

## UN ENFOQUE VINCULAR DE LAS MANIFESTACIONES PSICOSOMÁTICAS EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA.<sup>1</sup>



Dr. Pedro J. Boschan.<sup>2</sup>

### RESUMEN:

En este trabajo, tras revisar algunos de los conceptos controversiales de la problemática psicosomática y el desarrollo histórico de los mismos, así como sus consecuencias teóricas y clínicas, propongo un enfoque vincular de dicha patología, ejemplificando con una viñeta clínica en la que se pueden registrar los distintos aspectos del modelo propuesto.

### SUMMARY:

This paper after reviewing some of the controversial concepts of psychosomatics, and their historical development as well as some of their theoretical and clinical consequences, I propose a vincular point of view of this type of pathology, with a clinical vignette where different aspects of the proposed model can be observed.

La compleja interrelación entre mente, cuerpo y vínculos era intuita desde los albores de la Terapéutica. Esta interrelación forma parte del imaginario social en muy diferentes culturas; nos hace comprender que cómo humanos somos esencialmente psicosomáticos y formamos parte de una estructura vincular. Para el Pediatra, esta noción forma parte de su modo de comprender y enfocar las problemática de su paciente; que un niño puede desarrollar síntomas físicos relacionados con los conflictos familiares no resulta extraño; pero en la necesidad de recurrir a modelos conceptuales para la comprensión de cómo y porque ocurre, los modelos teóricos habitualmente son del ámbito de la psicología intrasubjetiva; uno de los puntos centrales de esta exposición, es proponer que un enfoque vincular ofrece nuevas perspectivas de comprensión y de intervención.

El Psicoanálisis, que se origina en el estudio de las neurosis, sólo tardíamente se enfrenta con la necesidad de conceptualizar teóricamente la patología psicosomática. Las primeras ideas teóricas (relativamente) organizadas las hallamos en los escritos pioneros de Groddeck, Ferenczi, Simmel, Felix Deutsch y más tarde Balint, todos ellos con una amplia experiencia en la medicina clínica. Pero fueron las décadas del 50 y el 60, con la fenomenal expansión del movimiento de Salud Mental (Mental Health) y la llegada del psicoanálisis a los ámbitos asistenciales más amplios, las del auge de la Psicología: la escuela de Chicago (1) y luego la de Rochester en EE.UU., los trabajos de P. Marty en Francia, de Winnicott y Balint en Inglaterra, en las que se formularon las primeras sistematizaciones teóricas.

---

1.- El pasado mes de marzo el Doctor Pedro Boschan (1), miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, visitó la Asociación Psicoanalítica de Madrid. El Departamento de Psicoanálisis de Niños y Adolescentes, el Grupo de Psicoanálisis de la Psicosis y Patologías Fronterizas y el Grupo de Psicoanálisis de Familias, Grupos e Instituciones organizaron una conferencia con este especialista en psicosomática. Boschan, a su vez, realizó una supervisión grupal. Durante estos encuentros tuvimos la ocasión de entrevistarlo.

2.- Miembro Titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.

Desde entonces hasta nuestros días, han sido muchos los intentos teóricos con que el Psicoanálisis trata de dar cuenta de estos fenómenos tan complejos; mencionaré tan sólo a título de ejemplo las ideas de Piera Aulagnier (2-3), Joyce McDougall (4), W. Bion (5), P. Marty (6), G. Pankow (7), Sami Alí (8); entre nosotros David Liberman (9), y Aurora Pérez en el campo pediátrico, que enfatizan la relación corporal y la vincularidad aportando una dimensión que complejiza aún más el tema.

Esta diversidad de teorías da cuenta de la complejidad del problema; lo psicosomático es una verdadera encrucijada en la que se plantea la duda si es posible dar cuenta con una única teoría, si sólo es posible comprenderla desde la interdisciplina o si constituye una disciplina por derecho propio. La inclusión en el cuerpo teórico del Psicoanálisis de la comprensión de la estructura intersubjetiva, da una nueva dimensión a estos fenómenos, al extender la noción de psiquismo más allá de los confines unicorporales; lo mismo que nuestra reciente comprensión de la importancia de fenómenos transgeneracionales y la de la determinación de la enfermedad somática a partir de los lazos sociales -de tanta actualidad en nuestro medio en que la violenta crisis social se refleja, entre otras manifestaciones más notorias, en el brutal incremento de las somatizaciones en la población.

