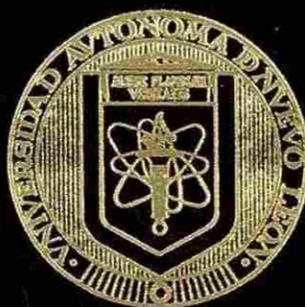


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE PSICOLOGIA

SUBDIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



**ABORDAJE PSICOANALITICO DE LAS ENFERMEDADES
PSICOSOMATICAS: LA CORIORETINOPATIA SEROSA
CENTRAL, NATURALEZA DEL CONFLICTO Y
CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD**

T E S I S

**QUE PARA OPTAR AL GRADO DE LA
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA**

PRESENTA:

MARTHA PATRICIA ZAVALA CERDA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JAVIER ALVAREZ BERMUDEZ

AGOSTO DEL 2000

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1	
LO PSICOSOMÁTICO, HISTORIA, DESARROLLO Y ENFOQUE PSICOANALÍTICO	6
1.1 EL CONCEPTO DE ENFERMEDAD Y LA RELACION MENTE-CUERPO. HISTORIA Y DESARROLLO	6
1.1.2 CONCEPTOS PRIMITIVOS DE LA ENFERMEDAD	6
1.1.3 MEDICINA DE LA ANTIGÜEDAD GRECO-ROMANA	7
1.1.4 EL RENACIMIENTO	9
1.1.5 SIGLO XVIII	11
2. EL CONCEPTO DE PSICOSOMÁTICO	14
2.1 SIGLO XIX	16
2.2 ENFERMEDADES FUNCIONALES Y ESTRUCTURALES	16
3. SIGLO XX. LO PSICOSOMÁTICO Y EL SURGIMIENTO DEL PSICOANÁLISIS	18
3.1 CONCEPTOS PRINCIPALES: PSICOGÉNESIS Y EMOCIÓN	20
4. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PSICOGENÉTICAS	21
4.1 CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS	22
5. PSICOANÁLISIS Y PSICOSOMÁTICA	24
5.1 EL CAMPO PSICOSOMATICO, PSICOANALISTAS PIONEROS	40
5.2 POST-FREUDIANOS, ESCUELA AMERICANA	44
5.3 POST-FREUDIANOS, ESCUELA INGLESA	49
5.4 POST-FREUDIANOS, ESCUELA DE PARÍS	50
6. SITUACION ACTUAL DE LA PSICOSOMÁTICA	59
7. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA PSICOSOMÁTICA PSICOANALÍTICA	62
CAPÍTULO 2	
EL OJO, LA VISIÓN Y SU SIGNIFICACIÓN PSICOANALÍTICA	64
2.1 ANTECEDENTES	64
2.1.1. EL PROBLEMA DE LA VISIÓN	65
2.1.2.LA VISIÓN Y LA HISTERIA	66
2.1.3. LA HIPNOSIS Y LA VISIÓN	68
2.1.4. LA VISIÓN EN LOS ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA	69
2.1.5. EL EDIPO Y LA VISIÓN	72
2.1.6. EDIPO Y CASTRACIÓN, ESBOZO	74
2.1.7. OJOS VALIOSOS EN RIESGO POR EL EDIPO	76
2.1.8. VISIÓN Y CASTIGO	77

2.1.9. OJOS SENSIBLES	78
2.1.10. EL OJO Y LA SEXUALIDAD	80
2.1.11. EL OJO Y LO FÁLICO INFANTIL	80
3. DOBLE FUNCIÓN DE LA VISIÓN	82
3.1. EL SIMBOLISMO DEL OJO Y LA VISIÓN	83
3.2 EL OJO Y LA PULSIÓN	84
3.3 EL DESCUBRIMIENTO	86
3.4 LOS OJOS. DE 1912 A 1919	88
4. CONCEPTO DE LA VISIÓN EN LOS CONTEMPORÁNEOS DE FREUD	93
4.1 POSTFREUDIANOS	95
5. SIGNIFICACION PSICOANALÍTICA DEL OJO Y LA VISIÓN	98

CAPITULO 3

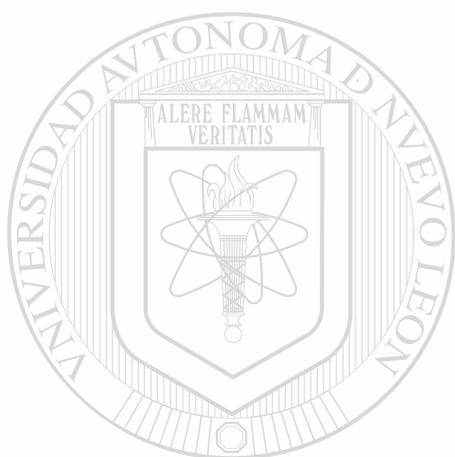
HISTORIA DEL OJO, SU FUNCIONAMIENTO, SUS ALTERACIONES Y LA CORIORETINOPATÍA SEROSA CENTRAL	102
3.1 ANTECEDENTES	102
3.2 EL OJO, ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA	105
3.3 ALTERACIONES VISUALES CONSIDERADAS PSICOSOMÁTICAS	106
3.4 LA CORIORETINOPATÍA SEROSA CENTRAL IDIOPÁTICA: ASPECTOS GENERALES	107
3.4.1 RETINA	107
3.4.2 COROIDES	109
3.5 LA CORIORETINOPATÍA SEROSA CENTRAL ASPECTOS PRINCIPALES	110
3.5.1 HISTORIA DE LA ENFERMEDAD	110
3.5.2 DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD	111
3.5.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS	111
3.5.4 INCIDENCIA	112
3.5.5 EXAMEN OCULAR	112
3.5.6 FLUORESCENOANGIOGRAFÍA	112
3.5.7 ETIOLOGÍA	114
3.5.8 TRATAMIENTO	115
3.6 CONSIDERACIONES GENERALES	116

CAPÍTULO 4

MÉTODO Y PROCEDIMIENTO	119
4.1 SUJETOS	119
4.2 DISEÑO DE INSTRUMENTO	120
4.3 HIPÓTESIS	122
4.4 INSTRUMENTO	123
4.5 ANÁLISIS Y RESULTADOS	126
4.5.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	126
4.5.2 DIMENSIÓN DE PERSONALIDAD Y AFECTO	126
4.5.3 DIMENSIÓN DE SALUD	141

4.5.4 DIMENSIÓN LABORAL	151
5. CONCLUSIONES	160
6. RECOMENDACIONES	164

151
160
164



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

INTRODUCCIÓN

La disciplina médica cuenta con una larga historia, el hilo que la atraviesa lo constituye la comprensión de la enfermedad, más que el cuerpo en plenitud de su funcionamiento se construye pensando en el cuerpo sufriente, las preguntas a las que esta disciplina ha intentado dar respuesta son con relación a: ¿ Qué es lo que provoca la enfermedad, cuál es su causa? ¿ Dónde se ubica, en qué lugar del cuerpo? Y ¿ cómo se cura, en qué forma puede devolverse al organismo su función natural?

Sobre las causas, han sido consideradas desde mágicas hasta científicas, la ubicación de la enfermedad ha sido facilitada por los instrumentos y descubrimientos de este siglo, la curación ofrece grandes posibilidades, enfermedades otrora incurables han ido desapareciendo, como la tuberculosis; las grandes enfermedades “nuevas” como cáncer, sida, alzheimer están en vías de ser descubiertos sus procesos y por tanto la curación.

Esta es una historia de descubrimientos y triunfos, un libro que merece escribirse con letras de oro, sin embargo en este libro existe un capítulo intermedio, anexo u omitido, el concerniente a las enfermedades psicosomáticas.

Han sido consideradas las “hijastras de la medicina”, nadie quiere hacerse responsable de su paternidad, se ubican en el campo de los fracasos o de los misterios, en ellas no puede operarse con los instrumentos o pensamientos tradicionales sobre la enfermedad y el organismo.

También han sido llamadas enfermedades funcionales en virtud de que no ha podido explicarse su origen, ubicación y curación.

Brevemente anotaremos que estas enfermedades han estado desde los orígenes de la medicina y que han sido explicadas en términos mágicos, han sido separadas aludiendo a un dualismo mente-cuerpo en el que operaba un corte que anulaba el efecto de uno sobre el otro y que en este siglo inicia la sistematización de las especialidades médicas lo que contribuye a la fragmentación del cuerpo ya dividido.

A la par del surgimiento de las especialidades médicas se va gestando una idea totalizadora e incluyente del ser humano, en la que se va dando importancia a lo “otro del otro”, es decir, cada vez cobra mayor importancia quién es, qué hace y cómo se siente el sujeto enfermo y ya no el organismo enfermo, por qué enferma, cuándo enferma, por qué él enferma, cómo vive, etcétera.

Esta concepción del ser humano ha sido favorecida por los descubrimientos del psicoanálisis, el cual surge precisamente para tratar de entender las enfermedades funcionales, en torno a esta investigación se realizaron importantes aportaciones al conocimiento del ser humano, citaremos sólo algunas: la importancia del afecto expresado, con una concepción dinámica del individuo, el afecto contenido podría tener como consecuencia tanto la conversión, es decir, un dolor o padecimiento trasladado al esquema corporal así como el daño físico real consecuencia del afecto retenido; los sentimientos de culpa y castigo asociados al descuido de la enfermedad y la propensión a los accidentes; la doble función de cada parte del cuerpo, una asociada al placer y otra a la conservación, en virtud de las cuales cada parte del cuerpo puede verse afectada por los deseos y el conflicto inconsciente.

La relación entre estas dos disciplinas data de principios de siglo, ya que el psicoanálisis buscaba comprender las enfermedades que no eran escuchadas o atendidas por los médicos, y Freud, siendo médico intentaba descifrar el enigma de las histéricas que eran consideradas sólo como simuladoras.

En los primeros tiempos, se pretendía entender el cuerpo y el discurso de las histéricas, lo que llevó a la sorprendente revelación de que la histeria era capaz de reproducir o imitar cualquier enfermedad, lo cual, de alguna manera, anulaba el corte entre la mente y el cuerpo cuando era evidente tal interrelación.

Posteriormente la comprensión de la doble función del cuerpo llevó a la revisión de las inhibiciones de la función y de la enfermedad.

El campo de la enfermedad psicosomática no fue abordado como problema específico en la obra de Freud, a pesar de que en su texto “La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis” de 1910 al trabajar sobre la doble función en relación con una función específica, podría haber sido el inicio para abarcar todo tipo de alteraciones.

Fueron otros investigadores quienes, desde el campo del psicoanálisis, intentaron explicar las enfermedades psicosomáticas, uno de los más destacados en el campo fue Franz Alexander quien propuso las siguientes categorías de enfermedades psicosomáticas:

hipertiroidismo, neurodermatitis, úlcera péptica, artritis reumatoide, hipertensión esencial, asma bronquial y colitis ulcerosa.

También fue afín al psicoanálisis Helen Flanders Dunbar quien realizó trabajos sobre las siguientes alteraciones: fracturas, oclusión coronaria, enfermedad cardiovascular hipertensa, síndrome de angina, enfermedad reumática del corazón, arritmias cardíacas, fiebre reumática y artritis reumatoide y diabetes (Kimball, 1970).

Las investigaciones de ellos y otros psicoanalistas han buscado entender tanto el conflicto, el perfil de personalidad y el aparato psíquico subyacente.

Todo lo anterior ha ayudado a esclarecer, dentro de su complejidad, qué es la enfermedad psicosomática y quién y cómo es el paciente psicosomático, dentro de un trabajo que no se agota.

Existe un tema que nos parece especialmente importante, en la clasificación y estatuto de la enfermedad psicosomática encontramos escasas menciones sobre la visión, esto en la literatura sobre las enfermedades psicosomáticas, en las obras sobre psicoanálisis existe un particular significado de la visión, desde la mención de la tragedia de Edipo hasta la conceptualización teórica del Complejo de Edipo, el significado de la visión y su relación con la castración y la ceguera son evidentes para los teóricos del psicoanálisis, sin embargo los trabajos sobre la visión son particularmente escasos cuando pensamos que debiera ser la función más importante por su significado psicoanalítico, además, en la literatura médica, encontramos en el texto de San Martín (1992) la consideración de que la pérdida de la visión es “una de las mayores desgracias que le pueden suceder a un individuo” (pag. 533)

Nuestro trabajo está encaminado a retomar la importancia de la visión para el psicoanálisis, así como ubicarla como la función prototípica de la interacción mente-cuerpo, placer-conservación y además de ello, en la historia de las enfermedades surge una enfermedad “nueva” “vista” desde 1866 pero revisada en 1966, la corioretinopatía serosa central, enfermedad que se ha resistido a la explicación médica, porque no ha podido establecerse el sitio y mecanismo exactos del desprendimiento, porque está asociada con una personalidad con altos niveles de estrés y porque el padecimiento, es autolimitado, es decir “se quita solo” parafraseando a Freud, parece como las enfermedades nerviosas de principios de siglo, en las que nadie sabía por qué se originaban ni qué las aliviaba, llegaban y se iban solas.

Es una de las enfermedades de la visión que más fácilmente puede ser descrita como psicósomática por lo siguiente; previamente no existe otra enfermedad visual, no hay traumatismo ni antecedentes familiares, quienes la padecen son personas con mucho trabajo, competitivas, eficientes, con actividades laborales en las que deben respetar ciertos plazos y en cuanto a la curación, aunque no hay evidencia de dolor ni el “daño” es visible a los ojos de otros, el paciente tiene como primera indicación el reposo y como instrucción laboral la incapacidad por tiempo indefinido. Además, el paciente se siente sumamente incómodo con esta prescripción, ya que preferiría estar trabajando, como ya mencionamos el padecimiento desaparece solo en la mayoría de los casos y no deja secuelas.

Esto nos llevó a preguntarnos, desde una perspectiva psicológica, cómo son los pacientes aquejados de esta enfermedad, ya que la descripción existente de dichos pacientes es resultado de la observación médica, por lo cual pensamos en realizar un estudio inicial en este sentido para contribuir a la comprensión de la enfermedad, promover intervenciones en beneficio del paciente y contribuir a acercar las disciplinas.

Así como podríamos preguntarnos sobre la relación posible entre psicoanálisis y medicina, psicoanálisis y psicósomática, también pensamos en la relación entre psicoanálisis y oftalmología, resulta interesante comprobar que es una especialidad médica que escasamente refiere pacientes a interconsulta psicológica en hospitales o deriva a tratamiento psicológico o psicoanalítico externo.

Los mismos residentes que apoyaron el trabajo se preguntaban sobre la relación existente entre las dos disciplinas así como sus propios motivos para trabajar en el campo de la oftalmología. Varios de ellos mencionaron que dicha especialidad era menos agobiante que otras, mencionaron pediatría y ginecología como especialidades en las que hay que estar disponible de tiempo completo, en cambio “aquí pueden estar tranquilos” mientras que el Dr. Rogelio de la Garza considera que el paciente está más angustiado que en otro tipo de consulta, porque es una preocupación en casi todos la posibilidad de perder la vista.

Esperamos que nuestro trabajo permita tender un puente entre ambas disciplinas y abordar un campo que pareció apartarse de lo que precisamente fueron los orígenes del psicoanálisis: comprender qué pasaba entre el afecto y el cuerpo.

En nuestro proyecto tratamos de mostrar en forma abreviada el desarrollo de la medicina y de los aspectos psicosomáticos, así como su relación con el surgimiento y desarrollo del psicoanálisis, también revisamos el significado de la visión para el psicoanálisis y su presencia en la literatura de enfermedades psicosomáticas, presentamos algunos aspectos sobre el ojo y la función de la visión, las características de la enfermedad visual mencionada y finalmente los resultados.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ABORDAJE PSICOANALITICO DE LAS ENFERMEDADES

PSICOSOMATICAS: LA CORIORRETINOPATIA SIERROSA

CENTRAL, NATURALLEZA DEL CONFLICTO Y

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

IS

FJ

NZ

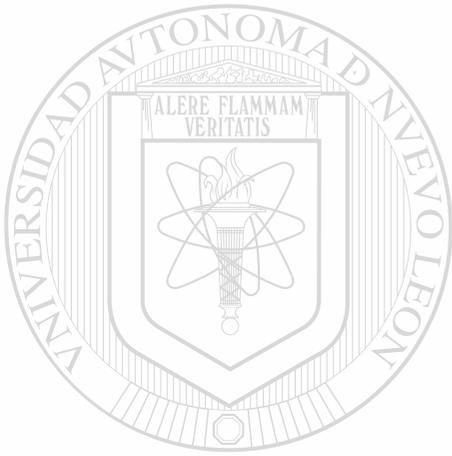
CQ

TM
27201
FPS
2000
23

2000



1020131078



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**ABORDAJE PSICOANALÍTICO DE LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS:
LA CORIORETINOPATÍA SEROSA CENTRAL, NATURALEZA DEL
CONFLICTO Y CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD**

TESIS

**QUE PARA OPTAR AL GRADO DE LA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

PRESENTA:

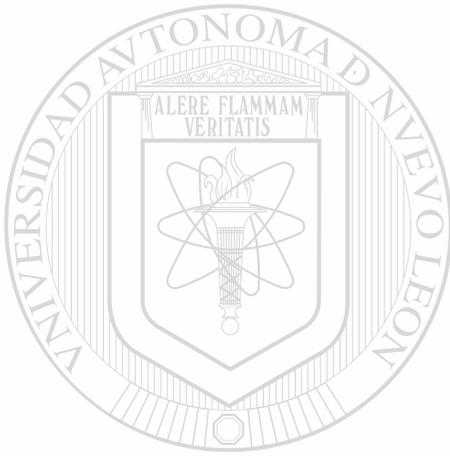
MARTHA PATRICIA ZAVALA CERDA

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. JAVIER ÁLVAREZ BERMUDEZ**

AGOSTO DEL 2000

TH
Z7201
FPs
2000
Z3

0138-03360



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



FONDO
TESIS

Agradecimientos

Al Dr. Javier Álvarez por la disciplina, el conocimiento, la paciencia y el entusiasmo.

Al Dr. Pablo Villarreal Guerra por facilitarme el conocimiento de la enfermedad visual revisada y por su extraordinaria disposición.

Al Dr. Arturo Enríquez por permitirme el acceso a los pacientes de la clínica y por su apoyo constante.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

A mis alumnos de psicología de la U.A.N.L. y de la U.R., en especial a la Generación 96-99 por su comprensión y estímulo. ®

CAPITULO 1

LO PSICOSOMÁTICO, HISTORIA, DESARROLLO Y ENFOQUE PSICOANALÍTICO

Al trabajar con el concepto de psicosomático, si bien conocemos que este a la fecha es impreciso, en aras de una explicación intentaremos abordarlo en su sentido más amplio, inicialmente, como un intento de relacionar lo psíquico con lo corporal, por lo cual revisaremos esta vinculación desde los primeros trabajos hasta el surgimiento de una corriente de psicosomática, dentro de la cual enfatizaremos los aportes que a este movimiento ha brindado la teoría psicoanalítica

1.1 El concepto de enfermedad y la relación mente-cuerpo. Historia y desarrollo

Siguiendo la línea trazada por el Doctor Pérez Tamayo en su texto titulado: El concepto de enfermedad (1988) y la Historia de la Psiquiatría de Postel y Quérel (1987) trazaremos como fue la evolución de la noción de enfermedad y su relación con lo que ahora llamamos psicosomático.

1.1.2 CONCEPTOS PRIMITIVOS DE LA ENFERMEDAD

Las teorías primitivas que intentaban dar una explicación sobre lo que sucedía con el cuerpo, cuando perdía su funcionamiento normal, proponían esta categorización de las causas:

1. - Magia o hechicería.
2. - Religiosa o violación de un tabú.
3. - Introducción de un objeto.
4. - Introducción de un espíritu.
5. - Pérdida del alma.

accidentes. El también ha visto presentarse la enfermedad en mujeres embarazadas. No hay evidencia de que la enfermedad sea o infecciosa en su origen o que indique una distrofia del epitelio pigmentado.

Yanuzzi, Schatz y Gitter(1982) coinciden en que la historia clínica medica, familiar y la ocular complementaria son negativas, y refieren que la mayoría de los oftalmólogos piensan que el paciente esta “supercargado, con altos niveles de tensión, hostilidad reprimida, ansiedad, y a menudo está ligado a una ocupación de gran responsabilidad. En la experiencia de ellos casi el 100% de los pacientes presentan estas características, pero consideran que las excepciones que ellos han encontrado permiten pensar que pueden existir otros factores que no han sido revisados

También señalan que otros autores encuentran trastornos en los pacientes del orden de lo psicossomático pero que no fue comprobado en el estudio de ellos.

3.5.8 TRATAMIENTO

No existe un patrón definitivo de manejo, el consenso que existe en los oftalmólogos consultados en el estudio es el siguiente:

1. - Diureticos osmóticos
diamox - acetazolamida, 250 miligramos 2 o 3 veces al día
2. - Alivio del estrés
 - a) incapacidad o sugerencia de periodo de reposo
 - b) Farmacológico
 - c) apoyo psicológico, por parte del médico tratante o la recomendación que asista con un especialista.
3. - Tratamiento con esteroides
4. - Antiinflamatorios (no esteroides)
5. - Aspirina
6. - Tratamiento con rayo láser

7. - Placebo

8. - Sin tratamiento

Seguimiento sistemático para suspender el tratamiento o sugerir la aplicación del láser si no hay mejoría, como el padecimiento es autolimitado en la mayor parte de los casos se suspende el tratamiento.

Algunas consideraciones para decidir el uso de la fotocoagulación son las siguientes, utilizadas en el Instituto Bascom Player. (Gass, 1987)

1. - Espere 4 meses para la resolución espontánea de la enfermedad si el paciente no presenta historia previa de desprendimientos.

2. - Espere 6 meses o más para la fotocoagulación si el agujero en el epitelio pigmentado es menos de $\frac{1}{4}$ de diámetro discal de la fovea.

3. - Permita un mes para la resolución espontánea en pacientes con historia de varios desprendimientos en el mismo ojo si después de cada episodio el paciente ha recuperado la función macular normal.

4. - Cuando el agujero es cuando menos de $\frac{1}{4}$ de diámetro discal del centro de la fovea, la fotocoagulación inmediata es justificada: (a) si el desprendimiento se ha presentado por 4 meses o más (b) si en el paciente existe evidencia de pérdida permanente de visión aguda o paracentral del campo visual en algún ojo posterior a episodios de desprendimiento o (c) si por razones de trabajo el paciente no puede trabajar por la disfunción visual causada por el desprendimiento.

3.6 CONSIDERACIONES GENERALES

En cuanto a la aparición de síntomas existe un acuerdo importante de que estos son una súbita alteración de la visión, visión borrosa, unilateral y metamorfopsias, alteración de la percepción del color y disminución de la agudeza visual.

Un dato sumamente importante es que es una enfermedad que no va asociada a la sensación de dolor. Tampoco existen datos de algún traumatismo.

Los pacientes con este tipo de enfermedad son relativamente jóvenes, entre los 30 y 40 años, es más frecuente que se presente en hombres y existe un acuerdo en que las personalidades conocidas como tipo A son particularmente dispuestas a este tipo de enfermedad.

El concepto de personalidad tipo A fue propuesto por los investigadores Rosenman y Friedman en 1959, para referirse a un tipo de personalidad asociado a los ataques al corazón.

Los individuos con personalidad tipo A, presentaban un sentimiento de impaciencia, crónicamente apresurados por gran cantidad de compromisos, con gran tendencia a competir y ganar en todas sus actividades. (Kimball, 1970)

A partir de 1981 el patrón A de conducta es considerado un factor de riesgo independiente comparable, en cuanto a valor predictivo, a los cuatro factores de riesgo tradicionales juntos: hipertensión, hipercolesterolemia, tabaquismo y obesidad.

Las características de los sujetos A son:

1. - Necesidad de conseguir objetivos.
2. - Necesidad de competir.
3. - Necesidad de reconocimiento social.
4. - Propensión a acelerar la realización de cualquier tarea.
5. - Un extraordinario estado de alerta mental y física.
6. - Aparente implicación en múltiples actividades a plazo fijo. (Valdés y Sender 1994)

Aunque la verdadera etiología de la enfermedad permanece desconocida, el estrés emocional y la ansiedad aparecen como elementos comunes

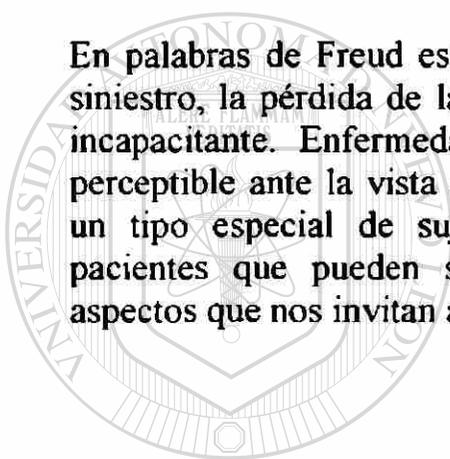
Los médicos tratantes recomiendan cautela, el Dr. Thomas A. Ciulla (1999) considera que aunque algunos doctores les dicen a los pacientes de la relación entre su enfermedad y su estilo de vida y les aconsejan modificarlo, él prefiere sólo mencionar que algunos doctores creen que el estrés y la personalidad tipo A pueden tener que ver con la enfermedad, pero que, en su opinión, esto no se aplica a todos los pacientes.

Tal estrategia es resultado de comprobar que los pacientes que son aconsejados de que cambien su estilo de vida, se molestan y abandonan el tratamiento médico.

La enfermedad sigue siendo un misterio para la disciplina médica, no es fácil establecer su origen orgánico y aunque la enfermedad en la mayoría de los casos es autolimitada, el periodo puede extenderse de semanas a meses afectando el funcionamiento laboral, social y personal del paciente.

Para el psicoanálisis resulta también un misterio, por una parte enfrenta al paciente a lo más temido, a una enfermedad de la visión, además de ello no existe acuerdo en cuanto a su tratamiento y carece de apoyo para poder entender lo que le sucede, parece como si la amenaza se hubiera hecho realidad, existe sufrimiento, sin embargo, no está acompañado por dolor físico.

En palabras de Freud esto nos remite al temor más importante, al suceso siniestro, la pérdida de la visión, ya que esta enfermedad es terriblemente incapacitante. Enfermedad sin dolor, sufrimiento sin testigos, daño no perceptible ante la vista del otro y un descanso considerado excesivo para un tipo especial de sujeto, con características comunes en todos los pacientes que pueden ser explicadas en términos psicoanalíticos, son aspectos que nos invitan a investigar sobre sus posibles determinantes.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En esta clasificación existen tanto causas externas como internas, aunque como interno sólo pudiera considerarse el castigo como consecuencia de la mala conducta, predomina la concepción de la enfermedad como algo que proviene del exterior y que su origen es sobrenatural.

Posteriormente, la enfermedad gradualmente deja de ser un fenómeno sobrenatural para empezar a ser considerado como un fenómeno natural, del cual pueden establecerse sus causas.

1.1.3 MEDICINA DE LA ANTIGÜEDAD GRECO-ROMANA

Hipócrates (460-370 a. C.)

Considerado el padre de la medicina localizó en el cerebro al órgano del pensamiento, Hipócrates mencionaba que los procesos psicológicos eran efectos de procesos corporales.

Al escribir sobre la epilepsia, que era considerada una enfermedad sagrada, niega la clasificación de las enfermedades en humanas y divinas, ya que la enfermedad es debida a cosas que entran y salen del cuerpo (frío, calor y la inquietud de los vientos) y postulaba que esos aspectos eran divinos, pero al estar en el cuerpo eran humanos, así que todas las enfermedades son divinas y humanas al mismo tiempo, tienen una causa.

También establecía una teoría humoral de la enfermedad, que proponía lo siguiente:

1. - El cuerpo contiene 4 líquidos o humores diferentes: bilis negra, amarilla, flema y sangre.
2. - La salud es el equilibrio de los humores, la enfermedad el predominio de uno de ellos sobre los demás.

Y en consecuencia con esta teoría, los tratamientos eran de tres tipos:

1. - Sangría, para eliminar el exceso de líquido.
2. - Purga, para completar la eliminación.
3. - Dieta, para evitar que se volvieran a formar los humores.

La enfermedad como un proceso interno, sin embargo en el texto “Sobre la medicina antigua” del *Corpus Hypocraticum*, se establece una relación entre el “humor” predominante y el carácter:

Bilis negra -- melancólico
Bilis Amarilla – colérico
Flema (en el cerebro) -- flemático
Sangre -- ardoroso (sanguíneo)

Estos temperamentos predisponían a diferentes enfermedades. La mezcla buena de los humores se llamaba eucrasia, la mala discrasia. Así, la armonía o el equilibrio era la condición para la salud y la curación era producto de la naturaleza. La función del médico era contribuir a la función de la naturaleza.

El desequilibrio era producto de causas internas (exceso de humores, de preocupaciones o de fatiga) y externas (cambio brusco de clima, miasmas en el aire o un traumatismo accidental). Su terapéutica sugería para el enfermo una vida tranquila, sobria y sin excesos.

El interés de obtener información por todos los aspectos de la vida del enfermo, la preocupación por no dañar y la importancia de la relación con el médico constituyen aspectos de la obra de Hipócrates que permiten ubicarlo como antecedente importante de lo que será la visión psicósomática de la enfermedad.

Al parecer, en Hipócrates, las enfermedades no eran de dos tipos, sino que podríamos considerar que eran interrelacionadas, lo psicológico y lo corporal como unidad y no como división.

Galeno (138-201 d.c.)

Proponía que la enfermedad no podía existir fuera del cuerpo humano, rechazaba las sensaciones o padecimientos del paciente como elemento importante, ya que para él la enfermedad tenía una existencia real y objetiva. Postulaba causas de la enfermedad que no eran la enfermedad misma.

Aquí podríamos hablar de que sólo existían las enfermedades que llamaríamos orgánicas y no de otro tipo.

1.1.4 EL RENACIMIENTO

En el renacimiento se realizaron algunos descubrimientos importantes que ayudaron al conocimiento de la anatomía y la fisiología del cuerpo. Andreas Vesalio (1514-1564) y Leonardo da Vinci (1452-15199) en lo anatómico, William Harvey (1578-1657) con el fenómeno fisiológico de la circulación sanguínea.

Girolamo Fracastoro (1483 - 1552)

Su visión apuntaba a una concepción de la enfermedad como provocada por la acción de agentes invisibles o reducidos en su tamaño, él consideraba tres categorías de enfermedades infecciosas:

Infección por contacto.

Infección por contacto humano y con objetos contaminados.

Otra clase de infección que puede transmitirse a distancia como las fiebres pestilenciales, ciertas oftalmías, el exantema llamado viruela y otras. *

En la infección a distancia, en un primer momento, la compara con la acción de las miradas venenosas de catoblepas, un animal mitológico que tiene ojos que son mortales para el ser humano, pero posteriormente el efecto contaminante lo atribuye a la exhalación.

Paracelso (1493-1541)

Considerado el iniciador de la teoría iatroquímica, es decir, explicar los fenómenos biomédicos desde el punto de vista químico.

Propuso cinco causas de enfermedad:

Influencia de estrellas.

Relación entre el hombre y su ambiente(intoxicaciones).

Ciclo natural del cuerpo(si alguien nace bajo una buena influencia de las estrellas y enferma, se debe a su complexión que es debida a la herencia).

Lo espiritual.

Dios.

Paracelso postulaba que todos los objetos de la naturaleza eran entes espirituales, que a pesar de serlo podrían enfermar.

* el subrayado es nuestro

En la enfermedad participaban tanto fuerzas espirituales y fuerzas corporales. Consideraba que la enfermedad tenía padres (semillas de la enfermedad presentes en el cuerpo) y madres (los humores) y que el tratamiento debía dirigirse a las semillas.

Pero el concepto más importante para nosotros es el de Archeus:

Ciertos alimentos pueden producir enfermedad al través de un factor espiritual, que no actúa en el organismo sino en el equivalente espiritual de éste; esta relación provoca que el Archeus del organismo entonces desarrolla la imagen o idea de la enfermedad, que sólo entonces puede ocurrir. Aquí nos encontramos con una interrelación entre lo imaginado y la enfermedad real, encarnada en el cuerpo.

Johannes Baptista van Helmont (1578-1644)

Continuando con las ideas de Paracelso dice que la enfermedad se relaciona con el Archeus, el cual es espíritu y materia al mismo tiempo. La idea de enfermedad es lo que la provoca y puede ser estimulada por una pasión como la indignación, miedo o una perturbación. El origen de la enfermedad lo atribuye al "pecado original" ya que a partir de éste el hombre perdió la capacidad para asimilar objetos externos como los alimentos y entonces estos conservan sus Archei que actúan sobre el Archeus del organismo y provocan la idea de enfermedad.

Esta etiología de la enfermedad no fue considerada en su tiempo, lo que sobrevivió de su concepción fue la variedad de enfermedades que describió, la clasificación de las causas en externas e internas y la diferenciación de las enfermedades de acuerdo a sus cambios locales.

Thomas Sydenham (1624-1689)

Es considerado como uno de los ontólogos, es decir, que se preocupaban por establecer a las enfermedades como entidades claramente diferenciadas, independientes de los sujetos que las padecían.

Sydenham había mencionado que la histeria era sobre todo psíquica y que imitaba todas las enfermedades que afectaban al humano.

Esta parte de su obra no recibió gran divulgación y cuando la histeria fue atendida el esfuerzo inicial fue encaminado a investigar el lugar del daño orgánico.

Georg Ernest Stahl (1659-1734)

El organismo era algo completamente distinto a una máquina y era el resultado de algo inmaterial que le proporciona función, forma y permanencia. Es un ente pasivo dominado por un ánima. El ánima no era equivalente al espíritu sino un principio supremo de vida que proporciona existencia a la materia y participa en la concepción.

El anima enferma y cura, el mejor médico era el propio organismo.

1.1.5 SIGLO XVIII

En el siglo XVIII la doctrina que predominó de la enfermedad fue la iatromecánica que compara al cuerpo humano con una máquina artificial y pretende explicar su funcionamiento sobre bases exclusivamente físicas.

Los seguidores de este enfoque empezaron a utilizar métodos cuantitativos.

A este enfoque se opone la doctrina del animismo o vitalismo, que “postula la existencia real de uno o más elementos inmateriales en la constitución de los seres vivos, que ejercen distintos niveles de control de sus actividades y que poseen diferentes grados de trascendencia y de contacto con la divinidad”

Y al alma como: “Substancia espiritual e inmortal, capaz de entender, querer y sentir, que informa al cuerpo humano y con él constituye la esencia del hombre.”(Pérez, 1988)*

Lo postulado por van Helmont puede ser considerado dentro de esta teoría animista. En su consideración, el cuerpo humano no puede darse forma a sí mismo, requiere de un agente que imprima su forma en el cuerpo. El agente es el ánima que no puede existir sin la colaboración de la mente.

* pag.. 205

Boissier de Sauvages de la Croix (1706-1764)

Distinguía entre funciones del alma y las del cuerpo, en una especie de dualidad psicosomática. Consideraba que las funciones tales como la respiración, el pulso y la inteligencia, propias del hombre y del animal, eran las que correspondían al alma y lo que era compartido con los vegetales, como la reproducción, nutrición o secreción eran funciones somáticas. Aparecen dos tipos de enfermedades en su esquema.

William Cullen (1712-1790)

En su obra considera al sistema nervioso como determinante de la patología humana. En este sistema existe una fuerza o principio que inicia y mantiene todos los procesos fisiológicos y patológicos que se dan en el organismo. En su intento por organizar y clasificar a las enfermedades considera sólo cuatro categorías: Neurosis, Caquexias, Locales y Espasmos, en los que incluye a la histeria, diabetes, palpitaciones, asma y cólicos.

Las llamadas enfermedades nerviosas, ofrecían un sinnúmero de misterios ante la concepción prevaleciente de enfermedad, fueron llamadas neurosis por Cullen en 1776, consideraba así a las afecciones contra natura del sentimiento o del movimiento. En que la pirexia (fiebre) no es parte del cuadro y que no dependen de una afección localizada de los órganos sino de algo generalizado del sistema nervioso.

Las clasificó en cuatro órdenes que son: *comata* (apoplejía y parálisis) *adynami* (síncope, dispepsia, hipocondría) *spasmi* (epilepsia, palpitación, asma, diabetes, histeria, hidrofobia, etc.) *vesanie*(psicosis)

En esta primera utilización del término neurosis existe una clasificación singular de las enfermedades en la que entrarían tanto las enfermedades orgánicas, psicosomáticas, lo que ahora llamamos neurosis y la psicosis.

La intención de Cullen al llamarlas neurosis, era denominar así a una afección lenta y crónica y buscaba en el fondo poder establecer su origen en el sistema nervioso.

Teophile de Bordeau (1722-1776)

En su opinión el alma se expresa sólo en las emociones y no en las funciones fisiológicas, cada emoción está vinculada con un órgano, las

emociones tienen asiento en el alma que está conectada con el cerebro. Los órganos más importantes serían estómago, corazón y cerebro.

Marie Francois Xavier Bichat (1771-1802)

Representante de la corriente vitalista, que intentaba explicar todo lo que ocurre en la vida a partir de una propiedad de la materia viva. Él consideraba como propiedades de la vida orgánica y animal a la sensibilidad y la contractibilidad.

Posteriormente la enfermedad se va a centrar en los nervios, aunque sería trabajado como la encarnación física de esto, ya que las investigaciones se relacionan con el sistema nervioso.

John Brown (1735-1788)

Su tema era la excitabilidad del organismo, una característica presente en toda materia viva que le permite percibir influencias externas y reaccionar ante ellas. De acuerdo a lo anterior su interés se centra en el sistema neuromuscular. Considera a la vida como la reacción del organismo a los estímulos externos, cuando éstos son deficientes pueden provocar:

la astenia (estímulos insuficientes) o estenia (estímulos excesivos)

Su aporte principal consiste en que para establecer el diagnóstico utilizaba dos instrumentos: tomar la presión y realizar un inventario de los estímulos externos. Esto puede relacionarse con la teoría del equilibrio y del estrés. Así parece reconocer enfermedades provocadas por la sensibilidad del organismo.

Pierre Pinel (1745- 1826)

Fue considerado el fundador de la psiquiatría en Francia, estudió la nosografía de Boissier de Sauvages. En su nosografía, inspirada en Cullen, propone lo siguiente:

1. - vesanias (hipocondría, melancolía, manía, sonambulismo e hidrofobia)
2. - espasmos (convulsiones, histeria, epilepsia y tétanos)
3. - anomalías nerviosas y locales (astenia muscular, neurosis de los órganos de la voz, neurosis del conducto alimentario, neurosis afrodisíacas, neurosis oftálmicas y acústicas y neuralgias)*
4. - afecciones comatosas (apoplejía, catalepsia, narcotismo y asfixia)

* el subrayado es nuestro

Esta amplia categoría de neurosis era definida por caracteres negativos: no existía fiebre, no había lesión precisa, no podía predecirse el curso de la enfermedad

Los trabajos de Cullen y Pinel enfatizaban la importancia del sistema nervioso en la causación de la enfermedad y la búsqueda de la lesión en ese sistema.

2. El concepto de psicossomático

Muchos autores hablaban de la relación mente cuerpo y de las emociones, por ejemplo, se menciona a Johan Reil (1759- 1813) que utilizó por primera vez la palabra psiquiatría, además de ser médico era investigador y oftalmólogo. Su interés se centraba en las personas mentalmente enfermas y sus métodos de tratamiento con ellos incluían terapia musical y psicodrama; su aporte a lo psicossomático se sustenta en su afirmación de que la mente y el cuerpo eran inseparables y que la experiencia humana era la experiencia del cuerpo y mente unidos.

Johann Heinroth (1773 - 1843) fue el primero en utilizar el término psicossomático. (Schwab, 1985)*

En 1811 fue el primer profesor de medicina psicológica en la Universidad de Leipzig. Al hablar sobre el insomnio, en 1818, dijo que éste era, como regla general, de origen psicossomático.

Era considerado como un mentalista, líder de la escuela “psíquica” los cuales sostenían que la comprensión de la mente en la salud y la enfermedad era esencial para el tratamiento de la enfermedad.

Se oponían a esta concepción los representantes de otra escuela llamada “Somática” quienes afirmaban que la enfermedad mental era provocada por o reflejo de enfermedad física.

A pesar de la importancia de Heinroth, quien era considerado un excelente clínico, sus adversarios criticaban sus propuestas como abstractas y científicamente inválidas. Heinroth consideraba tan importante el aspecto

* las negritas son nuestras

mental que insistía en que los 3 pilares de su disciplina debían ser psiquiatría, medicina y cirugía.

Sin embargo sus propuestas no fueron aceptadas y el término por el planteado no se utilizó con frecuencia, aunque siguieron algunos trabajos en los que se hablaba de la relación mente cuerpo.

Friedrich Wilhelm Joseph Von Schelling (1775-1854)

Representante de la escuela alemana que se inspiraba en una filosofía de la naturaleza. Postulaban que el conocimiento de la naturaleza podría darse por medio de la comprensión intelectual de los principios generales que regulan al universo. Y su comprensión de la naturaleza indica que en esta existe una pugna entre dos fuerzas opuestas.

Propone dos principios, sensibilidad e irritabilidad; el aumento de los estímulos externos provocaba una disminución de la sensibilidad y un aumento de la irritabilidad, una disminución de estímulos externos provocaba un aumento de la sensibilidad y una disminución de la irritabilidad. Tales conceptos estaban aplicados a la salud física que se reflejaba en las manifestaciones de astenia y estenia ya mencionadas.

