

## TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS. Parte II.



Ps., Jaime Yasky P.  
Psa., (Eg.) Margarita Rojo C.

En la Primera Parte de estos Trastornos Psicossomáticos, aludimos a los antecedentes históricos de esta categoría, su origen y desarrollo a través de los tiempos, para desde ello acercarnos a la definición contemporánea de] concepto en base a la evolución del término que el D.S.M. ha realizado en las últimas décadas.

En las siguientes líneas, nos interesa reseñar una caracterización del paciente psicossomático, además de revisar los tres principales ejes conceptuales -la alexitimia, el paciente sobreadaptado y el estrés desde los cuales se han abordado tales manifestaciones clínicas.

### EL PACIENTE PSICOSOMÁTICO

Es importante abordar dentro de esta revisión lo que se denomina “el paciente psicossomático”. Esta denominación intenta abarcar el conocimiento recopilado en la práctica clínica con pacientes que presentan afecciones fisiológicas en los que se han individualizado patrones Caracterológicos o estructuras de personalidad relacionados con tales “somatizaciones” o manifestaciones psicossomáticas.

Al profundizar la comprensión de dichos pacientes, paulatinamente se ha hecho manifiesta la correlación entre determinados patrones de funcionamiento psíquico y las afecciones de orden fisiológico que presentan. En este sentido, Silvia Neborak (1989) afirma que tales pacientes “...no registran alertas orgánicas...” y que “...se descubre que pasaron por somatizaciones graves y que, clínicamente, por su estructura de personalidad, fueron masivamente negadas, que son sobrevivientes de episodios somáticos, que suelen ser diagnosticados posteriormente en algún chequeo de rutina, es decir son sobrevivientes sin saberlo” (p. 25).

Las explicaciones -desde el contexto clínico que dan cuenta del proceso de generación de dichos trastornos varían según el marco teórico de referencia, pero parece existir consenso en torno a tres ejes conceptuales: el concepto de “alexitimia” (Pierloot y Vinck, 1976), como patrón caracterológico predisponente; la caracterización más abarcativa del paciente “sobreadaptado” (Neborak, 1989); y el concepto de “estrés”, que alude a factores internos o externos desencadenantes.

### 1. ALEXITIMIA

Etimológicamente, “alexitimia” significa falta o ausencia de lectura de las emociones. Este concepto fue descrito por primera vez por Marty y de M’Uzan en 1963 y alude a un funcionar caracterizado por pensamiento operatorio, ausencia de mundo fantasioso, dificultad para la expresión apropiada de emociones, falta de capacidad para encontrar las palabras apropiadas para describir sentimientos, y percepciones estereotipadas de las otras (Pierloot y Vinck, 1977). El “pensamiento operatorio” se refiere a un tipo de pensamiento en que el contenido está dominado por los detalles de los eventos del mundo externo, despropósitos de significación personal (Nemiah, 1977).

Este patrón de funcionamiento psicológico se relaciona con una alteración de la normal concordancia entre procesos de tres niveles distinguibles: pensamiento/representación, percepción/expresión emocional y respuesta fisiológica. Tal alteración consistiría en una desconexión o anulación de la percepción v expresión de las emociones, y de la consiguiente representación simbólica. La percepción de la respuesta emocional está suprimida, no existe una representación simbólica que dé cuenta de las implicancias emocionales de determinados eventos, la respuesta fisiológica correlativa a la respuesta emocional persiste pero despojada de su componente emocional, por lo que la percepción de las señales de alerta o dolor ante hechos fisiopatológicos se encuentra disminuida o anulada.

Como consecuencia queda el hecho fisiológico -desprovisto de sus componentes emotivo y simbólico- como única señal sorda de la “afección” del organismo ante, determinadas circunstancias.

Gadini (1977), refiriéndose a este síndrome, relaciona la ausencia de simbolización característica de la alexitimia con la incapacidad para utilizar al mundo externo como receptáculo del propio mundo interno, y, a la vez, la incapacidad de relacionarse creativamente con el mundo externo, transformándolo a través de las propias atribuciones.

## 2. EL PACIENTE SOBREADAPTADO

El paciente “sobreadaptado” es una caracterización de una constelación de rasgos de personalidad que se ha distinguido en pacientes que presentan patología psicósomática. Neborak (1989) y Liberman (citado por ésta) describen a estas personas en las que “... por circunstancias atinentes a su desarrollo ... las exigencias prematuras más una huida precoz hacia el mundo por medio de una forma especial de disociación cuerpo-mente, impiden un desarrollo gradual de los mecanismos de defensa”. (p. 24).