Todos los que nos hemos ocupado del tema a lo largo de un cierto tiempo -en mi caso 30 años- (10,11) hemos adquirido una perspectiva histórica de las muchas teorías con que se ha intentado dar cuenta de esta compleja relación entre mente, cuerpo, afectos, vínculos y entorno social que constituye nuestra vida. No es mi objetivo en este trabajo hacer un estudio histórico de estas distintas teorizaciones (qué considero sumamente importante metodológicamente), sino de señalar ciertos nudos conceptuales. Ciertos interrogantes y encrucijadas tienden a recurrir y replantearse regularmente en diversas teorías, formuladas de acuerdo al paradigma científico de cada época. Cuando uno se interroga acerca del porqué de estos avances y retrocesos, se hace evidente que para el pensamiento humano, la integración mente-cuerpo despierta formidables resistencias: la idea que lo que ocurre en mi mente o en la mente del otro del vínculo pueden determinar mi enfermedad corporal o muerte son sumamente amenazantes. Estas resistencias no dejan de influir en nuestro modo de conceptualizar psicoanalíticamente, o de privilegiar determinadas teorías.

Quiero detenerme en algunas de estas interrogantes y encrucijadas que me parecen particularmente relevantes para ver que significan para nosotros al posicionarnos hoy frente a lo psicosomático.

Así por ej. la idea de “detención” (una transformación inconclusa, coartada, en una trayectoria que va desde lo corporal hacia lo mental (es decir las vicisitudes de la mentalización de lo pulsional cómo un proceso unidireccional), implicando la idea de fijación y regresión, es uno de los ejes de distintas conceptualizaciones teóricas, (por ej., la Escuela Psicosomática de París), contrapuesta a la idea de “disociación vs. Integración psicosomática”, que enfatiza la participación corporal en la vivencia afectiva o la disociación de la misma.

La idea de disociación psicosomática tiene sus raíces en el Spaltung freudiano (12), pero fundamentalmente se origina en las ideas de Ferenczi (13), retomadas por Winnicott (14,15).

Enfatiza que la vivencia afectiva y vincular normalmente ocurre en psiquis y soma simultánea y sincrónicamente, y trata de comprender el fenómeno psicosomático a partir de los distintos mecanismos disociadores de esta integridad. Frecuentemente los autores que proponen este tipo de teorización otorgan al concepto de trauma un lugar relevante en su edificio conceptual. La complejización de la idea de trauma, ya no como un evento sino como un marcador de la historia vincular, tal como lo hallamos en la obra de Ferenczi o de Piera Aulagnier, son desarrollos en esta línea.

En este sentido, es fundamental la diferencia entre “significado” y “sentido” del síntoma; si se considera que el síntoma “dice” o se considera el sentido que toma en la configuración vincular o transferencial<sup>3</sup>. Esto es coincidente con las nuevas comprensiones acerca de la comunicación: el sentido del mensaje finalmente lo da el receptor. Desde la segunda perspectiva, la labor analítica apunta a la creación de estructuras mentales “simbolizantes”, y a la fantasmaticación secundaria. Evidentemente la concepción de la transferencia y la contratransferencia también serán muy diferentes de acuerdo a estas distintas concepciones.

---

3.- Profesor Consulto de Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Para quien, como yo, llegó a lo psicósomático desde su estudio en niños, en los que la participación somática en lo afectivo y lo vincular es más natural y esperable, es decir que son más psicósomáticos, (en el sentido de McDougall o Winnicott), la idea de que quizás hablamos de una población heterogénea en cuanto a modos de somatizar me parece muy digna de considerarse. Habremos de plantearnos pues, si el tema “especificidad o no” corresponde a diferentes modelos teóricos, o si hay un espectro de manifestaciones somáticas que van de lo inespecífico a lo muy específico, y al circunscribirnos a una sola gama de este espectro condicionamos visiones parcializadas.