Johann Lukas Schönlein (1793-1864)

La teoría de la enfermedad sobre la que él trabaja considera a ésta como algo ajeno al organismo y que actúa depositando sus productos en la superficie o en el interior del cuerpo.

El paciente se encontraba a la defensiva, si sanaba era que predominaba el principio egoísta sobre el planetario. Los síntomas no son la enfermedad sino la reacción ante la enfermedad.

En este siglo no existía uniformidad sobre el origen de la enfermedad, sólo alcanzamos a apreciar alguna de las nociones que manejaban los investigadores de la época, sin embargo, posteriormente continuaron los esfuerzos por establecer el origen de la enfermedad y su ubicación anatómica, desde los órganos a los tejidos y luego a la célula.

2.1 SIGLO XIX

A pesar de la propuesta hecha por Heinroth no se continuó sobre la línea de lo psicosomático.

En el periodo de 1840 a 1920 lo psicosomático aparentemente desapareció aunque en lo clínico pareciera estar presente con la preocupación del médico por su paciente y la consideración por las condiciones generales de vida del paciente

Sin embargo aparece una nueva clasificación

2.2 Enfermedades funcionales y estructurales

Los conceptos de enfermedad trataban de establecer el origen desde su inicio histórico en que se planteaba desde lo divino hasta lo celular, sin embargo no agotaba el origen ni el evolucionar de la enfermedad, es hasta el siguiente periodo histórico en que surge un intento por descifrar la incógnita del cuerpo a partir de una clasificación diferente.

Se enunciaba una concepción del individuo en el que existía una relación mente cuerpo que era comprendida a la manera de los trabajos de Hipócrates pero no atendía al problema de la enfermedad hasta que, a pesar de los avances médicos existía algo que enfermaba y no podía ser detectado con los modernos aparatos.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Hablamos de las llamadas enfermedades funcionales, oponiéndose a las entidades claras de enfermedades orgánicas existían otro tipo de enfermedades que presentaban problemas a la disciplina médica.

Las enfermedades en las que, a pesar de utilizar los instrumentos técnicos más modernos, no era posible encontrar daño orgánico eran llamadas funcionales “Lo que el microscopio puede ver lo llamamos estructural, lo que no puede ver el microscopio lo llamamos funcional”
(Beard - 1880 citado por McMahon y Oberg 1983)

Aún cuando pertenecían al campo de la medicina no era posible establecer su origen ni una técnica de tratamiento; además son distinguidas en la época en que predominaba en la medicina la concepción del cuerpo humano como una máquina en la que no había lugar para otro tipo de explicación que apartara a la medicina de su desarrollo científico.

La explicación lógica que existía, era (y puede ser aún) que a pesar de la no evidencia de daño orgánico este existía sin poder ser detectado con los métodos existentes, por tanto, la enfermedad seguía siendo orgánica pero de causa inespecífica.

Sobre todo en esta época se inicia con las investigaciones sobre la histeria, ya que al poder ser capaz de reproducir o imitar cualquier enfermedad presentaba una gran dificultad de clasificación, se intenta explicarla desde la lógica del daño orgánico.

Posteriormente, ante la imposibilidad de establecer una localización orgánica de la enfermedad, Fulgence Raymond (1844-1910) propuso llamarles psiconeurosis indicando así su origen psicológico

La histeria, aunque su presencia era visible desde la antigüedad, en esta época resultaba ser una enfermedad incomprensible para estos intentos de clasificación y localización, ya que tenía la capacidad de imitar todas las enfermedades.

Las posibles explicaciones sobre la etiología de la histeria eran principalmente de carácter orgánico, aspiraban a ubicar la anomalía en alguna de las siguientes entidades: el útero, el encéfalo y los nervios.

En la antigüedad se centraba en la patogénesis del útero, se consideraba que este o se desplazaba o se sofocaba.

Para Hippolyte Bernheim (1840-1919) lo característico de la histeria era la crisis, lo propio de la histeria se creyó que era el síntoma convulsivo y en un tiempo se le llamó histero - epilepsia.

La histeria fue considerada como enfermedad mental, si entendemos con esto que es provocada por la mente, que no es una enfermedad física, aún pareciéndolo; en parte gracias a los avances biomédicos que facilitaron la

discriminación de los síntomas, primero se descartó su organicidad a nivel local y luego a nivel del sistema nervioso central, aunque las explicaciones eran un poco contradictorias, por ejemplo:

Cuando Jean Marie Charcot (1825- 1893) mencionaba que la histeria era la enfermedad psíquica por excelencia se refería a que el trastorno histérico era debido a una lesión que provocaba el aislamiento de una idea; la lesión la ubicaban en la corteza cerebral.

En esta serie de trabajos sobre esta enfermedad se puede establecer que la época crucial en la discriminación de lo orgánico en la histeria se centra en los años de 1892 y 1893 en los que se descarta la organicidad de la histeria.

Joseph - Francois Babinski (1857-1932) distinguió entre la parálisis facial orgánica de la histérica, el diagnóstico diferencial de los reflejos tendinosos y de la hemiplejía orgánica e histérica. Afirma lo siguiente con respecto a la histeria:

“El síntoma histérico no guarda relación con lo fisiológico, la histeria realiza lo que la voluntad indica, el síntoma histérico es debido a la sugestión y cede a la persuasión.”(Postel y Quétel, 1987)

La explicación orgánica descartaba otro tipo de explicación y al anularse esta se abría otra posibilidad de investigación que fue desarrollada posteriormente por el psicoanálisis.

Algunos autores postulaban una especie de relación mente cuerpo, sin embargo el campo de investigación estaba centrado en las llamadas enfermedades orgánicas, las enfermedades psicosomáticas como tales no existían, las enfermedades mentales eran de origen sobrenatural o se buscaba su ubicación en una parte del cerebro y la histeria era un campo inexplicable que permitió investigar más profundamente como puede ser la relación mente cuerpo.

3. SIGLO XX LO PSICOSOMÁTICO Y EL SURGIMIENTO DEL PSICOANÁLISIS

El resurgimiento de lo psicosomático se da a partir de 1920, es difícil poder establecer el origen de este nuevo interés, pero los factores relacionados

pueden ser los siguientes: el desarrollo de la medicina que intentaba esclarecer el origen de la enfermedad y establecer vínculos claros en la relación mente cuerpo, a la vez la protesta en contra del enfoque mecánico de la medicina y el esfuerzo por una visión más integral del paciente; el surgimiento del psicoanálisis que se aplicaba a establecer el origen y la cura de la enfermedad histérica y el interés por conocer el funcionamiento mental del individuo, los descubrimientos de Pavlov sobre los reflejos condicionados y los trabajos de Cannon dentro del campo de la psicofisiología.

También la Segunda Guerra Mundial tuvo influencia cuando menos en dos aspectos, por una parte entender el fenómeno psicosocial de la agresión y por otra el efecto del estrés en los combatientes de la guerra y la aparición de enfermedades en ellos algunas veces difíciles de determinar en cuanto a su origen y a su realidad material (Schwab, 1985).

Este “resurgimiento” de lo psicosomático se da sin que exista un acuerdo sobre este concepto.

Se habla incluso de medicina psicosomática, enfermedad psicosomática, psicología médica, especialistas psicosomáticos, etc. ¿como si no fuera claro lo que es lo psicosomático ni si existen o no enfermedades psicosomáticas y si existen quién es el especialista encargado de atenderlas, si debiera crearse una nueva especialidad o lo psicosomático debe desaparecer como enfoque al integrarse a una “nueva” conceptualización del individuo?

Una definición de Medicina Psicosomática es la planteada por Kimball (1970):

Designación utilizada por aquellos médicos, quienes a través de la investigación y del trabajo clínico han llegado a creer y a practicar que la enfermedad en el hombre no puede ser concebida o tratada con el enfoque de causa - enfermedad, sino que en toda enfermedad existen multitud de factores que involucran los procesos somáticos y psicológicos del individuo y su relación con el medio ambiente.

De igual forma Alexander considera que el enfoque psicosomático incita al médico a poner la misma atención a los procesos mentales de los pacientes como lo hace a los procesos orgánicos (De la Fuente, 1985).

Pero otros autores proponen como objetivo de la medicina psicosomática lo siguiente:

“El punto de vista psicosomático consiste en la búsqueda de los mecanismos por los que la corteza cerebral se conecta tanto con nuestras vísceras como con el mundo exterior, el estado de nuestra piel o la tensión de los músculos voluntarios.” (Chauchard, 1972).

3.1 Conceptos principales: psicogénesis y emoción

A pesar de las diferencias entre los enfoques, existen dos temas en los que coinciden de alguna manera, uno de ellos es el de psicogénesis:

Se refiere a la consideración de que la mente influye en el funcionamiento del cuerpo, tanto en el origen de la enfermedad o en la evolución del proceso.

La idea de que la mente influye en el cuerpo siempre ha estado en la historia de la medicina, los trabajos sobre la histeria fueron la manifestación más clara de hasta que grado la mente es capaz de esta afectación al poder representar todo tipo de enfermedad y ser originada por causas psicológicas y eliminadas del mismo modo.

Todas las escuelas contemporáneas coinciden en que lo psíquico influye sobre lo corporal y al definir que es eso que afecta al cuerpo esto es denominado como emoción, tanto la emoción, su destino y el camino intermedio son investigados por las diferentes corrientes psicosomáticas.

Al hablar de emoción es posible distinguir 3 aspectos:

1. - Afecto (estado subjetivo experimentado por el sujeto).
2. - Procesos bioquímicos y neuroendocrinos (aspecto fisiológico).
3. - Manifestación del afecto (rubor, llanto).

4. Definición y clasificación de enfermedades psicogenéticas

Los padecimientos psicogenéticos pueden ser clasificados de la siguiente forma:

1. - Trastornos histéricos
2. - Neurosis vegetativas

Los trastornos histéricos, explicados a la luz del psicoanálisis, surgen debido a la utilización del mecanismo de la represión, que excluye de la conciencia lo intolerable para el individuo y lo ubica en la representación del cuerpo afectando el funcionamiento de la persona con síntomas como parálisis, cegueras, etc.

Siempre representan algo para el paciente.

En cambio, las neurosis vegetativas, se caracterizan porque en ellas existe daño orgánico, son expresiones físicas de una emoción, que no pueden ser descargadas por vía directa ni con la formación de un síntoma histérico, por tanto la estimulación crónica de órganos o sistemas puede provocar daño físico.

Anteriormente la distinción entre enfermedades histéricas y neurosis vegetativas, que ahora serían consideradas enfermedades psicósomáticas estaba basada en la evidencia o no de daño orgánico, si existía queja, pero sin daño orgánico, se consideraba enfermedad psicológica o funcional, cuando existe daño orgánico y posibilidades de origen psicológico se habla de enfermedad psicósomática.

Sin embargo, esta determinación de la enfermedad basada en la evidencia “real” de daño orgánico pareciera dejar que el diagnóstico diferencial lo realizara el aparato utilizado para hacer la determinación y no dejara lugar para el trabajo del especialista, que si es el psicólogo clínico, debiera poder determinar diferencias en el funcionamiento mental y poder establecer las bases del funcionamiento del enfermo psicósomático y la enfermedad psicósomática. Una definición de enfermedad psicósomática relativamente contemporánea es la siguiente:

La enfermedad psicósomática es definida como aquel trastorno orgánico:

“ donde la disfunción fisiológica es demostrable. Aunque parecen no tener significado simbólico alguno, se presentan ligados, sin embargo, a la estructura de personalidad del paciente, las circunstancias de su vida, su historia, etc., vale decir, en conexión con situaciones de estrés procedentes ya sea del interior del individuo o de su medio inmediato.”(McDougall, 1993) *

4.1 Clasificación de las enfermedades psicosomáticas:

Si entendemos por psicosomático lo anteriormente dicho, es decir, de origen psicológico y con alteración orgánica evidente podemos encontrar dificultades para determinar una enfermedad no psicosomática.

A pesar de lo anterior o precisamente por la amplitud del concepto este fue excluido del D.S. M. II y hasta la fecha no ha vuelto a aparecer.

Algunas de las enfermedades que han sido consideradas psicosomáticas son las siguientes:

fracturas
oclusión coronaria
enfermedad cardiovascular hipertensa
síndrome de angina
enfermedad reumática del corazón
arritmias cardíacas,
fiebre reumática y artritis reumatoide
diabetes
(Dunbar, 1965)

hipertiroidismo
neurodermatitis
ulcera péptica
artritis reumatoide.
hipertensión esencial
asma bronquial
colitis ulcerosa
(Alexander, citado por Kimball, 1970)

* pag 312

obesidad, diabetes mellitus, hipertiroidismo, trastornos ginecológicos, trastornos de la menstruación, reumatismo psicógeno, artritis reumatoide, neurodermatitis, urticaria, verrugas, trastornos de la frecuencia y el ritmo cardíaco, síndrome de esfuerzo, síncope, hipertensión, jaqueca hemicraneal, asma bronquial, rinitis vasomotora, catarro común, úlcera péptica, colitis ulcerosa, etcétera.

(De la Fuente, 1985)

Las anteriores son clasificaciones generales, al parecer asentadas en el trabajo con adultos; con respecto a los niños, aunque la psicopatología con niños se autodefine como una disciplina joven, más joven que la psicopatología con adultos, que surge en los años 20's, tienen cuadros específicos de trabajo.

Por ejemplo:

Hospitalismo

Trastornos psicotóxicos

Inapetencia

Vómitos

Úlcera péptica

Obesidad

Anorexia nerviosa

Encopresis y constipación

Colitis ulcerosa

Asma bronquial

Enuresis

(Bekei, 1984)

Calificación de acuerdo al desarrollo cronológico:

Trastornos alimenticios

Mericismo

Cólico del tercer mes

Retraso en el crecimiento

Trastornos digestivos y del control de esfínteres

Trastornos del sueño y del soñar

Abdominalalgias

Dolor de cabeza
Obesidad
Trastornos Cutáneos
Asma bronquial
Diabetes
(Díaz, 1991)

Tales son las enfermedades actualmente consideradas psicósomáticas, también pueden ser incluidas entidades como el SIDA y el cáncer atendiendo a que toda enfermedad puede ser psicósomática y que el pronóstico y la calidad de vida va a verse afectados por aspectos emocionales.

Sin embargo esta amplia clasificación, que no incluye aspectos visuales, no es acompañada por la comprensión completa de los mecanismos de la enfermedad psicósomática, los enfoques existentes parecen repetir el dualismo de tal manera que a las escuelas existentes se les nombra según el interés principal. A la escuela psicoanalítica se le denomina psicológica y al enfoque que incluye aportaciones de Cannon y Wolff se les llama psicofisiológicas o psicobiológicas.

Hicimos esta revisión de la definición y la clasificación de las enfermedades psicósomáticas para enmarcar como esta importancia renovada de lo psicósomático tiene su base en el surgimiento del psicoanálisis y como este pretendió develar el misterio del cuerpo.

5. Psicoanálisis y psicósomática

El psicoanálisis creció sobre un terreno muy restringido. En su origen conoció una sola meta: comprender algo acerca de la naturaleza de las enfermedades llamadas "funcionales", a fin de remediar la impotencia en que hasta entonces se encontraban los médicos para su tratamiento.

*Sigmund Freud
Breve informe sobre el psicoanálisis
1924*

Se considera que la medicina psicósomática surge en los años 20 y que es iniciada por los discípulos de Sigmund Freud e inspirada en el psicoanálisis.

A pesar de lo anterior en la obra de Freud no existe el concepto de psicósomática, y las aportaciones que de su obra se mencionan son aspectos como el inconsciente, histeria y represión. En esta parte del trabajo trataremos de revisar la obra de Freud y establecer que elementos pudieron constituir la base de una visión psicoanalítica aplicada a lo psicósomático.

En el artículo “Histeria” (1888) Freud la caracteriza como una neurosis y establece que en ella no se han encontrado alteraciones perceptibles del sistema nervioso y descarta la posibilidad de que en un futuro nuevas técnicas pudieran establecer la existencia de daño orgánico.

Se esfuerza en atender y comprobar la existencia de dos tipos de enfermedades las orgánicas y las funcionales entre las cuales destaca la histeria, caracteriza al paciente histérico con los mismos fines diagnósticos, estableciendo el carácter de excesivo que para este tienen los síntomas y cómo las manifestaciones sintomáticas desconocen por completo la estructura del sistema nervioso, a diferencia de las orgánicas que revelan como espejo la anatomía.

Finalmente la describe como una anomalía del sistema nervioso que descansa en una diversa distribución de las excitaciones.

Para explicar el fenómeno de la aptitud para la hipnosis se hablaba de desplazamientos de la excitabilidad dentro del sistema nervioso. (Prólogo a la traducción de Berheim (1888-1889). Además de una teoría somática de la hipnosis se menciona la posibilidad de que en este estado el hipnotizador pueda influir sobre procesos corporales denotando el poder de la mente sobre el cuerpo (incluso del otro).

Estas aproximaciones al problema facilitan la aparición del excelente trabajo sobre “Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)” de 1890.

Define al tratamiento psíquico como el tratamiento, desde el alma, de perturbaciones anímicas o corporales. Se refiere al uso de la palabra para influir en el enfermo.

Para explicar un anticipado rechazo a su propuesta explica el desarrollo de la medicina en los últimos 50 años, dice que primero existió un período poco

productivo inspirado en la filosofía de la naturaleza, después, bajo el influjo de las ciencias naturales, hizo progresos que llevaron al descubrimiento de las células, identificó microorganismos, redujo riesgos en las operaciones quirúrgicas pero sólo hizo descubrimientos en el lado corporal.

En los últimos 15 años, en opinión de Freud, la práctica médica provocó un replanteamiento de este enfoque parcial, al presentarse pacientes quejándose de males en los que no podía encontrarse alteración orgánica y que presentaban gran variedad de síntomas con quejas permanentes o curaciones sorprendentes.

A estos enfermos se les considero nerviosos y a sus enfermedades funcionales.

Por tanto los médicos ahora debían encontrar el origen de estas enfermedades y descubrieron que existía un influjo de lo anímico sobre su cuerpo.

Estos eran caracterizados como afectos que se expresaban en el cuerpo, de manera que afectos positivos causaban el florecimiento del cuerpo mientras que los de naturaleza penosa lo empobrecían.

Por tanto, los afectos “y casi con exclusividad los depresivos”(ibid)* pueden ser causas de enfermedades del sistema nervioso como de enfermedades en otros órganos, aunque en estos últimos Freud supone una predisposición a la enfermedad.

Propone el concepto de *expectativa* en la causacion de la enfermedad, la expectativa angustiada puede favorecer la contracción de enfermedades mientras que la expectativa esperanzada favorece la curación.

(semejante a lo planteado por Paracelso)

Aunque no queda determinada para todos los casos este origen de la enfermedad y el por qué algunos enferman y otros no, Freud propone el tratamiento hipnótico para varios problemas, entre ellos, la enfermedad orgánica, aunque no se propone desaparecer la enfermedad pero si la disminución de los síntomas.

Posteriormente, en: “Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas” después de

* pag. 119

establecer los tipos de parálisis motrices orgánicas considera que las parálisis histéricas son de una delimitación exacta y de una intensidad excesiva, afirma que “la lesión de las parálisis histéricas debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que *la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera o como si no tuviera noticia alguna de ella*” (1893)*

Y ya que habla de una “lesión” se pregunta que tipo de lesión podría ser y utiliza la expresión de lesión “funcional” para referirse a una alteración de la función, no a una localización orgánica.

Y la lesión sería la incapacidad para que en las asociaciones pueda ser incluida la representación de la parte del cuerpo afectada. (por su valor afectivo).

En estos trabajos se reitera la clasificación entre lo orgánico y lo funcional, sin dejar lugar a otra categoría, sin embargo, cabe mencionar que en el índice alfabético de las obras de Freud en el apartado de síntomas histéricos llama la atención la cantidad de aspectos que entran en esta clasificación, cita los siguientes:

Abasia, abulia, acromatopsia, afasia, afonía, alphagesia, alucinaciones, amaurosis, ambliopía, amnesia, analgesia, anestesia, anorexia, artralgia, astasia, atrofia, coma, contracturas, conversión, convulsiones, coprolalia, coxalgia, delirio, desmayo, dolores de cabeza, ecolalia, espasmos clónicos, excitabilidad neuromuscular, globo histérico, perturbaciones del gusto, hemianestesia, hemiplejía, hiperestesia, llanto, monoplejía, perturbaciones del olfato, palpitaciones, parálisis, paraplejía, sordera, temblores, tics, tos histérica, vértigo, perturbaciones de la visión, vómito
(Tomo I)*

Cuando Freud hace referencia a Charcot menciona los trabajos que él y sus discípulos realizaron, entre estos el esfuerzo por entender “las perturbaciones que la histeria produce en la sensibilidad de la piel y los tejidos profundos, la conducta de los órganos, las peculiaridades de las

* pag 206

* pag. 484

contracturas y parálisis histéricas, las perturbaciones tróficas y las alteraciones del metabolismo”
(1893, tomo III) *

Enfermedades muy variadas que aluden al efecto de la mente sobre todo tipo de cambios corporales, además de ello se han llegado a averiguar que “tras los fenómenos de la histeria - la mayoría de ellos, si no todos - se esconde una vivencia teñida de afecto”(ibid)*

Al trabajar el concepto de defensa en un esfuerzo por establecer el mecanismo de la histeria, Freud postula que la manera de volver inocua una representación intolerable es “trasponer a lo corporal la suma de excitación”(ibid)* a lo que nombra conversión.

Sobre ésta dice que puede ser total o parcial y en cuanto a la zona será aquella inervación que tenga mayor relación con la escena traumática.

Insistiendo en conceptualizar el mecanismo de la histeria propone: “ en las funciones psíquicas cabe distinguir algo (monto de afecto, suma de excitación) que tiene todas las propiedades de una cantidad - aunque no poseamos medio alguno para medirla -; algo que es susceptible de aumento, disminución, desplazamiento y descarga, y se difunde por las huellas mnémicas de las representaciones como lo haría una carga eléctrica por la superficie de los cuerpos” (1894)* pag. 61)

Al hablar de afecto podemos pensar en el papel de la angustia, cuando habla de las neurosis de angustia menciona que esta emoción puede ir acompañada de la perturbación de una o varias funciones corporales: respiración, actividad cardíaca, inervación vasomotriz, actividad glandular.

Y cuando el ataque de angustia va acompañado por perturbaciones de la actividad cardíaca a veces es posible confundirlo con una afección cardíaca orgánica.

Y en las neurosis de angustia también existe traslación de afecto, pero sólo el afecto de angustia, en esta neurosis hay una acumulación de excitación, pero que la angustia no tiene derivación psíquica, por lo que considera que se

* pag. 22

* pag. 32

* pag. 50

* pag. 61

debe a una acumulación de excitación somática y por tanto el mecanismo de estas neurosis habría que buscarlo en la desviación de la excitación sexual somática.

De diferente forma que en la histeria, tal vez de forma contraria, en este caso lo somático incide en lo psíquico, la energía sexual no descargada se muda en angustia pero sigue siendo una interrelación.

Por esa época Freud intenta relacionar la psicología con la fisiología del cerebro y redacta el “ Proyecto de Psicología” 1895, también conocido como “Proyecto de una psicología para neurólogos” en el que intenta describir los fenómenos psicológicos en términos fisiológicos. Establece dos supuestos: a partir del descubrimiento de la neurona considera que el sistema nervioso es una cadena de neuronas y que la excitación de las neuronas se rige por una cantidad.

Aprovecha el concepto de neurona establecido en 1891 por W. Waldeyer para nombrar así a la unidad fundamental del sistema nervioso (1895, nota 2) y trata de establecer una psicología de ciencia natural, distingue 3 tipos de neuronas y trata de aclarar problemas del funcionamiento mental como la memoria, percepción, dolor, etc. que aún sin poder establecer su propósito original servirá de base para establecer el aparato psíquico y su funcionamiento.

Al trabajar el problema del dolor considera que este se debe a la irrupción de grandes cantidades hacia ψ (sistema de neuronas impasaderas) y al trabajar la vivencia del dolor trabaja el problema del afecto y de los efectos físicos de la siguiente manera: “ por la investidura del recuerdo es desprendido displacer desde el interior del cuerpo y es de nuevo transportado hacia arriba... sólo es posible representarse el mecanismo de este desprendimiento del siguiente modo:

así como hay neuronas motrices que con cierto llenado conducen Q_n (cantidad cuyo orden de magnitud es el intercelular) a los músculos y así descargan, tienen que existir neuronas “secretorias” que, cuando son excitadas, hacen generarse en el interior del cuerpo lo que tiene acción eficiente sobre las conducciones endógenas hacia ψ como estímulo; neuronas que por ende, influyen sobre la producción de Q_n endógenas, con lo cual no descargan Q_n , sino que la aportan por unos rodeos. Llamaremos neuronas llave a estas neuronas motrices... merced a la vivencia del dolor, la imagen -

recuerdo del objeto hostil ha conservado una facilitación privilegiada con estas neuronas llave, en virtud de la cual se desprende entonces displacer en el afecto.”

(ibid)*

Este interés de Freud no se ve coronado con una clara vinculación entre los aspectos psicológicos y fisiológicos a pesar de que su intento era un esfuerzo de integración

Sus trabajos continúan y toma importancia sobre todo el problema del afecto y el conflicto psíquico.

En los Estudios sobre la Histeria (1895) el afecto es el elemento más importante del trabajo, en la enfermedad y en la curación. Si la persona deja salir el afecto permanece sana, si el afecto no es descargado, ya sea porque la situación fue vivida en un estado mental llamado hipnoide o debido a la utilización de una defensa contra la idea intolerable este afecto estrangulado se encuentra en el origen del síntoma y tan pronto como se recuerde la escena con el afecto correspondiente el síntoma desaparecerá.

A pesar de la importancia de esta teoría sobre el origen de los síntomas y las posibilidades de esta terapia, quedaban sin resolverse dos aspectos. ¿Por qué el afecto tiene que descargarse y por qué el no hacerlo tiene estas consecuencias patológicas?

Podríamos agregar más problemáticas, por lo pronto agregaríamos el [®]preguntarnos ¿que efecto tiene esto en el cuerpo de la histérica o de todo aquel que no expresa el afecto?

Pero sigamos con los estudios, en la comunicación preliminar proponen que el afecto dolorido generado pero sofocado produce náuseas y vómitos.

Los traumas psíquicos, detonantes de los síntomas son aquellos en los que fueron suscitados “afectos penosos del horror, la angustia, la vergüenza, el dolor psíquico y desde luego de la sensibilidad de la persona afectada.”

(ibid,)*

* pags 365-366

* pag. 31

La persona aliviaba cuando conseguía describir la escena ocasionadora y expresaba en palabras el afecto correspondiente.

Y al preguntarse por que experiencias pasadas tienen efecto en el paciente y no han empaldecido con el tiempo Freud considera que si la persona reaccionó ante el suceso, es decir descargó los afectos por los medios que van desde “ el llanto hasta la venganza” en una cantidad suficiente desaparece el afecto. Cuando no se produce esa reacción de obra, de palabra o mediante el llanto en los casos más leves, el recuerdo del hecho conserva en principio su tinte afectivo. (ibid, pag. 34) *

Y en la histeria la suma de excitación del trauma se muda en un síntoma corporal, lo que impidió que la histeria fuera considerada una afección psíquica. Denomina conversión a lo característico de la histeria, es decir, a la transposición de energía psíquica en un síntoma corporal.

En sus presentaciones de caso Freud se esfuerza por distinguir lo histérico de lo orgánico, con la señora Von N. considera que el síntoma de calambres en la nuca corresponde a una migraña que él incluye en las enfermedades orgánicas.

Ante las dificultades diagnósticas Freud descubre una diferencia entre la descripción de los síntomas por los propios pacientes, encuentra que el paciente orgánico describe su padecimiento con claridad, en cambio, el enfermo nervioso no encuentra las palabras para nombrar lo que le pasa, siente que lo dicho es insuficiente.

Con Katharina Freud consideró que era una enfermedad mixta por lo que dieron tratamiento físico como preámbulo a un tratamiento psíquico.

Con Elizabeth Von R. el origen de su enfermedad está asociado con sentimientos de culpa y la enfermedad relacionada con un castigo por sus pensamientos.

Freud se pregunta que es lo que ocasiona el dolor físico y responde que es algo que debió ser dolor anímico

Sobre el punto o determinismo de la zona corporal propone que es sobre una zona en la que ya había existido un dolor orgánico y sobre el se asienta el

* el subrayado es nuestro

síntoma histérico, retoma algunas expresiones para explicar el simbolismo de los síntomas.

En la Interpretación de los Sueños (1900) menciona el afecto diciendo: “por el trabajo del sueño se produce una sofocación de los afectos”(ibid)*

Para entender claramente este proceso Freud considera necesario un amplio trabajo sobre la teoría de los afectos y la represión, propone, mientras tanto: “representarme el desprendimiento del afecto como un proceso centrífugo dirigido al interior del cuerpo y análogo a los procesos de inervación motriz y secretoria”(ibid)*

El interior del cuerpo puede no hacer alusión a lo estrictamente corporal pero sí a la representación del aparato psíquico.

En este primer momento de representación del aparato Freud establece la siguiente formulación. “Toda nuestra actividad psíquica parte de estímulos (internos o externos) y termina en inervaciones. Por eso asignamos al aparato un extremo sensorial y un extremo motor” (ibid)*

A pesar de que es una representación psíquica incluye al cuerpo en lo sensorial y lo motriz, el cuerpo está de una manera a través del aparato psíquico.

En el caso Dora (1905) especialistas previos que la habían atendido habían considerado alguno de sus síntomas -disnea- como de origen nervioso.

El mismo Freud, en la pag. 37 se pregunta si los síntomas de la histeria son de origen psíquico o somático. Concluye que los síntomas histéricos requieren de la contribución de dos partes.

Tendría que existir cierta “ *solicitud somática* brindada por un proceso normal o patológico en el interior de un órgano del cuerpo o relativo a ese órgano, pero no se produce más que una sola vez... si no posee un significado, un *sentido*... los síntomas se solucionan en la medida en que se explora su intencionalidad psíquica.

* pag. 465
* pag. 465
* pags. 530-531

Una vez que se ha removido lo que puede eliminarse mediante un psicoanálisis, es posible formarse toda clase de ideas, probablemente acertadas, acerca de las bases somáticas, por lo general orgánico constitucionales de los síntomas.” (ibid)*

En Dora, aparecen otros problemas que exceden el campo de la histeria, por ejemplo la Enuresis y el asma o aún los espasmos gástricos y el síntoma de despedida - neuralgia facial -.

En el epílogo del caso, Freud se adelanta a quienes pueden criticar su trabajo sobre la histeria considerando su aporte únicamente psicológico (?) y por tanto inútil para lo patológico, Freud considera que la crítica se dirige a su técnica y no a su teoría, ya que esta no deja de buscar las “bases orgánicas de la neurosis, si bien no las busca en una alteración anatómo- patológica, cabe esperar encontrarse con una alteración química” (ibid)*

El concepto de zonas erógenas implica una concepción de integración psicosomática de la siguiente manera: la zona erógena es la parte del cuerpo orgánico que al ser estimulada provoca la sensación de placer, aunque existen zonas erógenas preponderantes, todo el cuerpo puede ser una zona erógena, e incluso los órganos internos. (1905 Ensayo I)

Como veremos más adelante, todo el organismo es parte de una doble función, atender las necesidades de autoconservación y facilitar el logro del placer, funciones que pueden ser contradictorias.

La pulsión es para Freud la agencia representante psíquica de una fuente de estímulos intrasomática. Y la considera como uno de los conceptos de deslinde entre lo anímico y lo corporal, aunque en su definición no pareciera delimitarlo sino establecer la fuente de lo psíquico.

Por ejemplo menciona que: “ la fuente de la pulsión es un proceso de excitación en el interior de un órgano y su meta inmediata consiste en cancelar ese estímulo de órgano”(ibid)*

* pag. 37
* pag 99
* pag. 153

Y al hablar de la sexualidad infantil distingue entre sus características principales el apuntalamiento, es decir, el estar asentadas en una función corporal, indicando con ello que lo psíquico se asienta en lo orgánico.

Preguntándose sobre las fuentes de la excitación sexual, establece un punto sobre las vías de influencia recíproca, es decir, que funciones corporales pueden verse afectadas por su vinculación con la erogeneidad, por ejemplo, la zona de los labios que sirve a la nutrición y al placer oral, puede verse afectada en la función de nutrición, y dice que en los neuróticos, cuyos síntomas derivan de perturbaciones sexuales, manifiestan alteraciones en funciones no sexuales del cuerpo; sin embargo, hasta ese momento, no puede establecer claramente como se da la influencia recíproca.

Ante lo poco claro de la formulación anterior, Freud le contesta a un discípulo, reconociendo que la expresión es obscura porque no era acompañado por una idea clara escribe:

“Hay caminos, de naturaleza desconocida, a través de los cuales los procesos sexuales ejercen un efecto sobre la digestión, la hematopoyesis* etc. Las influencias perturbadoras provenientes de la sexualidad recorren estos caminos, y entonces, normalmente, es probable que también lo hagan los aflujos benéficos o útiles de algún otro tipo”(ibid)*

En años posteriores, al trabajar sobre “La moral sexual y la nerviosidad moderna” (1908) menciona entre las razones por los que la gente enferma de los nervios el esfuerzo por ser superiores a su origen, una manera de ser más o hacer más que sus antepasados o tal vez más que sus contemporáneos la enfermedad como efecto de lo que luego llamaríamos tensión superyoica o ideal del yo.

Posteriormente, en el artículo “La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis” (1910), establece, como una teoría de las Pulsiones, la oposición entre las que tienden a la autoconservación o yoicas y las que tienen como meta el placer sexual.

* hematopoesis: Producción de sangre. especialmente de glóbulos sanguíneos
pag 188

El problema se establece porque son los mismos órganos y sistemas de órgano los que están al servicio de los dos tipos de Pulsiones y, como lo escribe Freud:

“ A nadie le resulta fácil servir a dos amos al mismo tiempo. Mientras más íntimo sea el vínculo en que un órgano dotado de esa doble función entre con una de las grandes Pulsiones, tanto más se rehusará a la otra. Este principio tiene que producir consecuencias patológicas cuando las dos funciones básicas estén en discordia, cuando desde el yo se mantenga una represión (esfuerzo de desalojo) contra la pulsión parcial respectiva. (ibid) * ”

Podemos apuntar en este momento, que es únicamente sobre lo psicógeno de la visión lo que sirve de punto de partida para el concepto de doble función. Ningún otro órgano o sentido o parte del cuerpo fueron objeto de atención de Freud para ilustrar este fenómeno de vinculación.

A la par que estos desarrollos teóricos en la clínica de Freud no se descartaba la atención a pacientes con enfermedades orgánicas o cuando menos no se excluían en los criterios de analizabilidad, excepto en cuadros agudos, pero lo que sí consideraba complicado era que el mismo médico brindara el tratamiento psíquico y el orgánico.

Posteriormente, aún considerando que el concepto de pulsión resulta ser poco claro, intenta una aplicación y clarificación de lo ya expuesto en “Pulsiones y destinos de la pulsión” (1915) aunque no queda clara totalmente si la pulsión es el representante psíquico de lo somático, o es la frontera entre lo anímico y lo corporal, sin embargo, además de plantear por ejemplo “ la fuente de la pulsión, en un proceso somático, interior a un órgano o a una parte del cuerpo, cuyo estímulo es representado en la vida anímica por la pulsión” (ibid) * postula los dos tipos de Pulsiones como las yoicas o de autoconservación y las sexuales.

Al trabajar el concepto de represión en dicho artículo, establece que si se ha planteado que la represión va dirigida a una representación, existe además el *monto de afecto* que puede tener un destino diferente, monto que representa a la pulsión. Así pues habrá que investigar que destino tuvo este afecto que

* pag. 213

* pag. 118

siempre acompaña a la representación, estableciendo tres destinos posibles, ser sofocada la pulsión por completo, emerge con cierta tonalidad afectiva o se transforma en angustia.

En el artículo sobre “Lo inconsciente” (1915). Continuando con el problema del afecto considera que en situaciones normales la conciencia controla el afecto y la motilidad, pero en la neurosis existe una intervención de elementos inconscientes. Establece diferencias entre estos dos elementos “ la afectividad se exterioriza esencialmente en una descarga motriz (secretoria, vasomotriz) que provoca una alteración (interna) del cuerpo propio sin relación con el mundo exterior; la motilidad, en acciones destinadas a la alteración del mundo exterior. (íbid)”

Y ¿cómo es el carácter?, Freud intenta aclararlo en tres trabajos sobre el tema, (1916) en “Las excepciones” pareciera referirse a caracteres que se sienten al margen del deber, como si tuvieran una consideración en especial, no sucede así con los pacientes psicósomáticos, quienes, en las descripciones revisadas siempre van mas allá del deber.

Cuando sigue estableciendo diferencias entre las psiconeurosis y las neurosis actuales, escribe algo que se parece a las definiciones actuales de las enfermedades psicósomáticas: “Los síntomas de las neurosis actuales - la presión intercraneana, una sensación dolorosa, un estado de irritación en un órgano, el debilitamiento o la inhibición de una función- no tienen <sentido alguno>, carecen de significado psíquico.

No sólo se exteriorizan predominantemente en el cuerpo (como lo hacen también por ejemplo, los síntomas histéricos) sino que ellos mismos son también procesos enteramente corporales, en cuya génesis faltan todos los complejos mecanismos anímicos de que hemos tomado conocimiento” (1916-1917)”

Y por fin intenta una definición de afecto en un sentido dinámico “ algo muy complejo. Un afecto incluye, en primer lugar, determinadas inervaciones motrices o descargas, en segundo lugar ciertas sensaciones que son, además, de dos clases: las percepciones de las reacciones motrices ocurridas y las

* pag. 175. nota 6
* pag. 352

sensaciones directas de placer y displacer, que prestan al afecto, como se dice, su tono dominante” (ibid)

Posteriormente sigue preguntándose sobre el destino del afecto e insiste en que este es ser transformado en angustia, y que la mudanza de afecto es la parte más importante del proceso represivo, como el afecto es un proceso de descarga su destino no puede ser igual al de una representación (ibid, conf. 25)

Sigue la interrogante sobre el destino del afecto y la duda sobre este proceso de descarga en que puede afectar al cuerpo, como el afecto afecta, valga el juego de palabras, que sin embargo indica como el afecto “afectado” en su expresión puede ser “afectante” en el cuerpo.

¿Cómo puede expresarse el afecto a falta de palabras? En el artículo Lo ominoso, de 1919, nos acerca un poco al problema de la mirada y la expresión, ya que al mencionar los trabajos del oculista S. Seligmann sobre el mal de ojo Freud trabaja lo siguiente: “Quien posee algo valioso y al mismo tiempo frágil, teme la envidia de los otros, pues les proyecta la que él mismo habría sentido en el caso inverso. Uno deja traslucir tales mociones mediante la mirada, aunque les deniegue su expresión en palabras (ibid, pag. 239)

En “Breve informe sobre psicoanálisis” (1924) al hablar sobre las aplicaciones del psicoanálisis menciona los nombres de dos terapeutas: G. Groddeck y E. Jelliffe quienes aplican el tratamiento psicoanalítico en enfermedades orgánicas graves porque en muchas de ellas existe un factor psíquico sobre el que puede haber una influencia terapéutica.

Al hablar de las inhibiciones en la función en “Inhibición, síntoma y angustia” (1926) reitera lo señalado sobre la doble función de los órganos de la siguiente forma: “Hemos obtenido esta intelección, de validez universal: la función yoica de un órgano se deteriora cuando aumenta su erogeneidad, su significación sexual” (ibid)

* pag 360
* el subrayado es nuestro
* pag. 85

Y al hablar sobre la angustia, que era considerada como señal ante un peligro, ahora especifica que el peligro puede ser la castración o la separación.

De alguna forma esto nos permite relacionar en forma general el afecto de angustia con la visión, ya que, como veremos posteriormente, tanto la castración como la separación entran por los ojos. (los ojos dan evidencia de ambas situaciones)

Y la angustia también puede ser angustia ante el superyó, angustia ante la exigencia de este.

En la Introducción a “El malestar en la cultura” (1930) se menciona que Freud en las cartas a Fliess y en el hombre de los Lobos había considerado como resultado de la evolución el reemplazo del sentido del olfato por el de la vista como sentido predominante.

En su ensayo sobre Dostoievski (1928) propone dos tipos de epilepsia: una orgánica, la otra afectiva “ quien sufre la una es un enfermo del encéfalo, quien tiene la otra un neurótico. En el primer caso, la vida anímica padece una perturbación de afuera, ajena a ella; en el otro, la perturbación es expresión de la vida anímica misma” (ibid)*

No exactamente aspectos psicosomáticos que hablan de una interrelación, sino la propuesta de epilepsia funcional así como apenas esbozado el efecto que tiene en lo anímico la enfermedad orgánica.

Posteriormente al hablar de carácter considera que no puede ser atribuido únicamente al yo, sino que parte se conforma por la incorporación de la instancia parental que perdura como superyó.

Y cuando hace un esfuerzo por terminar de establecer una teoría de las Pulsiones, al hablar sobre “La angustia y la vida pulsional” (1933) propone una pulsión de vida que se opone a una pulsión de muerte.

