo, vínculo, lenguaje*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Freud, S. (1890). Tratamiento Psíquico (Tratamiento del Alma). Obras Completas (Tomo 1). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1895). Estudios Sobre la Histeria. Obras Completas (Tomo 2). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1901 - 1905). Tres ensayos de teoría sexual y otras obras. Obras completas (Tomo VII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1910). Cinco conferencias sobre psicoanálisis, un recuerdo infantil sobre Leonardo da Vinci y otras obras. Obras Completas: (Tomo XI). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916-1917). Conferencias de introducción al psicoanálisis. Obras completas (Tomo XVI). Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1925 - 1926). Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia. ¿Pueden los legos ejercer el análisis y otras obras?. Obras completas. (Tomo XX). Buenos aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1976). *Esquema del Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Korovsky, E. (1990). *Psicosomática Psicoanalítica*. Montevideo, Uruguay: Roca Viva.

Korovsky, E. (1994). Temas de técnica psicoanalítica. Montevideo, Uruguay: Roca Viva.

Korovsky, E. (2008). Desde el corazón del psicoanálisis. *Psicosomática Psicoanalítica II*. Montevideo, Uruguay: Ediciones de la casa.

Libreros Piñeros, L. (2012). El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38 (4), 622-628.

Najmanovich, D. (2017). El sujeto complejo: La condición humana en la era de la red. *Utopía y praxis latinoamericana*. 22 (78). Recuperado de la base de datos Redalyc.

Ortega, J y Gasset. (1914). *Meditaciones del quijote*. España: Julián Marías.

Racker, H. (1986). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Roudinesco, E y Plon, M. (2011). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Tato, G. (1999). *Cuando el cuerpo habla*. Montevideo, Uruguay: Trilce.