A mí me resulta clínicamente útil pensar la problemática en términos de **relación psicósomática**, que el sujeto mantiene consigo mismo, con su realidad interna y externa. Relación que se inicia siendo un cuerpo, en realidad formando parte de un otro cuerpo que es el de la madre, lo que hace que la primera discriminación ocurra en lo biológico, entre este otro cuerpo y el cuerpo propio; los pasos discriminativos siguientes se asentarán en la mentalización de una doble discriminación: entre la madre y sí mismo, y entre el propio cuerpo y la propia mente, discriminación que nunca es absoluta ni completa<sup>4</sup>. Recordemos que Freud, en *Introducción del Narcisismo* (1914) señala que el bebé tiene inicialmente dos objetos: la madre y su propio cuerpo. Winnicott (14,15) a su vez nos recuerda que en el inicio, estos dos objetos no son percibidos por él como siendo diferentes. Pero este cuerpo se inserta en una trama vincular que existe desde antes que él; que tiene expectativas y anticipaciones con respecto a él aún antes de haberlo engendrado. Ver Fig. 1.



Para poner un ejemplo muy sencillo: la fantasía parental pudo haber sido que naciera una niña de ojos celestes, podría ser esa la imagen de belleza de los padres, o la imagen de alguien perdido que con este parto se anhela recuperar; en la sala de partos se encuentran con un varón morocho, de ojos pardos y un poco bizco. Esto va a exigir a los padres recomodar sus expectativas, o le va a imponer al futuro ser, la pesada tarea de desmentir su diferencia con respecto a estas expectativas, alienándose. Por supuesto que esta posibilidad también dependerá de la relación interna de estos padres con sus propias corporeidades, con sus propios deseos y afectos. Es lo que dentro de ciertas líneas de pensamiento psicoanalítico se llama *imaginarizar* (es decir agregar una dimensión imaginaria) a lo real, que sería el cuerpo biológico.

Podemos visualizar estos primeros momentos de la relación psicósomática pensando en una madre que amamanta a su bebé recién nacido: es un contacto sin duda corporal, al mismo tiempo que un vínculo afectivo, en qué se van basar muchas de las cosas que ocurran en la mente y el cuerpo de cada uno de los participantes y de muchos otros que los rodean.

La madre percibe un malestar (afecto) originado en las necesidades del bebé, supongamos que es

4.- Recordemos que Freud, en *Introducción del narcisismo*, señala que el bebé tiene inicialmente dos objetos: la madre y el propio cuerpo, que al decir de DWW, al principio no se diferencian para él.

algo que luego se denominará “hambre” y ofrece un contacto corporal que calma ese malestar. Para eso tuvo que haber habido un registro y una comprensión de esa descarga originada en ese malestar (no me refiero a una comprensión intelectual sino a lo que Bion denomina función de *reverie*) y una carga afectiva suficientemente intensa de ese bebé como para desear que sobreviva y el malestar cese; esto involucra una fantasía de futuro para ambos. El bebé no sólo incorpora el nutriente, que se transformará en sustancia de su propio cuerpo y de su crecimiento; también está interiorizando una manera de relacionarse con el mundo, con su propio cuerpo, un rudimentario sentido de identidad, una cosmovisión y de a poco, ese registro que su vida y su bienestar son importantes y placenteros para alguien. Por el momento el registro de todo esto es fundamentalmente corporal, las funciones de mentalización son ejercidas por la madre.

En la escena que describimos parecen participar solo dos, pero esto es una ilusión; este vínculo está inserto en toda una red de significaciones pre-existentes que lo condicionan; pensemos desde lo más simple, por ej. las normas prevalentes en una sociedad acerca de cómo cuando y cuánto se debe responder al hambre de un bebé; a determinaciones mucho más complejas y conflictivas: todo el sistema de significaciones y valores a los que, nos demos cuenta o no, se ajusta a nuestro modo de vivir cada experiencia, de vivirnos nosotros mismos y reconocer a otro. Así este nuevo ser se inserta en una trama vincular que lo pre-existe: con expectativas, prohibiciones, deseos inconcientes que ya existen a su respecto mucho antes de haber sido engendrado. Cuando uno dice: “el día que yo tenga un hijo, será...” ya está generando un lugar futuro para alguien que todavía no es: esto se llama un espacio identificatorio, en términos de Piera Aulagnier.