No solamente la resistencia como fenómeno clínico tradicional llevó al postulado de la pulsión de muerte, ejemplifica con una paciente la cual, aunque aparentemente curada de sus síntomas, sufría accidentes, como

* pag. 179

lastimarse una rodilla, un pie o una mano. Ante la clarificación de su participación en estos accidentes, “cambió, por así decir, de técnica. En lugar de los accidentes le sobrevinieron, a raíz de las mismas ocasiones, enfermedades leves, catarros, anginas, estados gripales, inflamaciones reumáticas.” (ibid)*

La explicación a este padecer Freud la explica como una necesidad inconsciente de castigo (que viene a encarnarse en la enfermedad) como un resto de conciencia moral y que por tanto debe provenir de una agresión interiorizada y asumida por el superyó.

Tenemos dos series por el momento:

Afecto - angustia - castración - visión.

superyó - culpa - enfermedad

Series que se entrecruzan en la aparición de la enfermedad y que parecen poder ser fácilmente ligadas con la última parte de ambas, enfermedad y visión.

La primera serie la veremos desarrollada en el tema de la visión así como su posible cruce con la segunda, en Freud algunos aspectos de la relación de la segunda aparecen precisamente en el trabajo en el que intenta hacer el “Esquema del psicoanálisis” (1940) al trabajar sobre la técnica considera dos tipos de resistencia que pueden ser llamados “necesidad de estar enfermo o de padecer. El primero de estos dos factores es el sentimiento de culpa o conciencia de culpa... es evidentemente, la contribución que presta a la resistencia un superyó que ha devenido muy duro y cruel... El individuo no debe sanar sino permanecer enfermo, pues no merece nada mejor..... (esta resistencia) suele consentir que nosotros cancelemos una forma del padecer neurótico pero está pronta a sustituirla por otra; llegado el caso, por una enfermedad orgánica. (ibid)*

Aquí aparece ya en toda su amplitud el aporte freudiano a la psicósomática, un elemento tan temprano en la obra psicoanalítica como el afecto, unido a la

* pag. 101

* pag. 180

represión, asociado a los aspectos básicos de constitución del sujeto como es la amenaza de castración y el complejo de edipo, el castigo ante los deseos efecto de la instancia psíquica del superyó y la formación de la enfermedad como expresión de la pulsión de muerte. La doble función de los órganos y agregaríamos la amenaza de castración que entra por los ojos y los ojos castigados por el pecado o falta.

Este aporte a lo psicossomático o esta psicossomática freudiana no fue continuada inmediatamente, el trabajo de sus discípulos se centró en las líneas muy trabajadas por Freud como fue el análisis de neuróticos, sin embargo existieron dos discípulos que trabajaron las enfermedades orgánicas que por ello son considerados los padres de la medicina psicossomática: G. Groddeck y S. Ely Jeliffe

5.1 El campo psicossomático, psicoanalistas pioneros.

Georg Groddeck

1866-1934

Nace en Baden, Baden, sur de Alemania, estudia medicina, instala un hospital para la atención de pacientes orgánicos previo a su conocimiento de la obra freudiana, en 1916 inicia una serie de conferencias para los pacientes de su clínica en las que plantea los siguientes postulados (Grossman y Grossman, 1974):

Sobre la enfermedad: “Cuerpo y alma es un todo, el ser humano no tiene dos funciones. El ser humano tiene dos almas: una consciente y otra inconsciente... Del combate entre estas dos almas provienen todas las enfermedades”(Groddeck, 1983)*

El alma inconsciente rige todo “la fuerza que nos gobierna y nos rige, el ello construye el cuerpo, crea los signos corporales del ser humano, nos da pies, manos, los ojos y su color, el cabello, un corazón grande o pequeño, un estómago sano o enfermo, y da forma a nuestra nariz; Todas estas son creaciones de ese ser increíble, a ese ser debe dirigirse el médico”
(ibid)*

* pag. 9

* pag. 10

Considera que existe un simbolismo sexual en los objetos y en los órganos, y a ese simbolismo debe dirigirse el médico, a veces interpellando al enfermo sobre su enfermedad o tratando de entender el significado simbólico del padecimiento. De su tratamiento dice haber descubierto que no podría curar sólo con baños y, tiene que recurrir a otros medios y a su particular concepción de la enfermedad asociada a la fantasía y a la represión.

“Se le asignan a la fantasía unos límites estrechos en los que no puede existir, entonces trabaja en el cuerpo hasta generar una enfermedad” (ibid)⁷

y trabaja el problema del deseo de alguna forma al proponer:

“... la fantasía de culpa, que ejerce una gran atracción en el ser humano..... se refiere a crímenes posibles..... con el sentimiento de culpabilidad va vinculado el sentimiento de ser castigado por ello..... con ayuda de esta fantasía uno puede procurarse el contagio de una difteria o una escarlatina. También se representan paralizaciones de miembros y enfermedades óseas como formas de castigo.”

Todo esto está motivado por la voluntad de protegerse de una pulsión.

“El deseo de ser martirizado juega un papel extraordinariamente grande, nunca se tendrá en cuenta lo suficiente en el caso de la enfermedad y su curación, las fantasías de enfermedad llegan hasta el punto de hacer caer enferma aquella parte del cuerpo que ha cometido el pecado y es así como con frecuencia el pecho femenino padece cáncer”(ibid)⁸

“He afirmado que en la vida del alma hay procesos que nosotros no conocemos; son los procesos inconscientes, los que gobiernan la vida y la hacen sana o enferma. Es en este punto donde se me plantean las dudas. Es difícil imaginarse como es posible que partiendo de los procesos del alma se pueda desarrollar un cáncer, una neumonía o una tuberculosis... Pero si ponemos en consideración que un ser humano atrapa la tuberculosis y no otro... todo eso debe convencernos de que hay algo además de los bacilos... estos problemas no están aún resueltos y probablemente no lo estarán en

⁷ pag 77
⁸ pags 80-81

años y siglos futuros, porque son demasiado complejos y delicados y porque son abordados muy superficialmente (ibid)*

“ el nombre de la gente está cargado de significación y desempeña un papel en el desarrollo de la enfermedad, la mención de un nombre puede provocar una bronquitis o un zumbido de oídos. Si a lo largo del día se pronuncian una veintena de nombres que llevan una gran carga, la capacidad de resistencia del organismo disminuye, se empobrece y tal vez ese día será incapaz de resistir los bacilos de la neumonía, o bien, de esa manera, ciertas toxinas que circulan en él no podrán ser eliminadas. Entonces aparecen inflamaciones, tumores, etc.” (ibid)*

Y posteriormente afirma: “con la mayor seguridad y lo puedo demostrar, que por motivos psíquicos se pueden formar abscesos, exantemas, aftas, considerados por los médicos como sifilíticos pese a que nunca haya habido contaminación entre esta gente: Son síntomas que se pueden curar psíquicamente. Y exactamente lo mismo sucede con el cáncer. No he tenido muchas oportunidades de tratarlo psicológicamente, pero he visto y tratado algunos tipos de cáncer que externamente tenían los mismos síntomas, ¿Cómo se distingue entre un cáncer maligno y otro benigno? Se operan los dos. Si el cáncer no reaparece tras la operación se estaba ante un cáncer benigno; en caso contrario la operación no sirve de nada. Si la intervención quirúrgica no ha resultado inútil se trataba de un caso benigno que es lo más frecuente...”

Una hipótesis atrevida, no probada aún, podría ser la de que el cáncer benigno es únicamente un cáncer psíquico provocado por representaciones psíquicas de angustia, que conducen a trastornos en el organismo y hacen aparecer en los órganos sanos un tumor... Querría referirme a la localización del foco canceroso, ya sea en el pecho o en la matriz, se desprende de ellos que las manifestaciones cancerosas están en relación con la vida sexual” (ibid)*

Dentro de su particular enfoque no distingue enfermedades, todas son simbólicas y son resultado del ello, además de coincidir con Freud en la enfermedad como castigo y la existencia de aspectos inconscientes, no

* pag. 103
* pag. 136
* pags. 144 145

propone enfermedades psicosomáticas, menciona la doble función de los órganos pero parece colocar en un segundo plano los elementos orgánicos.

Smith Ely Jelliffe
(1866 - 1945)

A la par de Groddeck el nombre de Smith Ely Jelliffe es citado entre los pioneros de la medicina psicosomática, también con una formación médica, como Groddeck

Sus primeros intereses profesionales se centraron en la Botánica Descriptiva, en 1899 fue nombrado editor asociado del *Journal of Nervous and Mental Disease*. De 1900 a 1905 su interés estaba en la neurología y la psiquiatría.

Para el año de 1913 ya era un activo participante del movimiento psicoanalítico y ese mismo año, junto con William A. White promovieron la primera publicación psicoanalítica en inglés *The Psychoanalytic Review*.

Conoce a Freud en 1921, quien le comenta de los trabajos de Groddeck, semejantes a los de Jelliffe.

Sus trabajos no están publicados en español y no son accesibles, algunos de los títulos de sus trabajos son los siguientes:

“Psoriasis as an Hysterical Conversion” (1916)

“Psychotherapy and Tuberculosis” (1919)

En colaboración con Elida Evans:

“Multiple Sclerosis, the Vegetative Nervous System and Psychoanalytic Research” (1920)

“Psychopatology and Organic Disease” (1925)

En el año de 1939 publicó su libro “*Sketches in Psychosomatic Medicine*”.

Algunas de las ideas que planteaba desde 1922 eran que la medicina como disciplina debía considerar la manera en que el pensar, rumiar, ensimismarse sobre el pasado “provocan y mantienen trastornos en las capas profundas de la actividad nerviosa dentro de las funciones metabólicas físico químicas y los órganos del cuerpo y, cuán simbólicos son éstos, a su vez, de los mismos factores psíquicos que se convierten en la motivación de los fenómenos físicos, señaló también que algún órgano u órganos deben soportar el embate de un conflicto de origen inconsciente continuamente desencadenado”

(Lewis, pag. 108-109, en Historia del Psicoanálisis, Tomo III)

Consideraba 3 niveles de funcionamiento. Vegetativo, neuromuscular y simbólico.

Con tan pocos elementos es difícil considerar el aporte de Jelliffe además de su labor editorial, al parecer su interés se centraba en los aspectos psicológicos de las patologías orgánicas y el valor simbólico de las enfermedades, sin embargo no es fácil ver en su obra su aportación psicoanalítica.

Su trabajo fue citado por Adolf Meyer y probablemente pueda ser inscrito en ese enfoque psicobiológico.

5.2 POST - FREUDIANOS

ESCUELA AMERICANA

Franz Alexander

(1891-1964)

La teoría del conflicto

Es una de las figuras más citadas con respecto a lo psicosomático. Nace en Budapest, después de intentar estudiar arqueología, estudia medicina y se interesa en la neurofisiología, después de la guerra se trasladó a Berlín, donde fue el primer alumno del Instituto Psicoanalítico de Berlín; se analizó con Hans Sachs y posteriormente se asoció al Instituto.

En 1930 se fue a Estados Unidos, empezó a trabajar en Chicago, lugar en el que ocupó la primera cátedra universitaria de Psicoanálisis, fue Director del Chicago Institute for Psychoanalysis que fue creado tomando como modelo el Instituto de Berlín. En 1939, junto con Flanders Dunbar, Stanley Cobb, Carl Binger y otros fundó la revista *Psychosomatic Medicine*.

En la definición de su objeto, hace una distinción entre el síntoma de conversión que es la expresión simbólica de un conflicto a través del cuerpo y la enfermedad psicosomática es la expresión de las emociones que conduce a una tensión y que la tensión sostenida provoca la disfunción.

El concepto que propuso fue el “análisis vectorial” se refiere a la presencia de 3 Vectores que pueden alterar a todos los órganos del cuerpo.

1. - El deseo de incorporar, recibir, tomar.
2. - El deseo de eliminar, dar, expandir energía.

3. - El deseo de acumular, retener (Kimball, 1970).

Los vectores pueden tener un matiz amoroso u hostil. Las tres cualidades vectoriales de incorporación, retención y eliminación son la dinámica de los procesos vitales.

En lugar de una teoría sobre la especificidad de la personalidad ellos desarrollaron una sobre la especificidad del conflicto.

Sin negar la importancia de la personalidad individual en la predisposición hacia cierto tipo de conflictos, Alexander se centraba a la situación inmediatamente anterior a la aparición de la enfermedad.

Cuando el individuo experimenta frustración ante eventos externos a través del mecanismo de la represión va a canalizar su frustración a través del órgano vulnerable que va a manifestar enfermedad.

Para explicar la elección de órgano Alexander hablaba de una vulnerabilidad del órgano, debida a herencia o al desarrollo temprano.

Ilustra su propuesta tomando varias enfermedades como prototípicas: Las enfermedades en las que aplicaron su investigación fueron: hipertiroidismo, neurodermatitis, ulcera péptica, artritis reumatoide, hipertensión esencial, asma bronquial, colitis ulcerosa.

La hipertensión emocional, según propone, “es el concomitante fisiológico de estados emocionales constantes o periódicos. El paciente hipertenso se encuentra sometido a una constante aunque no expresada tensión emocional que no se descarga mediante síntomas neuróticos. (Grotjan, 1968).

La agresión crónica reprimida puede conducir a una elevación crónica de la presión sanguínea. El análisis puede resolver el conflicto entre deseos receptivos, pasivo dependientes, femeninos frente a impulsos sobrecompensatorios, competitivos, hostiles y agresivos.

En 1934, señaló que con la ayuda del análisis vectorial se podrían comprender muchos síndromes gastrointestinales. El rasgo más sobresaliente en el psicoanálisis de los casos gástricos son los intensos deseos receptivos que están en conflicto con la lucha del paciente por su independencia. Alexander desarrolló una hipótesis de trabajo tipo lema que resume la

personalidad ulcerosa. *“Yo no quiero tomar o recibir, yo soy activo competitivo y eficiente y no tengo deseos de pasividad o dependencia...”*

La fórmula psicoanalítica para cinco pacientes sometidos al análisis por colitis ulcerosa fue distinta: *Tengo el derecho de tomar y exigir, porque siempre doy bastante. No me debo sentir inferior o culpable por mis deseos de recibir, puesto que doy lo mejor que tengo a cambio de lo que recibo*

.. la función eliminativa se transforma psicológicamente en el equivalente de dar y también de realizar, la situación más común de comienzo de la enfermedad, particularmente en los casos de colitis, es aquella en la cual el paciente perdió toda esperanza y está convencido de que no es capaz de realizar sus tareas. Regresa entonces a una forma infantil de realización, que es la eliminación gastrointestinal. La formulación dinámica del conflicto en los pacientes con constipación parece ser:

Yo no tomo ni recibo y en consecuencia no tengo necesidad de devolver nada.....

El análisis de los casos de asma reveló un conflicto entre las tendencias agresivo - masculinas y pasivo femeninas. El paciente durante sus crisis pide ayuda a su madre y teme separarse de ella. El prototipo del ataque de asma es el grito del recién nacido reclamando a su madre con su primera inspiración. En el análisis, el ataque de asma puede ser reemplazado por la confesión de un delito o una culpa.

Un periodo de llanto o una confesión pueden aliviar el asma y restablecer una buena relación con la madre (o su imagen). Es como si el paciente asmático actuara de acuerdo con el lema: *No puedo amar puesto que eso implicaría la pérdida de amor de mi madre.*

..en el análisis de 33 casos de artritis reumatoide. El conflicto inconsciente típico de los pacientes artríticos que en su mayoría son mujeres, es lo que comúnmente se denomina protesta masculina. La historia temprana revela padres dominantes, especialmente las madres, contra las cuales los pacientes artríticos se rebelan y luego se someten, esto produce una situación emocional tipo camisa de fuerza. Los pacientes artríticos son frecuentemente del tipo masoquista, autosacrificado.”(*ibid*)^{*}

El resto de los trabajos sobre diabetes mellitus, tendencia a los accidentes, longevidad y tuberculosis se publicaron sólo en forma preliminar o no se

^{*} pags. 114-115

publicaron. También se recogieron observaciones sobre pacientes con cáncer.

Los trabajos de Alexander tienen como base el modelo psicoanalítico, propone el concepto de análisis vectorial y sostiene su trabajo sobre el punto de vista dinámico al establecer como base de la enfermedad la teoría del conflicto, no establece perfiles de personalidad pero si trata de determinar el tipo de conflicto que subyace a la enfermedad orgánica y que la explica, no establece significado simbólico en la elección de órgano. Sus observaciones eran sobre pacientes que se encontraban en análisis.

Helen Flanders Dunbar (1902-1959)

Personalidad específica enfermedad específica

Trataba de sistematizar sus observaciones de que personas con enfermedades específicas poseían similares características de personalidad.

Obtuvo información de más de 1,600 pacientes para establecer perfiles de personalidad en 8 enfermedades en que ella pensaba que podrían establecerse relaciones psicósomáticas, estas eran:

Fractura, oclusión coronaria, enfermedad cardiovascular hipertensas, síndrome de angina, enfermedad reumática del corazón, arritmias cardíacas, fiebre reumática y artritis reumatoide, diabetes.

Estableció características específicas para cada uno de estos grupos en las categorías de: historia familiar, datos personales, historia de salud, lesiones, adaptación general, patrón característico de conducta, rasgos neuróticos, adicciones e intereses, situación de vida previa, reacción a la enfermedad y áreas de conflicto focalizadas y reacciones características.

Sobre la base de este trabajo propuso una Teoría de la enfermedad basada en la personalidad específica (Personality Specificity Theory of Disease) Kimball (1970)

Por ejemplo pacientes con hipertensión manifestaban una necesidad de tener paz y manifestaban conflicto entre buscar satisfacción para sí mismos o dedicarse a actividades para obtener metas externas. También encontraron rasgos obsesivos y perfeccionismo.

Pacientes con artritis reumatoide fueron identificados como tranquilos y sensibles, pero bajo la apariencia de buscar aceptación, paraójicamente se ocultaba una gran hostilidad.

Sus trabajos tanto son considerados de orientación psicoanalítica como de corte psicobiológico, inspirados en Adolf Meyer.

Dentro de la corriente psicósomática se manejan tres enfoques o escuelas principales: la psicoanalítica, que se considera como un trabajo clínico basado en conceptos psicoanalíticos; la fisiología de las emociones o psicofisiología; la psicobiología o comprensión holística de la naturaleza del individuo.

Tanto a Flanders como a Jelliffe se les considera en este último enfoque.

Powell (1978) considera que el trabajo de Flanders estaba más orientado hacia la clínica invitando a los médicos a una visión integral del paciente, observando cuatro aspectos de su personalidad: anatómico, fisiológico, psíquico e inmunológico, tratando de establecer que tipo de alteración o enfermedad este paciente podría presentar.

En palabras de Dunbar: “ la dicotomía entre psique y soma... es el resultado de la forma en que el método científico se ha desarrollado en medicina y no existe en el organismo mismo. no existe la especialidad de la medicina psicósomática, sino sólo un enfoque de los problemas que surgen en todas las especialidades médicas” (1965)*

Posteriormente menciona algunas enfermedades en las que “se han bosquejado problemas psicósomáticos”:

Enfermedades infecciosas:

Aunque se explica la posible sorpresa del lector explica que aún en las epidemias cabría preguntarse por que algunas personas enferman y otras no; plantea que inicialmente debe atenderse al paciente, posteriormente el proceso de enfermedad y por último el síntoma.

Cita las alergias, enfermedades de los conductos respiratorios superiores, enfermedades cardiovasculares, genitourinarias, perturbaciones endocrinas y metabólicas, enfermedades degenerativas, ojos, oídos, nariz y garganta y las neurosis.

* págs. 11-12

Sólo menciona la importancia de conocer que en ellas existen aspectos emocionales que deben ser atendidos por el médico, como conceptos mencionan los conflictos fundamentales, defensas contra los conflictos y el manejo de la ansiedad.

La importancia del enfoque psicosomático radica en que en el 80% de los pacientes el enfoque psicosomático es importante para el diagnóstico y tratamiento y recomienda que se preste atención al tratamiento psicosomático de los pacientes en fases iniciales de la enfermedad e investigar en técnicas que puedan evitar la cronicidad de una enfermedad.

Aún cuando conceptualmente el abordaje de Dunbar no sea muy enriquecedor su trabajo parece haber servido de base para el desarrollo de instrumentos y conceptos para poder cumplir el proyecto de establecer perfiles de personalidad y conseguir apoyar la prevención de enfermedades

5.3 POST-FREUDIANOS ESCUELA INGLESA

*MELANIE KLEIN - ANGEL GARMA
(1882-1960)*

En los trabajos de Melanie Klein no existe una definición del paciente psicosomático ni una diferenciación entre pacientes neuróticos, histéricos y psicosomáticos, dentro de su conceptualización teórica las posiciones esquizo-paranoide y depresiva, determinantes en el desarrollo mental, eran recorridas en el primer año de vida y expresadas en la vida adulta con un estilo predominante de ansiedades, defensas y relaciones de objeto.

Sin embargo, al poner énfasis en el primer año de vida como base de la estructuración y considerando que el paciente psicosomático expresa con el cuerpo un modo de relación que preexiste a la aparición de la palabra, autores kleinianos como Angel Garma intentaron aplicar el modelo psicoanalítico freudiano, ampliado con las aportaciones kleinianas para explicar enfermedades psicosomáticas como las úlceras gástricas y duodenales.

En su texto *Génesis psicosomática y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales* (1954) además de mencionar la importancia de la emoción en el origen de las enfermedades psicosomáticas, intenta establecer lo siguiente en la génesis de la úlcera “frecuentemente interviene un **conflicto actual** del enfermo provocado por los dos factores siguientes: **dependencia amorosa**

de una persona e insatisfacción genital con ella u actividad profesional que exige demasiados esfuerzos (obra citada, pag. 27) *

La justificación teórica de su trabajo esta basada en el modelo kleiniano en que dado que el primer contacto con el objeto se da con el pecho de la madre y en función del alimento, esto permite que la madre sea internalizada como buena o mala y que exista un mundo interno tanto como un mundo externo y que en el bebé las sensaciones que experimenta en el acto de alimentación les da un significado que pueden intervenir en sus intercambios alimentarios y objetales posteriores.

Por ello, la teoría de la génesis de la úlcera propuesta por Garma desde 1944 es la siguiente: “la madre internalizada mala, agresiva digestivamente, actuando en un individuo en regresión instintiva oral digestiva” (ibid)*. Y cuando habla de la infancia del ulceroso encuentra una frustración y agresión debida a un superyó prohibidor y agresivo. Con respecto a la personalidad del ulceroso menciona que a nivel oral digestivo existe una hiperactividad gástrica y su conducta exterior presenta “algo análogo, como es el desarrollo de una personalidad activa, independiente y emprendedora. Por ello los autores de habla inglesa han caracterizado al ulceroso como alguien “closed mouth”, “self- sufficient” y “go getter” (ibid) *

Menciona que en el paciente ulceroso la represión es muy intensa, incluso la represión de los dolores previos, ya que su superyó exigente no le permite preocuparse de sus síntomas. Las observaciones que presenta son sobre pacientes que se encontraban en análisis.

Aunque la conceptualización teórica difiere de la freudiana, el perfil de personalidad coincide con el contemplado por los anteriores autores, exigencias profesionales y una intensificación del superyó, que provoca la enfermedad.

5.4 POST-FREUDIANOS ESCUELA DE PARÍS

Pierre Marty

El pensamiento operatorio

Destacado representante de la escuela francesa psicossomática, fue miembro de la Sociedad Psicoanalítica de Paris, alumno de Sacha Nacht, realizó

* las negritas son del autor
* pag. 75
* pag. 149

trabajos junto con Michel de M'uzan, también miembro en algún momento de la SPP. (Roudinesco, 1993)

En los años 50's inician sus trabajos en los que mencionan que el psicoanálisis no sólo se aplica al campo de la neurosis y que al aplicarse al campo médico da origen a una nueva disciplina, la Psicósomática.

En su trabajo clínico en el Dispensario de Psicósomática, del servicio de la Clínica Neuroquirúrgica, recibían pacientes de neurología y de otros servicios hospitalarios, lo que les llevó a reflexionar y hacer trabajar la conceptualización de los cuadros clínicos básicos y proponer en los pacientes psicósomáticos tipos de personalidad nuevos o poco explorados.

En los pacientes atendidos por ellos no encontraban las organizaciones neuróticas o psicóticas, pero sí estaba presente el conflicto, el cual era resuelto por una organización psicósomática en la que intervenían mecanismos psicológicos y actividades sensorio motrices.

Encuentran dificultades en ubicarlos en los cuadros típicos y en un cuadro amplio de enfermedades los ubicarían cerca de las neurosis de carácter en cuanto hay una alteración de la personalidad y una congelación de los recursos.

Intentan explicar el funcionamiento mental del paciente psicósomático tomando el psicoanálisis y los puntos de vista genético, económico y dinámico.

En cuanto a lo económico proponen un principio de equivalencia energética, este se refiere a que “existe una equivalencia entre la actividad relacional con un objeto externo, la actividad relacional con la representación de un objeto externo; la actividad mental en cuanto a tal, intelectual o fantasmática, y la actividad funcional somática perturbada.” (Marty y de M'uzan, 1967) *

La falla en la representación es de importancia fundamental, en el psicósomático o faltan las actividades de representación, se reducen al acompañamiento de la relación con el objeto externo o son insuficientes para la vida pulsional sobrecargada constitucionalmente.

102013107E

Lo anterior provoca que la energía no pueda ser elaborada y perturbe la función somática, lo que también nos hablaría de una falla del yo en su función de integración.

La ausencia en la dimensión simbólica es para ellos, manifiesta en los psicósomáticos más puros y le llaman pensamiento operatorio.

En el texto de 1967: “Este se presenta como una actividad consciente, sin nexo orgánico con un funcionamiento fantasmático de nivel apreciable que dobla e ilustra la acción sin verdaderamente significarla y esto en un campo temporal limitado. No queremos decir que se trate siempre de un pensamiento rudimentario, pues puede ser fecundo técnicamente, por ejemplo, en el campo de la abstracción, pero le falta siempre la referencia a un objeto interno vivo.

Este pensamiento entra en una relación blanca; el sujeto está presente en la investigación, pero vacío. El diagnóstico de una forma tal de funcionamiento mental, sobre todo si es predominante, adquiere un valor semiológico indudable.” (ibid)*

En su libro describen las entrevistas con los pacientes y posteriormente presentan sus observaciones, cabe mencionar que en los pacientes es posible encontrar un superyó rígido y ausencia de llanto en todos los casos, excepto en el # 6

Entre las conclusiones finales plantean que el ser psicoanalista es exigido para trabajar en psicósomática, establecen como elementos primarios de trabajo que el investigador pueda entender su posición

Las “ interrelaciones afectivas entre el y el enfermo, los movimientos inconscientes en uno y en otro y la calidad y el papel de las catexis energéticas..... si somos ciegos a las formas originales de emergencia del ello en el psicósomático, nos exponemos en primer lugar a no comprender los problemas en cuestión y luego a provocar, involuntariamente y sin darnos cuenta, una sobrecarga funcional que puede resultar muy peligrosa.” (ibid) *

* pag. 33
* pags. 318-319

Y la descripción que hacen del paciente psicossomático es la siguiente:

“Se trata de un sujeto cuya primera impresión es la de una adaptación social correcta, y aún excelente, que no presenta organización neurótica o psicótica propiamente dicha y en el cual la desviación con respecto a la norma parece exclusivamente ligada a las anomalías somáticas. La ausencia de libertad fantasmática constituye una de sus más importantes características, para nosotros uno de los elementos semiológicos esenciales.

La carga ligada a los afectos y a las emociones, mal llevada y poco o nada elaborada por las funciones mentales, parece infiltrarse rápidamente en la vía somática. Se da cierta pobreza del fantasear y de la vida onírica, así como cierto empobrecimiento de la comunicación interpersonal, asociado con una desecación y una esclerosis de la expresión verbal, de modo que las olas inconscientes no parecen por lo general perturbar la superficie lisa de una conciencia aparentemente simple: un conjunto de rasgos que en realidad revelan a menudo un proceso somático patológico grave...

Tenemos la franca impresión de que el sujeto está separado de su inconsciente: el magma fantasmagórico de la primera infancia, mezcla de sensaciones y de afectos, ajeno a la lógica, indiferente en gran medida a la realidad, se ve mantenido en él a distancia, de suerte que, si no resulta perdido, está como ausente.

Si consideramos globalmente la evolución de la personalidad, sacamos la impresión de un tabicamiento estanco, que se establece entre sus diferentes niveles: de ahí, sin duda, esa imposibilidad que tiene el inconsciente de emerger en forma de representaciones. En todo caso, las que pueden observarse son sacadas de un contexto de urgencia práctica y apenas trascienden la realidad actual.

Tales representaciones se inscriben en un modo original de aprehensión y de manipulación de la realidad – una realidad estrecha y como fosilizada– que hemos designado repetidamente como *pensamiento operatorio*. Así pues, el ello, que no se ve acogido en el ámbito mental para encontrar ahí expresión, pero que no deja de ser dinámico y sensible a todos los estímulos, queda cuajado en formas somáticas más o menos distorsionadas en las que resulta comprometida la integración de las funciones perturbadas..... la viva

impresión que produce el psicossomático de anteponer lo cuantitativo a lo cualitativo.

Queda por saber el origen de tal orientación de la personalidad... nos encontramos ante cierto determinismo profundo, arcaico... aquí encuentran donde ubicarse los conceptos psicoanalíticos de fijación y regresión” (ibid)*

En un texto más reciente (1992) trabajan la evolución de su propuesta iniciada en 1947 y los conceptos fundamentales de su trabajo, el pensamiento operatorio (1962) la depresión esencial(1966) y la desorganización progresiva (1967).

La noción de pensamiento operatorio era bastante clara en el texto descrito, en un trabajo posterior *L'ordre psychosomatique* de 1980 explicaban lo siguiente:

a. La noción de vida operatoria reemplaza relativamente a la de P.O. para tener en cuenta, mejor, la disminución del pensamiento frente a la importancia que adquieren los comportamientos. Las escasas representaciones que parecen existir son (como los sueños) pobres, repetitivas y llevan impreso el sello de lo actual y lo fáctico.

b. La vida operatoria, ligada a la *depresión esencial* constituye una etapa de relativa cronicidad, una disposición frágil, un estado inestable que se instala en el curso de una *desorganización progresiva* lenta. Aparece sembrada de incidentes o accidentes psicossomáticos.

c. La investigación de un sujeto operatorio pone en evidencia en la mayoría de los casos, la persistencia, automática, de un determinado carácter a expensas de las organizaciones del yo. Estamos ante una reducción del individuo a cierta uniformidad social. (Marty, 1992)*

La depresión esencial, antes llamada por ellos psicossomática o depresión sin objeto fue llamada así porque constituye la esencia de la depresión, es decir, la disminución de la energía libidinal sin ninguna contracarga.

En cuanto a la desorganización progresiva la definen como: “La destrucción de la organización libidinal de un individuo en un momento dado. Corresponde en parte al concepto freudiano de desintrincación y el calificativo progresiva pone en evidencia que el movimiento retrógrado no es

* pags. 320-322
págs 36-38

jamás frenado por ningún sistema regresivo válido. En la mayoría de los casos la desorganización culmina en un proceso de somatización. Los fenómenos clínicos son una de las manifestaciones más claras de la pulsión de muerte.” (ibid) *

El trabajo de los franceses toma como base el pensamiento freudiano al utilizar conceptos como los puntos de vista tópico y dinámico, sin embargo tienen que desarrollar conceptos propios como los ya citados (pensamiento operatorio, depresión esencial y la desorganización progresiva) para poder explicar el fenómeno psicossomático.

M. Sami Ali

Es psicoanalista y profesor en la Universidad de París VII, es el fundador y director de la Unidad de Investigación en Psicossomática, antes fue profesor de la Universidad de Alejandría.

En su libro “Corps Réel, Corps Imaginaire” de 1977 (traducido al castellano con el título Cuerpo real, Cuerpo Imaginario y publicado por Paidós en 1996) podemos ver como inicia su investigación sobre los trastornos psicossomáticos, en este trabajo considera al cuerpo en su doble referencia como cuerpo real y cuerpo imaginario y va a proponer como elemento básico de constitución del sujeto el mecanismo de proyección.

En dicho texto hay una referencia constante a la visión, además de que en dos de los pacientes mencionados existen dificultades visuales y en una nota a pie de página destaca “en virtud de su proximidad con el pensamiento, la vista goza de un privilegio que los otros sentidos no tienen”(nota 4, pag. 35).

Retoma, de Freud, el tema de lo extraño inquietante, lo desconocido conocido que Sami Ali remite a un momento de constitución del sujeto ligado al reconocimiento del rostro que es devuelto por la mirada del otro y lo relaciona con la proyección al decir que esto parece inherente al acto de la proyección, ya que lo extraño es lo que se ha puesto de él en el otro.

* pag. 42

Para poder crear una diferencia entre dentro y fuera se originan los mecanismos de proyección e introyección, establece un enlace entre su trabajo y el de Marty y de M'uzan al proponer que la carencia en la función proyectiva es lo que causa la personalidad llamada operatoria.

Precisamente en uno de los casos que trabaja * habla de una joven que presenta un defecto de convergencia visual que él relaciona con una estructura de carácter rígida.

Y en el mismo texto al hablar sobre la condición metapsicológica del cuerpo propone: El cuerpo es así una función de síntesis cuya proyección marca los momentos esenciales. Pero la proyección es en primer término sensorial: en efecto, en virtud de las primeras relaciones objetales, se desarrolla lenta y pacientemente, a través de toda la sensoriomotricidad y especialmente de la visión binocular.

... un proceso de proyección que configura un adentro y un afuera, antes de introducir la tercera dimensión, y objetos imágenes del cuerpo, antes de llegar a la objetividad. La proyección vuelta hacia lo imaginario nace partiendo de esas adquisiciones esenciales. Cuando falta la proyección nos encontramos en presencia de esa forma empobrecida de funcionamiento que Marty llama "el pensamiento operatorio" (ibid) *

El rostro es el primer objeto visual y establece 3 tiempos en el proceso de reconocimiento de uno mismo "el primer tiempo es el de no tener rostro, el segundo es el de tener el rostro del otro y el tercer tiempo se define por la percepción del rostro del otro como otro, (ibid) *

La somatización esta ligada al proceso de proyección, por defecto o por exceso de este mecanismo.

Sus investigaciones giran principalmente en torno a dos series de afecciones, las alergias y la psicosis. (1984)

En las psicosis es extraño que se presenten las enfermedades orgánicas, esto debido a que el mecanismo de proyección funciona en exceso y lo deposita

* pag 79
* pag. 80
* pag. 116

todo en el exterior y en este tipo de afección la enfermedad orgánica surge sólo cuando se debilita el funcionamiento proyectivo y en las alergias la relación con el otro es tan cercana - debilitamiento de la proyección - que es difícil reconocerse separado del otro y así el sistema inmunológico depende de esta relación con el otro.

El trabajo de Sami Ali además de investigar sobre estas problemáticas le da importancia a lo visual en relación con el mecanismo de la proyección, como si la visión fuera el medio través del cual funciona el mecanismo y contrasta lo visual con lo táctil. (su trabajo anterior hacía la relación de que el primer objeto táctil es el pecho y el primer objeto visual es el rostro)

En el análisis del caso Schreber el delirio que este presentaba es considerado corporal ya que el cuerpo carecía de interioridad y estaba puesto en el mundo exterior y las construcciones delirantes eran intentos de delimitarse frente al otro y poseer una realidad corporal..

Uno de los delirios de Schreber es ser visto por Dios a través de los rayos que son lo visible y el órgano de la visión, en el sistema de Schreber existe una primacía de lo visual, las voces son vistas porque son rayos.

Los ojos de Schreber captan los rayos, son el blanco de milagros, hay hombres pequeños que le impiden la visión, tiran de sus párpados hacia arriba y hacia abajo.

El síntoma de la migraña lo explica en relación con el lazo entre el acto de ver y la cabeza donde se efectúa el acto visual, la migraña surge cuando no es posible establecer una diferencia entre el dentro y el fuera. La enfermedad aparece cuando falla o disminuye la proyección, en la alergia la enfermedad afecta al cuerpo real porque la función proyectiva es insuficiente.

En un texto posterior: "Pensar lo somático" publicado años después (1991), postula 12 categorías para poder efectivamente pensar lo somático desde el psicoanálisis, las cuales son:

1. - Cuerpo real - cuerpo imaginario.
2. - Sentido primario - sentido secundario del síntoma orgánico.
3. - Imaginario (proyección) - banal (ausencia de proyección).
4. - Función psicósomática constituida - función psicósomática en vías de

constitución.

5. - Regresión - imposibilidad de regresión.
6. - Síntoma neurótico o psicótico (formación simbólica)- equivalente orgánico de un síntoma neurótico o psicótico.
7. - Represión lograda - represión fallida.
8. - Represión de un contenido imaginario - represión de la función de lo imaginario.
9. - Impasse superado (psicosis) impasse no superable (somatización)
10. - Causalidad lineal - causalidad circular.
11. - Somatización reversible - somatización irreversible.
12. - Pasaje de lo psíquico a lo somático - pasaje de lo somático a lo psíquico. (ibid)*

En uno de los ejemplos mencionados distingue, a un paciente enfermo de cáncer, el que es posible ver el triunfo de la represión y el sometimiento a las normas, más un exceso de adaptación que de una falta, la obediencia a lo exterior de tal manera como si el superyó fuera el otro, en una forma totalmente corporal, si el otro cubre esa función del superyó debe ser efecto de una proyección, de acuerdo al autor

La represión surge desde la infancia cuando el menor trata de hacer coincidir lo percibido con lo que debe ser, entonces es como si hiciera un “ajuste” en sus sentidos

Observemos que el paciente mencionado atribuye su cáncer a las lagrimas contenidas.

En este paciente existe, según Sami Ali, una sola línea que recorre su texto: “La represión lograda de la función de lo imaginario en provecho de la adaptación social que mediatiza el superyó corporal..... la somatización aparece en correlación negativa con lo imaginario cuando, en una situación sin salida, el conflicto se revela insoluble por impensable.

Lo cual crea, independientemente de toda enfermedad orgánica particular así como de todo perfil psicológico específico, una situación de riesgo máximo que predispone a la somatización. Esta puede ser precipitada por la pérdida, imposible de elaborar, del objeto narcisista” (ibid)*

* pag. 28

* el subrayado es nuestro

* pag 48

Aunque se niega a establecer perfiles de personalidad, menciona que la represión de lo imaginario de forma duradera favorece el surgimiento de una personalidad que de su apego a la realidad, armoniza con las normas socioculturales y se esfuerza en obedecerlas. Si en este tipo de personalidad se presenta una enfermedad será necesariamente orgánica. Por ello menciona que en este tipo de pacientes existe una patología de la adaptación caracterizada por la represión de lo imaginario. Trabaja otra vez el problema de la visión como un poder acomodarse en el espacio, en un espacio imaginario en que se encuentran los objetos.

Posteriormente Sami Ali insiste, en, a diferencia de Freud, proponer a la psicosis como un proceso psicosomático, y en considerar no sólo la represión o la ausencia de represión como posibilidades sino que propone una tercera posibilidad, la represión que persiste sin conocer el fracaso y esta es la que él ha encontrado en las patologías psicosomáticas, la represión no de contenidos sino de la función de lo imaginario

Esta patología de la adaptación crea un campo en que la enfermedad orgánica es posible y puede estar asociada a fallas en la función real del sujeto que sólo se reconoce por su adaptación a las normas y cuyas enfermedades no tienen valor simbólico.

Los trabajos de los autores contemporáneos, aún cuando parten de la teoría psicoanalítica, están desarrollando conceptos nuevos o replanteando la postura psicoanalítica, Sami Ali retoma y replantea la problemática del mecanismo de la proyección como elemento fundante de constitución y determinante de patologías como alergia y psicosis. Por lo cual le brinda una importancia especial a la visión. Coincide con el modelo freudiano en mecanismos como la represión, e insiste en la definición del paciente psicosomático y en la importancia de la función de lo imaginario

6. SITUACIÓN ACTUAL DE LA PSICOSOMÁTICA

Existen muchos y muy variados trabajos sobre la psicología, Marty es considerado como un pionero en el campo y trabajos recientes lo citan y coinciden o discrepan de sus aportaciones.

Andre Green (1994) Joyce McDougall (1987, 1993); Juan David Nasio (1996) trabajan bajo un enfoque psicoanalítico y en perspectivas no psicoanalíticas se reflexiona sobre el papel del afecto y la enfermedad psicosomática en el trabajo de Roberto Sivak y Adriana Wiater (1997)

Joyce Mc Dougall:

Miembro de la Sociedad Psicoanalítica de París, sin formación médica, la experiencia clínica la hizo reflexionar sobre la psicosomática, su trabajo se enfoca a establecer las diferencias entre el paciente neurótico y el psicosomático, al igual que Green intentan delimitar los elementos de la estructura psicosomática, sus diferencias o semejanzas con los casos límite y la psicosis, las etapas tempranas en las que se establece la separación entre psique y soma (prepsíquica o prehistórica) o el momento en que lo psíquico se pierde entre el soma y lo real.

Investiga sobre la dificultad para el análisis en este tipo de pacientes ya que el “aplastamiento del lo psíquico” (Green, 1998) impide u obstaculiza el proceso analítico.

Para McDougall el principal factor que contribuye a la vulnerabilidad psicosomática le constituye la capacidad del paciente para expulsar tanto las representaciones como los afectos correspondientes.