Neborak, plantea que estamos ante personas que en un desarrollo marcado por la precocidad, se han saltado etapas, en una huida hacia la adultez (obviamente pseudoadultez). En este salto habrían quedado “huecos de simbolización” que representan el costo de tal “desarrollo apurado”. Esta concepción explica el grado de adaptación aparente de tales pacientes, que, desde el punto de vista formal, parecen adecuarse muy bien a la realidad exterior (Liberman, con un dejo de ironía, afirma que “padecen de cordura”). La adaptación precoz pero sólo formal a las exigencias de la realidad ubica a estas personas, ante los ojos de los demás, como paradigmas de capacidad y eficiencia. Son personas, que se han sobredesarrollado en aspectos relativos a la adaptación a la realidad externa a costa de su propia realidad interna: sobresalen y son talentosos al operar con las reglas de la materialidad de los objetos, pero fracasan al ser confrontados con situaciones en que la adaptación implique percibir y responder a las reglas de relación con objetos humanos, con sus matices, cualidades y necesidades emocionales.

Esta sobreadaptación también se manifiesta en un Funcionamiento corporal (ciclos sueño-vigilia, apetito-saciedad, activación-reposo, menstrual, etc.) en el que sobresale una regularidad que inclusive puede llegar a la rigidez (personas que no se enferman, no se cansan, tienen ciclos menstruales de duración exacta, etc.). Tal regularidad sustentaría la sobresaliente capacidad y eficiencia laboral.

Se ha planteado que esta sobreadaptación externa a costa de la realidad interna se basa en un desarrollo predominante de los órganos perceptivos distases, principalmente visual y auditivo, por sobre los propiocepción males, particularmente las es cenestésicas.

Neborak sostiene que detrás de este funcionamiento formalmente adecuado se encuentra el verdadero self del paciente, con simbolizaciones incompletas, que no lo capacitan para una plástica relación ni con la realidad psíquica ni con la externa. Esta autora afirma que al perderse la fachada sobreadaptada, aparece una persona desorganizada y en pánico carente de la capacidad de reconocer y nominar sus emociones.

## 3. ESTRÉS

Tanto Alexander como W.B. Cannon (en Freedman, Kaplan y Sadock, 1982), señalan que la alerta y la atención prolongada pueden producir trastornos fisiológicos y patología de órganos viscerales:

“Parece que hay cuatro tipos de reacción al estrés: la normal, en la que la alerta es seguida de una acción defensiva; la neurótico, en la que la alerta y la angustia son tan grandes que la defensa se transforma en -ineficaz la psicótica, en la que la alarma puede ser mal percibido e incluso ignorada, y la psicofisiológica, en la que fracasa la defensa psíquica y la alerta sobrecarga los sistemas somáticos, provocando cambios hísticos.” (p. 1795).

Pacheco y Castro (1989) -desde la perspectiva de la hipnosis naturalística- revisaron interesantes investigaciones que relacionan a los ritmos ultradianos con la patología psicósomática:

Los Ritmos Ultradianos fueron esbozados por Kleitman en los años 50 a través de su hipótesis de los Ciclos de Actividad-Descanso que dan cuenta de cambios en los niveles de actividad psicofisiológica. Estos ciclos consisten en oscilaciones periódicas -con una periodicidad de entre 90 y 120 minutos a lo largo del día- de procesos psicofisiológicos en los que estarían implicados el Sistema Parasimpático y el Hemisferio Cerebral Derecho.

Se adscribe a los ritmos ultradianos una función reguladora del organismo, modulando el funcionamiento de los Sistemas Endocrino y Autonómico. Se postula que cuando un sujeto es sobreexigido en tareas de rendimiento prolongado -estrés- se desincronizan o interrumpen sus ritmos ultradianos, lo que conformaría una precondition para el desarrollo de un cuadro psicósomático. Es así como sujetos que rechazan o no respetan sus ritmos ultradianos, por ignorancia de sus propias necesidades de descanso, determinan de esta manera el desarrollo de los procesos fisiológicos subyacentes a la patología psicósomática.

Estos tres ejes conceptuales: la alexitimia, el paciente sobreadaptado y el estrés, sirven en la actualidad para crear

el marco comprensivo desde el cual se organizan un conjunto de categorías clínicas psicopatológicas, sintomáticas o sincrónicas, que constituyen los diagnósticos que usualmente utilizamos en el ámbito de lo terapéutico: asma bronquial, alopecia areata, diabetes, psoriasis, por citar algunos. Estas categorías serán el tema de nuestra tercera y última parte de los Trastornos Psicosomáticos.

(Continúa en la siguiente edición)

*Volver a Artículos Clínicos*

*Volver a Newsletter 16*

**PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE**

**<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>**

**Contacto: [alsfchile@alsf-chile.org](mailto:alsfchile@alsf-chile.org).**