Estas ansiedades, expectativas, prohibiciones y deseos sobre el cuerpo del hijo, esta *imaginización* de su cuerpo, van a ser inscriptos en la libidinización de ese cuerpo por parte de los padres y serán in-corporados por el sujeto, que los internaliza como su relación con su propio cuerpo, con sus propios afectos, con su integridad psicosomática, del mismo modo que lo será la aceptación o no de la alteridad de ese cuerpo con respecto al cuerpo en el que se generó. Pero esta internalización nunca es definitiva, cómo nunca lo es la discriminación; sigue apoyándose en las tramas vinculares que forman la intersubjetividad de cada uno de nosotros, tan central en la creación y mantenimiento de las significaciones. En las familias en las que la exteriorización del afecto está interdicta, el cuerpo queda anclado como mediador y clave única o privilegiada del intercambio afectivo. Se constituyen así estructuras vinculares que interfieren con la posibilidad de integración psicosomática (es decir afectivo-corporal) de sus miembros. Incluso esta interferencia puede ser una característica general, o estar vigente para determinados afectos: por ej. en un duelo patológico. Esta interferencia en la posibilidad de integración psicosomática, coloca al sujeto en una situación que se ha denominado vulnerabilidad psicosomática, que puede no manifestarse cómo enfermedad existente sino cómo potencialidad, pero cuya detección es sumamente importante en la prevención (Boschan 1997).

El hecho mismo de la imposibilidad de psicologizar determinados afectos mientras puede hacerse con otros, es sustancialmente incompatible con la idea de una estructura psicosomática basada **exclusivamente** en el pensamiento operatorio tal como lo plantea Marty.

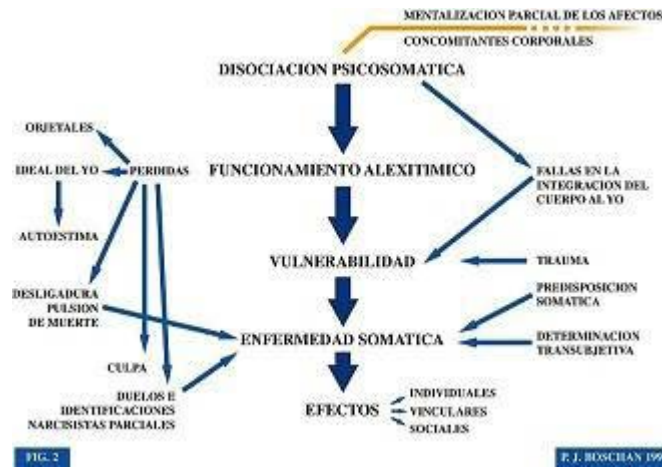
A su vez, las experiencias traumáticas que pueden inducir escisiones o fragmentaciones, tendrán una fuerte incidencia en la integridad mental del sujeto y por ende, el registro mental de sus experiencias emocionales o las fallas en el poder hacerlo. Esto tendrá un efecto fundamental en las modalidades del procesamiento afectivo, tanto a nivel individual cómo vincular. En este sentido, es fundamental la diferencia entre la consideración teórica del afecto desde un punto de vista estrictamente económico, de entender su función vinculante y la significación que deriva de esta.

También creo importante enfatizar un aspecto muy central en la clínica, el papel de las **identificaciones** en la somatización. En este sentido, me parece importante señalar que una modalidad de identificación con los vínculos de los que se participó, es ubicando identificatoriamente un polo de este vínculo no en el Yo, como sucede en la melancolía, sino en alguna parte del cuerpo; esto, que se ve muy claramente en algunos hipocondríacos, puede darse también en ciertas somatizaciones. Es lo que G. Pankow describe como “destrucciones corporales” que corresponden a ciertas zonas de destrucción en la estructura familiar. En estos sujetos, este polo identificatorio ubicado en el cuerpo no deviene self corporal (¿no se asimila, quizás por los mecanismos disociativos?), sino que queda como un “objeto corporal”. Esto es lo que Peter

Kutter (12) describe, con el (a mi juicio poco feliz) nombre de triángulo no edípico, en el que participarían el self, el cuerpo y el objeto.