Sus propuestas incluyen el establecimiento de un simbolismo preverbal por el cual la enfermedad es un modo de comunicación, una estructura de la personalidad en la que lo edípico se encuentra afectado por una fantasía preverbal en la que el cuerpo del niño y de su madre se confunden, un aspecto económico en el que la tensión se descarga en acto y no en elaboración psíquica

El afecto y su incapacidad para mostrarlo es la base de su investigación, en Freud, el afecto se convierte, desplaza o manifiesta físicamente como en las neurosis actuales, en el psicosomático el afecto no pasa por ninguna elaboración psíquica, por ello no puede “encontrarse”

Como Green contrasta y semeja el funcionamiento psicótico y el psicosomático, el psicótico no está adaptado y el psicosomático es el más adaptado, en el psicótico el pensamiento es delirante, en el psicosomático el cuerpo es el que delira.

Lo que mencionan sobre el paciente psicossomático: aplastamiento de lo psíquico, mecanismos de somatización opuestos a la mentalización, carácter “hiperadaptado a la realidad” (McDougall, 1993) tendencias a anular o ahogar la afectividad” y la necesidad de lidiar con una angustia de muerte coinciden con lo propuesto por otros autores.

El trabajo de ellos continua intentando definir la estructura, los mecanismos, atraer la atención de los psicoanalistas a este problema y a partir de lo anterior intentar trabajar analíticamente la psicossomática.

Podemos notar que en estos trabajos no existe la intención de establecer perfiles de personalidad asociados a enfermedades, sino tratar de entender la estructura del paciente psicossomático en general, la formación del psique soma como lo intentan Green, McDougall.

O delimitar las características del desarrollo infantil y sobre todo la relación temprana con la madre, ya que al mencionar la dificultad del paciente con el pensamiento y la función maternante del psicossomatólogo, parece cubrir una falla en la función maternante de enseñar a pensar (Marty, 1992)

Otros trabajos encaminados hacia la comprensión del paciente psicossomático se han enfocado al concepto de alexitimia, perturbación cognitivo-afectiva en la que es evidente la dificultad para expresar estados cognitivos con palabras y establecer una delimitación entre afecto y sensaciones corporales.

La palabra alexitimia proviene del griego: *a*: falta, *lexis*: palabra, *thymós*: afectos. Es decir, ausencia de verbalización de afectos. (Sivak y Wiater, 1997)

Este concepto fue desarrollado en la década de los 70's por P. Sifneos y J. Nemiah.

Se han desarrollado instrumentos para la medición de la alexitimia y se ha encontrado tanto en sujetos con enfermedades psicossomáticas como en quienes no presentan enfermedades de ese tipo, por lo que actualmente se trabaja en su determinación en diferentes trastornos, su valor predictivo y su estatuto como trastorno de la personalidad y factor psicológico en relación con la salud.

7. Consideraciones generales sobre la psicopatología psicoanalítica

Parece ser claro que al psicoanálisis le interesa el cuerpo, desde un inicio a Freud le preocupó saber que pasaba con el cuerpo y como éste podía explotar, fue el único de su tiempo que escuchó la queja de las histéricas, que presentaban sus cuerpos como estallados, esa línea del intentar apresar lo que sucede en el cuerpo marca la obra psicoanalítica desde Freud hasta nuestros tiempos, el interés por lo que sucede en el cuerpo del paciente cuando éste irrumpe en la sesión y el preguntarse quienes son ahora los pacientes que están en los divanes, que pasa con su cuerpo y quienes son los psicopáticos.

Y al preguntarnos lo anterior tratamos de entender otra vertiente y lazo con el cuerpo, el problema del afecto, en el sorprendente cuerpo de la histérica había una vivencia teñida de afecto, que no fue expresado, ¿qué escena existe detrás del paciente psicopático?, si en la histeria es el Edipo, en el psicopático es algo muy temprano, en el inicio, en el origen.

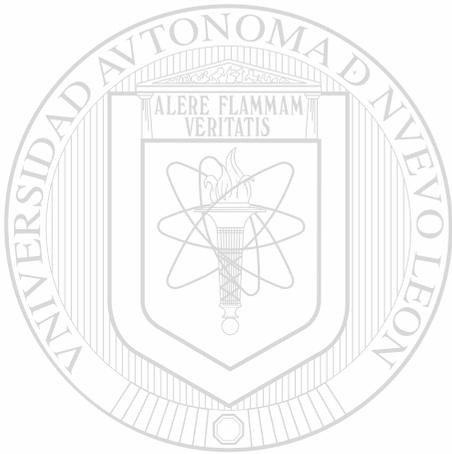
Seguimos preguntándonos por el afecto expresado, ni en actos ni en su forma más leve de llanto, nosotros insistimos en este punto que es notable desde los orígenes del psicoanálisis, el problema de afecto, todos los autores coinciden en el elemento que hemos propuesto, el afecto que no se expresa ni en el cuerpo como sería el llanto.

El afecto no se expresa como resultado de un conflicto, que asociamos con la castración por su manifestación visual. Y este afecto que encontramos es un afecto no expresado y que debe estar asociado con angustia, angustia que se remite en forma última a la castración y a la muerte. Esta angustia sin palabra, esto no se dice por prohibido que remite también a un poder oculto y poderoso que estructuralmente se vincula a la importante presencia del superyó.

Nuestra propuesta coincide con lo descrito anteriormente, algo surge en el paciente que llamamos conflicto, que impide la utilización del mecanismo que había funcionado hasta el momento, suponemos la existencia de este impresionante superyó que podrá ser determinado en su dedicación al trabajo y su sentido de responsabilidad.

El afecto no se expresa, no existe lugar para el afecto, sólo para el trabajo, el llanto permanece ausente y esta imposibilidad de descarga primitiva o corporal marca la zona en la que surgirá la enfermedad realmente desestructurante, la corioretinopatía serosa central

En nuestro trabajo queremos proponer la existencia de estas características y apuntar que a pesar de que lo visual fue señalado desde el importante trabajo de Freud de 1912 no ha sido, como otra serie de enfermedades, considerado como un campo de la psicósomática, por lo cual consideramos que las enfermedades visuales y en particular la que mencionamos, a través del conocimiento de quienes la padecen nos permitirá establecerla como una enfermedad psicósomática.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO 2

EL OJO, LA VISIÓN Y SU SIGNIFICACIÓN PSICOANALÍTICA

2.1 ANTECEDENTES

Escasamente encontramos menciones sobre la visión en la historia de las enfermedades psicosomáticas, los órganos que eran considerados importantes eran corazón, cerebro y estómago, el ojo y la visión no son mencionados significativamente.

La única referencia de la época de inicio de la psiquiatría es la de Pierre Pinel quien mencionaba a las neurosis oftálmicas en su clasificación de las neurosis, publicada en 1803, en el orden de las anomalías nerviosas locales, en el género LVIII. Neurosis oftálmicas, postula 3 tipos de neurosis:

Especie 1ª Hemeralopía - disminución de la visión al caer el día.

Especie 2ª Nictalopía - visión nocturna mejor que diurna.

Especie 3ª Amaurosis - oscurecimiento de la vista (Postel y Quérel, 1987).

En rigor no podemos hablar de que existía una psicosomática de la visión, ni aún ahora podríamos afirmarlo, encontramos como única referencia la mención de la ceguera histérica como una alteración significativa, pero que formaba parte de la florida sintomatología de la histeria, que, como ya mencionamos, era capaz de simular cualquier enfermedad.

En el siguiente punto trataremos de abordar el significado psicoanalítico del ojo y la visión inicialmente en los textos freudianos para posteriormente revisar los aportes de psicoanalistas contemporáneos y con ello pretendemos sentar las bases para una psicosomática de la visión a partir de la enfermedad visual que trabajaremos

2.1.1 El problema de la visión

“ A través del hueco de su retina se podría ver muy en el fondo de su inconsciente ”

*Sigmund Freud
carta a Arnold Zweig
10 de septiembre de 1930*

En esta primera parte intentaremos ver, como dentro del cuerpo de conocimiento freudiano surge el problema de la visión y como cobra importancia en relación con la castración y la constitución del sujeto, por ello haremos un recorrido histórico en su desarrollo conceptual.

La utilización de la cocaína en la anestesia del ojo

El interés por el ojo y la visión aparece tempranamente en la obra de Freud, tan tempranamente como en 1884-1885, ya que en esta época investigaba las propiedades de la cocaína y además de su probable utilización como sustituto de la morfina, intentaba demostrar la aptitud de esta sustancia para anestesiar la córnea y la conjuntiva del ojo.

El Dr. L. Königstein, por sugerencia de Freud, utiliza la cocaína para aliviar el dolor y porque limita la secreción de la patología ocular, y el Dr. C. Koller, al margen de las investigaciones de Freud, consigue con esta sustancia una analgesia y anestesia de la córnea y la conjuntiva. Ambos eran reconocidos oftalmólogos en esa época.

El Dr. Koller trabajó con humanos y animales en esta investigación y presentó sus resultados en el Congreso de Oftalmología de Heideberg en el que se reconoció la importancia de la cocaína como anestésico local. (Freud, 1884)

Debido a que el gran descubrimiento en relación con la cocaína ya había sido realizado y a las consecuencias que le trajo esta parte de su trabajo, Freud se apartó de este campo y se acerca a las investigaciones por las que será principalmente reconocido.

2.1.2 La visión y la histeria

En 1885 realiza estudios de oftalmología en Viena durante 3 meses, en París conoce al Dr. Henri Parinaud (1884-1905) conocido oftalmólogo y describe que el Hospital de la Salpêtrière cuenta con una sala oftalmológica, indispensable para trabajar en el campo de las histerias.

Cuando Freud presenta su informe de lo aprendido en París, menciona, que, en opinión de Charcot, la clínica de la histeria le permitió ver en los casos típicos, rasgos distintivos somáticos (carácter del ataque, anestesia, perturbaciones del sentido de la vista, puntos histerógenos) que permitían establecer el diagnóstico de histeria (Freud, 1886) *

Así, la perturbación de la vista se convierte en uno de los indicadores de la histeria, de tal manera que, cuando Koller le ofrece un micrótopo para facilitar sus estudios al microscopio Freud, a vuelta de correo, le responde lo siguiente:

“Si quieres regalarme algo que necesite urgentemente, mi anhelo se inclina sobre un perimetro. Como clínico, en efecto, tengo que ocuparme muy especialmente del estudio de la histeria y hoy en día, en este terreno no hay derecho a publicar lo que fuere sin medición del campo visual”.

Sigmund Freud
13 de octubre de 1886
(Huot, 1987 pag. 23)

En octubre de 1886 después de presentar su artículo “Sobre la histeria en el hombre” ante la Sociedad de Medicina. Meynert le pidió que presentara un caso de histeria masculina y junto con el oftalmólogo Köningstein quien había atendido los síntomas oculares del paciente, realizó la presentación en noviembre de ese año.

* el subrayado es nuestro

“ sintió la mitad izquierda de la cabeza como tocada por un rayo; sus ojos se debilitaron mucho y a menudo veía todo gris..... Por otra parte, los reflejos de la conjuntiva y de la córnea están disminuidos también en el ojo derecho, sólo que en grado menor; Y ya por este comportamiento de los reflejos puedo concluir que las perturbaciones de la visión no están limitadas a un sólo ojo -- el izquierdo -- De hecho, cuando lo examiné por primera vez, el enfermo presentaba en ambos ojos la peculiar *polyopia monocularis* de los histéricos y perturbaciones del sentido del color. Con el ojo derecho discernía todos los colores, salvo el violeta que decía ser gris; con el izquierdo, sólo un rojo y un amarillo claros, en tanto que a los otros colores los consideraba grises, si eran claros, y negros si oscuros.” (Freud, 1886)

En el artículo “Histeria” al hablar de la sintomatología y dentro de las perturbaciones de la actividad sensorial se esfuerza por reconocer las manifestaciones de dificultades visuales de carácter histérico y su diferencia con las orgánicas refiriendo. “ La perturbación histérica de la visión consiste en una amaurosis unilateral o ambliopía, o en una ambliopía bilateral, nunca en una hemianopsia. Sus síntomas son: fondo de ojo normal, cancelación del reflejo conjuntivo (debilitamiento del reflejo de la córnea) estrechamiento concéntrico del campo visual, reducción del sentido de la luz y acromatopsia. A raíz de ésta última, se pierde primero la sensación del violeta, y las que más persisten son las sensaciones del rojo y el azul. Los fenómenos no responden a ninguna teoría sobre la ceguera para los colores; las diversas sensaciones de color se comportan de manera independiente entre sí.

A menudo se trata de perturbaciones de la acomodación y de falsas inferencias extraídas de ellas. Los objetos cobran diferente magnitud según se los acerque al ojo o se los aleje de él y se les ve duplicados o multiplicados (diplopía monocular con macropsia y micropsia)” (Freud, 1888).

2.1.3 La hipnosis y la visión

Al mismo tiempo que trabaja en este diagnóstico diferencial de las alteraciones de la visión orgánicas de las histéricas, realiza el trabajo terapéutico utilizando la técnica de la hipnosis que guarda relación con el tema que nos ocupa, ya que la técnica hipnótica iniciaba fijando la mirada en el sujeto, ejerciendo una dominación visual (y en la palabra) y posteriormente se le pedía que cerrara sus ojos con lo que simbólicamente renunciaba a su voluntad y en un intercambio de miradas se ponía en manos del otro y lo que anunciaba el fin del poder sobre el hipnotizado era permitirle que despertara o abriera los ojos con lo que recuperaba el dominio.

Los métodos que sustituyeron a la técnica de Mesmer de los países eran de la siguiente manera:

Por un lado estaba la fascinación: se pedía al paciente que mirara a un punto fijo, luminoso o no, probablemente a los ojos del entrevistador. Este método fue utilizado en la escuela de Salpêtrière.

Por otro lado estaba la técnica de abbé Faria que combinaba esta anterior con una orden verbal imperativa, otros lo hacían con una voz más suave y baja. Esta técnica fue utilizada por la escuela de Nancy.

Con el fin de terminar con el estado hipnótico, los primeros mesmeristas utilizaban métodos tales como soplar a los ojos de los sujetos (Elleberger, 1976).

Freud había conocido tanto la técnica de Charcot como la de Janet; sobre la técnica del hipnotismo dice lo siguiente:

“ A primera vista los procedimientos para producir la hipnosis no tienen mucho en común, se puede hipnotizar manteniendo delante de los ojos, inmóvil por algunos minutos, un objeto brillante, o aplicando a la oreja del sujeto durante ese mismo lapso un reloj de bolsillo, o pasando repetidas veces la mano abierta frente a su rostro y miembros a corta distancia de él. Pero puede obtenerse lo mismo anunciando a la persona que se quiere hipnotizar, con calma seguridad, su ingreso al estado hipnótico o sea <apalabrándole> la hipnosis.

También pueden conjugarse los dos procedimientos. Por ejemplo, se hace tomar asiento a la persona, se mantiene ante sus ojos un dedo, se le ordena mirarlo fijamente y entonces se le dice: <Usted se siente fatigado. Sus ojos se le cierran, ya no puede tenerlos abiertos. Siente pesados sus miembros, ya no puede moverlos. Usted se duerme, etc. > (Freud, 1890).

Al siguiente año Freud recomienda que los pacientes a ser hipnotizados primero vean a otras personas en hipnosis para que aprendan como deben conducirse y describe el proceso de esta forma: “De preferencia se procederá del siguiente modo:

Se hará sentar al enfermo en una silla cómoda, pidiéndole que preste atención y que no hable desde ese momento, pues hacerlo le estorbaría adormecerse, se aflojará toda pieza de vestir ajustada y los testigos se situarán en un lugar de la habitación donde él paciente no pueda verlos.

La habitación será puesta en penumbras, se procurará tranquilidad. Tras estos preparativos, uno se sitúa frente al paciente y le exhorta a fijarse en dos dedos de la mano derecha del médico, y a prestar atención al mismo tiempo a las sensaciones que le irán sobreviniendo. Pasado un breve lapso, quizás un minuto, uno empieza a apalabrar al paciente las sensaciones de adormecimiento, por ejemplo:

< Ya veo que con usted va rápido, su rostro ya ha tomado una expresión tiesa, su respiración es profunda, está totalmente tranquilo, le pesan los párpados, sus ojos se entrecierran, ya no ve con nitidez, tendrá que tragar saliva enseguida pues sus ojos se cierran y usted se duerme >”(Freud, 1891).

2.1.4 La visión en los Estudios sobre la histeria

Sigue siendo la visión un indicador importante y rasgo característico de las histéricas, en la aportación de Breuer, el caso Anna O, en la descripción clínica de la segunda fase de la enfermedad surge un *strabismus convergens* así como perturbaciones graves de la visión “perturbaciones visuales de difícil análisis”(Breuer, 1895) *

“ Por ejemplo, entre las perturbaciones de la visión se tramitaron una por una: el *strabismus convergens* con diplopía, desviación de ambos ojos hacia la derecha, de suerte que la mano aprehensora caía siempre hacia la

izquierda del objeto, limitación del campo visual; ambliopía central, micropsia; visión de una calavera en vez del padre, incapacidad para leer” *

Asociado con estas imágenes el tratamiento de la época buscaba reproducir la escena visual y luego eliminarla, así operaba un ver y cegar.

En el caso de la señora Emmy Von N en la nota 8 pag. 74 menciona que se ponía las gafas que se había quitado antes de adormecerse, y en la nota 23 en la pag. 85 al hablar sobre las imágenes de una lagartija gigantesca menciona Freud “..... Recuérdese, por otra parte, la macropsia histérica. La señora Emmy era miope y astigmática en alto grado y es posible que muchas de sus alucinaciones fueran provocadas por la falta de nitidez de sus imágenes visuales” (Freud, 1895).

En el caso de Miss Lucy R. no existe ninguna alteración visual, sin embargo en la nota 4 al referirse a algo que la paciente sabe y no sabe al mismo tiempo, conoce y desconoce, Freud menciona haber pasado por la misma situación y no haber notado la contradicción y lo describe con las siguientes palabras que hacen referencia a la visión o a su falta “... Viendo con mis ojos fui presa de aquella ceguera que tanto nos asombra en la actitud de las madres hacia sus hijas, de los maridos hacia sus esposas, de los señores hacia sus favoritos”.
(Freud, 1895)

Así que en este momento Freud hacía referencia a uno de los significados simbólicos de la visión, en relación con el darse cuenta. Incluso poco antes, en la nota necrológica sobre Charcot, Freud hace referencia a la visión de éste, no sólo a su mirada, que le había impresionado sino al significado simbólico de ver más allá que otros y menciona lo siguiente “ Se preguntaba por qué en la medicina los hombres sólo veían aquello que ya habían aprendido a ver, se decía que era asombroso que uno pudiera ver de pronto cosas nuevas - nuevos estados patológicos - que, empero, eran tan viejas como el género humano.” (Freud, 1893)

Con Katharina sus ataques de angustia eran acompañados por una visión:

“< ¿ Piensa usted siempre lo mismo, o ve algo frente a sí cuando tiene el ataque? >

< Sí, siempre veo un rostro horripilante, me mira tan espantosamente, yo le tengo miedo>”

En el último de los historiales, caso Elizabeth, no existe ninguna referencia a la visión, excepto en la descripción del método de tratamiento que buscaba, mediante presión en la cabeza, provocar imágenes y ocurrencias.

Hasta ese momento, en la mayoría de los casos parecía que las pacientes enfermaban por algo que habían visto, como si la imagen, a través del ojo, fuera lo patógeno (Huot, 1987)

*Correspondencia con Fliess
Sexualidad, culpa y visión.*

En la carta # 50 de la Correspondencia Completa con Fliess, menciona a un paciente en el que aparece una relación entre lo visual y lo genital orgánico, dice del Dr. Z. médico, que presenta irritabilidad orgánica en los ojos, fosfenos, enceguecimiento, escotomas, desde hace 4 meses, momento de su casamiento, esto ha ido en aumento hasta tener que suspender el trabajo.

Como explicación a estos síntomas Freud menciona la masturbación y la falta de potencia sexual, que lleva a iniciar el proceso de divorcio.

Para Freud, este es un caso ordinario, sólo le resulta interesante como, a pesar de su formación médica, el paciente presenta estos problemas.

Aunque este caso parece mostrar en ciernes lo que consiste la teoría final de la relación entre visión y castración, Freud lo deja por este momento (agosto 1894).

Aparece el tema del ojo justo cuando se acerca al tema del Edipo, en la carta 109 refiriéndose a un sueño en relación con la muerte de su padre, acaecida el 23 de octubre de 1896, Freud relata lo siguiente: “ Tengo que contarte un gustoso sueño de la noche que siguió al entierro; estaba en un local y leía ahí un cartel:

Se ruega cerrar los ojos

Al local lo reconocí enseguida como la peluquería que visito diariamente. El día del sepelio tuve que esperar algo ahí y por eso llegué un poco tarde a

la casa del duelo. Mi familia se mostró entonces descontenta conmigo por haber yo dispuesto que los funerales fuesen discretos y sencillos, lo cual luego se reconoció muy atinado. También me echaron un poco en cara el retardo.

La frase del cartel es en doble sentido y quiere decir, en ambas direcciones: <Uno tiene que cumplir con su deber hacia el muerto >. (Una disculpa, como si yo no lo hubiera hecho y necesitara indulgencia; y el deber tomado literalmente. El sueño emana entonces, de aquella inclinación al autorreproche que regularmente se instala en los supérstites” (Cartas a Wilhelm Fliess, 1985)*

Como lo va a explicar posteriormente, el cerrar los ojos se refiere al acto real de cerrar los ojos del muerto como un acto de piedad y de cierre, así como el cerrar los ojos ante las faltas de la persona muerta.

La visión está otra vez asociada al darse cuenta o el cegarse a la realidad en el acto de cerrar los ojos o disminuir su visión

En su carta del 21 de septiembre de 1897 menciona su secreto, en sus palabras: “No creo más en mi neurótica” refiriéndose con ello a que ya no le era posible seguir pensando que en el origen de la neurosis se encontraba una seducción real realizada por el padre.

Al mencionar las razones para su descreimiento en segundo lugar: “Después la sorpresa de que en todos los casos el padre debiera ser inculpado como perverso sin excluir al mío propio... en tercer lugar la evidencia que en el inconsciente no existe un signo de realidad de suerte que no se puede distinguir la verdad de la ficción poblada de afecto. (Según esto queda la solución de que la fantasía sexual se adueña regularmente del tema de los padres)” (ibid)* pag. 284

2.1.5. El edipo y la visión

Y en la carta del 15 - octubre de 1897 Freud menciona la famosa expresión. “También en mí he hallado el enamoramiento hacia la madre y los celos hacia el padre y ahora lo considero un suceso universal de la niñez

* pag. 214

* pag. 284

temprana, aunque no siempre tan temprana como en los niños hechos histéricos... Si esto es así, se comprende el poder cautivador de Edipo Rey a despecho de todas las objeciones que el entendimiento eleva contra la premisa del hado, y se comprende por qué el posterior drama de destino debía fracasar tan miserablemente.....

... Cada uno de los oyentes fue una vez en germen y en la fantasía un edipo así, y ante el cumplimiento del sueño traído así a la realidad retrocede espantado con todo el monto de la represión que separa su estado infantil de su estado actual”(ibid) *

Además de la importancia que tiene el descubrimiento del deseo en el sujeto y la realidad psíquica, el postulado del Edipo acercará el tema de la visión poco a poco: en la carta del 15 de marzo de 1898 a propósito de los Sueños al mencionar los capítulos que lo compondrán escribe:

“ Observaciones sobre Edipo Rey, los cuentos del talismán, quizás Hamlet, encontrarán su lugar. Antes debo leer sobre la saga de Edipo, todavía no sé dónde” (ibid) *

En “La Interpretación de los Sueños” (1900) Freud hace referencia a los ojos en varios sentidos, por un lado, indicando que el dormir lo conseguimos:

“ cerrando las vías sensoriales más importantes, los ojos”

Cuando trabaja entre los sueños típicos los sueños de muerte de personas queridas para entender el deseo de muerte de los padres Freud lo explica introduciendo la leyenda de Edipo, su interpretación se centra en el amor, la culpa y el castigo.

En: Los medios de Figuración del Sueño, al hablar sobre las alternativas y expresar como se muestran en el sueño retoma lo que ya había expresado a Fliess en la correspondencia de la siguiente manera: “La noche anterior al entierro de mi padre soñé con una pizarra, un mural o un cartel anunciador impreso -- como la placa que en la sala de espera de los ferrocarriles anuncia la prohibición de fumar – donde se leía:

o bien < *Se ruega cerrar los ojos*>

* pag. 293
* pag. 332
* pags 258-276

o bien < *Se ruega cerrar un ojo* >

lo que yo suelo representar en la siguiente forma:

los
< *Se ruega cerrar ojo (s)* >
un

Cada una de esas dos versiones tiene su sentido particular y lleva a la interpretación del sueño por un camino diverso. Había yo escogido el ceremonial más sencillo posible, porque sabía lo que el muerto pensaba sobre tales protocolos.

Pero otros miembros de mi familia no estaban de acuerdo con semejante sencillez puritana; opinaban que de suyo los haría avergonzarse ante los condolientes. Por eso uno de los textos del sueño ruega cerrar un ojo, o sea mostrar indulgencia”.

A diferencia de lo expresado en la carta a Fliess con respecto a que el sueño había sucedido la noche posterior al entierro, aquí el sueño antecede al funeral, sin embargo persiste el significado simbólico de la visión con respecto a no ver o ver con indulgencia a Freud, no culparlo por el sencillo funeral así como el “deber tomado literalmente” se refiere tanto al hecho real de cerrar los ojos del difunto como al cerrar los ojos antes sus faltas.

2.1.6 Edipo y castración, esbozo

Aunque empieza a retomar la tragedia de Edipo, no toma en consideración especialmente el castigo físico que éste se inflinge, ni enfatiza el simbolismo de la ceguera como impedimento para ver el mal que cometió ni la limitación física es considerada como carencia o castración.

Tampoco establece una equivalencia simbólica entre genitales y castración.

La castración entendida como una amenaza del padre como respuesta a las faltas cometidas por los hijos empieza a insinuarse en las referencias a Cronos y Zeus, entendiendo la agresión de Cronos al devorar a sus hijos y la venganza del hijo por medio de la castración y suplantación de Zeus hacia su padre.

Esto lo desarrolla como elementos de agresión paterno-filiales y lo trabaja en los sueños de sus pacientes, remitiendo los componentes agresivos a las

amenazas recibidas en la infancia por jugar con los genitales.
(La interpretación de los sueños)

Los valiosos ojos

En el artículo “Sobre el Sueño” ejemplificando la interpretación de un sueño y sobre todo la utilización de las asociaciones “*involuntarias que perturban nuestra reflexión*” de su sueño revela lo siguiente. “*Una reunión de personas, banquete o <table de hôte>. Se come espinaca... La señora E. L. está sentada a mi lado, se me consagra por entero y pone confianzudamente su mano en mi rodilla. Yo le aparto la mano poniéndome a la defensiva. Ella dice entonces: <Pero ha tenido usted siempre unos ojos tan lindos. > Yo veo entonces de manera no nítida algo como dos ojos a guisa de dibujo o como el contorno de unas gafas.....*

¡La señora E. L. es la hija de un hombre a quien yo *he debido dinero!* Mis ocurrencias sobre el sueño establecen conexiones que en el sueño mismo no son visibles.

Cuando alguien espera que otro se afane por procurarle provecho sin extraer de ello un provecho propio, ¿acaso no suele preguntársele irónicamente a ese cándido: <¿Cree usted que esto o aquello le será dado *por sus lindos ojos?*> Hete aquí, entonces, que el dicho de la señora E. L. en el sueño, <*Es que ha tenido usted siempre unos ojos tan lindos*> no significa sino esto: <A usted la gente siempre le ha dado todo por amor; usted lo *ha tenido todo gratis*. Lo contrario es, desde luego, lo cierto: Todo lo más o menos bueno que otros me concedieron yo lo he pagado caro. Por eso, buena impresión tiene que haberme causado el que ayer yo tuviera gratis el coche en que mi amigo me llevó a casa.

Además, el amigo en cuya casa fuimos ayer los huéspedes me ha hecho muchas veces su deudor. No hace mucho dejé pasar, sin aprovecharla, una oportunidad de retribuirle. De mí tiene un único obsequio, un plato antiguo sobre el que se han pintado por doquier unos *ojos*; es uno de los llamados *occhiale* para defenderse del *malocchio*. Además, él es médico oculista. En esa misma velada le pregunté por un paciente que le había enviado para que le recetase *gafas*” (Freud, 1901).

Lo valioso es la visión y se le dan las cosas gratis a los que tienen lindos ojos, a los que nos las necesitan porque tener la visión es tener todo y no tenerla implica la castración.

En otro artículo intenta explicar por qué, ante los olvidos de nombres, lo que aparece extraordinariamente claro es la imagen, citando el ejemplo de Signorelli, aunque había olvidado por completo el nombre del pintor, aparecía hipernítido el recuerdo visual de sus cuadros y el autorretrato; cuando ante el olvido no aparecen nombres substitutivos incorrectos aparece un elemento visual intensificado. .”(Freud, 1901)

2.1.7 Ojos valiosos en riesgo por el Edipo

En su trabajo sobre la vida cotidiana, en el apartado VIII que trata sobre el trastocar las cosas confundido menciona una equivocación con una paciente: “Con una dama muy anciana a la que visito desde hace años dos veces cada día, toda mi actividad médica se reduce a dos actos: le instilo algunas gotas de colirio en los ojos y le aplico una inyección de morfina.

De ordinario ya hay preparados dos frasquitos, uno azul para el colirio y uno blanco para la solución de morfina. Mientras ejecuto ambas operaciones, las más de las veces mis pensamientos van hacia otra cosa; es que las he repetido tanto que la atención se libera.

Una mañana reparé en que el autómata había trabajado erradamente, había introducido el gotero en el frasquito blanco en lugar del azul, y entonces no había instilado colirio en el ojo, sino morfina. Me espanté mucho pero luego me tranquilicé reflexionando en que algunas gotas de la solución de morfina al dos por ciento no podrían producir daño alguno ni siquiera en el saco conjuntival. La sensación de espanto, era evidente, debía derivarse de otra parte.

En el intento de analizar este pequeño yerro, se me ocurrió ante todo la frase. << *sich an der Alten vergreifen*>> {maltratar a la vieja}, que pudo indicar el camino directo hacia la solución. Estaba yo bajo la impresión de un sueño que la tarde de la víspera me había comunicado un joven, y cuyo contenido no admitía otra referencia interpretativa que el comercio sexual con la propia madre. La singularidad de que la saga no se escandalizase por la edad de la reina Yocasta me pareció muy acorde con la conclusión de que el objeto de enamoramiento nunca es la persona presente de la propia madre, sino su imagen mnémica juvenil, que se ha guardado de la infancia... Abismado en pensamientos de esa especie, acudía a mi paciente, cuya edad

sobrepasaba ya los noventa años, y debo de haber estado en camino de aprehender el carácter humano universal de la fábula de edipo como el correlato del destino que se exterioriza en el oráculo, pues enseguida <<maltraté a la vieja>> {sich an Alten vergreifen} o <<trastoqué las cosas confundido respecto de la vieja>> { vergreifen sich hei der Alten.}.

Pero también este trastocar las cosas confundido fue inocente; de los dos errores posibles - aplicar la solución de morfina a los ojos o inyectar el colirio- había escogido el que era mucho más inofensivo” (Freud, 1901).

El error inofensivo pero aún relacionándolo con el edipo no especifica por qué fue en la visión en este momento.

2.1.8 Visión y castigo

El edipo en relación con la visión un poco más adelante se vincula a otra observación que puede hacer referencia a la lesión visual como castigo: “ La señora X., de ambiente burgués acomodado, está casada y tiene tres hijos. Sin duda es nerviosa, pero nunca le hizo falta un tratamiento enérgico, pues está bien dotada para hacer frente a la vida. Cierta día se atrajo una desfiguración de su rostro bastante impresionante, pero pasajera. Iba por una calle que estaban arreglando, tropezó con un montón de piedras y se golpeó en pleno rostro contra la pared de una casa.

Toda la cara le quedó llena de rasguños, los párpados se le pusieron azulinos y edematosos, y temerosa de que algo le pasara en sus ojos mandó por el médico..... momentos antes del accidente había visto en el lado opuesto de la calle un bonito cuadro; le entró el repentino deseo de poseerlo como adorno para el cuarto de los niños, y por eso quiso comprarlo enseguida: entonces fue en línea recta hacia el comercio sin prestar atención a la calle, tropezó con el montón de piedras y cayó dándose en pleno rostro contra la pared de una casa, sin hacer el menor intento de protegerse con las manos. - “ Pero, ¿ por qué no miró usted mejor? ” le pregunté”- Y bien, - replicó - quizá fuera un *castigo* a causa de la historia que ya le he referido a usted en confianza..... se trataba de un aborto.... me angustiaba pensar que una cosa así podría quedar sin castigo. Ahora que usted me ha asegurado que no me ocurre nada malo en los ojos quedo suficientemente tranquila; De todos modos ya he sido *suficientemente castigada*” (ibid) *

* pags. 180-183

2.1.9 Ojos sensibles

En el mismo trabajo, hace referencia a una observación del Dr. Karl Weiss sobre la obra de A. Strindberg que relata lo siguiente en relación con la visión: “ <<Después de un rato el conde llegó realmente y se acercó a Esther con calma, como si la hubiera convocado para un encuentro.

<< ¿ Has esperado mucho? - preguntó con voz apagada.

<< Seis meses, como tu sabes - respondió Esther - Pero, ¿ me has visto hoy?

<< Si, hace un momento, en el tranvía; y te miré a los ojos, de suerte que creía hablar contigo.

<< Muchas cosas han “sucedido” desde la última vez.

<< Si, y yo creía que todo había terminado entre nosotros.

<< ¿ Cómo es eso?

<< Todos los pequeños regalos que tenía de ti se hicieron pedazos, y de misteriosa manera. Y esta es una antigua advertencia.

<< ¡Qué me dices! Ahora recuerdo una multitud de sucedidos que juzgué casuales. Cierta vez mi abuela, cuando éramos buenas amigas, me regaló unos quevedos. Eran de cristal de roca pulido, excelentes para las autopsias, una verdadera maravilla que yo guardaba con todo cuidado. Cierta día *rompi* con la anciana, y ella me cobró inquina. Y entonces, en la autopsia siguiente, sucedió que los lentes se cayeran sin causa. Creí que simplemente se habían partido, los envié a reparar. Y no, siguieron rehusándome su servicio: fueron puestos dentro de un cajón y se han perdido.

<< ¡Qué me dices! Es curioso que lo atinente a los ojos sea lo más sensible.

Tenía unos prismáticos que me regaló un amigo, tanto se adecuaban a mis ojos, que usarlos era un goce para mí. Este amigo y yo nos enemistamos. Tu sabes, eso pasa sin causa visible; a uno le parece como si no estuviera de acuerdo consigo mismo. La vez siguiente que quise usar esos prismáticos de ópera no pude ver claro. El vástago era demasiado corto y yo veía dos imágenes. No necesito decirte que ni se había acortado el vástago, ni la distancia entre mis ojos había aumentado. He aquí un milagro que sucede todos los días, y que el mal observador no advierte. ¿La explicación? *La fuerza psíquica del odio es mucho mayor de lo que creemos...*”

(ibid)

La visión de Dora

¹ pags. 208-209. el subrayado es nuestro

Aún en los artículos sobre técnica se encuentran referencias a la visión, en El método psicoanalítico de Freud, al marcar la diferencia entre su propio método y el hipnótico establece que el médico se sustrae a la vista del paciente y que éste ya no tiene que cerrar los ojos, o cuando menos ya no es la indicación del médico, los ojos deben estar bien abiertos podríamos decir: se ruega mantener los ojos abiertos.

En el “Análisis Fragmentario de una Histeria, publicado en 1905 aunque los síntomas de Dora no indican alteraciones visuales características de las histéricas, incluso, Freud menciona que podrían encontrarse casos más interesantes, existen algunas menciones a la visión como el hecho de que el papá de Dora sufrió un desprendimiento de retina, lo que le ocasionó una disminución permanente de la visión, *

Lo que pudiera pensarse que le impidió ver lo que pasaba con Dora y el Sr. K.... o en otra parte del texto * en que la gobernanta le abre los ojos a Dora sobre las relaciones entre su padre y la Señora K. y sobre su gobernanta y lo que sentía por su padre le resultaba muy visible “ciega por un lado era lo bastante penetrante hacia el otro” (ibid) *.

En ese mismo trabajo introduce el concepto de *solicitud somática* para referirse a la posibilidad orgánica para que se dé el síntoma histérico, indica con ello el proceso normal o patológico en el interior de un órgano del cuerpo, o relativo a ese órgano; la parte psicológica se asienta sobre ese proceso (ibid) *

Freud hace referencia al Edipo al mencionar los lazos que se establecen entre los hijos y sus padres “... cuán temprano se ejerce la atracción sexual entre padres e hijos y he mostrado que la fábula del Edipo debe entenderse como la elaboración literaria de lo que hay de típico en esos vínculos” (ibid) *

En el segundo sueño de Dora hay una escena que alude a la fascinación por la imagen “permaneció dos horas frente a la Sixtina, en una ensoñación calma y admirada. Cuando se le preguntó que le había gustado tanto en el cuadro, no supo responder nada claro.

* el subrayado es nuestro

pag. 33

pag. 33

pag. 37

pag. 50

Al final dijo: <<La Madonna>>”.

2.1.10 El ojo y la sexualidad

En sus ensayos para establecer una teoría sexual, en el primero de ellos, que alude a las desviaciones de la sexualidad, intenta establecer en que consiste la sexualidad normal y traza una relación entre el tocar y mirar indicando: “Algo semejante ocurre con el mirar, derivado en último análisis del tocar.

La impresión óptica sigue siendo el camino más frecuente por el que se despierta la excitación libidinosa”(Freud, 1905).

Trabajando las pulsiones parciales y las zonas erógenas Freud dice lo siguiente: “No obstante, en el placer de ver y de exhibirse, el ojo corresponde a una zona erógena” (ibid) *

En este momento el ojo y la visión se relacionan con la sexualidad de la que habla Freud y con un contacto con el objeto y el deseo a partir de la visión.

2.1.11 El Ojo y lo fálico infantil

Y en el segundo ensayo, en el apartado sobre las pulsiones parciales habla de interés del niño por observar y mostrar los genitales, menciona: “Niños pequeños cuya atención se dirigió alguna vez a sus propios genitales - casi siempre por vía masturbatoria - suelen dar sin contribución ajena el paso ulterior, y desarrollar un vivo interés por los genitales de sus compañeritos de juegos. Puesto que la ocasión para satisfacer esa curiosidad, casi siempre se presenta solamente al satisfacer las dos necesidades excrementicias, esos niños se convierten en *voyeurs*, fervientes mirones de la micción y defecación de otros.

Sobrevenida la represión de estas inclinaciones, la curiosidad de ver genitales de otra persona (de su propio sexo o del otro) permanece como una presión martirizante, que en muchos casos de neurosis presta después la más potente fuerza impulsora a la formación de síntoma” (ibid) *

En el siguiente Ensayo al hablar sobre el primado de las zonas genitales y el placer previo, vuelve a hablar sobre el ojo: “Echemos de nuevo un vistazo al modo en que las zonas erógenas se insertan en el nuevo orden.

* pag. 154

* pag. 175

Sobre ellas recae un importante papel en la introducción de la excitación sexual. El ojo, que es lo más alejado del objeto sexual, puede ser estimulado (reizen) casi siempre, en la situación de cortejo del objeto por aquella particular cualidad de la excitación cuyo suscitador en el objeto sexual llamamos <<belleza>>.

De ahí que se llame <<encantos >> {reize} a las excelencias del objeto sexual” (ibid) * pag. 191)

Al trabajar sobre las teorías sexuales infantiles propone por primera vez el complejo de castración y refiere la impresión que causa la vista de la diferencia de sexos y cómo la percepción tiene que ser falsificada ante el terror de la castración como posibilidad. (Freud, 1908).

Entonces a partir de 1909 aparece la palabra castración como un elemento fundamental para entender el desarrollo infantil y sus repercusiones, aunque siguen sin considerarse entre los símbolos fálicos los ojos.

Sin embargo, en el análisis de la fobia de un niño de 5 años incluye alusiones a la visión y castración, por ejemplo en la nota # 9 Freud se pregunta por qué Hans y otros niños niegan lo que su visión (o percepción) les revela, es decir, la falta de pene en las niñas “¿Por qué estos jóvenes investigadores no comprueban lo que realmente ven, a saber, que no hay ahí ningún hace pipí?” (Freud, 1909).

En otro historial clínico publicado, “A propósito de un caso de neurosis obsesiva”, Freud considera, al escuchar al paciente hablar sobre el comienzo de la enfermedad y su infancia que: “ Vemos al niño bajo el imperio de un componente pulsional sexual, el placer de ver, cuyo resultado es el deseo, que aflora siempre de nuevo y con mayor intensidad cada vez, de ver desnudas a personas del sexo femenino que le gustan.”; y al hablar sobre *El gran temor obsesivo* este se relaciona con:

“Durante el alto, perdí mis quevedos... telegrafíé a mi óptico de Viena para que a vuelta de correo me enviara unos de remplazo... Al atardecer del día siguiente, el mismo capitán le alcanzó un paquete llegado con el correo y le dijo: << El teniente A pagó el reembolso por ti. Debes devolvérselo a él >>”.

* pag 191
el subrayado es nuestro

No sabemos si el paciente volvió a utilizar las gafas o no, pero pareciera posible establecer un nexo entre esta incrementada pulsión de ver, con el extravío de unas gafas y con el significado que tiene para él la visión, por ejemplo en los apuntes originales sobre un caso de neurosis obsesiva llevadas a la par que el caso y en las que en la nota del 8 de dic. pag. 229 escribe: “Otra vez ve a mi hija que *en lugar de los ojos tiene dos emplastos de excrementos, es decir, que no se ha enamorado de sus lindos ojos, sino de su dinero.*”

Y en los apuntes del 6 y 7 de enero Freud relaciona el rostro con los genitales al equiparar los sueños de dientes con la masturbación.