Pensar lo psicossomático de este modo lleva a procesar los datos de la clínica considerando interacciones complejas, más que de una causalidad lineal; el modelo se asemeja más a una multideterminación en red, (estructura) en la que distintos eventos van ejerciendo efectos recíprocos que se potencian mutuamente. Esto contribuye a que una exposición de este tipo, que requiere una linealidad discursiva, suene muy complicada y difícil de seguir; es el mismo problema que nos plantea la clínica psicoanalítica del paciente psicossomático.

Las enfermedades psicossomáticas no son pasibles de ser “explicadas” de un modo simple; hay muchas variables complejas involucradas en tan complejos procesos. Ver Fig. 2.



Quisiera ilustrar algunos de estos conceptos con una breve viñeta:

L tenía 6 años cuando consulta por enfermedades respiratorias a repetición, anginas y bronquitis que se presentan con gran decaimiento, y trastornos de adaptación escolar. La madre, lo mismo que sus maestras lo ven muy autosuficiente, hipermaduro, alternando con actitudes de extrema dependencia con la madre. Esta refiere el comienzo (o al menos la intensificación) de los síntomas a partir de la muerte del padre, un año antes. Se niega a permanecer en la escuela, llorando que quiere ir a la casa; no tolera que la madre salga de la casa de noche. También presenta inapetencia marcada, con pérdida de peso.

En la escuela lo ven “perdido” por momentos, irritable, su rendimiento es bajo pese a un CI, muy elevado. Sus dibujos son de monstruos prehistóricos o escenas bélicas de gran violencia. Tuvo una participación muy activa en la enfermedad del padre, profesional muy reconocido. Lo acompañaba, lo entretenía, le recordaba tomar su medicación. Cuando le comunicaron que su padre había muerto, se negó a verlo diciendo: “de que sirve, ¡si él no me puede ver a mí!”

Cuando la madre le propuso consultar, se opuso a la idea; su padre estaba muerto y ningún psicoanalista se lo iba a devolver. Pensaba que sus problemas se solucionarían si la madre se volvía a casar.

Hijo único, nacido luego de nueve años de matrimonio, y seis abortos espontáneos. El embarazo cursó entre cuidados y precauciones. La madre tuvo una complicación seria en el parto, (una perforación intestinal) Durante los primeros días de recién nacido, la madre se despertaba en la noche muy angustiada y lo iba a ver, temiendo que “todo” (el haber finalmente podido tener un hijo) resultara haber sido solo un sueño.

El padre vivía muy absorbido en su trayectoria profesional, y podía dedicarle muy poco tiempo, hasta unos pocos meses antes del comienzo de sus síntomas, cuando cambió completamente; hicieron un viaje juntos al interior. A poco de su regreso, comenzaron los primeros síntomas de su enfermedad.

Cuando L. tenía tres años, hubo una amenaza de posible secuestro; fueron con la madre a vivir a lo de la abuela por tres meses. Al volver a su casa, su negativa a concurrir al jardín de infantes comenzó



un tratamiento psicoanalítico que fue abandonado a los diez meses. En el tiempo que transcurrió entre el diagnóstico y el comienzo del tratamiento, tuvo otro episodio somático con gran astenia e inapetencia, del cual no se pudo detectar causa orgánica alguna.

La primera impresión es la de una patología en el procesamiento del duelo, donde los síntomas tanto corporales como relacionales se pueden entender como identificaciones parciales, adaptación a una nueva estructura vincular (por ej. las anginas y las bronquitis en función de justificar somáticamente la dependencia que al mismo tiempo es negada), y modalidades de defensa psíquica: lo que en Psicoanálisis se denominan defensas maníacas. Por otra parte, es importante tomar en cuenta que lugar peculiar ocupaba este chico en su estructura familiar.

Pero una visión ampliada nos abre nuevas interrogantes: ¿A qué se debe esta patología del duelo, quienes y cómo participan en esta patología, porque la manera de manifestarse clínicamente es esta (y no por ej. un cuadro melancólico tradicional como lo plantea Freud en Duelo y Melancolía?)

¿Que repercusiones tiene este modo de manifestarse en la dinámica familiar?

Parece claro que el espacio identificatorio al que llegó este niño (Piera Aulagnier) tenía características muy peculiares, con una gran sobreinvestidura narcisista; el sueño que finalmente se hizo realidad y que en la fantasía de la madre podía desvanecerse “despertar y que todo fue un sueño”; en la solución que L. proponía ( todo iba a estar bien si la madre se volvía a casar), además de una idea mágica de anular todo lo trágico que había ocurrido, el temor del niño de quedar atrapado como pareja de la madre también se hacía presente, seguramente reforzado por sus deseos edípicos.

La fantasía compartida inconscientemente por la madre y el niño de que una unión indisoluble entre ellos estaba al servicio de negar la pérdida; ellos dos fusionados de alguna manera negaría a la completitud que se perdió, Ciertamente no hablaríamos de esta familia como alexitímica, en el sentido que lo plantean Nehmiah y Sifneos<sup>5</sup>; pero es una estructura familiar, donde hay un pacto denegativo (Käes) (16) que impide procesar el duelo y genera el sufrimiento familiar. No es mi intención aquí plantear la discusión clínica de esta situación, que evidentemente es mucho más compleja de lo que el espacio nos permite; sino enfatizar como el enfoque y la comprensión desde una perspectiva vincular abre nuevas posibilidades de conceptualización y abordaje en nuestro compromiso asistencial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Alexander F. French T. Pollock G: Psychosomatic Specificity U.Chicago Press, 1968
2. Aulagnier P.: La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado. Amorrortu, Bs. As. ,1977
3. ----- :Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia. En: Cuerpo, historia, interpretación L. Hornstein (ed.) Paidòs, Bs. As. 1991
4. McDougall J: Un cuerpo para dos. En Lecturas de lo psicosomático, M. Bèkei (ed) Lugar editorial. Bs. As. 1991
5. Meltzer D;(1981): Implicaciones psicosomáticas en el pensamiento de Bion Psicoanálisis 15:315
6. Marty P: L'ordre psychosomatique Paris, Payot 1980.
7. Pankow G. Imagen del cuerpo y medicina psicosomática. En Lecturas de lo psicosomático M. Bekei (ed.) Lugar editorial, Bs. Aires 1991
8. Sami-Ali 1993: El concepto de angustia en psicosomática. Psicoanálisis con niños y adolescentes, 4:71
9. Liberman D. et al: Del cuerpo al símbolo. Ananké, Bs. As. 1993
10. Boschan P.J. (1996): “Convergencias teórico-clínicas actuales en Psicosomática”. II Jornadas Internacionales de Psicosomática y Psicología Médica, Bs. As. Rev. del Instituto Psicosomático de Buenos Aires. 4:4,17 1997

---

5.- El concepto de alexitimia (etimológicamente “sin palabras para el afecto” lo refieren estos autores a personas en las que hay una carencia global en el registro afectivo ( ).

11. ----- (1997): “Prevención de las enfermedades psicosomáticas”. Panel de “La prevención en Psiquiatría” XIX Congreso Latinoamericano y XIII Congreso Argentino de Psiquiatría, Mar del Plata, Argentina. Actas.
12. Freud S: carta 52. AE Vol I
13. Ferenczi S (1929): El niño mal recibido y su instinto de muerte. Psicoanálisis Madrid, Espasa Calpe.
14. Winnicott D.W. 1949: La mente y su relación con el psique-soma. En Escritos de Pediatría y Psicoanálisis, LAIA, Barcelona.
15. Winnicott DW (1966) “Psychosomatic illness in its positive and negative aspects” IJPA 47:510-516.
16. Käes R. (1991): El pacto denegativo en los conjuntos trans-subjetivos En Lo negativo Missenard A y otros, Buenos Aires, Amorrortu.

[http://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2006/xiii\\_3\\_232.pdf](http://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2006/xiii_3_232.pdf)

*Volver a Artículos Clínicos*  
*Volver a Newsletter ALSF 23-ex-49*