3. Doble función de la visión

Y por fin en 1910 dedica, en un artículo realizado por encargo y en homenaje al oftalmólogo Leopold Königstein, todo un trabajo a la visión y sus alteraciones de origen psicológico.

En este trabajo inicia revisando la ceguera histórica como el prototipo de alteración psicógena de la visión y establece que: “son los mismos órganos y sistemas de órgano, los que están al servicio tanto de las pulsiones sexuales como de las yoicas. El placer sexual no se anuda meramente a la función de los genitales... y los ojos no perciben sólo las alteraciones del mundo exterior importantes para la conservación de la vida, sino también las propiedades de los objetos por los cuáles estos son elevados a la condición de objetos de la elección amorosa: sus < encantos>... a nadie le resulta fácil servir a dos amos al mismo tiempo.” Mientras más íntimo sea el vínculo en que un órgano dotado de esa doble función entre con una de las grandes pulsiones, tanto más se rehusará a la otra. Este principio tiene que producir consecuencias patológicas cuando las dos funciones básicas estén en discordia, cuando desde el yo se mantenga una represión {esfuerzo de desalojo} contra la pulsión sexual parcial respectiva, la aplicación de esto al ojo y a la vista se obtiene fácilmente.

Si la pulsión sexual parcial que se sirve del <<ver>> - el placer sexual de ver - se ha atraído, a causa de sus hipertróficas exigencias, la contradefensa de las pulsiones yoicas, de suerte que las representaciones en que se expresa su querer - alcanzar cayeron bajo la represión y son apartadas del devenir

* el subrayado es nuestro

consciente, queda perturbado el vínculo del ojo y del ver con el yo y con la conciencia en general. El yo ha perdido su imperio sobre el órgano, que ahora se pone por entero a disposición de la pulsión sexual reprimida... la represión emprendida por el yo ha llegado muy lejos..... pues ahora el yo no quiere ver nada más, luego de que los intereses sexuales en el ver han esforzado hasta tan adelante. Empero, sin duda es más acertada la otra exposición, que sitúa la actividad en el lado del placer de ver reprimido.

Constituye la venganza, el resarcimiento de la pulsión reprimida, el hecho de que ella, coartada de un ulterior despliegue psíquico, pueda acrecentar su imperio sobre el órgano que la sirve, la pérdida del imperio consciente sobre el órgano es la preciosa formación substitutiva de la represión fracasada que sólo se posibilitó a ese precio

Solemos traducir del siguiente modo los oscuros procesos psíquicos sobrevenidos a raíz de la represión del placer sexual de ver y de la génesis de la perturbación psicógena de la visión. es como si en el individuo se elevara una voz castigadora que dijese: << Puesto que quieres abusar de tu órgano de la vista para un maligno placer sensual, te está bien empleado que no veas nada más>>” (Freud, 1910)*

3.1. El simbolismo del ojo y la visión

En “La interpretación de los Sueños” al hablar sobre la figuración de símbolos en el sueño, aunque el texto inicial no incluye el simbolismo de la visión, en la pag. 400, en la nota a pie de página N. 60 ya no puede dejar de relacionar el edipo con la visión, en la nota agregada en 1911 hace referencia a los sueños edípicos, y en la misma nota pero en un agregado de 1914 por fin Freud hace referencia a esta otra parte de Edipo. “ Acerca de otros sueños edípicos disfrazados en que se destaca el simbolismo del ojo, véase Rank (1913 a). En el mismo lugar se hallarán otros trabajos acerca de sueños de ojos y simbolismo del ojo, de Eder (1913) Ferenzci (1913d) y Reitles (1913 a). El encegucimiento en la saga de Edipo, así como en otras partes, hace las veces de la castración.”*

En un artículo sobre técnica, publicado dos años después, al hablar sobre las condiciones del médico que se dedica al análisis, recomienda que previamente se someta a una purificación psicoanalítica y se de cuenta de

* el subrayado es nuestro
* el subrayado es nuestro

sus propios complejos que pudieran afectarle en su escucha analítica, ya que “cualquier represión no solucionada en el médico corresponde, según certera expresión de W. Stekel, a un <<punto ciego>> en su percepción analítica >>” (Freud, 1912).

En Tótem Y Tabú, en el apartado IV al hablar sobre los temores infantiles propone lo siguiente: “Tanto en el Complejo de Edipo como en el de castración, el padre desempeña igual papel, el de temido oponente de los intereses sexuales infantiles, la castración, o su sustitución por el encegucimiento es el castigo que desde él amenaza” y en la nota a pie de página #39 hace referencia a trabajos de contemporáneos suyos sobre la sustitución de la castración por el encegucimiento, cita a Reitle, Ferenzci, Rank y Eder.

En un artículo posterior, Freud menciona ejemplos en que los pacientes, en el curso de un análisis, relatan aspectos de su vida que creen haberlos dicho antes de ese momento, los ejemplos tienen relación precisamente con una *falsa visión*, ya que relatan recuerdos infantiles en que tienen la visión o alucinación de haber perdido partes de su cuerpo: “. de pronto, noté que me había seccionado el dedo meñique de la mano... para mi grandísimo horror veo que mi dedo meñique se cae.”

Aunque Freud explica estos relatos en relación con la castración, su artículo está más enfocado al manejo técnico del “ya le dije” por ello no explora ampliamente esta falsa visión.

3.2. *El ojo y la pulsión*

Sin embargo, en los artículos metapsicológicos posteriores retoma esta problemática, por ejemplo al hablar sobre los destinos de la pulsión, menciona lo siguiente:

“El trastorno hacia lo contrario
La vuelta hacia la persona propia

El trastorno hacia lo contrario se resuelve, ante una consideración más atenta, en dos procesos diversos: la vuelta de una pulsión de la *actividad a la pasividad* y el *trastorno en cuanto al contenido*, ejemplos del primer proceso brindan los pares de opuestos sadismo - masoquismo y placer de

ver - exhibición. El trastorno sólo atañe las metas de la pulsión, la meta activa - martirizar, mirar es reemplazada por la pasiva - ser martirizado, ser mirado...

Resultados algo diversos y más simples ofrece la indagación de otro par de opuestos, el de las pulsiones que tienen por meta, respectivamente. el ver y el mostrarse (<<voyeur>> y exhibicionista en el lenguaje de las perversiones) también aquí pueden distinguirse las mismas etapas que en caso anterior: a) El ver como *actividad* dirigida a un objeto ajeno; b) la resignación del objeto, la vuelta de la pulsión de ver hacia una parte del cuerpo propio, y por tanto el trastorno en pasividad y el establecimiento de la nueva meta: ser mirado, c) la inserción de un nuevo sujeto al que uno se muestra a fin de ser mirado por él.

Apenas puede dudarse que la meta activa aparece también más temprano que la pasiva, el mirar precede a ser - mirado, pero una importante divergencia con el caso del sadismo reside en que en la pulsión de ver ha de reconocerse una etapa todavía anterior a la que designamos *a*.

En efecto, inicialmente la pulsión de ver es autoerótica, tiene sin duda un objeto, pero este se encuentra en el cuerpo propio. Sólo más tarde se ve llevada (por la vía de la comparación) a permutar este objeto por uno análogo en el cuerpo ajeno (etapa *a*). Ahora bien, este grado previo presenta interés porque de él se siguen las dos situaciones del par de opuestos resultantes, según que el cambio de vía ocurra en un lugar o en el otro. El esquema de la pulsión de ver podría ser éste:

α Uno mismo mirar miembro sexual = Miembro sexual ser mirado por persona propia

β Uno mismo mira objeto ajeno y Objeto propio ser mirado por persona ajena
(placer de ver activo) (placer de mostrar)

.... Aquí caemos en la cuenta de que hasta ahora sólo sometimos a examen el par de opuestos sadismo - masoquismo y placer de ver - placer de mostrar. Son estas las más conocidas de las pulsiones sexuales que se presentan como ambivalentes, los otros componentes de la pulsión sexual más tardía no han resultado aún lo bastante asequibles al análisis como para

que podamos elucidarlos de manera parecida. De ellos podemos decir, en general, que actúan de modo *autoerótico*, es decir, su objeto se eclipsa tras el órgano que es su fuente, y por lo común, coincide con este último.

El objeto de la pulsión de ver es también primero una parte del cuerpo propio, no obstante, no es el ojo mismo” (Freud, 1914)*

En las notas agregadas en diferentes épocas al trabajo principal de Freud sobre teoría sexual, puede notarse como, en el apartado sobre la investigación sexual infantil, la considera originada en el deseo de saber de dónde vienen los niños, posteriormente ya la vinculará con la percepción visual de la diferencia de sexos relacionada con la amenaza de castración.

Agregada en la misma época, una nota sobre el fetichismo del pie, hace referencia a que la pulsión de ver estaba precisamente dirigida a los genitales, sin embargo quedo detenida por efecto de la represión y por eso se fijó en el pie o el zapato.

Y en otra observación en ese año da un lugar de privilegio a lo visual al indicar que la visión de los genitales es lo que provoca la excitación sexual más poderosa.

Trazado todo este camino sorprende que en el siguiente año, al trabajar el simbolismo en el sueño, entre todos los símbolos posibles de los genitales no se incluye a los ojos (Freud, 1916 - 1917).

3.3. El descubrimiento

Cuando retoma el tema de la sexualidad humana e incluye la sexualidad infantil, menciona la reacción del niño ante la diferencia de sexos de la siguiente forma: “El varón atribuye a ambos idénticos genitales, los masculinos. Si después el varón descubre la vagina en una hermanita o en una compañera de juegos, primero intenta desmentir el testimonio de sus sentidos, pues no puede concebir un ser humano semejante a él que carezca de esa parte que tanto aprecia, más tarde siente temor ante la posibilidad que se le ha abierto; y sobre él ejercen su efecto con posterioridad las amenazas que pudo haber recibido antes por ocuparse con demasiada intensidad de su pequeño miembro” (ibid)*

* pags. 125-127

pag. 290

Y un poco más adelante al hablar sobre el complejo de edipo lo presenta así:

“ Todos ustedes conocen la saga griega del rey edipo, condenado por el destino a matar a su padre y a tomar por esposa a su madre; hace todo lo posible por sustraerse a la sentencia del oráculo, y por último, al enterarse que sin saberlo ha cometido esos dos crímenes, se castiga cegándose (ibid) ”

Claramente se aprecia la relación entre la visión, el complejo de edipo y la castración, los dos crímenes y el castigo, el enceguecimiento que tiene que ser autoinfligido y que es equivalente a la castración

Cuando publica “De la historia de una neurosis infantil” en 1918, precisamente al trabajar la sexualidad infantil menciona entre sus experiencias tempranas este problema de la castración, que en otros momentos se convierte en temor y más adelante, en experiencia terrorífica, dice: “En esa época pudo observar a dos niñas - a su hermana y a una amiga de ésta - en el acto de orinar. Ya a raíz de esta visión, su inteligencia le habría permitido entender las cosas, sólo que se comportó como suelen hacerlo otros niños varones.

Desautorizó la idea de que ahí veía corroborada la herida con que le amenazaba la ñaña, y se entregó a la explicación de que era la << cola de adelante de las niñas>>... Se ocupaba de pensamientos relativos a la castración, pero todavía no creía en ella ni le angustiaba... Por otra parte, en la época en que se realizó esta investigación no conoció angustia ninguna frente al lobo.”(Freud, 1918) *

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

El sueño infantil que recuerda la escena primordial se relaciona con la visión de esta forma: “nos hallamos frente a los siguientes jirones de reconstrucción:

Un episodio real- de una época muy temprana- mirar - inmovilidad - problemas sexuales - castración - el padre - algo terrorífico.

Un buen día el paciente empezó a continuar la interpretación del sueño. Opinó que el pasaje del sueño en que se dice<< De repente, la ventana se abre sola>> no quedaba del todo esclarecido por la referencia a la ventana ante la cual está sentado el sastre y el lobo entra en la habitación. <<Tiene

* pag 301
* pag. 24

que tener este significado. “ Los ojos se abren de pronto”. Por tanto, yo duermo y despierto de repente, y entonces veo algo: el árbol con los lobos>>. Nada había que objetar a esto, pero admití un aprovechamiento ulterior. Él estaba despierto y le fue dado ver algo. El mirar atento que en el sueño se atribuye a los lobos debe más bien trasladarse a él. Entonces, en un punto decisivo había tenido lugar un trastorno”(ibid)*

En el Apartado V de este trabajo Freud menciona que: “No podemos renunciar al supuesto de que este niño observa un coito a cuya vista adquiere el convencimiento de que la castración puede ser algo más que una vacua amenaza” (ibid)*

3.4. Los ojos, de 1912 a 1919

Justo después de proponer que la castración entra por los ojos habla del terror o “Lo siniestro”, artículo que publica en 1919 sin que existan claros antecedentes sobre su concepción y desarrollo, Freud trabaja con el concepto de lo siniestro *-unheimlich-* como lo opuesto a lo familiar, fácilmente reconocido; en el apartado segundo del artículo mencionado, al tratar de ejemplificar las situaciones en las que puede experimentarse el sentimiento de lo ominoso, menciona la de la incertidumbre de saber si un objeto aparentemente vivo es animado o si puede tener alma algo inerte. Tomando esto como base Jausch utiliza la obra de Hoffman <<El hombre de la arena>> en el que aparece una figura mecánica, la muñeca Olimpia, sin embargo, no es sólo este elemento el que provoca la sensación siniestra.

“ El estudiante Nathaniel... no puede desterrar los recuerdos que se le anudan a la enigmática y terrorífica muerte de su amado padre. Ciertas veladas la madre solía mandar a los niños temprano a la cama con esta advertencia: <<Viene el Hombre de la Arena>>... la madre niega que exista: es sólo una manera de decir, pero una aya sabe dar noticias más positivas: ®

<< Es un hombre malo que busca a los niños cuando no quieren irse a la cama y les arroja puñados de arena a los ojos hasta que estos, bañados en sangre, se les saltan de la cabeza, después mete los ojos en una bolsa, y las noches de cuarto creciente se los lleva para dárselos de comer a sus hijitos, que están allá, en el nido, y tienen unos piquitos curvos como las lechuzas y

* pag. 34

pag. 55

con ellos picotean los ojos de las criaturas que se portan mal>>.... Su padre y el huésped hacen algo con un brasero de llameantes carbones. El pequeño espía escucha exclamar a Coppelius. << ¡Ojo, ven aquí! ¡Ojo, ven aquí>>, el niño se delata con sus gritos y es capturado por Coppelius quien se propone echarle a los ojos unos puñados de carboncillos ardientes tomados de las llamas, para después arrojar aquellos al brasero.

El padre intercede y salva los ojos del niño... Un año después, tras otra visita del Hombre de Arena, el padre muere a raíz de una explosión en su gabinete de trabajo; el abogado Coppelius desaparece del lugar sin dejar rastros.

Luego, el estudiante Nathaniel cree reconocer esta figura terrorífica de su infancia en un óptico ambulante, un italiano llamado Guiseppe Coppola, que en la ciudad universitaria donde aquel se encuentra le ofrece a la venta unos barómetros y, cuando declina comprarlos, agrega: << ¡Eh, barómetros no! ¡Vendo también bellos ojos, bellos ojos! >>

El espanto del estudiante se calma al advertir que los ojos ofrecidos resultan ser unas inocentes gafas, le compra a Coppola un prismático de bolsillo con el que espía la casa del profesor Spalanzani, donde divisa a su hija Olimpia... Se enamora perdidamente de ella... pero Olimpia es una autómatas a la que Spalanzani le ha puesto el mecanismo de relojería y Coppola - el Hombre de Arena- los ojos. El estudiante sorprende a los dos maestros disputando por su obra, el óptico se lleva la muñeca de madera, sin ojos y el mecánico Spalanzani arroja al pecho de Nathaniel los ojos de Olimpia, que permanecían en el suelo bañados en sangre; dice que Coppola se los ha hurtado a Nathaniel... Ha recuperado a su novia... pasean por la ciudad... la muchacha propone a su novio subir a la torre... La curiosa aparición de algo que se agita allá en la calle atrae la atención de Clara. Nathaniel observa la misma cosa mediante el prismático de Coppola... de nuevo cae presa de la locura... pretende arrojar desde lo alto a la muchacha... el hermano... la salva.

Entre las personas reunidas en la calle sobresale el abogado Coppelius..... la locura estalló en Nathaniel cuando vio que se acercaba. Alguien quiere subir para capturar al furioso, pero Coppelius dice sonriendo. <<Esperen, que ya bajará él por sus propios medios>>. De pronto Nathaniel se queda quieto, mira a Coppelius y se arroja por encima de la baranda dando el estridente grito de: <<Sí, bellos ojos, bellos ojos>

No deja subsistir ninguna duda de que el sentimiento de lo ominoso adhiere directamente a la figura del Hombre de la Arena, vale decir, a la representación de ser despojado de los ojos.

La experiencia psicoanalítica nos pone sobre aviso de que dañarse los ojos o perderlos es una angustia que espeluzna a los niños. Ella pervive en muchos adultos que temen la lesión del ojos más que la de cualquier otro órgano. Por otra parte, se suele decir que uno cuidará cierta cosa como a la niña de sus ojos.

Además, el estudio de los sueños, de las fantasías y mitos nos ha enseñado que la angustia por los ojos, la angustia de quedar ciego, es con harta frecuencia, un sustituto de la angustia ante la castración. Y en verdad, la acción del criminal mítico, Edipo, de cegarse a sí mismo no es más que una forma atemperada de la castración, el único castigo que le habría correspondido según la ley del talión...

Por tanto, nos atreveríamos a reconducir lo ominoso del Hombre de la Arena a la angustia del complejo infantil de castración”(Freud, 1919)

Bastante claro en esta parte de la obra de Freud como el “temor” es un temor visual equivalente simbólico a la castración, ningún órgano, ninguna función es equiparable a la visión en su eficacia simbólica.

En su trabajo sobre sueño y telepatía presenta una carta de una persona que experimenta visiones telepáticas, pero además de ello tiene dificultades visuales o como si por ello tuviera una videncia restitutiva.

“A los cinco años tuve una grave inflamación en los ojos, cuya consecuencia fue una diplopía. Las imágenes me aparecen oblicuas una respecto de la otra, los contornos están borrados porque las escaras de las úlceras deterioran la claridad... Desde mi más tierna infancia he sido siempre solitaria, me retraje de otros niños y tuve ya visiones (clariaudiencia y clarividencia)... *Visiones*: Algunas veces la realidad desaparece un instante y yo veo algo por entero diverso... veo a un matrimonio anciano y a unos niños... Veo. a una dama que entra y sale....Tengo un don de observación extraordinariamente agudo... No atribuyo ese mi “plus” de visión y de audición a una naturaleza enfermiza, sino a una sensibilidad más fina.”(Freud, 1922)

La interpretación de Freud sobre las visiones y los sueños de esta persona se centra en el complejo de Edipo y el deseo de desaparecer a la madre y

· las negritas son nuestras
· pags. 201-204

ocupar su lugar, no hace ninguna relación entre este fenómeno de videncia y las dificultades visuales.

En ese mismo año al trabajar sobre la interpretación de los productos mitológicos (trabajo que no fue publicado en vida de Freud) toma el problema de “la horripilante cabeza decapitada de Medusa.”

Decapitar = castrar. El temor a Medusa es entonces el terror a la castración, terror asociado a una visión... se presenta cuando el muchacho que hasta entonces no había creído en la amenaza ve un genital femenino.” (Freud, 1922) *

Posteriormente al reformular la teoría de la sexualidad infantil Freud insiste en la importancia de la visión de la ausencia del genital masculino y las reacciones ante esta ausencia, lo considera una parte crucial del desarrollo humano (Freud, 1923).

Al intentar explicar el masoquismo, considera que existe una forma de masoquismo que pone a la persona en situación femenina, ser castrado, ser poseído sexualmente o parir.

Llama a esta forma de masoquismo femenina aunque existan elementos infantiles y apunta “La castración o el dejar ciego, que la subroga, ha impuesto a menudo su huella negativa en las fantasías: la condición de que a los genitales o a los ojos, justamente, no les pase nada” (Freud, 1924 a) *

Y en otros trabajos de la época, siguiendo la línea de la visión y de la castración atando todo en el complejo de Edipo: “La tesis es que la organización fálica del niño se va a fundamento a raíz de esta amenaza de castración... no enseguida..... al principio el varoncito no presta creencia ni obediencia alguna a la amenaza... La observación que por fin quiebra la incredulidad del niño es la de los genitales femeninos. Con ello se ha vuelto representable la pérdida del propio pene” (Freud, 1924 b) *

La diferencia de sexos también atañe a la visión ya que, de acuerdo a Freud: “He aquí una interesante oposición en la conducta de ambos sexos: en el caso análogo, cuando el varoncito ve por primera vez la región genital de la niña, se muestra irresoluto, poco interesado al principio; no ve nada o desmiente su percepción, la deslía, busca subterfugios para hacerla acordar con su expectativa.

* pag. 270

* pag. 168

* pag. 183

.. Nada de esto ocurre a la niña pequeña. En el acto se forma su juicio y su decisión. Ha visto eso, sabe que no lo tiene y quiere tenerlo.”(Freud, 1925)*

Poco después Freud hace una referencia a lo exterior que tiene que incluir a la visión y sus dificultades, menciona: “ La moción pulsional reprimida puede ser activada (invertida de nuevo) desde dos lados; en primer lugar, desde adentro, por un refuerzo de la pulsión a partir de sus fuentes internas de excitación, y en seguida, desde afuera, por la percepción de un objeto que sería deseable para la pulsión.

Ahora bien, la contrainvestidura histérica se dirige preferentemente hacia afuera contra una percepción peligrosa, cobra la forma de una particular vigilancia que evita, mediante limitaciones del yo, situaciones en que por fuerza emergería esa percepción y, en caso de que esta haya surgido no obstante, consigue sustraer de ella la atención.

Autores franceses (Laforgue, 1926) han designado recientemente esta operación de la histeria mediante el nombre particular de -escotomización-” (Freud, 1926)*

Al trabajar el problema del fetiche vuelve a la visión de la siguiente forma:
“ Para decirlo con mayor claridad: el fetiche es el sustituto del falo de la mujer (de la madre) en que el varoncito ha creído y al que no quiere renunciar - sabemos por qué -.

He aquí pues, el proceso: el varoncito rehusó darse por enterado de un hecho de su percepción, a saber, que la mujer no posee pene. Laforgue diría que el muchacho escotomiza la percepción de la falta de pene en la mujer... la palabra represión se refiere ya a ese proceso patológico. <<escotomización>> me parece particularmente inapropiado porque evoca la idea de que la percepción se borraría de plano, de modo que el resultado sería el mismo que si la impresión visual cayera sobre el punto ciego de la retina” (Freud, 1927)*

* pag 271
* pag. 148
* pag. 189

Hasta sus últimos trabajos Freud insiste en el Edipo y la visión, en “Una muestra de trabajo psicoanalítico”, habla sobre el complejo de edipo y el de castración y relaciona la visión incluso con la audición de esta forma:

“..... esta amenaza sólo produce efectos si antes o después se cumple otra condición... Pero si a raíz de esa amenaza puede recordar la visión de unos genitales femeninos o poco después le ocurre verlos, unos genitales a los que les falta esa pieza preciada por encima de todo, entonces cree en la seriedad de lo que ha oído y vivencia, al caer bajo el influjo del *complejo de castración*, el trauma más intenso de su joven vida”(Freud, 1938) *

Y en la nota 2: “La castración tampoco falta en la saga de Edipo, pues la ceguera que Edipo se inflinge como castigo tras descubrir sus crímenes, según el testimonio de los sueños, un sustituto simbólico de aquella” (ibid) *

La visión inicia como un signo distintivo de la histeria pero al inscribirse en la sexualidad humana y asociarse con la castración y el complejo de Edipo se convierte en una función privilegiada y expuesta a la alteración por su significado.

Vimos en este recorrido como desde la ceguera histórica, hasta la sexualización de la visión, la teoría del conflicto, la relación de objeto y desde ahí al edipo y la castración, el ojo y la visión cobran una gran importancia en el psicoanálisis, lo cual fue retomado por otros investigadores de la época como Groddeck (1866-1934) y Ferenzci (1873-1933)

4. Concepto de la visión en los contemporáneos de Freud

a) Georg Groddeck

En las conferencias que en 1916 y 1917 Groddeck daba a los pacientes de su clínica, se aprecia el interés que tenía en la visión, en la tercera de estas crítica el uso de los anteojos, ya que impiden los movimientos oculares y la circulación dentro del ojo y en la décima conferencia menciona la leyenda de Griselda y Genoveva ya que quienes las veían desnudas quedaban ciegos. Postula en ese momento que las impresiones visuales desagradables son el origen de enfermedades oculares(Groddeck, 1983) *

* pag. 189

* pag. 189

* pags 22 y 74

En la duodécima conferencia menciona el complejo de edipo y lo relaciona con los temores de los soldados al estar en el campo de batalla y al explorar cual era el temor principal de los soldados estos le dicen que temen que una bala les arranque los ojos. Esos son los ojos de edipo, dice Groddeck, los levantó hacia su madre, a ella le gustaban esos ojos y por eso se los arrancó. Con los ojos cometemos la mayoría de los pecados. Las tradiciones y leyendas lo expresan: ciego por ver a una mujer desnuda, ciego por ver a la madre(ibid) *

El querer perder los ojos se relaciona con que a cada momento se peca con ellos, por una parte porque con ellos se puede ver y en el modelo de Groddeck todo el mundo y todos los objetos del mundo pueden simbolizar algo sexual, así se peca todo el tiempo y por otro lado hay dos escenas o pecados que el niño observa: La sexualidad en el gallo y la gallina y entre los perros, lo que lo enfrenta a la sexualidad que no debe verse.

En la décima sexta conferencia reitera que las fantasías que son interrumpidas continúan y provocan una serie de trastornos, de la circulación, nutritivos, sorderas mentales y cegueras psíquicas.

Las fantasías provocan alteraciones porque mientras la mente está en otra cosa se trata de concentrar la vista y esto provoca trastornos en el equilibrio de la vista que en un principio son leves pero que pueden provocar miopía o presbicia.

Durante el resto de las conferencias insiste en la alteración de la visión como castigo por haber visto lo prohibido o como expresión del rechazo de la fantasía. En ambas situaciones en relación con la sexualidad (Groddeck, 1983).

En la conferencia presentada por Groddeck en el Congreso de la Haya en septiembre de 1920 titulada: “Del psicoanálisis de lo orgánico en el hombre”; de acuerdo a Grossman y Grossman su propuesta principal era de que los problemas emocionales se expresan con frecuencia en la enfermedad orgánica y pueden ser tratados mediante el psicoanálisis, pero el tema más sorprendente fue de que “las dificultades visuales siempre expresaban conflictos emocionales. Dijo que la miopía, la presbiopía, la

hemorragia retinal y los cambios orgánicos en el ojo, eran esfuerzos por defenderse contra deseos prohibidos y para expresarlos...

.... El ojo, decía Groddeck, es el yo. Los problemas visuales son provocados siempre por el esfuerzo del ello para reprimir la visión de lo que es doloroso” (Grossman C., Grossman S. 1974) *

b) Sandor Ferenczi

En la Interpretación de los sueños hace referencia Freud a uno de los artículos en que este autor habla de la visión: El simbolismo de los ojos (Ferenczi, 1913) presenta varios ejemplos, en los que la interpretación de los sintomas visuales tomando como base el gesto de Edipo cegándose como una auto-castración y considera a los ojos como equivalentes simbólicos de los genitales.

En “Frotarse los ojos, sustituto del onanismo” (ibid, 1914) reitera la identidad simbólica de los ojos y los órganos genitales.

4.1 Postfreudianos

Autores como Rene Spitz (1979) al hablar sobre el desarrollo temprano y la constitución de la relación con el objeto conceden gran importancia a la mirada, como el medio a través del cual el niño reconoce al otro y puede establecer un vínculo con él, además de la palabra, el niño puede percatarse de la presencia del otro a distancia a partir de la experiencia visual.

También J. de Ajuriaguerra (1983) dedica un apartado en su manual a trabajar la “experiencia de la mirada” y cita a Scheller como el primero en “hacer constar que el sentido de la mirada es experiencia fundamental de la otredad, .. Para el autor, percepción del otro es-un-ser-capaz-de-participar-en-el-ser, ya que al haber un intercambio de miradas, no sólo veo unos ojos sino que veo una persona que me mira” *

Algunos aspectos de la obra de J. Lacan aparecen entrelazados a la problemática de la visión, al hablar sobre el estadio del espejo, en que el sujeto es capturado y reconocido por la imagen; aún cuando el énfasis no se da sobre el ojo como realidad orgánica, subraya la importancia del campo

pag 75
pag 71

visual y de la imagen especular. En el registro imaginario se da precisamente el establecimiento de la relación de identificación.

En algunos trabajos plantea la importancia del ojo y la luz en la comprensión de los cuadros y maneja el problema de la mirada para instituir el objeto a.

El objeto a hace referencia al objeto causa de deseo, éste no puede encontrarse entre los objetos del mundo, no se le conoce físicamente, sólo por sus esquirlas o brillos.

En la obra lacaniana se distinguen 4 de estos brillos: el objeto de la succión, de la excreción, la voz y la mirada.

En Lacan “ de todos los objetos en los que el sujeto puede reconocer su dependencia en el registro del deseo, la mirada se especifica como inasible. A ello se debe que, más que cualquier otro, la mirada sea un objeto desconocido y quizá también por ello el sujeto simboliza en ella de modo tan logrado su propio rasgo evanescente y puntiforme en la ilusión de la conciencia de *verse, verse*, en la que se elide la mirada” (Lacan, 1995).

Al hablar sobre el mal de ojo, menciona que el ojo tiene un poder separador y que la envidia se relaciona con el *videre*, como si al mirar se deseara lo que el otro tiene y se buscara separarlo.

En Lacan la mirada esta en la base de la constitución del sujeto y lo visual cobra gran importancia, trabajos posteriores que revisaremos en esta parte del capítulo han sido desarrollados por autores conocidos como Lacanianos

Por ejemplo en la obra de Juan D. Nasio, en uno de sus trabajos (1992) lo visual se encuentra en muchas formas: los fantasmas, el recuerdo encubridor, lo ya visto, la ceguera histérica y la alucinación visual, entre otros.

La mirada como un acto, como una acción pulsional en que hay una energía que le sostiene, que se disipa y que vuelve a realizarse.

La mirada como satisfacción producida y productora del acto le llama, en acuerdo con Lacan, *goce objeto u objeto a*.

En la visión se desarrolla la mirada y esta aparece en el momento de la fascinación.

Como ya lo mencionamos, la visión se da por el yo, el cual percibe imágenes, estas imágenes recibidas por el yo se convierten en su sustancia, entre el yo y el mundo se extiende una dimensión llamada imaginaria.

Distingue la visión de la mirada de la siguiente forma, en la visión se va del yo a la imagen del objeto, el movimiento surge del individuo hacia el objeto, la mirada es provocada por la imagen, como una luz que proviene del objeto y provoca la fascinación.

Lo relaciona con el modelo freudiano al reiterar que la mirada es uno de los medios por el que se ejerce la amenaza de castración, la amenaza viene por los oídos, pero lo escuchado se contrasta al ver el cuerpo del otro que, para que ejerza este efecto, tendrá que ser el cuerpo de la madre, ahí se da la mirada, ya que el otro ejerce esta función de fascinación, de luz hechizante.

En los sueños la pulsión que se ejerce es la pulsión escópica. Para Nasio la pulsión escópica debería llamarse pulsión palpebral, la acción de la pulsión escópica es el parpadeo o pupileo.

Al trabajar sobre la histeria (1997) no puede mantener aparte el tema de la visión, al trabajar lo ya mencionado por Freud sobre como la castración entra por los ojos (la visión del cuerpo de la madre) acompañada por la amenaza verbal enunciada por el padre.

Aún cuando no apunta exclusivamente a lo psicossomático o a la función inhibida, hace referencia al cuerpo en tanto que, en la histeria, al entrar la amenaza de castración por los ojos, la angustia se convierte en sufrimiento que afecta la vida sexual del histérico el cual se expresa en una erotización del cuerpo al mismo tiempo que existe una inhibición genital.

Cuando alude a la ceguera histérica considera que en esta situación el sujeto ha perdido la vista de la imagen del otro pero conserva su mirada inconsciente en el encanto del otro.

El “emblema del sufrimiento histérico” es la ceguera y realiza una comparación entre las teorías de Freud, Charcot, Janet y Lacan.

En Freud reiteramos que de acuerdo a la doble función de los órganos, al “excederse” en su utilización sexual el órgano y su función quedan “castigados”, en palabras de Nasio, la represión es efectuada por un yo

demasiado desesperado que ejecuta una represión desmesurada, un yo tan asustado ante la sexualidad que acaba por dañarse a si mismo.

Agregaríamos nosotros que en ello podemos ver precisamente la intensidad del superyó

Otro ejemplo de trabajo psicoanalítico sobre el problema de la mirada, lo constituye el libro de Assoun (1995) quien retoma la propuesta lacaniana de considerar a la mirada y la voz como objetos pulsionales.

Enfatiza el problema del goce o del mal goce que provoca una alteración trabajando casos de ceguera y afonía y relaciona la mirada y la voz precisamente con el problema de la castración.

Trata de establecer una metapsicología de lo anterior al establecer que la visión es afín con la representación cosa y por tanto con lo inconsciente, mientras lo verbal se vincula con lo preconscious o representación palabra.

Retoma de Freud el problema de la desaparición del objeto a la vista del niño y considera que ante la pérdida de vista surge el dolor de la mirada, se denota la aparición de angustia por la expresión del rostro y la aparición de lágrimas *

Podemos postular, siguiendo a Assoun, la aparición del trauma escópico y que la pérdida primera puede estar asociada a esa pérdida de la mirada con lo cual la visión cobra una importancia fundamental precisamente ante nuestros ojos.

5. Significación psicoanalítica del ojo y la visión

Como hemos revisado hubo un intento de acercamiento al ojo y sus funciones desde los primeros trabajos de Freud y nos referimos al intento de utilizar la cocaína para diversas aplicaciones, una de ellas, paradójicamente consistía en anestesiar al ojo, es decir, cuando menos temporalmente suspender su sensibilidad y eliminar el dolor, posteriormente en el trabajo con las histéricas la alteración de la visión era considerada el “estigma” de su enfermedad y la tarea del psicoanálisis consistía en además de provocar la expresión de afecto también en evocar la imagen que había determinado el síntoma y una vez que esta aparecía se trataba a de eliminarla o restarle

* el subrayado es nuestro

su intensidad visual, poco a poco Freud se ve obligado a reconocer la alteración de la visión como algo pleno de sentido en relación con la sexualidad y el castigo, lo cual lleva a enfrentar y relacionar lo que parecía evidente, la vinculación con la tragedia de edipo y así el ojo alteraba su función como un castigo por desear y por utilizar su cuerpo como el lugar del deseo.

La doble función del cuerpo se pone en evidencia en la visión, reiteramos que es el único órgano que fue utilizado para explicar esta problemática en que el cuerpo alude tanto a su función de conservación como a la obtención de placer y cuyo desequilibrio provoca la enfermedad precisamente que podemos llamar psicósomática.

Existe tanto el deseo como la culpa, aspectos que nos llevan al planteamiento del complejo de edipo y la existencia del superyó.

La castración entrando por los ojos, la amenaza por desear era evidente ante la mirada del cuerpo del otro así el ojo es el vehículo para la sorpresa, el desencanto y el temor, por lo cual se considera la pérdida de la visión como el equivalente a la castración y se reconoce la significación sexual de la mirada como medio para el goce.

La mirada, la culpa, la castración y el edipo son ejes que recorren la teoría psicoanalítica, el ojo como medio de reconocimiento del otro, la importancia de la visión y la imagen aparecen en las teorías sobre la constitución del sujeto, la visión es cada vez más notoria.

Nos encontramos al ojo en el centro de la teoría psicoanalítica, un ojo que no siempre conoce el dolor físico, sólo el conflicto y la falta, ninguna función u órgano tiene tal importancia en el cuerpo de conocimientos con el que trabajamos.

La importancia de la visión recorre la obra de Freud, podemos proponer varios abordajes uno conceptual en que desde el ojo y la cocaína existe un énfasis en la visión, se entrecruza con la visión de la histeria y la necesidad de medir la mirada, los sueños en los que a partir del sueño de cerrar los ojos o uno de ellos, en que un ojo cerrado es un guiño que alude a una broma o mirar la realidad de manera parcial y que cerrar ambos ojos marca un apartarse y negar, de ahí surge la cuestión del edipo, el deseo y la realidad psíquica, que conducen a la culpa y el castigo, después aparece el

ojo y el placer parcial que proporciona y la vista que se dirige a la diferencia de sexos, percepción que debe ser evitada por la amenazadora castración.

El ojo se impone de tal manera que es el ejemplo para ilustrar la doble función de los órganos, lo psicosomático, de ahí la obra de Freud insiste en la castración que entra por los ojos y como la preocupación por ésta es trasladada al temor de que algo suceda a lo más valioso que es la visión.

En la técnica psicoanalítica se ha dado gran relevancia a la palabra, pero la mirada tiene una importancia crucial, desde sus inicios en que buscaba provocar la imagen visual y desaparecerla, la expresión del afecto en palabras que borraba el trauma de algo vivido y visto, el uso del diván y con ello la desaparición del analista del campo visual, entre otras razones, para que el paciente no “mirara” las expresiones del analista pero también se buscaba que el analizado observara en su interior y se apartara de estímulos externos visuales, entre otros aspectos.

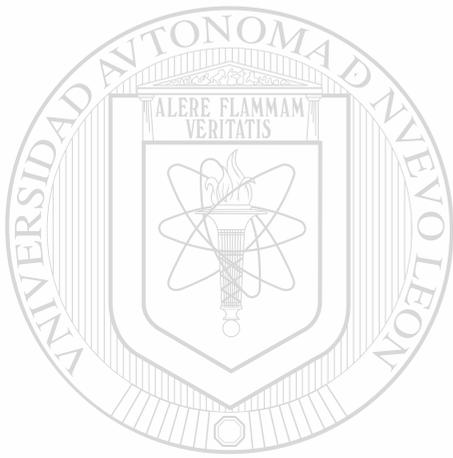
Si revisamos ahora el aspecto del trauma y el afecto, el trauma escópico puede ser considerado como un elemento fundamental del desarrollo temprano, la pérdida de vista del objeto se instala como una desaparición temprana tal vez equivalente a la pérdida del pecho o de las heces y el efecto que provoca es la aparición de angustia o el llanto, una expresión de dolor básico, de carácter afectivo y que se expresa físicamente a falta de otros medios de expresión.

Así, el afecto podría expresarse y ocultarse en la mirada, un afecto que se elude y que provoca una alteración de la función visual, tal vez indicando que se “ha pecado” con la visión y un doloroso castigo, el más terrible.

Se ha expresado en muchas ocasiones todas las funciones de la palabra, incluso en defensa del método psicoanalítico, pero tales funciones también pueden ser atribuidas a la mirada, una mirada de aprobación o de rechazo, la mirada como reconocimiento del otro, y las alteraciones de la visión que tienen un sentido como: la falsa visión, la ceguera histérica y las nuevas o viejas enfermedades psicosomáticas de la visión, como miopía, estrabismo, hipermetropía, glaucoma y la corioretinopatía serosa central.

En acuerdo a lo anterior creemos que la importancia de la visión en la historia y en el presente del psicoanálisis, su significado en la constitución

del sujeto es tal que permite dedicarnos a su abordaje a partir de una enfermedad visual específica para lo que daremos paso a una explicación sobre el ojo y la visión.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO 3

HISTORIA DEL OJO, SU FUNCIONAMIENTO, SUS ALTERACIONES Y LA CORIORETINOPATÍA SEROSA CENTRAL

*Ojo: luz redonda.
Sol: ojo abierto del cielo.
Sólo simbólicamente vemos.
El mundo entero cabe en la pupila.
Luces y sombras. perfumes visuales.
El mundo está de cabeza en la retina.
Y la tierra está recostada en la mirada.
La luz es la memoria de todas las imágenes.
Más que luz de memoria, la memoria de la luz...*

Pero, ¿en dónde vemos?

¿En los ojos?

¿En la retina?

¿En el cerebro?

¿En la memoria?

¿De dónde viene la luz con que vemos en los sueños?

¿Y a dónde se va la luz de una vela cuando se apaga?

¿Tendremos que entender como vemos si queremos llegar a saber lo que es la conciencia?

Alberto Blanco

El espectro del visible

Fragmento

¿Cómo es que el ojo mira?, ¿Que es el ojo? En este apartado vamos a circunscribirnos a los aspectos orgánicos del ojo y algunas de sus alteraciones para poder abordar la enfermedad visual conocida como corioretinopatía serosa central idiopática.

3.1 ANTECEDENTES:

Pierantoni (1984) considera la representación más antigua de un ojo la realizada por Hunain ibn Ishak, la obra que es ilustrada con esa imagen del ojo llevaba como título *Los diez tratados sobre la estructura del ojo, sus enfermedades y sus curas*.

Trabajos posteriores empiezan a establecer una relación entre el ojo y el cerebro, y al hablar sobre el mecanismo de la visión se alude a un “espíritu visual que se produce en la porción anterior del cerebro, entra en el nervio (esa parte de los nervios ópticos que llamamos quiasma), pasa a los otros dos nervios cóncavos y llega al cristalino, al cual le produce la capacidad

^{*} pags. 11 y 12

de ver... la visión se produce por medio de los rayos de luz que vienen del exterior y entran en el ojo” *

Lo anterior fue expresado por Ibn al-Haitam, que estaba fundamentado en los trabajos de los griegos, en especial de Galeno que en su texto *Los nombres de las partes del cuerpo humano* en lo referente a la visión expresaba que “ un espíritu visual, originado en el cerebro, entra en los nervios ópticos, los recorre y desemboca en las cavidades de los ojos. Entra en contacto con el cristalino y con esa carga vuelve a recorrer los nervios y regresa al cerebro.”*

En otras reflexiones, para Pitágoras el ojo era el emisor de rayos que chocaban con los objetos y producían la visión.

Demócrito proponía que los objetos enviaban imágenes de sí mismos al espacio, estas imágenes llamadas éidola entran al ojo por la pupila, el aire estaría saturado de imágenes que vuelan en todas las direcciones.

Para Dante “la fusión entre el Mundo (los rayos luminosos) y el Ser (Espíritu visual) se producía en el interior del ojo” *

En Leonardo Da Vinci el ojo se convierte en el eje de su investigación sobre la realidad, entre las dos teorías propuestas, una considerando al ojo como emisor de luz y otra que lo ubica como un receptor de imágenes. Leonardo postula al trabajar el problema de la luz lo siguiente

“Supongamos, dice, que se mira a una estrella por un tiempo brevisimo, el tiempo de un parpadeo. En un tiempo tan breve, ¿ cómo puede la luz emitida por mi ojo llegar a la estrella y volver a mí? Además, ¿cómo puede suceder que yo pueda mirar y mirar cosas sin cansarme? Si cada vez que miro, emito luz, finalmente debía quedar ciego.”* El problema de la luz queda en ese momento como rayos que provienen de todas las direcciones.

Kepler explica la paradoja de la imagen invertida, postula que la imagen aunque este invertida es corregida por el cerebro.

· pags 15 y 16
· pag 16
· pag 19
· pag 22

Se van develando algunos misterios sobre el funcionamiento del ojo y pocos años después, en 1619, Scheiner publica la imagen del ojo que aún ahora es aceptada.

Descartes intenta explicar como se da la conexión entre ojos y cerebro y describe así su idea del proceso de la visión: Las imágenes se graban en la retina, esto provoca que se exciten las terminaciones de los nervios que unen los ojos al cerebro, los nervios son portadores de ondas que se dirigen al cerebro y se vacían en la glándula pineal. La visión se produce por la oscilación de la glándula pineal. Cabe mencionar que el nunca realizó una disección del cerebro.

Surgen varias complicaciones en este recorrido de los ojos al cerebro, sobre todo en el cruzamiento de los nervios ópticos, el quiasma^{*} se preguntaban si se mezclaba o se dividía la información.

Newton suponía que en el quiasma se contactan nervios provenientes de zonas homólogas de las dos retinas. "Cualquier punto del mundo, si se fija por los dos ojos simultáneamente, se proyecta en dos puntos sobre las dos retinas"^{*}

La solución de Newton no era correcta pero una de las principales dificultades en las explicaciones era el desconocimiento de la anatomía del cerebro, ya que aún en 1808 era considerado como una gran glándula secretora.

La información actual es que "En el hombre, la porción de retina izquierda (o temporal) del ojo izquierdo se proyecta junto con la porción interna (nasal) del ojo derecho en el "cerebro" izquierdo. La porción externa (temporal) del ojo derecho se proyecta junto a la izquierda (nasal) del ojo izquierdo en el "cerebro" derecho"^{*}

Con la teoría celular y los grandes descubrimientos del siglo pasado y el actual, se realiza el hallazgo de que la retina es una porción periférica de la corteza cerebral y que la superficie de la retina esta cubierta de bastoncillos a excepción de la fovea que esta cubierta de conos y es la parte de la retina

^{*} punto en el cual se encuentran los nervios ópticos de los dos ojos, que parcialmente se cruzan
pag. 35
pag. 34

responsable de la visión cromática, del reconocimiento de detalles y de la visión diurna en general, el resto de la retina nos permite ver de noche, no da información cromática y ofrece imágenes menos nítidas.

El ojo era investigado por sus funciones anatómicas, por su relación con la realidad y para entender el problema de la luz, el espacio, la perspectiva, la distancia. Nos limitaremos en el siguiente punto a describir la concepción anatómica actual del ojo

3.2 EL OJO, ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA

El ojo es un órgano receptor altamente especializado del sistema nervioso. La porción retiniana del ojo está formada por tejido neural que crece hacia afuera, procedente del cerebro, durante el desarrollo del feto.

Además la retina contiene neuronas, igual que el cerebro y la médula espinal. (Guyton, 1985)

El globo ocular es un órgano terminal muy especializado del nervio óptico, es un cuerpo esférico de unos 2.5 de diámetro situado en la porción anterior de la cavidad orbitaria. Queda justo por dentro de la cavidad orbitaria donde es más espaciosa; se conserva en posición por grasa semilíquida alrededor y detrás de él, y por la tensión de los músculos extrínsecos.

El globo ocular posee 3 capas, una externa de protección llamada capa fibrosa (esclerótica y córnea), una intermedia de nutrición llamada capa vascular (coroides, cuerpo ciliar e iris) y una interna de visión llamada capa interna (nerviosa) o retina.

El interior del ojo, en orden de delante a atrás, contiene lo siguiente:

1. - una solución salina débil llamada humor acuoso; 2. - el cristalino; 3. - una sustancia gelatinosa llamada humor o cuerpo vítreo. Los rayos luminosos, antes de que puedan llegar a la retina, deben atravesar la córnea, el humor acuoso, el cristalino y el humor vítreo, estos se llaman medios de refracción del ojo y la córnea es el más importante de ellos.

Capa fibrosa

La capa protectora fibrosa del globo ocular es gruesa e inelástica. Sus cinco sextas partes posteriores opacas constituyen la esclerótica, la sexta parte anterior, transparente se llama córnea. Ambas son continuas.

Capa vascular.

Cuando se quita la capa fibrosa el ojo y el nervio óptico semejan una uva oscura en su tallo, por este motivo, a veces se llama tracto uveal. Posee 3 partes, que de atrás hacia adelante son las siguientes: Coroides, cuerpo ciliar e iris.

Retina:

La capa de conos y bastones queda adyacente a la coroides. Para que la luz llegue a los conos y bastones, primero ha de atravesar el grosor de la retina; la luz atraviesa la retina en una dirección, el impulso creado por la luz incidente la atraviesa en dirección opuesta (Basmajian 1972).

3.3 ALTERACIONES VISUALES CONSIDERADAS PSICOSOMÁTICAS

Además de las alteraciones que han sido temas del psicoanálisis en especial la miopía o la hipermetropía para las que se han propuesto explicaciones psicológicas, la oftalmología clínica no describe enfermedades visuales psicosomáticas, nos atreveríamos a decir que existe una importante ruptura entre ambas disciplinas, a pesar de ello encontramos en un texto de Sami-Ali (1974) referencia a alteraciones del campo de la oftalmología: el glaucoma y las cefalalgias

Cita trabajos de French y Alexander (1948) que subrayan la existencia de una relación entre ataques de glaucoma y acontecimientos emocionales específicos, en los pacientes estos se van convirtiendo en estados afectivos crónicos que llevan a las personas al enfrentamiento, la tensión ocular aumenta al incrementarse la agresividad y las imágenes visuales prevalecen al evocar situaciones traumáticas.

Ziwar publica en 1948 el “primer informe del psicoanálisis de un enfermo de glaucoma... una agresividad borrosa ni suficientemente reprimida ni aprisionada en un sistema neurótico bien elaborado.” Detalla 3 fuentes de la agresividad. La relacionada con la rivalidad edípica, la frustración de la necesidad de ser alimentado y la defensa contra la pasividad” *

Un trabajo sobre glaucoma de Fain de 1957 trabaja la visión como una función motriz primaria, en la que los ojos expresan lo más primitivo, la

* pag. 158

función voyeurista del ojo se desarrolla a partir de una inhibición motriz por lo cual el glaucoma implica el fracaso de la represión.

Esto es todo lo que localizamos sobre el glaucoma, en cuanto a las cefalalgias el trabajo de Marty (1951) considera que el síntoma está encaminado a impedir la aparición del pensamiento, no de una representación en particular sino de toda representación. Sin embargo la imaginación visual tiene un gran predominio.

Después de lo anterior Sami-Ali se pregunta si la investigación psicoanalítica pudiera incluir los problemas de la convergencia visual y que hacer con el sustrato orgánico y se responde citando a Hugonnier y Hugonnier quienes afirman que:

“ en la hora actual, el estudio de los estrabismos y de los trastornos de la visión binocular, la ambliopía en particular, se orienta cada vez más hacia los centros superiores y quizás en el futuro la psicología tendrá más que decir que la fisiología propiamente dicha.” *

De lo anterior podríamos insistir en la falta de investigación sobre enfermedades visuales psicósomáticas lo que nos remite a nuestro tema de la corioretinopatía serosa central idiopática, que es considerada, aún con reservas, como una enfermedad psicósomática.

3.4 LA CORIORETINOPATÍA SEROSA CENTRAL IDIOPÁTICA: ASPECTOS GENERALES

Para poder definir claramente la enfermedad hablaremos de los elementos® orgánicos que la constituyen (Quiroz y Barojas, 1996)

3.4.1 Retina

La retina o capa visual es una evaginación de parte del cerebro al cual se parece mucho en estructura, como parte del sistema nervioso central es un tejido integrado por neuronas. Desde el punto de vista funcional, a la retina propiamente dicha se le denomina **retina neurosensorial**, producto de la migración y desarrollo de diferentes células en la capa interna de la copa óptica, para diferenciarla del **epitelio pigmentado retiniano (EPR)** que proviene de su capa más externa.

* pag. 161

Las células más importantes de la retina son los fotorreceptores, células especializadas en recibir y transmitir los estímulos nerviosos. Existen dos tipos de fotorreceptores: los conos y los bastones, nombres que hacen alusión a su forma. La mayor concentración de conos se encuentra en la mácula y la de los bastones en la retina periférica. Las células especializadas en la visión cromática y fina son los conos. (ibid) *

Para que la visión central se afecte en su totalidad, es necesario que involucre completamente al área macular. Desde el punto de vista funcional, existen dos tipos de lesiones: **las que afectan principalmente el área macular respetando la retina periférica y las que involucran la retina periférica sin dañar la mácula.** Ambos tipos de lesiones son considerados altamente invalidantes.

La retina neurosensorial es un tejido translúcido cuyo color clásico anaranjado se debe parcialmente a la coloración de su capa subyacente (EPR) y en parte a la coroides.

Por su porción interna, la retina está en contacto con el vítreo, y por la externa con el EPR. Esta relación anatomofuncional explica la fisiopatología de la mayor parte de los desprendimientos de retina (DR). Algunas alteraciones del EPR y la pérdida de continuidad en la retina como los desgarros, producen acúmulo de líquido en el espacio potencial que existe entre la retina sensorial y el EPR, dañando así la función de los receptores de forma reversible.

De acuerdo con la vascularización, la retina neurosensorial se divide en dos capas: **la mitad interna que es vascular y la externa que es avascular.** La primera se extiende desde la membrana limitante interna hasta la capa nuclear interna y se subdivide a su vez en dos planos: El de las fibras nerviosas con las arterias y venas grandes y el de la capa nuclear interna con los capilares.

La segunda comprende la capa plexiforme externa, la nuclear externa y la de los conos y bastones. La capa flexiforme externa es el principal intersticio de la retina. Cuando esta edematosa, es ahí donde se acumula el

* pag. 8

líquido, causando espacios quísticos. También se depositan en ella hemorragias retinianas profundas y exudados (depósitos lipóideos)

La **fóvea** es el centro de la mácula y contiene solamente cuatro capas: membrana limitante interna, plexiforme externa, nuclear externa y la de conos y bastones.

3.4.2 Coroides

La coroides es una cubierta de tejido esponjoso compuesta de capilares, arterias, venas y tejido conectivo que da soporte a la retina tanto desde el punto de vista estructural como funcional. Virtualmente, toda la coroides está compuesta por vasos sanguíneos, de ahí que de acuerdo con el volumen por peso, sea el tejido con mayor flujo sanguíneo del organismo.

La etimología de coroides proviene del griego *corion*, cubierta de piel o cuero, o membrana coriónica, otra estructura membranosa vascular suborgánica capaz de difundir. La coroides es entonces una red organizada de tubos vasculares tejida en una superestructura de tejido colágeno elástico con un componente de células avasculares que tienen funciones bioquímicas e inmunológicas importantes, y son causa de sus propiedades contráctiles y expansibles. En esta matriz colágeno plástica, las células pueden ser divididas en **pigmentadas y no pigmentadas**

3.4.3 Epitelio pigmentado

La mayoría de las estructuras anteriormente mencionadas tienen como objetivo primordial, propiciar y mantener el buen funcionamiento de los fotorreceptores, los cuales, considerados como los elementos retinianos metabólicamente más activos, están en íntimo contacto con el EPR, al tiempo que forman una unidad desde el punto de vista anatómico y funcional.

Las células del EPR se encuentran adheridas unas a otras mediante uniones fuertes, con canales de comunicación entre ellas, pero restringen la difusión de componentes de la coriocapilar, formando lo que se denomina la barrera hematorretiniana externa. El EPR permite el paso de elementos provenientes de la coriocapilar a la retina en forma selectiva y, en ocasiones, merced a sistemas enzimáticos activos como la anhidrasa carbónica y la Adenosín trifosfatasa. Interviene igualmente en el transporte y metabolismo de vitamina A para los fotorreceptores y sintetiza

mucopolisacáridos que están involucrados en el intercambio de metabolitos en el espacio subretiniano. En general el EPR transporta numerosos metabolitos de los fotorreceptores a la circulación coroidea y viceversa. Una de las funciones ópticas de estas células es absorber la luz que entra al ojo, lo que es fundamental en la aplicación del láser.

Otra función prioritaria del EPR es crear una de las fuerzas de adhesión más importante hacia la retina neurosensorial a través del transporte o bombeo de fluidos específicos. Anteriormente se pensaba que el vítreo era el principal agente causal de la adherencia de la retina al EPR; ahora se sabe que las células del EPR, que junto con la coroides forman la llamada bomba corioepitelial mantienen una corriente de agua proveniente del vítreo que pasa por los espacios subretiniano, coriocapilar, coroideo y finalmente escleroideo.

De esta forma, si fuera posible impermeabilizar la esclera, el flujo se interrumpiría produciendo un desprendimiento seroso de retina, como ocurre en pacientes con nanofthalmos que tiene la esclera engrosada.

La concentración de proteínas (presión colodsmótica) que normalmente tiene la coroides también contribuye a esta circulación de agua. Por ello, en procesos inflamatorios de la coroides dicho sistema se altera, luego permite acumulación de líquido en el espacio subretiniano y por último produce desprendimientos serosos. (ibid) *

3.5 LA CORIORETINOPATÍA SEROSA CENTRAL ASPECTOS PRINCIPALES.

3.5.1 HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

La invención del oftalmoscopio por Von Helmholtz en 1851 abrió la puerta al examen del fondo ocular. El oftalmoscopio directo es el instrumento habitualmente utilizado para examinar el ojo, en particular el fondo ocular. La observación del ojo por medio del oftalmoscopio directo a través de la pupila dilatada proporciona al examinador una visión 15 veces ampliada del fondo ocular y abarcando aproximadamente unos 10 grados.(Schachat y Cruess, 1986)

* págs. 15 y 16

Yanuzzi, Schatz y Gitter (1982) reportan que Von Graefe describió los aspectos clínicos de la enfermedad en 1866, pero hasta 100 años después, fue Maumenee, utilizando fluoresceinangiografía, quien notara por primera vez que el desprendimiento seroso era consecuencia de un escape a nivel del epitelio pigmentado retiniano.

Para ellos, a pesar de los numerosos trabajos que se han presentado desde entonces no existe ningún caso documentado en que se correlacione la fluoresceinoangiografía y las observaciones clínicas con la histopatología subyacente de forma tal que revele el sitio y mecanismo exactos del desprendimiento.

La historia natural de la enfermedad permanece oculta por una pobre definición clínica de la entidad y la ausencia de un estudio prospectivo en gran escala.

3.5.2 Descripción de la enfermedad

El trabajo de los doctores Dalma y González (1996) presenta esta descripción de la enfermedad: “ es una entidad que se caracteriza por un desprendimiento seroso, localizado, de la retina neurosensorial, secundario a una fuga a través de un defecto o disfunción del epitelio pigmentado de la retina”

3.5.3 Manifestaciones clínicas

“La sintomatología inicia en forma aguda con visión borrosa, metamorfopsias o ambas, micropsias, oscurecimiento del campo visual, xantopsia e hipermetropía causada por elevación de la retina. Por lo general la visión se mantiene buena aún cuando el paciente este sintomático. No es raro que refiera episodios similares anteriores en el mismo ojo o en el contralateral, hay ataques recurrentes hasta en un 30% a 50% de los casos al cabo de los cuales puede existir una disminución importante de la visión por daño permanente al EPR, fotoreceptores o

el subrayado es nuestro

pag 221

anormalidad de la vista. por la que aparecen los objetos amarillos

ambos. Habitualmente es un padecimiento autolimitado que se resuelve espontáneamente al cabo de 1 a 6 meses (80 a 100 % de los casos)

El examen oftalmológico es normal, excepto por un desprendimiento seroso en el área macular, puede presentarse en cualquier parte del polo posterior pero es asintomático a menos que afecte la fóvea... La prueba con rejilla de Amsler demuestra metamorfopsia en el campo visual correspondiente al levantamiento retiniano y puede haber una discreta a moderada hipermetropía por elevación foveal. Es frecuente que persistan una leve metamorfopsia o escotoma central relativo, alteraciones en la visión cromática y en las pruebas de sensibilidad al contraste”(ibid) *

3.5.4 Incidencia

Se presenta en adultos jóvenes, entre 30 a 50 años y en una proporción de 9 a 1 es más frecuente en hombres (ibid) *

En el estudio realizado por los doctores Yannuzi, Schatz y Gitter (1982) el 85 por ciento de sus pacientes eran del sexo masculino, en promedio de 42 años, encontrando además un número significativo de pacientes de origen hispánico, en su estudio no se comprobó la tendencia de la enfermedad a manifestarse en personas de origen oriental.

3.5.5 Examen Ocular

El empleo del oftalmoscopio indirecto y lente de examen Nikon más 20 o más 14 es la mejor forma de reconocer un desprendimiento de retina sensorial. El desprendimiento puede variar desde una pequeña elevación que aparece sólo en la región foveal hasta una elevación grande en la que aparecen márgenes en declive.

Existen desprendimientos pequeños e incluso grandes que no involucran a la fóvea y pueden ser visualmente asintomáticos, al contrario todos los desprendimientos que afectan la fóvea son sintomáticos.

3.5.6 Fluoresceinoangiografía

* págs. 221-222

pag. 221

“Es un estudio que consiste en delimitar los vasos retinianos con un colorante fluorescente no tóxico, la fluoresceína sódica. Se inyectan unos 5 ml de una solución diluida en una vena del brazo, misma que llega con rapidez a la vasculatura retiniana. El colorante absorbe luz del oftalmoscopio o la cámara de fondo, pero emite luz con una longitud de onda diferente. Sólo se deja pasar esa luz emitida hasta el observador (o la película en la cámara) por medio de filtros barrera que excluyen todas las demás longitudes de onda. En la mayoría de los casos la cámara de fondo se utiliza para obtener una serie de registros fotográficos durante los pocos segundos que dura el paso del colorante a través de las arterias y venas de la retina. Esta técnica valora con precisión la hemodinámica vascular retiniana e identifica anomalías sutiles de la microvasculatura retiniana. Los vasos retinianos normales, al igual que los cerebrales, no filtran fluoresceína, por lo que esta técnica es una medida sensible de la competencia vascular. Hay que advertirle al paciente que los vasos renales si filtran fluoresceína.

La fluorangiografía también brinda información importante sobre la circulación coroidea y papilar, así como del epitelio pigmentado de la retina” (Phillips, 1986).

En las investigaciones de Yanuzzi, Schatz y Gitter al realizar el estudio con este tipo de pacientes descubren que éste muestra como signo típico de la enfermedad un escape muy temprano puntiforme en el epitelio pigmentado por debajo del desprendimiento de retina sensorial. En las fases muy tempranas del angiograma este escape es poco evidente, durante las fases medias es cada vez mayor conforme se produce el encharcamiento de colorante en el espacio retiniano subsensorial. En las últimas fases del angiograma continúa acumulándose colorante en el espacio retiniano subsensorial, pero jamás llega a llenarlo del todo.

La fuga puede manifestarse de tres formas, la más frecuente es “mancha de tinta” que ocurre en el 60 % de los casos. Comienza como una pérdida puntiforme que gradualmente va haciéndose más grande durante la fase media

del angiograma y continúa expandiéndose con bordes difuminados en las últimas fases del estudio. (ibid) *

La segunda variedad recibe el nombre de escape tipo “chimenea” “paraguas” u “hongo”. Se presenta en alrededor del 20% de los casos.

Comienza como un escape puntiforme a partir del epitelio pigmentado, acrece en las fases medias del angiograma y comienza a ascender rápidamente en el espacio retiniano subsensorial hasta los límites superiores del desprendimiento de retina sensorial. Cuando llega a un punto cercano al límite superior del desprendimiento, continúa expandiéndose del lado nasal y temporal y forma así su característico aspecto en hongo o en paraguas. En ocasiones alcanzará los límites superiores del desprendimiento retiniano subsensorial y se extenderá sea al lado nasal sea al temporal, pero nunca en ambos sentidos, y de esta manera semeja una chimenea.

Por último, en el restante 20% de los casos, hay un discreto desprendimiento discernible del epitelio pigmentado de la retina por debajo del desprendimiento de la retina subsensorial. En estos casos el desprendimiento epitelial pigmentado no suele ser mayor que $\frac{1}{4}$ de diámetro discal. Primero se llena el desprendimiento epitelial pigmentado y subsiguientemente hay escape desde él al espacio retiniano subsensorial desde uno o más puntos focales situados habitualmente en los bordes del desprendimiento epitelial pigmentado de la retina.

Esta es la única forma de coriorretinopatía serosa central que tiene un desprendimiento de epitelio pigmentado clínicamente evidente y que puede documentarse mediante fluoresceinoangiografía. En las otras formas el desprendimiento del epitelio pigmentado sólo puede presumirse en el sitio del escape, pues no es posible observarlo por biomicroscopía.

El tipo particular de escape en la coriorretinopatía serosa central parece no tener ningún valor definitivo en materia de predicción del pronóstico visual final, sin embargo, puede indicar la duración del desprendimiento. En su mayoría los escapes en chimenea tienden a ser manifestaciones agudas y los escapes en mancha de tinta crónicas. (ibid) *

3.5.7 Etiología

No es clara, algunos autores (Gass, 1987) consideran que con frecuencia las personas que padecen este tipo de personalidad son altamente competitivas, con adicción compulsiva al trabajo que relacionan la aparición de sus síntomas con estrés inusual, como un cambio de trabajo, problemas conyugales, fallecimiento o enfermedad en la familia, o heridas de

* pag. 154

CAPITULO 4

MÉTODO Y PROCEDIMIENTO

4.1 Sujetos:

Los sujetos del estudio fueron captados a través del Departamento de Oftalmología del Hospital Regional de Especialidades # 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), en Monterrey, N.L., México.

El hospital proporciona atención a los derechohabientes de los estados de: Nuevo León, Tamaulipas, Coahuila, Chihuahua y Durango.

Las especialidades médicas con las que cuenta el hospital son: Oftalmología, Inmunología, Nefrología, Oncología, Pediatría, Cirugía General, Patología, Medicina Interna y Laboratorio Nuclear

Los pacientes, referidos por lo regular por los médicos familiares, fueron detectados al acudir el médico especialista en el área de oftalmología.

Se trabajó durante un periodo de 3 meses, iniciando el 20 de agosto hasta el 26 de noviembre de 1998. Se asistió de 2 a 3 veces por semana los días de consulta (lunes, miércoles y jueves). El total de sujetos de estudio fue de $N = 4$.

Las instrucciones fueron de que los médicos residentes del departamento de oftalmología al recibir un paciente de primera vez con el diagnóstico de corioretinopatía serosa central sería canalizado para el estudio.

La enfermedad, como se ha explicado en páginas anteriores, es poco frecuente, de ahí que sólo fueran detectados 4 pacientes en ese periodo.

Lo anterior nos permite conocer el lugar que en la vida del sujeto ocupa su trabajo, cómo percibe su función laboral, cómo se califica y cual es el sentido que tiene del cumplimiento del deber y del valor que tienen el descanso y los lazos amistosos en el centro de trabajo.

En la pregunta # 8 (¿Qué puesto desempeña?) respecto al puesto que desempeñan responden:

Sujeto 1: “supervisor”.

Sujeto 2: “operador”

Sujeto 3: “jefe de costos”

En la pregunta # 9 (¿Cuáles son las funciones de su puesto?) sobre las funciones de dicho puesto, contestan:

Sujeto 1: “manejo de personal, son aproximadamente 20 personas, hago los trámites del IMSS, entrevistas de contratación, facturación, manejo de papelería, etc.”

Sujeto 2: “traslado, carga y descarga”.

Sujeto 3: “elaboración de presupuestos, finiquitos de obra, control de destajistas”

En la pregunta # 10 (¿ Cuántas horas trabaja por día?) sobre la jornada de trabajo responden:

Sujeto 1: “ 8 horas de lunes a viernes, el sábado 5 horas”

Sujeto 2: “trabajo toda la semana, descanso medio día, cuando van 2 operadores si hay descanso”

Sujeto 3: “en teoría es de 8:30 a 1 y de 2 a 7, de verdad es de 8 de la mañana a 8 de la noche, de lunes a sábado y a veces el domingo, hay media hora para comer, antes trabajaba más, era de 7: 30 de la mañana a 7:00 de la noche, estuve 10 años así, a lo mejor soy un tanto masoquista, ahora me voy a las 8:30 aunque deje pendientes”

En la pregunta # 11 (¿Cuántas horas trabaja por semana?) en cuanto a la jornada semanal parecen ser:

Sujeto 1: 45 horas a la semana.

Sujeto 2: sin horario.

Sujeto 3: 72 horas aproximadamente.

Los 3 hacen mención de un horario registrado y un horario real que excede a las horas registradas. En las palabras expresadas ninguno de ellos se queja por

la cantidad de horas, denotan en su rostro una expresión de satisfacción por las horas que trabajan y la responsabilidad que tienen, sólo el sujeto 3 menciona que cambió de trabajo por la presión de tiempo, ya que antes trabajaba más horas. También el sujeto 3 mencionó que tal vez era un tanto masoquista por el horario que tenía antes.

Es interesante la referencia al masoquismo, ya que parece ninguno percatarse que por no dañar su narcisismo en cuanto a no mostrarse incapaces de completar la tarea provocan un daño a su cuerpo, evidente por los pobres horarios de sueño y alimentación que podemos deducir por la jornada de trabajo y por la presencia de enfermedades psicosomáticas asociadas a la tensión.

Con relación a la pregunta # 12 (¿Cómo se siente en ese puesto?) con respecto a como se sienten en esa tarea laboral:

Sujeto 1: “a gusto, ya antes había sido supervisor”.

Sujeto 2: “bien”.

Sujeto 3: “bien”.

En palabras los 3 dicen sentirse bien. Ninguno manifiesta dudas con respecto a su trabajo o a su vocación.

En la pregunta # 13 (¿Cómo se valora usted en el trabajo?) sobre el valor que le otorgan a su trabajo responden:

Sujeto 1. “bien, mis jefes me valoran”

Sujeto 2: “soy bueno”

Sujeto 3. “bien, me queda chico”

Encontramos que les es difícil expresarse sobre ellos mismos y que tienen un buen concepto de sí mismos aunque un poco escueto.

La pregunta # 14 (¿Cómo piensa usted que lo describirían sus compañeros de trabajo?) sobre la descripción que harían de ellos sus compañeros de trabajo la contestan así:

Sujeto 1: “no hay al mismo nivel (él es el único supervisor), cada mente es diferente”.

Sujeto 2: “me consideran bueno”

Sujeto 3: “trabajador”

El sujeto 1 dice “cada mente es diferente” indicando una dificultad o negativa para ponerse en el lugar de otro, el sujeto 2 piensa que lo consideran bueno, el sujeto 3 piensa que lo describirían como trabajador.

Vemos en esta respuesta como no hay por parte de uno de los sujetos la posibilidad de pensar en los otros como personas, en otro la descripción de bueno se refiere a su desempeño en el trabajo y el numero 3 evidentemente es descrito como trabajador, no existe la posibilidad de otro tipo de descripción que haga referencia a cualidades de orden social.

En la pregunta # 15 (¿Cómo se expresan de usted como compañero de trabajo?) que se refiere precisamente a cómo sería descrito como compañero de trabajo, es decir en relación con el grupo, responden:

Sujeto 1: “el obrero no aprecia al supervisor”

Sujeto 2: “ cada quien se alaba sólo”

Sujeto 3: “tranquilo”

Encontramos en estas respuestas otra vez la individualidad de los sujetos, la imposibilidad de entender los sentimientos de los otros y la relación probablemente marcada por la competencia y no por la colaboración.

En la pregunta #16 (¿Qué opina usted de sus compañeros como trabajadores?) sobre como él percibe a sus compañeros encontramos lo siguiente:

Sujeto 1: “a veces hay personal que trabaja como debe ser, se saca la producción”.

Sujeto 2: “ bien”.

Sujeto 3: “de todo había, en el trabajo no caben los flojos”.

No les resulta sencillo encontrar cualidades en sus compañeros de trabajo, el nivel de competencia parece no admitir que exista alguno que se les compare y la norma al parecer es que trabajen al nivel de ellos.

Con respeto a la pregunta #17 (¿Qué opina su jefe directo del desempeño de su trabajo?) sobre la opinión de su jefe sobre su desempeño:

Sujeto 1: “da las mejores referencias, mi jefe anterior me invita a regresar al trabajo”

Sujeto 2: “me gané un premio”

Sujeto 3: “era muy exigente, ya me gané su confianza”.

Los 3 se sienten reconocidos en su trabajo, a través de premios, palabras de reconocimiento o la confianza del otro, notamos como su interés se centra en el trabajo y no en las relaciones humanas. Asimismo notamos como siempre parecen triunfar.

Al preguntar sobre la opinión que ellos tienen sobre su jefe directo en la pregunta # 18 (¿Cómo ve usted a su jefe en el desempeño de su trabajo?) responden :

Sujeto 1: “es un poco estricto”

Sujeto 2 “no hay jefe, hay varios coordinadores según el turno y según la ciudad, llegas y te reportas”.

Sujeto 3: “tiene experiencia, quien sabe si el fuera ejecutor (sólo planea la estrategia)”

Observamos que los sujetos juzgan, anulan o critican el desempeño de sus autoridades, no existe reconocimiento o una crítica positiva, tampoco una posibilidad de vínculo o identificación, mencionaremos que el sujeto 1 tiene como jefe directo a su padre.

En la pregunta # 19 (¿Cómo se lleva usted con sus compañeros dentro del trabajo?) sobre como es su relación con compañeros dentro del trabajo responden:

Sujeto 1: “no hay relación”

Sujeto 2: “bien”.

Sujeto 3: “muy bien”

Al contrario de los datos anteriores la respuesta aquí es afirmativa de una buena relación, con las siguientes preguntas estableceremos que es lo que consideran es “llevarse bien”

Sobre la relación con compañeros fuera de la hora de trabajo que se explora en la pregunta # 20 (¿Se relaciona usted con ellos fuera de las horas de trabajo?) responden:

Sujeto 1: nos saludamos a la salida”.

Sujeto 2: “a veces”.

Sujeto 3: “no”.

Así entendemos la respuesta a la pregunta anterior, la buena relación con compañeros parece ser del tipo de no - relación, ya que si bien no hay problemas tampoco hay acercamiento con ellos.

Al preguntar sobre el tipo de actividades en que se relacionan en la pregunta # 21 (¿En qué actividades?) responden:

Sujeto 1: “no”

Sujeto 2: “a tomar”

Sujeto 3: “no, es que no había eventos”.

El sujeto 1 dice que en ninguna, el sujeto 2 se reúne con ellos a tomar y el sujeto 3 dice que no había ningún tipo de eventos en que se pudieran relacionar, como si necesitara una actividad del centro del trabajo para que los forzara a acercarse y no hubiera la posibilidad de reunirse espontáneamente.

En la pregunta # 22 (¿Realiza alguna actividad además de su trabajo?) para conocer si existe algún tiempo considerado libre responden:

Sujeto 1: “sí”

Sujeto 2: “no”

Sujeto 3: “sí”

En la pregunta # 23 (deporte, social, arte, etcétera) sobre el tipo de actividad responden:

Sujeto 1: “ me gustan todos los deportes, en la normal estudié educación física, sobre todo me gusta el fútbol, juego de portero”.

Sujeto 3: “voy al templo, soy maestro de clase los domingos, también voy a empezar a caminar”.

Aunque el sujeto 1 menciona que le gustan los deportes y uno de equipo como el fútbol, prefiere la posición de portero que en un enfoque psicoanalítico puede entenderse como una posición además de defensiva, individual, no específica que se encuentre actualmente, o cuando menos antes de enfermar practicando dicho deporte. El sujeto 2 no realiza ninguna actividad y el sujeto 3 está experimentando un cambio en su vida por ello apenas está iniciando con su práctica religiosa.

En la pregunta # 24 (¿Tiene algún tiempo libre en el trabajo?) sobre la posibilidad de que dispongan de algún tiempo libre en el trabajo contestan lo siguiente:

Sujeto 1 “ (entre risas) no, si la hora de comida es de 30 minutos”.

Sujeto 2: “no, tienes que llegar y descargar, no sales a pasear”.

Sujeto 3: “no”

Notamos una dedicación exclusiva al trabajo aparentemente sin conflicto, excepto en el sujeto 3 que voluntariamente ha reducido, aunque no significativamente su jornada de trabajo.

En la pregunta # 25 (¿Qué hace en ese tiempo libre?) acerca de lo que realizan en el tiempo libre ninguno de los 3 dispone de tiempo.

La actitud hacia el trabajo parece ser de gran aceptación a la jornada excesiva sin posibilidad de robar tiempo aunque no se encuentren en presencia de jefes o supervisores no se permiten descansar, el interés está centrado en que se cumpla la tarea.

En la pregunta # 26 (¿Alguna vez se ha ausentado de su trabajo?) sobre si han faltado alguna vez de su trabajo responden:

Sujeto 1: “¡ es la primera vez que faltó!. Desde los 17 años trabajo y es la primera vez que faltó, nunca, ni cuando el niño estaba enfermo”.

Sujeto 2: “hace mucho, antes se podía, no agarrabas viaje”

Sujeto 3: “3 veces en 10 años”

Notamos una interesante coincidencia en este punto y la expresión del llanto, es tan poco frecuente que faltan al trabajo como que lloren, ambas situaciones pueden contarse con los dedos de una mano y parecen estar relacionadas, podemos pensar en este superyó que castiga ambas situaciones y que parece castigarlas ahora en el órgano ejecutor que al mismo tiempo expresa el llanto como la razón de faltar, si la castración entra por los ojos, el castigo se da precisamente en los ojos.

Además esto nos da una medida del grado de responsabilidad que tiene los sujetos respecto a su trabajo, el sujeto 1 que en 20 años no había faltado a su trabajo, el sujeto 2 que no ha abandonado el trabajo y el sujeto 3 que puede mencionar sólo 3 faltas en 10 años de trabajo, también asociado con la dureza del superyó.

En la pregunta # 27 (¿ Por cuanto tiempo?) sobre el tiempo ausente del trabajo responden:

Sujeto 1: “desde que me enfermé”(hace aproximadamente 2 meses).

Sujeto 2: “como 1 o 2 días”

Sujeto 3: “3 días”.

Notamos que en el sujeto 1 ni en la enfermedad del niño se había ausentado del trabajo, aunque estaba en peligro de muerte, hasta ahora que la enfermedad lo obligó a faltar. No podemos dejar de notar que ni la muerte lo puede alejar del

trabajo sólo algo que no pudo controlar lo hizo faltar, la enfermedad psicosomática.

Los sujetos faltan una cantidad tan reducida de días que no podemos dejar de notar una gran exigencia del superyó y una gran coincidencia entre nuestros pacientes y el perfil de personalidad del paciente psicosomático (Garma, 1954) (McDougal, 1993)

Sobre los motivos de la ausencia que se investigan en la pregunta # 28 (¿Cuáles fueron los motivos?) han sido:

Sujeto 1: “ la enfermedad actual”

Sujeto 2. “ para descansar”

Sujeto: 3 “por salud”.

En la pregunta # 29 (¿Cómo se sintió de haberse ausentado? sobre la sensación experimentada al haber estado ausente del trabajo dicen.

Sujeto 1. “ahora incómodo, muy mal”.

Sujeto 2. “bien”

Sujeto 3: “sentí que me había atrasado, la vida es una carrera y al faltar, los demás se me habían adelantado”.

Podemos apreciar como el trabajo es vivido más que como una actividad como una obsesión, ya que no hay permiso de faltar, excepto en el paciente 2, los demás se sienten muy mal al haber faltado, aunque esto se haya debido a cuestiones de salud, en tal caso, la enfermedad es como un castigo.

Al preguntar sobre las ausencias permitidas, es decir, si tienen vacaciones, en la pregunta # 30 (¿ Tiene vacaciones en su trabajo?) responden los 3 que si .

El paciente 2 no las toma ya que programa sus intervenciones quirúrgicas en esas fechas, es decir, no se presenta a su trabajo pero no las considera vacaciones.

Con respecto a la duración del período vacacional, en la pregunta # 31 (¿Cuántos períodos al año?) los 3 mencionan tener un sólo periodo al año, de una semana o menos.

Las actividades realizadas en ese periodo investigadas en la pregunta # 32 (¿ En qué ocupa sus vacaciones?) son:

Sujeto 1: “en la familia, en la casa”.

Sujeto 2: “ no las tomo por las enfermedades, he estado incapacitado, si no me voy a Linares”.

Sujeto 3: “antes no las tomaba”.

Sobre la elección de dichas actividades en la pregunta # 33 (¿Qué es lo que hace que las distribuya de esa manera?) dicen:

Sujeto 1: “no salgo de viaje por cuestiones económicas”.

Sujeto 2. “para ver a la familia”.

Sujeto 3: “trabajaba, por el dinero”.

Observamos en esta ultima serie de preguntas que los sujetos centran la mayoría de su actividad en el trabajo, parece que su excesivo esfuerzo no es exactamente retribuido en lo económico ya que se quejan de dificultades en ese aspecto.

En relación con el sujeto 4, no labora fuera de su hogar, pero las actividades que realiza nos indican una exigencia importante, además de atender la casa y a sus tres hijos y encontrarse en su cuarto embarazo, practica ejercicio en el hogar durante toda la semana porque se lo ha propuesto (ser constante) y en su tiempo libre elabora manualidades que en un inicio era una actividad para distraerse ahora se ha convertido en una fuente de ingresos.

El descanso del ejercicio parece haberse convertido en una exigencia del superyó así como las manualidades antes recreativas ahora remuneradas.

En relación con las hipótesis que trabajamos pareciera quedar comprobado en estos pacientes la fuerza de su superyó propuesta en la hipótesis 5, en cuanto al cumplimiento de su deber, cumplen su jornada y la excede, no requieren de una supervisión externa, ya que en ellos está suficientemente internalizado el sentido del deber, no descansan en horas de trabajo ni se sienten cómodos al ausentarse.

Con respecto a conflictos relacionados con la capacidad y el lograr objetivos, de la hipótesis 2 si bien están sumamente dedicados al reconocimiento de los otros y a ganar premios o competencia, no encontramos evidencia de que existiera un conflicto consciente relacionado con ello, pudiéramos considerar que el conflicto se encuentra entre lograr el reconocimiento y la meta a costa de su cuerpo y de su salud fisica ya que las jornadas de trabajo y el descuido de las condiciones de su cuerpo al grado de persistir las enfermedades

psicosomáticas y aparecer “ nuevas” nos indican ese excesivo esfuerzo por alcanzar el ideal del yo laboral, no exactamente social ya que el reconocimiento que les interesa parece ser el del propio superyó.

En ese sentido podemos hablar de un conflicto relacionado con el éxito profesional acorde al superyó en el sentido que se cumpla con todo y se logre lo proyectado a costa del cuerpo.

5. CONCLUSIONES

El perfil de personalidad presenta las siguientes características:

En cuanto a la percepción que tienen de sí mismos no existe ninguna respuesta que los describa como tranquilos o relajados, el estilo es de mucha prisa, de gran apremio con lo cual coincide con el perfil general de los pacientes psicossomáticos (Garma, 1954) y con la descripción de la personalidad encontrada en el campo médico en los pacientes con corioretinopatía serosa central (Yanuzzi y cols., 1982)

Lo anterior lo notamos en los siguientes aspectos:

Escasamente describen problemas con otras personas pero también encuentran difícil encontrar “otras personas”, es decir, desde su perspectiva narcisista no toman en consideración al otro, parecen no existir otras personas significativas, así que aunque aparentemente se encuentra “en relación” las relaciones son frágiles o intercambiables, en los trabajos no establecen lazos afectivos con compañeros ni con superiores; por un elevado concepto de sí mismos, no son capaces de relacionarse con los otros que les parecen inferiores, ya que lo que los sujetos realizan es tan excesivo que evidentemente los otros no están a su nivel.

Así están en una relación no problemática con otros en la que no hay ni problemas manifiestos ni afecto de carácter positivo, en relaciones neutrales o blancas (Marty y de M'uzan, 1967)

Los afectos negativos, en primera instancia no son nombrados ni sentidos claramente, los positivos parecen no existir

El enojo, la tristeza parecen ser experimentados como fallas o debilidades del carácter y ni una ni otra emoción está permitida en su expresión.

En cuanto a la sensación de la emoción, los sujetos no podían poner en palabras su emoción, como si éstas estuvieran en un estado primitivo que no pudieran enlazarse a la representación verbal y se quedara la emoción de una manera pura en el cuerpo.

Tanto la expresión del enojo o tristeza eran eliminadas, culturalmente la expresión del enojo podía ser permitida para los sujetos varones pero insistimos en que opera un perfeccionismo que excluye cualquier cosa que pueda ser considerada falla o debilidad.

En especial nos interesaba saber si la expresión de tristeza podía ser manifestada en una forma física sencilla como el llanto que, además, actúa como comunicación de lo que sucede en el interior del individuo y encontramos respuestas que indicaban una gran imposibilidad de llorar, como el mencionar una sola vez en la vida la expresión del llanto y un promedio de 20 años sin llorar, con ello encontramos un ojo especialmente “cargado” que parece, con la enfermedad, descargarse al interior.

En esta situación de la descarga del llanto, encontramos que las cuestiones culturales no facilitan la posibilidad del llanto en los hombres, lo que puede estar asociado en esta línea con la incidencia mayor en la población masculina de esta enfermedad. Esto nos permitiría apuntar por qué la enfermedad tiene su asiento en la visión, sin dejar de considerar los aspectos típicos de personalidad que facilitan la aparición de enfermedades psicosomáticas.

Llanto y muerte parecen estar relacionados, ya que sólo ante la amenaza o la muerte real se da la expresión del llanto, como si sólo ante la pérdida pudieran perder su imagen ideal y llorar. Así encontramos una relación entre visión y castración. (Freud, 1916-17)

La única mujer de nuestra muestra parecía llorar con más facilidad, con tanta facilidad que estuvo siempre al borde del llanto, señalamos las diferencias culturales que en ella permiten el llanto pero sin darse cuenta e inscrito en una sensación de sorpresa, no sabe cuándo llora ni por qué es que llora, como si el llanto no aludiera a una emoción ni una representación, por ello se da en el ámbito físico y como si no fuera psíquico, sólo pasara por su cuerpo.

La expresión de los afectos es muy limitada, esto parece apuntar a un tipo de personalidad superyóica, que, en la relación con los otros se mantiene contenida, sin expresarse plenamente, y hacia sí mismo pretende llegar a un ideal de perfección, en el cual no existen defectos ni sentimientos negativos, casi diríamos ni cuerpo ni emociones, ya que no sienten emocionalmente y parecen tampoco escuchar a las necesidades de su cuerpo, como si el ideal fuera poco humano.

Emociones de carácter positivo tampoco son expresadas en la relación con los otros, pareciera que todo el afecto está depositado en el ideal del yo y esto se revela en el excesivo cumplimiento del deber laboral o funcional, aludiendo con ello a que la sujeto femenina de la muestra era considerada por su pareja como “sacarse la lotería”.

En relación con la salud, la aparición de la enfermedad “desconocida” provoca tal angustia que los sujetos parecen perder su natural eficiencia al grado de no escuchar el diagnóstico y perder el control de sí mismos, surge la enfermedad actual como lo inquietante, desconocido y que provoca que se ausenten de su trabajo porque no están en condiciones de trabajar, están “incapacitados”.

La enfermedad visual es la actualización del conflicto en el cual han estado viviendo o trabajando más allá de sus posibilidades físicas y surge un punto de quiebre.

Esta enfermedad no tiene ningún antecedente en sus familias, no hay sensación de dolor, no es percibida a simple vista, no es posible representarla mentalmente y es altamente incapacitante. Como dice uno de los sujetos “no es una enfermedad como cualquier otra”.

La atribución del origen de la enfermedad fue considerada orgánica o por estrés, cuando mencionan al estrés aunque aluden débilmente al trabajo no consideran como problema el exceso en la forma en que lo desempeñan, el cumplir con las metas y sus funciones independientemente del horario asignado parece ser natural en ellos e incuestionado.

Toda la actividad parece destinada a complacer a la imagen ideal de sí mismos. Reiteramos que es a costa del cuerpo ya que han padecido y siguen manifestando enfermedades psicosomáticas.

Esta actividad excesiva se manifiesta claramente en la situación laboral en la que su el trabajo desempeñado excede cuando menos en horario al asignado y en el que no necesitan ningún reglamento o autoridad que les indique lo que deben hacer, como si ellos estuvieran demasiado adaptados laboralmente y con un ideal de cómo se debe de trabajar.

Este ideal de trabajo se consigue a costa del cuerpo y de las relaciones personales, sus horarios de descanso y alimentación son reducidos y describen no tener tiempo para diversiones.

Parece como si estuviera toda la energía depositada en el trabajo de forma tan intensa que asemeja a una adicción, dicho por los pacientes de tal manera que piensan en rechazar la incapacidad o expresar que no pueden faltar al trabajo, sin poder concebir que el trabajo se realice en su ausencia.

No hay relación con semejantes, consideran que nadie desempeña el trabajo como ellos, a pesar de tener largas jornadas de trabajo de 6 días por semana no tienen ningún tipo de acercamiento amistoso lo que nos muestra la debilidad de los vínculos afectivos.

Ausentarse del trabajo o robarle tiempo a la jornada es algo impensable, es tan poco frecuente que falten al trabajo como que lloren o se enfrenten a la muerte, si establecíamos la relación que sólo expresan el llanto ante una pérdida, sólo faltan al trabajo bajo condiciones muy especiales y esas faltas pesan de tal forma que se recuerdan fácilmente.

La ausencia obligada por la enfermedad visual parecía afectarles mucho porque alteraba todo su estilo de vida y de resolución de problemas.

El síntoma parece revelar la impotencia, antes podían con todo y ya no pueden ni hacer algo tan sencillo e importante como poder ver, si no pueden ver ya no pueden trabajar, la enfermedad es doble pérdida, de la visión y de la posibilidad de complacer a su ideal de yo con el trabajo.

Las características detectadas en este estudio, son, desde nuestro punto de vista, un primer indicador de los rasgos de personalidad de este tipo de pacientes entre otros, lo que significa para ellos el cumplimiento del deber, la dificultad en el despliegue de los afectos y la situación sin salida de la que parece surgir la enfermedad actual, no obstante, creemos necesario continuar con la indagación así como tratar de investigar otros factores relacionados con ésta enfermedad.

6. RECOMENDACIONES

La enfermedad es altamente incapacitante, mucho más que otras también consideradas psicosomáticas, como la indicación es incapacidad laboral que como mínimo puede ser un mes, creemos importante que en los centros hospitalarios, aunque la frecuencia del padecimiento es escasa, dediquen esfuerzos tanto a la comprensión de los mecanismos de la enfermedad como a intervención psicológica en esta área.

Por lo anterior sugerimos que al ser detectado un paciente en el Departamento de Oftalmología se le aplique un breve cuestionario para establecer si coincide con el perfil del paciente que nosotros encontramos, si esto es así, que se le atienda en el Departamento de Psicología y que en este se implementen psicoterapias de grupo o individuales a fin de atender este tipo de problemáticas, cabe mencionar que la encargada del Depto. de Psicología del Hospital # 25 nos comentó, que, al igual que en otros Centros Hospitalarios, el Departamento de Oftalmología no deriva pacientes a Psicología.

En este tipo de pacientes, aunque sugerimos intervenciones individuales o grupales, tendríamos que revisar el tipo de intervención terapéutica, ya que la implementación de esta propuesta tendría dificultades de dos tipos:

En cuanto a lo operativo sería difícil que el paciente tenga posibilidad de trasladarse al centro hospitalario, ya que si bien podría asistir mientras dura su periodo de incapacidad, la dificultad visual podría hacerle difícil el trayecto y

una vez recuperada la visión, con los horarios de trabajo que desempeñan, no sería fácil establecer un encuadre de tratamiento.

Con respecto al perfil de personalidad las dificultades estarían precisamente del lado del superyó, estos pacientes se sienten bien con su estilo de vida y no creen necesario cambiarlo, hablar del afecto se les dificulta, por lo que sería complicado que deseen participar de un proceso terapéutico.

Además de sugerir que se continúe trabajando sobre estrategias de intervención en pacientes psicósomáticos, propondríamos que el tratamiento se realice de tal manera que incluya a las parejas de los pacientes para que actúen como puente a través del cual puedan expresar el afecto.

Los abordajes terapéuticos existentes incluyen tanto la colaboración con el médico tratante para determinar los efectos de la elaboración del síntoma, como la función del psicósomatólogo como imagen aprovechando el funcionamiento de la reduplicación proyectiva; en ese sentido, más que la figura del especialista, podría ser interesante incluir a la pareja del paciente para que el afecto se expresara a través de una imagen significativa y que en esa imagen pudiera darse el conocimiento del manejo de las emociones.

Creemos importante abrir el campo de las enfermedades psicósomáticas de tal forma que incluya también las enfermedades visuales, pero pensamos que la incidencia cada vez mayor de enfermedades psicósomáticas invita a seguir explorando las enfermedades ya conocidas y las nuevas, campo que debe ser de interés para la psicología clínica y que inexplicablemente está casi ausente de planes de estudio y de proyectos de investigación.

Pareciera que la psicología se esforzó tanto en deslindarse de la medicina que apartó el problema del cuerpo, pero en ese deslinde se aparta del psicoanálisis y niega al individuo.

Procedimiento:

4.2 Instrumento:

Dentro de los trabajos psicoanalíticos sobre enfermedades psicosomáticas no encontramos ningún instrumento diseñado para las enfermedades visuales, existen como antecedente las entrevistas realizadas por los Drs. Marty y de Múzan, en su trabajo en un Dispensario de Psicopatología (1967) las cuales fueron realizadas por un psicoanalista y aproximadamente 7 asistentes, las entrevistas estaban regidas por el principio de la asociación libre.

Por lo anterior procedimos al diseño de una entrevista constituida por preguntas abiertas ya que nos interesaba explorar ampliamente la enfermedad en virtud de no existir antecedentes sobre ella.

Los temas que investigamos, de acuerdo a lo previamente descrito sobre el perfil del paciente psicosomático, abordaban los siguientes campos:

a) **personalidad y afecto**, siendo importantes para nuestro estudio la expresión de las emociones de carácter displacentero y la posibilidad de descarga a través de la palabra o el llanto, también saber si existe un otro significativo que ayude a esta metabolización.

b) **campo laboral**, para conocer el grado de responsabilidad con respecto a la tarea y el cumplimiento del deber y las normas, así como la relación con otras personas en esta labor.

c) **salud**, nos interesaba conocer sobre esta enfermedad visual así como la tendencia a somatizar y como era vivida la experiencia de enfermar.

En relación con el orden de las preguntas, después de los datos de identificación iniciamos con las preguntas respecto al **campo laboral** por dos razones, por un lado era la secuencia lógica de las preguntas con relación a los datos anteriores, por otra parte esperábamos que fuera algo de lo que los sujetos se sintieran orgullosos y muy comprometidos en esa función y que eso facilitaría el desarrollo de la entrevista.

Como segundo tema fue incluido el de la **salud**, ya que era esperado, por ser la entrevista en el medio médico, preguntar sobre la enfermedad y su salud en general.

Como último punto el tema de **personalidad y afecto**, considerando que ya se habría desarrollado un clima favorable para este tipo de preguntas.

El instrumento fue construido con 96 reactivos, de los cuales 7 investigaban datos sociodemográficos y los restantes 89 trabajaban las 3 dimensiones a investigar, 26 preguntas en relación con la dimensión **laboral**, 26 respecto a la **salud** y 37 sobre la **personalidad y el afecto**

El cuestionario fue revisado por el Dr. Arturo Enriquez, Profesor Titular del Departamento de Oftalmología del Hospital 25 del IMSS y sugirió se agregaran ítems a los datos de identificación.

Además fue enviado para su revisión a: Dr. Pablo Villarreal Guerra, Oftalmólogo, Profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Monterrey, Consulta externa en el Hospital Metropolitano y el Hospital Santa Engracia, el cual sugirió que el lenguaje utilizado en el instrumento no fuera técnico; el Lic. Rodolfo Alvarez, Psicólogo, Profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León y Psicoanalista del ~~Círculo Psicoanalítico Mexicano~~ quien recomendó se investigaran antecedentes familiares de la enfermedad y se abordara la vida de pareja de los entrevistados, y al Lic. Enrique García, Profesor de la Facultad de Psicología y Director del Centro de Investigaciones Psicológicas de dicha Facultad, perteneciente a la U.A.N.L., quien indicó que las preguntas debían estar relacionadas con las hipótesis propuestas y que el análisis de resultados debía ser cualitativo.

Las entrevistas fueron realizadas o bien en la sala de espera o en el consultorio del Departamento de Oftalmología del Hospital # 25

La duración de aplicación fue aproximadamente de 50 minutos.

4.3 Hipótesis

Las hipótesis con las que trabajamos fueron las siguientes:

1. - Existe un conflicto actual que se relaciona con la aparición del trastorno que actúa como precipitador.
2. Una parte del conflicto puede estar relacionado con situaciones en las que se expresa la capacidad y el lograr objetivos.
3. - En estas personas, la enfermedad visual opera como signo de impotencia psicológica, lo cual desorganiza emocionalmente.
4. - En estas personas, no es frecuente que expresen su emoción a través del llanto.
5. - En estas personas, existe un superyó estricto que impide el abandono de la tarea y castiga con la enfermedad.
6. - En estas personas, el castigo y las faltas se viven en el cuerpo, por lo que el superyó puede ser considerado como un superyó corporal

En la dimensión de **personalidad y afecto** exploramos sobre todo la hipótesis 4 en relación con el llanto y la expresión de afectos

En la dimensión **laboral** investigamos las hipótesis 2 y 5 ya que podemos establecer el papel que en ellos tiene el deber laboral, la capacidad y los logros, así como la función que desempeña la ley, lo que nos permite establecer la fuerza del superyó.

En la dimensión de la **salud** trabajamos las hipótesis 1, 3 y 6, ya que podemos delimitar la posibilidad de un conflicto actual así como el significado psicológico que tiene el enfermar.

En las tres dimensiones, trabajo, salud y personalidad y afecto reiterábamos el papel de los vínculos y la expresión del afecto.

4.4 INSTRUMENTO

Las preguntas del instrumento son las siguientes:

Datos sociodemográficos:

1. - Edad
- 2.- Sexo
3. - Escolaridad
4. - Estado civil.
5. - Ocupación.
6. - Lugar de trabajo.
7. - Tiempo laborando.

Dimensión laboral:

8. - ¿ Qué puesto desempeña?
9. - ¿ Cuáles son las funciones de su puesto?
- 10 y 11. - ¿ Cuántas horas trabaja por día? ¿Y por semana?
- 12.- ¿Cómo se siente en ese puesto?
13. -¿ Cómo se valora usted en su trabajo?
14. - ¿Cómo piensa que lo describirían sus compañeros de trabajo?
15. -¿ Cómo se expresan de usted como compañero de trabajo?
16. - ¿Qué opina usted de sus compañeros como trabajadores?
17. - ¿ Qué opina su jefe directo del desempeño de su trabajo?
18. - ¿ Cómo ve usted a su jefe en el desempeño de su trabajo?
19. -¿ Como se lleva usted con sus compañeros dentro del trabajo?
20. - ¿ Se relaciona con ellos fuera de las horas de trabajo?
21. - ¿ En qué actividades?
- 22 y 23. - ¿ Realiza alguna actividad además de su trabajo? deporte, social, arte, etc.
24. - ¿ Tiene algún tiempo libre en el trabajo?
25. - ¿ Qué hace en ese tiempo libre?
26. - ¿ Alguna vez se ha ausentado de su trabajo?
27. - ¿ Por cuánto tiempo?
28. - ¿ Cuáles fueron los motivos?
29. - ¿ Cómo se sintió de haberse ausentado?

30. - ¿ Tiene vacaciones en su trabajo?
31. - ¿ Cuántos períodos al año?
32. - ¿ En que ocupa sus vacaciones?
33. - ¿ Qué es lo que hace que las distribuya de esa manera?

Dimensión salud:

34. - ¿Cuál es el nombre de su problema visual?
35. - ¿Desde cuándo lo presenta?
36. - ¿Cuáles fueron los primeros síntomas de su problema?
37. - ¿Cómo se lo explicó el médico que lo atendió?
38. - ¿Es la primera vez que enferma de este problema visual?
39. - ¿Alguien de su familia ha tenido este problema visual? ¿Que parentesco tienen?
40. - ¿Cómo se sintió cuando le diagnosticaron su problema visual?
41. - ¿Por qué piensa que se le presentó éste problema en la visión?
42. - ¿Antes de que se atendiera de su enfermedad visual tenía algún problema importante? Salud, personalidad, trabajo, familiar, otro. Describalo.
43. - ¿Qué tipo de tratamiento le indicaron?
44. - ¿Qué resultados obtuvo? Mejor, peor, igual.
45. - ¿Qué tratamiento está siguiendo actualmente?
46. - ¿Qué otras cosas le recomendó el médico?
47. - ¿Ha comentado que padece este problema visual?
48. - ¿A quién (es)?
49. - ¿Con qué objetivo se los comentó?
50. - ¿Qué le comentaron sobre su enfermedad?
51. - ¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?
Artritis, dermatitis, colitis, asma, hipertensión, úlcera, problema de tiroides, gastritis, migraña, tensión muscular, gripe, insomnio. En los últimos 6 meses, hace más de 6 meses, actualmente.
- 52, 53 54 y 55. - Hábitos? Fumar, tomar, otro; cantidad, frecuencia y ocasión.
56. - ¿Alguna persona nota que usted está enfermo?
57. - ¿Cómo se dan cuenta?
58. - ¿Cuándo comenta usted sobre su estado de salud?
59. - ¿Qué es lo que hace que usted lo comente?

Dimensión de personalidad y afecto:

60. - ¿ Cómo podría describirse a sí mismo?
61. - ¿ Cómo se ve usted en su relación con otras personas?
62. - ¿ Cómo piensa que lo describirían sus amigos?
63. - ¿ Cómo piensa que lo describiría su familia?
64. - ¿ Cómo piensa que lo describiría su pareja?
65. - ¿ Se ha sentido triste alguna vez?
66. - ¿ En que situaciones se siente triste?
67. - ¿ Cómo se da cuenta de que está triste? ¿ Que piensa? ¿ Cómo se siente físicamente?
68. - ¿ Qué hace cuando se siente triste?
69. - ¿ Cuándo fue la última vez que se sintió triste? ¿ Qué fue lo que sucedió?
70. - ¿ Alguien se dio cuenta de que estaba usted triste?
71. - ¿ Usted se lo comentó a otra persona?
72. - ¿ Alguna vez se ha enojado?
73. - ¿ En que situaciones se enoja?
74. - ¿ Cuándo fue la última vez que se enojó?
75. - ¿ Cómo se da cuenta de que está enojado?
76. - ¿ Alguien se da cuenta de que está enojado?
77. - ¿ Que hace cuando está enojado?
78. - ¿ Usted lo platica con otra persona?
79. - ¿ Alguna vez ha sentido deseos de llorar?

80. - ¿ En que situaciones?
81. - ¿ Cuándo fue la última vez que sintió ganas de llorar?
82. - ¿ Qué hace cuando tiene ganas de llorar?
83. - ¿ Alguien se dio cuenta de que usted tenía ganas de llorar?
84. - ¿ Usted lo platica con otra persona?
85. - ¿ Cuando era pequeño, recuerda haber llorado?
86. - ¿ En que situaciones?
87. - Ahora de adulto, ¿cuándo fue la última vez que lloró?
88. - ¿ Qué fue lo que hizo que usted llorara?
89. - ¿ Estaba solo?
90. - ¿ Le platicó a otra persona como se sentía?
91. - ¿ Cómo se sintió después de haber llorado?
92. - ¿ Alguna vez se siente usted preocupado?
93. - ¿ Qué cosas le preocupan?
94. - ¿ Qué hace usted cuando está preocupado?

95. - ¿ Lo comenta con alguna persona?
96. - ¿ Cómo sabe que está preocupado?

4.5 Análisis y Resultados:

4.5.1 DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Edades: 1. - 21
2. - 46
3. - 43
4. - 31

Promedio : 35 años.

Distribución por sexos 75 % masculino 25% femenino.

Escolaridad promedio. Nivel medio superior.

Estado Civil: Casados.

Ocupación 75% Trabajo remunerado 25% Hogar.

Sujeto 1: Supervisor.

Sujeto 2: Operador de trailer.

Sujeto 3: Jefe de Costos.

4.5.2 DIMENSIÓN DE PERSONALIDAD Y AFECTO

Iniciamos la revisión de los resultados de este apartado porque la expresión del afecto se encuentra en la base de los trastornos psicosomáticos, ya que su no metabolización desencadena la aparición de la enfermedad.

Este apartado pretende definir cuales son los rasgos de personalidad del sujeto, cual es el destino de los afectos en especial de los displacenteros considerando que ellos pueden ser los relacionados con el surgimiento de enfermedades psicosomáticas, en especial investigamos las emociones de tristeza, enojo y preocupación en su dimensión de comunicación verbal y la tristeza en su expresión física de llanto.

La pregunta # 60 solicita una autodescripción del sujeto, las preguntas 61 a 64 son relativas a como cree ser percibido por los otros.

Las preguntas 65 a 71 exploran el sentimiento de tristeza, las preguntas 72 a 78 intentan conocer la expresión física o verbal del enojo, las preguntas 79 a 91 investigan la expresión del afecto de tristeza a través del llanto.

Las preguntas 92 a 96 investigan las razones de preocupación del sujeto.

Con la pregunta # 60 (¿Cómo podría describirse a sí mismo?) intentamos investigar si el sujeto puede apartarse de una dimensión concreta e intentar una descripción de sí mismo, las respuestas fueron las siguientes:

Sujeto 1: “ es difícil..... ¿en el trabajo?... estricto... en lo que cabe con la familia..... más flexible”.

Sujeto 2: “ regular..... con la familia me llevo bien”.

Sujeto 3 rápidamente dice: “acelerado, inquieto”.

Sujeto 4: “fuerte de carácter, corajuda y nerviosa”

La autodescripción presenta características interesantes, al sujeto 1 le cuesta trabajo describirse e intenta establecer como punto de referencia el trabajo, el sujeto 2 se describe como regular, el sujeto 3 acelerado, como era visible por su actividad laboral y la sujeto 4 al mismo tiempo se describe como fuerte y nerviosa.

En ninguno de los sujetos encontramos tranquilidad como característica de su descripción, coincidiendo con la visión sobre los enfermos psicósomáticos, enfocados a la tarea, acelerados y poco afectivos.

En la pregunta # 61 (¿Cómo se ve usted en su relación con otras personas?) con respecto a como se percibe en su relación con los otros:

Sujeto 1: “ con la familia bien, amigos no hay, sólo conocidos, para mí sólo mis hijos, mi esposa y mis padres”.

Sujeto 2: “repelón, a veces”.

Sujeto 3 dice llevarse bien con todos,

Sujeto 4: “ me llevo bien con mis amigas, son las mismas desde la primaria, con mis hermanas me llevo bien, con mi esposo nunca he tenido ningún problema, dicen que parecemos recién casados, él dice que se sacó la lotería conmigo”

Encontramos, excepto en el sujeto 2, una situación frecuente en este tipo de personas con enfermedades psicósomáticas, relaciones llamadas por Marty y de M'uzan (1967) como blancas en las que no existe un vínculo intenso ni de afecto ni de desagrado, la adaptación al ambiente es “muy” adecuada.

Con relación a como sería descrito por amigos, en la pregunta # 62 (Cómo piensa que lo describirían sus amigos?):

Sujeto 1: “ya le dije que conocidos, amigos no, en el fútbol dirían que bueno, ganamos dos campeonatos”.

Sujeto 2: “soy buen compañero”.

Sujeto 3: “buen padre”

Sujeto 4: “puritas cosas buenas, no tengo problemas con nadie”

Otra vez nos percatamos de la fragilidad de los vínculos amistosos y de las relaciones “blancas” que se establecen, ya que no hay enojo ni amor, ausente de emociones, el sujeto 1 no tiene amigos, sólo conocidos y estos lo valorarían en función del éxito, del logro y por tanto sería “bueno” no como cualidad sino como eficiente en la tarea, el sujeto 2 si cree que puede ser descrito como buen compañero, cabe recordar que él se junta con sus compañeros sólo a tomar y en su trabajo no hay ninguna mención de que hubiera ayudado alguna vez a un compañero, incluso al enunciar la respuesta no se pone en el lugar del otro para contestar, se esta evaluado el mismo, el sujeto 3 cree que sería evaluado como padre (?) Y la sujeto 4 menciona otra vez este tipo de relación sin problemas.

En la pregunta 63 (¿Cómo piensa que lo describiría su familia?) responden lo siguiente:

Sujeto 1: “apurón, preocupado”

Sujeto 2: “bien”

Sujeto 3: “buen padre”

Sujeto 4: “no tengo problemas”

En una relación mucho más cercana, es decir, en la relación de pareja, en la pregunta # 64 (¿Cómo piensa que lo describiría su pareja?) investigamos como podrían ser descritos precisamente por sus esposas (os),

Sujeto 1: “flexible con los niños, más exigente con ella, es que somos iguales”,

Sujeto 2: “no sé, pues apenas que le pregunte”.

Sujeto 3: “buen esposo y responsable”.

Sujeto 4: “muy bien”.

En estas respuestas el sujeto 1 dice que es estricto con ella porque son “iguales” aludiendo a que la exigencia hacia sí mismo también se extiende a ella. Dos de las 3 descripciones haciendo énfasis en aspectos positivos, otra vez la ausencia de problemas.

Los vínculos que establece con los otros y hasta consigo mismo parecen ser buenos y frágiles, no existen en el discurso alusión a emociones, ni de carácter positivo ni negativo.

Aún cuando nuestro trabajo se centra en la expresión del llanto, nos interesa la expresión del afecto, cuya forma más sencilla de manifestación es a través del llanto, ya que este permite la expresión de las emociones en una forma de descarga y asociada a la expresión física de dolor, difícilmente nuestros sujetos expresarían el afecto a través del llanto si el afecto está eliminado de sus vidas y su discurso, la expresión general podría ser siento algo que no se expresar o no siento nada, como podremos ir viendo en las siguientes respuestas.

Precisamente abordamos el aspecto de las emociones desde la pregunta # 65 (¿Se ha sentido triste alguna vez?) en la que preguntamos sobre la emoción de tristeza:

Sujeto 1: “sí”.

Sujeto 2: “es natural”.

Sujeto 3: “no”.

Sujeto 4: “sí”.

Encontramos 2 respuestas que afirman el sentimiento de tristeza y todas respuestas muy concretas, como campos muy delimitados sobre los que no se pueden ampliar, el sujeto 2 habla de la tristeza como algo “natural” y el sujeto 4 dice que no.

Sobre las situaciones en que ha experimentado la tristeza en la pregunta # 66 (¿En qué situaciones se siente triste?):

Sujeto 1: “lo del niño”.

Sujeto 2: “ pues cuando pierdes a alguien, mi papá se murió cuando yo tenía 14 años”.

Sujeto 4: “en situaciones de desaire o por la salud de mis hijos”.

El sujeto 1 no puede ampliar la situación, habla de “lo del niño” precisamente por no poder ampliarlo con palabras ni sentirlo, el sujeto 2 alude a una experiencia de más de 20 años atrás.

En la pregunta # 67 (¿Cómo se da cuenta de que está triste, qué piensa, cómo se siente físicamente?) sobre cómo describen el sentirse triste:

Sujeto 1: “se siente, así”.

Sujeto 2: “cuando tomo me acuerdo”

Sujeto 4: “me siento desairada, por el embarazo soy más sensible”

Nos responden de una manera vaga y elusiva, sin poder verbalizarlo o asociado al tomar, la sujeto 4 lo describe debido a su situación actual de embarazo.

Sobre su respuesta ante el sentirse triste, en la pregunta # 68 (¿Qué hace cuando se siente triste?) dicen:

Sujeto 1: “tomo las cosas como vienen”.

Sujeto 2: “lloro”.

Sujeto 3: “los estados depresivos no son buenos, hacen que uno se enferme del corazón”.

Sujeto 4: “me dan ganas de llorar”.

Encontramos en forma general a 2 sujetos expresando la emoción de tristeza con el llanto mientras que los otros dos la eluden con la resignación y la evitación, también notamos en la respuesta del sujeto 3 la fantasía que el sentirse triste provoca enfermedades por tanto habría que evitar el sentimiento de tristeza. Como si fuera la emoción la que provocara la enfermedad y no la retención de la expresión.

Al explorar en la pregunta # 69 (Cuándo fue la última vez que se sintió triste?) sobre la última ocasión en que experimentaron la emoción de tristeza respondieron lo siguiente:

Sujeto 1: “cuando me dijeron que al niño no me lo aseguraban”.

Sujeto 2: “depende con quien platique”.

Sujeto 3: “cuando mi mamá estaba enferma de azúcar, estaba en diálisis, ella tenía 64 años”.

Sujeto 4: “la vez del eco”.

Las situaciones no son explicitadas por los sujetos, sólo son “tituladas”, precisamente porque son tan escasas, que pueden ser contadas con los dedos de las manos, podemos pensar que el experimentar tristeza es sentido por los sujetos como una falla y se evita. El sujeto 3 aunque había dicho que nunca se había sentido triste relata una situación de tristeza, previamente negada.

La situación que desató la emoción, investigada en la pregunta # 69 (¿Qué fue lo que sucedió?, fue descrita de la siguiente manera:

Sujeto 1: “tenía una bolita en el pulmón”

Sujeto 2: “pues estaba platicando”

Sujeto 3: “la enfermedad de mi mamá “.

Sujeto 4: “en el eco... . me dijeron que tenían que hacerme un legrado”.

Notamos que el sujeto 1 habla del niño, no lo nombra como su hijo ni por su nombre propio, el sujeto 2 no tiene relaciones significativas ya que le da igual con quien platique. Seguimos apreciando pocos vínculos.

En la pregunta # 70 (¿ Alguien se dio cuenta de que estaba usted triste?) con relación a quiénes notaron su emoción:

Sujeto 1: “todos estaban tristes”.

Sujeto 2: “no sé”

Sujeto 3: “no sé”

Sujeto 4: “iba con mi hija mayor y se dio cuenta porque empecé a llorar”.

Al preguntar si esa emoción de tristeza sentida fue puesta en palabras y comunicada, investigado en la pregunta 71 (¿Usted se lo comentó a otra persona?) los 4 sujetos respondieron que no lo hablaron con nadie, la sujeto 4 lloró pero no habló de su emoción.

Posteriormente exploramos la sensación del enojo, en la pregunta # 72 (¿Alguna vez se ha enojado?) sobre si alguna vez se han experimentado enojo: ®

Sujeto 1: “sí”.

Sujeto 2: “sí”

Sujeto 3: “no”.

Sujeto 4: “sí”.

Con respecto al tipo de situaciones en las que se han sentido enojados, de la pregunta # 73 (¿ En qué situaciones se enoja?) responden:

Sujeto 1: “¿cómo?. No sabría decirle, es como cuando algo no me parece, cuando es fuera de lo común”.

Sujeto 2 contesta ampliamente de la siguiente forma: “ por la desesperación de estar incapacitado y estar ganando el 60 %, fijese, eso es lo que me están pagando, a lo mejor para eso son las preguntas, a lo mejor es porque ya tengo mucho tiempo incapacitado”.

Sujeto 3: “nunca me enojo, ni en el trabajo”.

Sujeto 4: “cuando no obedecen (los hijos)

La expresión de otra emoción displacentera provoca sorpresa en el sujeto 1, la irrupción de angustia en el sujeto 2, la negación del sujeto 3 y la extraña frialdad del sujeto 4, ya que como veíamos en el sujeto 1 no puede nombrar a sus hijos, ni por el nombre ni en este momento como sus hijos.

Podemos pensar que esta pregunta tocó un aspecto importante de su estructuración psíquica que parece tendiente a la perfección, es decir no tener problemas con nadie ni experimentar emociones que pueden ser consideradas negativas o como defectos, este perfeccionismo nos habla de una fuerza significativa del superyó.

En la pregunta # 74 (¿Cuándo fue la última vez que se enojó?) con relación a la última vez que experimentaron enojo:

Sujeto 1: no menciona fechas pero ante la pregunta con mucha dificultad contesta lo siguiente: “ una vez hubo un problema en la familia, es como que existen diferencias entre mi familia y la de mi esposa, pero eso es todo... me enojo... pues por la situación, pero no con las personas”.

Sujeto 2: “esta vez (el estar enfermo)”.

Sujeto 3 menciona un problema que tuvo en la empresa con el contador que no les autorizó el pago de una comida después de una jornada extensa de trabajo.

Sujeto 4: “ ayer en la 17 porque cuando yo entré a consultar ellos se salieron (sus hijos)

Encontramos otra vez evidencia del perfeccionismo superyoico, el sujeto 1 entiende “perfectamente” y no se enoja con las personas. El sujeto 3 se enojó porque quedó mal, él les había prometido a los trabajadores el pago de una comida por quedarse un tiempo adicional, pero como siempre, salió airoso del problema con el contador. El sujeto 2 esta enojado sin objeto, es decir, no encuentra a quien dirigir su enojo, la sujeto 4 otra vez habla de sus hijos sin afecto. Podríamos pensar que culturalmente a los varones esta expresión de afecto les es permitida, sin embargo nuestros sujetos no permiten ninguna expresión del afecto, aún de este que no los comprometería tanto con la condición masculina y que no tendría efectos castradores, pero en ellos cualquier falta de su ideal parece ser vivida como castración.

En el sujeto 4 encontramos la emoción de enojo expresada fácilmente, pero como reactiva a una desobediencia del otro, a una falta de los hijos, no como una falla de carácter, incluso cumpliendo eficientemente la función materna de cuidado de sus hijos.

Posteriormente, en la pregunta # 75 (¿Cómo se da cuenta de que está enojado?) preguntamos a los sujetos como reconocen en sí mismos la emoción del enojo:

Sujeto 1: “siento”

Sujeto 2: “pues lo siento”

Sujeto 3: “no sé”.

Sujeto 4: “siento”

La emoción no puede registrarse en un plano verbal, parece que tuviera que dejar huella entonces en el cuerpo y si lo relacionamos con su enfermedad visual resulta que no pueden verse enfermos, ni la enfermedad se nota visualmente, lo que los salva de la crítica del otro, sin embargo sólo ellos saben lo incapacitante de la enfermedad.

Explorando los vínculos que establecen, en la pregunta # 76 (¿Alguien se da cuenta de que está enojado?) investigamos si alguien se percata del enojo:

Sujeto 1: “sí, mi esposa”

Sujeto 2: “cuando ya estoy enojado me altero, así se me nota”

Sujeto 3: “no”.

Sujeto 4: “sí”.

La descarga de la emoción o su representación a través de la palabra lo exploramos al preguntar que es lo que hacen cuando están enojados en la pregunta # 77 (¿Qué hace cuando está enojado?):

Sujeto 1: “me tranquilizo”

Sujeto 2: “me voy a mi cuarto, busco en que entretenerme, cosas de la casa”.

Sujeto 3: “lo hablo (alza la voz)”.

Sujeto 4: “lo digo”.

La emoción de enojo es percibida principalmente como reacción física, escasamente comunicada, cuando la experimentan las reacciones parecen ser de evitación, tres de las reacciones son de tranquilizarse, aislarse, mostrarlo en su volumen pero no en sus palabras y sólo la sujeto 4 dice hablar de su enojo.

Respecto a la posibilidad de comunicar esta emoción en la pregunta # 78 (¿Usted lo platica con otra persona?) sobre si hablan del enojo:

Sujeto 1: “a veces con ella” (su esposa)

Sujeto 2: “no, a veces me preguntan y digo que no”

Sujeto 3: “no”.

Sujeto 4: “sí, con mi esposo”.

Encontramos otra vez dificultad de los pacientes para “sentir” el enojo, ya sea de que nunca lo experimentan, que no pueden definir la situación, no pueden explicar la sensación o evitan comunicarla aunque para ello tengan que aislarse físicamente o negar. Otra vez el sujeto 1 habla de los otros sin nombrarlo, ella, el niño, el sujeto 2 no menciona quiénes le preguntan sobre lo que le pasa.

Con respecto a la expresión del afecto de tristeza en forma de llanto, en la pregunta # 79 (¿Alguna vez ha sentido deseos de llorar?) con relación a si alguna vez han sentido ganas de llorar, responden:

Sujeto 1: “sí”.

Sujeto 2: “sí”.

Sujeto 3: “no”.

Sujeto 4: “sí”.

Exploramos en este punto si puede reconocerse la sensación y después veremos si es posible o no su expresión, aquí notamos la respuesta típica del sujeto 3 con estas características superyoicas, expresando una denegación total del deseo de llorar.

En la pregunta # 80 (¿ En qué situaciones?) sobre las situaciones en que esto sucedió responden:

Sujeto 1: “lo del niño”.

Sujeto 2: “cuando tomo”.

Sujeto 4: “de salud”.

Notamos otra vez el lenguaje parco conciso y sin sujetos precisos, como si el otro no existiera, otra vez es lo de el “niño” no su hijo o problemas de salud sin especificar de quienes.

Investigando sobre la frecuencia del llanto en la pregunta # 81 (¿Cuándo fue la última vez que sintió ganas de llorar?) sobre la última vez que se presentó ese deseo de llorar contestan:

Sujeto 1: “la vez del niño, les dije a mis papás y salí llorando al patio”.

Sujeto 2: “no sé”.

Sujeto 4: “la vez del eco”.

Otra vez encontramos lo del eco o lo del niño, pero no relaciones con personas. La sujeto 4 hace referencia a una situación de hace varios años, pero aunque cite de palabra que esa fue la última ocasión en que sintió ganas de llorar, casi toda la entrevista permanece con los ojos húmedos, a punto de llorar, es como si el cuerpo se manifestara sin que esto pudiera ser a nivel consciente, es decir, a nivel de una representación palabra.

En la pregunta # 82 (¿ Qué hace cuando tiene ganas de llorar?) con respecto a lo que hacen cuando sienten ganas de llorar responden lo siguiente:

Sujeto 1: “sólo esa vez pasó”.

Sujeto 2: “es que voy a la línea y no me creen, me preguntan de qué estoy malo, de una lámpara, les digo, me ven y no me creen, les digo, con perdón suyo señorita, ni modo que me saque el chingado ojo fuera para que veas”.

Sujeto 4: “si lloro”

Aún cuando la respuesta del sujeto 1 es calificada como expresión del afecto podemos pensar que una ocasión de llanto, manifestada hace 7 años no puede ser considerado en una lógica de emotividad o facilidad para el llanto, ya que el dice que sólo esa vez ha sucedido, el sujeto 2 no contesta específicamente la pregunta y lo calificamos en este momento como represión, ya que no habla del llanto pero si de su preocupación por su salud, que puede manifestar en palabras. Es importante señalar como es vivida esta enfermedad que, insistimos, no es visible a los ojos de los otros, y que desconcierta a propios y extraños, ya que los demás le ven bien y que en parte pareciera cumplirse el deseo y el temor de este tipo de personas, en el sentido de que la falta, enfermedad o culpa no se nota, y el terror de no ver y no entender la enfermedad.

Encontramos la fácil respuesta del sujeto 4 en cuanto a que ella llora, parece en el sentido de que su cuerpo llora, o que ella es llorada por su cuerpo, aún cuando no alcanza a entender lo que está pasando en ese momento.

Sobre si alguien nota que los sujetos tienen ganas de llorar, formulado en la pregunta # 83 (Alguien se dio cuenta de que usted tenía ganas de llorar?) responden:

Sujeto 1: “nadie dijo nada”

Sujeto 2 responde reiteradamente “cuando tomo”.

Sujeto 4: “si, a veces lloro con las películas de la televisión”.

Como fue una sola vez en su vida el sujeto 1 hace referencia a esa ocasión en que nadie dijo nada, la expresión del sujeto es muy interesante porque no hay otra vez otras personas y no hay “nadie” la palabra está ausente y lo que existe sobre el afecto es nada.

El sujeto 2 insiste en que su llanto aparece no como provocado por situaciones específicas sino asociado al tomar, como si el afecto fuera liberado por la ingestión del alcohol y la represión disminuyera y las escenas retomaran a su mente y eso lo hace llorar.

Si comunican a alguna persona sobre su llanto en la pregunta # 84 (¿Usted lo platica con otra persona?) contestan:

Sujeto 1. “no”.

Sujeto 2: “ no”.

Sujeto 4: “mis hijos me preguntan por qué estoy triste”.

Encontramos reiteradamente la negación de sentimientos considerados negativos, asociados probablemente al perfeccionismo de los sujetos que consideran cualquier emoción negativa como una falta, además de los valores culturales asociados a la condición masculina, en el sentido de que los hombres no lloran y la debilidad masculina asociada a la castración, es decir, a una falla en esta condición.

La sujeto 4 aunque culturalmente parece tener permitido el llanto parece que en lo que opera la prohibición es sobre la palabra, ya que puede llorar, o su cuerpo llora, pero ella no se da cuenta, no dice ni es consciente de lo que sucede.

Para investigar sobre la historia personal con relación al llanto en la pregunta # 85 (¿ Cuando era pequeño, recuerda haber llorado?)sobre si recuerdan haber llorado en momentos pasados contestan:

Sujeto 1: “sí”.

Sujeto 2: “no”.

Sujeto 3. “no se gana nada con llorar”

Sujeto 4: “no mucho, porque mi mamá no nos regañaba, yo no me salía”.

Nuestros sujetos tienen diversas reacciones ante esta pregunta, si el sujeto 1 reconoce haber llorado de pequeño tendríamos que preguntamos que sucedió para que el llanto le fuera prohibido de adulto, como se instaló la cuestión de la ley y de la castración, que a sus ojos les fue prohibido el llanto y sólo retorna en situaciones de muerte.

El sujeto 2 que llora con frecuencia de adulto presenta la condición contraria, de niño no lloraba y de adulto si, pero de adulto sólo puede hacerlo apoyado en el alcohol. El sujeto 3 reitera su temor a lo que el llanto puede provocar en su vida y la sujeto 4 no era regañada gracias a la inhibición, es decir no salía, desde niña ya se portaba bien.

Sobre la situación que provocaba el llanto en la infancia, en la pregunta # 86 (¿En qué situaciones?) responden:

Sujeto 1: “ por regaños de mi mamá”.

Sujeto 2: “cuando hacía travesuras”.

Sujeto 4: “no recuerdo, creo que hasta adolescente me regañaron”.

Aunque el sujeto 2 había dicho que no había llorado menciona los regaños de su mamá como causa de su llanto, la sujeto 4 se portaba tan bien que puede pensar que nunca la regañaron en la infancia, hasta la adolescencia, lo que nos habla de esta excesiva o demasiado buena adaptación social de este tipo de pacientes que los lleva a relaciones perfectas con ausencia de enojo manifiesto debido a la represión.

En relación con la expresión de llanto ahora de adultos en la pregunta # 87 (Ahora de adulto, ¿cuándo fue la última vez que lloró?) responden:

Sujeto 1. “ lo del niño” (sucedio hace 7 años).

Sujeto 2: “a veces por lo de mi papá” (falleció hace 32 años, el sujeto tenía 14 años).

Sujeto 3: “cuando murió mi abuelo” (hace 21 años)

Sujeto 4. “ el domingo ”(tres días antes de la entrevista)

Ninguno de ellos mencionó la fecha, este dato fue obtenido de menciones aisladas que hicieron durante la entrevista y de relacionarlo con su edad actual, las respuestas son sorprendentes; como lo mencionamos anteriormente, sólo ante la muerte brota el llanto, es la única situación que toca su estructura tan rígida, de tal forma que pueden mencionar, en estos 3 sujetos varones, 60 años sin haber llorado, un promedio de 20 años sin llorar, este dato tiene gran relación con la estructura que está también determinada con los valores socio-culturales, la muerte es la única situación social en que pueden llorar sin ser criticados o ser considerados débiles, poco masculinos o imperfectos.

Cabe mencionar que la única mujer de la muestra parece tener respuestas contradictorias ante el llanto, ya que en la pregunta 81 menciona una situación de hace años como la última vez que lloró y luego menciona esta de hace tan sólo 3 días.

Consideramos 2 aspectos, por una parte la extraordinaria adaptación cultural, es decir, la sociedad marca que los hombres no lloran y los sujetos varones de nuestra muestra efectivamente no lloran, la sociedad apunta a que las mujeres pueden llorar y la mujer de nuestra muestra llora, por otra parte aunque parezcan tan adaptados el conflicto interno persiste, pueden y ya no pueden, consiguen todas sus metas pero se enferman, nunca faltaban y faltan a trabajar.

La forma en que responde, es decir, “lo del niño”, “lo de mi papá” parece referirse a sucesos actuales, esto nos indica que estos acontecimientos no han sido resueltos, probablemente debido al manejo del afecto están constantemente eludidos estos temas.

La situación que provocó que lloraran, en la pregunta # 88 (¿Qué fue lo que hizo que usted llorara?) fue respondida de la siguiente manera.

Sujeto 1: “la enfermedad”

Sujeto 2: “lo de mi papá”

Sujeto 3: “cuando se murió mi abuelo”.

Sujeto 4: “cuando fui a consultar estaba preocupada por el ojo, hasta me dio gastritis”(por la enfermedad actual).

Ninguno de los sujetos habla de lo que sintió, no expresan el dolor de la pérdida, o la preocupación, sólo repiten la situación, la “titulan” pero no hablan del objeto perdido y la sujeto 4 menciona al “ojo” pero no lo incluye en su cuerpo.

Si estaban solos al momento de la expresión del llanto, en la pregunta # 89 (¿Estaba solo?) responden:

- Sujeto 1: “no”.
Sujeto 2: “estaba tomando”
Sujeto 3. “estaba en el hospital”.
Sujeto 4: “no”

Parece que no existieran personas significativas, el sujeto 1 había mencionado que les dio la noticia a sus familiares y salió al patio a llorar, las personas estaban dentro de la casa y el afuera y considera que no estaba solo, el sujeto 2 no recuerda con quien pudo haber estado, como si fuera indiferente quien le acompañaba, el sujeto 3 al mencionar que estaba en el Hospital indica que había más personas, aunque no estuvieran vinculadas con el, al margen de la formulación de la pregunta que pudo ser más específica, parece, por esta y otras respuestas, que no establecen vínculos significativos.

Si le platicaron a alguien como se sentían en la pregunta # 90 (¿ Le platicó a otra persona cómo se sentía?) responden:

- Sujeto 1: “no”.
Sujeto 2: “no”.
Sujeto 3: “no”.
Sujeto 4: “a toda la familia”.

Sobre la sensación posterior a la expresión de llanto, en la pregunta # 91 (¿Cómo se sintió después de haber llorado?):

- Sujeto 1: “ desahogado”.
Sujeto 2: “descanso”.
Sujeto 3: “cierto desahogo”.
sujeto 4. “no se me quitó lo preocupada”

Respecto a si han experimentado preocupación, en la pregunta # 92 (¿ Alguna vez se siente usted preocupado?)responden:

- Sujeto 1: “sí”
Sujeto 2: “sí”
Sujeto 3: “sí”.
Sujeto 4: “sí”

Encontramos una respuesta uniforme, lo cual era de esperarse en este tipo de personalidad que reconocemos como competitiva y superyoica, ya que existe siempre la presión y la preocupación por cumplir la meta y coincidir con ese ideal de perfección internalizado y hacia el que apuntan todas sus acciones

Sobre los motivos de preocupación en la pregunta # 93 (¿Qué cosas le preocupan?) responden:

Sujeto 1: “ la salud”

Sujeto 2: “nadamás mis hijos”.

Sujeto 3: “ la responsabilidad del trabajo, pero me desahogo leyendo la biblia y yendo al templo”

Sujeto 4: “ la salud, los problemas de los otros (que le platican) lo económico, todo”.

Otra vez las respuestas son de título y sin objetos, la salud, los hijos el trabajo y todo, es importante mencionar que la forma en que el sujeto 3 se libra de la preocupación es con una actividad introspectiva y que invita a la supresión de la emoción.

En la pregunta # 94 (¿ Qué hace usted cuando está preocupado?) al preguntar sobre lo que hacen al sentirse preocupados responden:

Sujeto 1: “trato de resolverlo”

Sujeto 2: “¡pues que hago!”

Sujeto 3: “quiero cumplir con el trabajo”

Sujeto 4: “a veces lloro”

El sujeto 1 se enfoca a la tarea, el sujeto 2 parece como si se sintiera incapaz de resolver de alguna forma lo que le preocupa, el sujeto 3 insiste en el trabajo, la sujeto 4 suele desahogarse a través del llanto.

Con respecto a si comentan la preocupación, en la pregunta # 95 (¿ Lo comenta con alguna persona?) contestan:

Sujeto 1: “sí”.

Sujeto 2: “no”

Sujeto 3: “no”

Sujeto 4: “sí”

Sobre la sensación de estar preocupado en la pregunta # 96 (¿ Cómo sabe que está preocupado?), responden:

Sujeto 1: “siento”

Sujeto 2: “no sé”

Sujeto 3: “así”

Sujeto 4: “no sé como decirlo”

Notamos la imposibilidad de metabolizar su sensación a través de palabras por lo cual esto se expresa en el cuerpo.

En relación con la hipótesis 4, reiteramos que nuestro interés principal es la expresión de llanto pero entendiendo este como la expresión de una emoción, como lo indicamos anteriormente, 3 de los sujetos entrevistados, en promedio, suelen llorar una vez cada 20 años y la sujeto 4 parece que no reconoce cuando esta llorando ya que tanto puede mencionar que la última vez que lloró fue hace años, como recordar haber llorado hace 3 días así como estar a punto de llorar durante la entrevista.

Encontramos que 3 de los sujetos entrevistados, es decir el 75% de la muestra no expresan el llanto con frecuencia, y el otro 25 % expresa el llanto pero por lo anteriormente citado, podemos pensar que lo hace sin darse cuenta o reconocerlo, como si fuera sólo la expresión de su cuerpo.

Comprobamos la hipótesis 4 en este tipo de pacientes y que la emoción de tristeza no es expresada en el llanto como una constante de la expresión de todo tipo de emociones de carácter principalmente negativo o displacentero, aunque nuestro instrumento se centró en este tipo de emociones, cabría pensar en el destino de los afectos positivos.

4.5.3 DIMENSIÓN DE SALUD

En las preguntas 34 a 46 investigamos el perfil de la enfermedad, los antecedentes familiares, su duración, la reacción emocional ante la enfermedad, los resultados del tratamiento así como la posibilidad de un conflicto actual que haya actuado como detonador de la enfermedad.

Las preguntas 47 a 50 y 56 a 59 intentan determinar si el afecto es expresado ante la situación y quienes son los receptores de esa comunicación afectiva.

Las preguntas 51 a 55 están encaminadas a determinar la posibilidad de que el afecto sea depositado en el cuerpo a través de enfermedades psicosomáticas o evitado por otros medios.

En la pregunta # 34 (¿Cuál es el nombre de su problema visual?) sobre el nombre de su problema visual responden:

Sujeto 1: “ no sé” (aunque fue mencionado dos veces en su presencia)

Sujeto 2: “ ulcerosa o algo así”.

sujeto 3. “no lo conozco”

Sujeto 4: “ no sé”.

Es importante notar como estos sujetos, tan eficientes en el desempeño de su actividad laboral, al enfermar parecen “desconocer” lo que está pasando, al grado de “no escuchar” el nombre de su enfermedad o no preguntar que es lo que les pasa. Podemos notar en más de una forma la enfermedad les incapacita no sólo físicamente sino en su costumbre de resolver todo, ante esta situación se sienten “impotentes”.

La pregunta # 35 (¿Desde cuándo lo presenta?) acerca del tiempo de iniciada la enfermedad fue contestada de la siguiente manera:

Sujeto 1: “ dos meses”

Sujeto 2: “desde el 27 de marzo” (6 meses con la enfermedad)

Sujeto 3: “dos meses”

Sujeto 4: “sábado 24 de octubre” (4 días antes de la entrevista)

Consideramos ahora que debía haber algún efecto en relación con el tiempo de enfermedad, ya fuera que por llevar más tiempo con la enfermedad se sintieran menos afectados, o por el contrario al seguir el proceso sin haber cambio, no tenían seguridad de poder recuperar la visión.

Notamos que quienes indicaban el día exacto de inicio fueron los que tenían más y menos tiempo con la enfermedad. Esto nos habla del efecto altamente significativo de la enfermedad, ya que provocó una alteración radical en sus vidas.

Los datos que indicaban el inicio de la enfermedad, cuestionados en la pregunta # 36 (¿ Cuáles fueron los primeros síntomas de su problema?) fueron de la siguiente manera:

Sujeto 1. “un punto negro en el centro del ojo derecho” (escotoma)

Sujeto 2: “ me acosté y miraba sombra en el ojo derecho, toda la semana batallé y me mandaron a la 6 de urgencia, veía una telita” (miodesopsias)

Sujeto 3: “lo que era derecho lo vi deforme, también vi una célula en el centro del campo visual” (escotoma y metamorfopsia).

Sujeto 4: “vi una mancha en el ojo, creí que estaba encandilada por la luz”. (escotoma)

Con respecto a la explicación proporcionada por el personal médico en la pregunta # 37 (¿Cómo se lo explicó el médico que lo atendió?):

Sujeto 1: “ el médico familiar de la clínica 6 me manda a la 25 y me dicen en la clínica que es un derrame o fuga de líquido”

Sujeto 2: “la operación que me habían realizado en el lado izquierdo del ojo por un tumor era lo que me provocaba el problema de lado derecho, se me irradió”.

Sujeto 3: “el médico de la clínica 2 me dijo que me iba a mandar a la 25, me dio 14 días de incapacidad y le dije que no, que yo no puedo faltar”

Sujeto 4: “ fui de urgencias a la 26, luego a la 17 y me dijeron que fuera con el oftalmólogo y que tenía inflamado y eso me distorsionaba la vista”

Notamos que la explicación que le dieron al sujeto 1 es más acorde con la realidad de la enfermedad, el sujeto 2 queda conforme con la explicación ya que es una persona que enferma con frecuencia, el sujeto 3 precisamente se rehusa a la incapacidad, la sujeto entiende la explicación que le dan de una inflamación como algo posible.

Al investigar si era la primera vez que enfermaban, en la pregunta #38 (¿ Es la primera vez que enferma de este problema visual?) responden:

Sujeto 1: “no, hace como 7 años me pasó, eran como manchitas, me duró como un mes, mi esposa estaba en el segundo embarazo, le hicieron cesárea, consulté me dijeron que era estrés, me dieron diazepam, pero no me lo tomé, se me hizo muy fuerte, se me quitó solo”.

Sujeto 2. “sí, uso lentes para la vista cansada”.

Sujeto 3: “sí”.

Sujeto 4: “sí”.

En la pregunta # 39 sobre antecedentes familiares ninguno de los 4 reporta haber tenido ningún familiar con esta enfermedad visual.

Con esto podemos ver que no existe ningún antecedente familiar de la enfermedad y que es acorde con la información existente (Yanuzzi; Schatz y Gitter 1982), (Gazz, 1979)

Al preguntar como se sintieron ante el diagnóstico del problema visual en la pregunta # 40 (¿Cómo se sintió cuando le diagnosticaron su problema visual?) responden:

Sujeto 1: “preocupado, por la vista distorsionada y porque la mancha creció muy rápido”

Sujeto 2: “no me dolía nada, no es una enfermedad como cualquier otra” *

Sujeto 3: “darle curso a la enfermedad”

Sujeto 4: “nerviosa, me imaginaba que era azúcar”

Podemos ver, además del afecto expresado, parte de las fantasías que se expresaron, en el sujeto 1 la fantasía es la de perder la visión, en el sujeto 2 es el temor a lo desconocido de la enfermedad por la extrañeza ante la ausencia del dolor para él, que ya lo ha padecido muchas veces, en el sujeto 3 no experimenta nada y pudiéramos decir que no existe fantasía y el sujeto 4 teme que sea una enfermedad crónica.

La respuesta “no es una enfermedad como cualquier otra” y precisamente de este paciente que ha enfermado tanto, nos permite ver una de las características de la enfermedad, es diferente, no hay dolor, no hay imagen de la enfermedad, es decir, no es posible representarla mentalmente y no es visible, es una entidad misteriosa tanto para el médico como para los pacientes.

Al preguntar específicamente sobre el posible origen de la enfermedad en la pregunta # 41 (¿ Por qué piensa que se le presentó éste problema en la visión?)

Sujeto 1 dijo “esta vez no sé” ya que la primera vez que enfermó si consideró la posibilidad de que fuera el estrés,

Sujeto 2 dijo: “es que me atienden de diabetes, entonces forzaba el ojo izquierdo y me dolía entre los ojos y me dijeron que tomara más medicina para el ojo”,

Sujeto 3: “ en la clínica 2 me dijeron que podía ser estrés”.

Sujeto 4: “por el embarazo”

El sujeto 1 si reconoce que la enfermedad puede ser estrés, el sujeto 2 elabora una teoría que podríamos considerar mágica y en la misma línea que la que menciona le dijeron en la clínica, como consecuencia de otra enfermedad, el sujeto 3 menciona en palabras de otros que pudiera ser estrés, el sujeto 4 cree posible que sea debido al embarazo.

Aún cuando los sujetos hablan del estrés como en relación posible con la aparición de la enfermedad, cuando hablan de las jornadas de trabajo o del interés en el cumplimiento de su tarea o de su preocupación por enfermarse y no asistir al trabajo, no parecen ver como problema estas características, la

* el subrayado es nuestro.

enfermedad parece inexplicable, es como si el patrón de vida se caracterizara por este exceso en el trabajo a costa del cuerpo y que la función de trabajo del cuerpo excediera a las posibilidades físicas del organismo y por eso hubiera esta manifestación de enfermedad, al paciente le resulta oscuro por que enfermó, como si el conflicto apareciera en un plano que no pudiera representar, ya que no puede ni imaginarse que “ya no puede” trabajar a ese ritmo o que debe cambiar su estilo de vida y trabajo.

Apuntamos que dos de los sujetos aluden al estrés posible y los otros dos a causas físicas.

En la pregunta # 42 (¿Antes de que se atendiera de su enfermedad visual tenía algún problema importante? Salud, personalidad, trabajo, familiar, otro. Descríbalo) con relación a algún problema previo a la enfermedad:

Sujeto 1: “creo que no, sólo el trabajo, algo de estrés, mi hijo (7 años) tiene dermatitis, pero está controlado”

Sujeto 2: “no”

Sujeto 3. “en el trabajo anterior, estaba bajo mucha presión, por eso lo dejé, con lo de los plazos para las obras y hay que terminar, pero ya me salí, como no me enfermé antes y ahora que trabajo menos sí”.

Sujeto 4. “soy muy nerviosa, antes de este embarazo, tuve dos sustos, un bebé muerto y un embarazo ectópico”.

El sujeto 1 habla del trabajo pero como de pasada menciona la salud de su hijo, el sujeto 3 reconoce las condiciones de trabajo y aunque como vimos es quien más niega el afecto fue el único que reconoce la presión excesiva y cambia de trabajo y paradójicamente es cuando enferma, como si el superyó lo castigara en su cuerpo por haber renunciado a la perfección y /o compulsión del trabajo.

En la pregunta # 43 (¿Qué tipo de tratamiento le indicaron? respecto al tratamiento indicado, los 4 recibieron prescripción de antiinflamatorios no esteroides e incapacidad.

En cuanto a los resultados del tratamiento en la pregunta # 44 (Qué resultados obtuvo? Peor, mejor igual.) :

Sujeto 1: “igual”.

Sujeto 2: “igual”.

Sujeto 3: “ligero cambio, es que no puedo darme el lujo de enfermarse”

Sujeto 4. “todavía no”

Los sujetos dicen sentirse igual, el sujeto 3 percibe una leve mejoría y añade “no puedo darme el lujo de enfermarse”, la sujeto 4 sólo lleva un par de días con el tratamiento y cree que es pronto para ver resultados.

En virtud de que la enfermedad lleva varios meses, en la pregunta # 45 (¿Qué tratamiento está siguiendo actualmente?) investigamos sobre el tratamiento que reciben actualmente y que ha sido el mismo para los 3 sujetos en los que llevan tiempo con la enfermedad. El día en que fueron detectados para el estudio precisamente les iban a hacer otra evaluación.

Sobre otras recomendaciones que hubieran recibido además del tratamiento médico, en la pregunta 46 (¿Qué otras cosas le recomendó el médico?) respondieron:

Sujeto 1: “la doctora Garza me indicó reposo”.

Sujeto 2: “nada”

Sujeto 3: “nada”

Sujeto 4: “ninguna, puede ser por nervios y desaparece en un mes”.

En relación con la expresión del afecto y la existencia y calidad de vínculos propusimos las siguientes preguntas: en la # 47 (¿Ha comentado que padece este problema visual?) interrogamos si han comentado sobre su padecimiento actual los 4 sujetos respondieron que sí

En la # 48 (¿A quien(es)?) sobre quienes fueron los depositarios del comentario responden:

Sujeto 1: “a mi papá”. También es su jefe en el trabajo.

Sujeto 2, “al administrador de la línea”

Sujeto 3. “familiares”

Sujeto 4: “a mi mamá y mi esposo”

Podemos percatarnos que, los sujetos 1 y 2 solamente hicieron mención de su enfermedad en el centro de trabajo en relación con los trámites administrativos, incluso el sujeto 2, para quien no existían jefes, si encuentra una persona responsable ante quien presentarle la incapacidad. Los sujetos 3 y 4 mencionan habérselo comentado a personas de su familia.

Respecto a la razón de haberlo comentado, investigado con la pregunta # 49 (¿Con qué objetivo se los comentó?) responden:

Sujeto 1: “porque es mi jefe, por la incapacidad”

Sujeto 2: “por lo de la incapacidad”

Sujeto 3: “por confianza”

Sujeto 4: “porque estaba nerviosa, por eso fui a urgencias”

La razón de haberlo comentado no parece en la línea del desahogo sino en lo laboral, sólo el sujeto 3 menciona en forma muy escueta que lo comentó por confianza y la sujeto 4 parece haberlo mencionado sólo para explicar la consulta de urgencia.

A pesar de lo que mencionan sobre quienes están enterados de lo que les pasa, los 4 sujetos acudieron a consulta con sus parejas por lo que cuando menos ellas estaban enteradas de su situación de salud, sin embargo los sujetos no hacen mención de las personas que los acompañaban a la consulta en este apartado, la pareja del sujeto 3 y de e sujeto 4 al terminar la entrevista con nosotros los recibieron abrazándolos e incluso la esposa del sujeto 3 no quería retirarse del lugar al iniciar la entrevista.

Es importante señalar el manejo del afecto que pudimos “ver” en las relaciones de pareja de los sujetos varones, ya que en el discurso las parejas no eran mencionadas ni como motivo de preocupación en el apartado anterior, ni como personas significativas como interlocutores, más que esporádicamente, aunque era visible en los 3 sujetos como eran tratados con afecto por sus parejas eso nos indica que ellos si eran el objeto del afecto de sus parejas sin embargo no parece que ellas fueran su objeto de amor, podríamos preguntarnos dónde se deposita la libido y cabe pensar que en ese ideal del yo es donde se encuentra.

Esa situación no fue por cierto, la del sujeto 4, ya que aunque la relación fue descrita como ausente de problemas o ideal “como sacarse la lotería” aunque podemos pensar que si en los varones el ideal del yo es una relación de trabajo, tal vez en el sujeto 4 el ideal está puesto en la relación de pareja, sin embargo parece posible una expresión del afecto, ya que el abrazo fue recíproco, diferente al trato de las otras parejas ya que los varones “ se dejaban tocar”, no podemos dejar de largo, insistimos, los aspectos socioculturales que pueden estar determinando la mayor incidencia en varones de esta enfermedad visual.

En relación con la respuesta obtenida de los receptores de la información, investigada en la pregunta # 50 (¿Qué le comentaron sobre su enfermedad?) contestan:

Sujeto 1. “ que me atienda”

Sujeto 2. “no se sorprendieron, es que siempre me enfermo” En esta parte de la entrevista descubre parte de su cuerpo (una pierna y parte del vientre) para mostrar la huella de enfermedades o intervenciones quirúrgicas.

Sujeto 3: “que me atendiera, que si era estrés ya no me preocupe”.

Sujeto 4: “que consultara”

Al parecer así como los sujetos tiene una escasa manifestación de afecto, también los interlocutores elegidos se muestran fríos y poco afectivos, aunque lógicos, cabe hacer notar la respuesta que le dieron al sujeto 3, si enferma por tensión él debiese dejar de preocuparse para poder aliviar, dicho de una manera muy sencilla. No aparece lo dicho por sus parejas.

La pregunta # 51 (¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? Artritis, dermatitis, colitis, asma, hipertensión, úlcera, problema de tiroides, gastritis, migraña, tensión muscular, gripe, insomnio. En los últimos 6 meses, más de 6 meses, actualmente) busca investigar otro tipo de enfermedades de los sujetos y la tendencia a somatizar.

Sujeto 1 ha padecido las siguientes enfermedades: colitis, gastritis, migraña y tensión muscular;

Sujeto 2 está enfermo de diabetes, ha presentado fracturas en extremidades, intervenciones quirúrgicas por hernias, tumoraciones y una pierna inflamada “por brujería”.

Sujeto 3 ha presentado colitis, migraña y tensión muscular.

Sujeto 4 ha padece gastritis, migraña, tensión muscular e insomnio.

Todas las enfermedades se siguen presentando actualmente, los sujetos 1, 2 y 4 presentan padecimientos que pueden ser considerados psicósomáticos, el sujeto 1 desde hace 4 años y la sujeto 4 desde hace 14 años, proceso que no está resuelto ya que siguen padeciendo esas enfermedades psicósomáticas y presentando una enfermedad nueva, la CRSC. El sujeto 2 presenta enfermedades, que, excepto la diabetes pudieran considerarse orgánicas, sin embargo, las fracturas pueden ser parte de una tendencia a los accidentes que es posible interpretar.

Con respecto a los hábitos investigados en las preguntas 52 a 55, observamos lo siguiente: en cuanto al fumar, el sujeto 1 y 2 fuman, los sujetos 3 y 4 no, sin embargo al investigar la frecuencia del hábito en la pregunta # 53 el sujeto 1 lo practica cada 6 meses y el sujeto 2 todos los días, alrededor de una caja.

En relación con el tomar en la pregunta # 54 el sujeto 1 y 2 indican que acostumbran tomar, el sujeto 2 indica que poco, los sujetos 3 y 4 no toman, la frecuencia en la pregunta # 55 muestra algunas diferencias, el sujeto 1 toma cada 6 meses y el sujeto 2 no especifica.

Podemos darnos cuenta que aparentemente 3 de los sujetos no tienen adicción a otra cosa que no sea el trabajo, excepto el sujeto 2 que no se inscribe fácilmente en el perfil de personalidad del paciente psicossomático.

En la pregunta # 56 (¿Alguna persona nota que usted está enfermo?) sobre si el encontrarse enfermo puede ser notado por otros, responden:

Sujeto 1: “no”

Sujeto 2: “sí”

Sujeto 3: “yo lo comento”

Sujeto 4: “sí”

Al preguntar por que medio se dan cuenta, en la pregunta # 57 (¿Cómo se dan cuenta?) responden:

Sujeto 1: “sólo mi esposa se da cuenta cuando traigo migraña, se me nota en los ojos”

Sujeto 2: “pues me ven”.

Sujeto 3: “por mí”

Sujeto 4: “yo les digo”

Parece que la enfermedad en general tiene un efecto tan desestructurante que permite que los sujetos se permitan expresarlo por sobre otras cosas, aún el sujeto 3 que negaba hablar de llanto y tristeza parece encontrar posible hablar de estar enfermo, el sujeto 2 encuentra sorprendente su enfermedad actual precisamente porque no se ve, no se nota y antes al mirarlo le reconocían que estaba enfermo.

Investigando si hay alguna razón para que los sujetos hablen de su salud en la pregunta # 58 (¿Cuándo comenta usted sobre su estado de salud?) encontramos:

Sujeto 1: “cuando me duele la cabeza”

Sujeto 2: “siempre”

Sujeto 3: “nunca”

Sujeto 4: “cuando tengo migraña”

En dos de los sujetos se comenta la enfermedad cuando hay dolor, coincidentemente dolor de cabeza, lo cual complica la comunicación de la enfermedad actual ya que no existe dolor físico, aunque podríamos hablar de

dolor psicológico o daño narcisista en virtud de no poder cumplir con sus funciones por estar castigados con la enfermedad.

Sobre la razón de comunicarlo en la pregunta # 59 (¿Qué es lo que hace que usted lo comente?) responden:

Sujeto 1: “no lo digo, me lo notan”

Sujeto 2: “es que me preguntan y les empiezo a decir y me dicen: ¿y yo de que te platico? a mi no me han pasado tantas cosas como a ti”

Sujeto 3: “siempre le comento a mi esposa”.

Sujeto 4: “porque me voy a acostar y no quiero que tengan problemas” (a sus hijos les dice).

En relación con la hipótesis 1 respecto a un conflicto actual, 3 de los pacientes refieren conflictos actuales, 2 en relación con el trabajo y la sujeto 4 preocupada por su embarazo, ya que había tenido problemas en dos embarazos anteriores.

Propusimos un conflicto actual y encontramos evidencia en el 75 % de los casos, pero no podemos dejar de reconocer que un conflicto actual es la resignificación de conflictos anteriores y notamos que igualmente, precisamente los 3 sujetos que nos hablan de conflictos actuales tienen una historia de salud con frecuentes y actuales enfermedades psicosomáticas, haciendo alusión a un estilo de resolución de conflictos en el que predomina el acting in, es decir depositar el afecto en el cuerpo.

En relación con la hipótesis 3 nos damos cuenta de cómo la situación de enfermar les desorganiza y los coloca en una situación de dependencia e impotencia, porque ninguna situación anterior emocionalmente fuerte les había impedido su funcionamiento laboral, sin embargo esta enfermedad no pueden resolverla con los medios a los que están acostumbrados.

La hipótesis 3 en relación con la impotencia psicológica tiene que ver con que los sujetos no entienden que está pasando, ni por asomo se les ocurre que sus problemas puedan estar asociados con su particular manejo del afecto, el control que parecen tener sobre su actividad laboral está perdido y el no darse cuenta puede estar simbólicamente relacionado con esta dificultad para “ver” en lo real.

Si nosotros hablamos de la doble función de los órganos parece que aquí lo que predomina no es el uso del cuerpo para el placer sino para servir al superyó y pareciera que el cuerpo este demandando su inserción en la dinámica del placer.

Así la enfermedad es sentida o representada como una castración a nivel simbólico ya que los ubica en un nivel de impotencia casi infantil, ya que no pueden trabajar y deben ser auxiliados en sus traslados por otros.

En todos ellos pudimos apreciar como los desorganiza esta enfermedad.

Con respecto a la presencia de un superyó corporal en la hipótesis 6 encontramos ausencia de fantasía, imposibilidad de operar en un pensamiento que no sea el concreto por tanto no aparecen como castigo los remordimientos sino la enfermedad, apuntemos además que los sujetos no se describen con fallas o autoreproches.

En virtud de lo anterior consideramos que la existencia y actualización de enfermedades psicósomáticas, al grado de seguir produciendo enfermedades en el 75% de nuestra muestra, confirma la existencia de un superyó que actúa en forma corporal, castigando en el cuerpo de tal forma que este cuerpo se encuentra imposibilitado para trabajar.

4.5.4 DIMENSIÓN LABORAL:

Las preguntas 8 a 11 nos permiten establecer las funciones y un promedio del tiempo dedicado al trabajo.

Las preguntas 12 a 21 pretenden determinar el tipo de vínculos que se establece con los compañeros de trabajo y con el jefe inmediato, así como el lugar que ocupa la autoridad en el desempeño de su función laboral y el significado que tiene el trabajo para el sujeto.

En las preguntas 22 a 25 el enfoque esta determinado en conocer la distribución de su tiempo a actividades dentro y fuera del trabajo.

Mientras que en las preguntas 26 a 33 observamos en que condiciones se ausenta del trabajo y cuáles son las reacciones que experimenta ante esta situación.

BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra J. (1986) *Manual de Psiquiatría Infantil*. Cuarta Edición. Ed. Masson. México

Assoun P. L. (1997) *Lecciones Psicoanalíticas sobre La Mirada y La Voz*. Ed. Nueva Visión, Argentina.

Basmajian J. (1972) *Anatomía* Ed. Interamericana. México.

Bekei M. (1992) *Trastornos psicossomáticos en la niñez y la adolescencia*. Ediciones Nueva Visión. Argentina.

Blanco A. (1994) "El espectro del visible" Sacbé Número 2. México.

Cauchard P. 1972. *La medicina psicossomática*. Editorial Paidós. Argentina.

Ciulla, T. (1999) *How to manage central serous retinopathy*. Review of Ophthalmology
<http://www.revopht.com/1999/March%20articles/RPC9retins.html>

Dalma J y González R. (1996) *Coroidopatía serosa central en: Retina, Diagnóstico y Tratamiento*. Ed. Mc-Graw Hill Interamericana. México.

De la Fuente R. (1985) *Psicología Médica*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.

Díaz J. (1991) *Trastornos psicossomáticos en la infancia*. Ed. CEPE (Ciencias de la educación preescolar y especial) España.

Dunbar F.H. (1965) *Medicina psicossomática y psicoanálisis de hoy*. Editorial Paidós. Argentina

ElleMBERGER H. (1976) *El Descubrimiento del Inconsciente*. Ed. Gredos. España.

Ferenczi S. (1981) *Obras Completas, Tomo II Psicoanálisis*. Ed. Espasa-Calpe. España.

¿ En que ocupa sus vacaciones?

¿Qué es lo que hace que las distribuya de esa manera?

¿Cuál es el nombre de su problema visual?

¿ Desde cuando lo presenta?

¿Cuáles fueron los primeros síntomas de su problema?

¿Cómo se lo explicó el médico que lo atendió?

¿Es la primera vez que enferma de este problema visual?

¿Alguien de su familia ha tenido este problema visual? ¿ Que parentesco tienen?

¿ Cómo se sintió cuando le diagnosticaron su problema visual?

¿Por que piensa que se le presentó este problema en la visión?

¿Antes de que se atendiera de su enfermedad visual tenía algún problema importante?

salud ____ personal ____ trabajo ____ familiar ____ otro ____

Describalo:

¿Qué tipo de tratamiento le indicaron?

¿Que resultados obtuvo?

mejor _____ peor _____ igual _____

¿Que tratamiento está siguiendo actualmente?

¿Qué otras cosas le recomendó el médico?

¿Ha comentado que padece este problema visual?

¿A quién (es)?

¿Con que objetivo se los comentó?

¿Qué le comentaron sobre su enfermedad?

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades.

	En los últimos 6 meses	Hace más de 6 meses	Actualmente
Artritis			
Dermatitis			
Colitis			
Asma			
Hipertensión			
Úlcera			
Problema de tiroides			
Gastritis			
Migraña			
Tensión muscular			
Gripa			
Insomnio			

Hábitos

Fumar _____	Cantidad _____	Frecuencia _____	Ocasión _____
Tomar _____	Cantidad _____	Frecuencia _____	Ocasión _____
Otro _____	Cantidad _____	Frecuencia _____	Ocasión _____

¿ Alguna persona nota que usted está enfermo?

¿Cómo se dan cuenta?

¿Cuándo comenta usted sobre su estado de salud?

¿Qué es lo que hace que usted lo comente?

¿Cómo podría describirse a sí mismo?

¿ Cómo se ve usted en su relación con otras personas, amigos, familiares, pareja?

¿ Cómo piensa que lo describirían sus amigos?

¿Cómo piensa que lo describiría su familia?

¿Cómo piensa que lo describiría su pareja?

¿Se ha sentido triste alguna vez?

¿ En que situaciones se siente triste?

¿Cómo se da cuenta de que está triste? ¿Que piensa? ¿Cómo se siente físicamente?

¿Que hace cuando se siente triste?

¿Cuándo fue la última vez que se sintió triste?

¿Qué fue lo que sucedió?

¿Alguien se dio cuenta de que estaba usted triste?

¿Usted se lo comentó a otra persona?

¿Alguna vez se ha enojado?

¿En que situaciones se enoja?

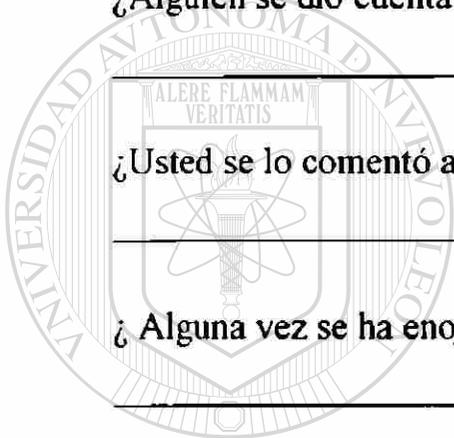
¿Cuándo fue la última vez que se enojó?

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

¿Cómo se da cuenta de que está enojado?

¿Alguien se da cuenta de que está enojado?

¿Qué hace cuando está enojado?



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



¿Usted lo platica con otra persona?

¿Alguna vez ha sentido ganas de llorar?

¿En que situaciones?

¿ Cuándo fue la última vez que sintió ganas de llorar?

¿ Qué hace cuando tiene ganas de llorar?

¿ Alguien se dio cuenta de que usted tenía ganas de llorar?

¿Usted lo platica con otra persona?

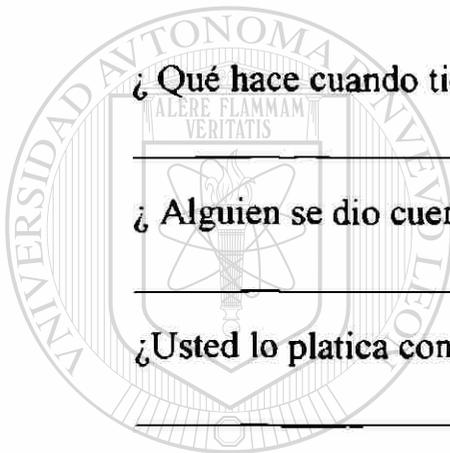
¿Cuándo era pequeño recuerda haber llorado?

¿En que situaciones?

Ahora de adulto, ¿cuando fue la ultima vez que lloró?

¿Qué fue lo que hizo que usted llorara?

¿Estaba solo?



U A N L

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

¿Le platicó a otra persona como se sentía?

¿Cómo se sintió después de haber llorado?

¿Alguna vez se siente usted preocupado?

¿Qué cosas le preocupan?

¿Qué hace usted cuando está preocupado?

¿Lo comenta con alguna persona?

¿Cómo sabe que está preocupado?

Observaciones:

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS





Freud S. (1986) *Cartas a Wilhelm Fliess (1887-1904)* Ed. Amorrortu. Argentina.

(1997) *Obras Completas* Ed. Amorrortu. Argentina.

Garma A. (1954) *Génesis y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales.* Ed. Paidós. Argentina.

Gass J. (1987) *Stereoscopic Atlas of Macular Diseases. Diagnosis and Treatment. Volume I USA*

Green, A.(1998) *Theorie en Fine A, Schaeffe J.(1998) Interrogations psychosomatiques* Presses Universitaires de France. France.

Groddeck G. (1983) *Las primeras 32 conferencias psicoanalíticas para enfermos* Ed. Paidós, Argentina

Grossman C. y Grossman S.(1974) *El psicoanalista profano.* Ed. Fondo de Cultura Económica. México.

Grotjan M. (1968) *La mente occidental en transición en Historia del Psicoanálisis.* Tomo V Ed. Paidós, Argentina.

Guyton A. (1985) *Fisiología humana.* Ed. Interamericana. México.

Huot H. (1987) *Del sujeto en la imagen.* Ed. Nueva Visión. Argentina. ®

Kimball C.(1970) "Conceptual developments in psychosomatic medicine: 1939 - 1969" *Ann. Intern. Med.* Aug. 73 (2) p. 307-16

Lacan J. (1995) *Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis.* Ed. Paidós. Argentina.

Lewis N.(1968) *La medicina psicósomática en los Estados Unidos en: Historia del Psicoanálisis.* Tomo III. Ed. Paidós. Argentina.

Marty P. y de M'uzan M. (1967) *La investigación psicósomática.* Ed. Luis Miracle. España.

Marty P.(1992) *La psicósomática del adulto*. Ed. Amorrortu, Argentina.

Mc Dougall J. (1987) *Teatros de la mente*. Ed. Tecnipublicaciones.

España

(1993) *Alegato por una cierta anormalidad*. Ed. Paidós.

Argentina.

McMahon, C. E. y Oberg D (1983) "*Functional illness and the status of psychosomatic concepts in nineteenth century medicine*" J. Am. Soc. Psychocom. Dent.Med. 1983 30(4) p.156-61.

Nassio J. (1992) *La Mirada en Psicoanálisis* Ed. Gedisa, España.

(1996) *Los gritos del cuerpo*. Ed. Paidós. Argentina.

(1997) *El dolor de la histeria* Ed. Paidós. Argentina.

Pérez Tamayo R. (1988) *El concepto de enfermedad*. Tomos I y II Ed. Fondo de Cultura Económica. Primera Edición. México.

Phillips C. (1986) *Oftalmología clínica*. Ed Interamericana. México.

Pierantoni R. (1984) *El ojo y la idea*. Ed. Paidós. España.

Postel J y Quetel C.1987 *Historia de la Psiquiatría*. Ed. Fondo de Cultura Económica.México, D.F.

Powell R. 1977 "*Helen Flanders Dunbar (1902-1952) and a holistic approach to psychosomatic problems I. The rise and fall of a medical philosophy*"Psychiatric Quarterly Summer 49(2) p.133.52.

Quiroz H .y Barojas E. (1996) *Nociones prácticas de fisiopatología*. en Retina, Diagnóstico y Tratamiento.Ed. Mc-Graw Hill Interamericana. México.

Roudinesco E. 1993 *La batalla de 100 años*. Tomo III Ed. Fundamentos. España.

Sami- Ali M. (1974) *El espacio imaginario*. Ed. Amorrortu.Argentina.

(1984) *Lo visual y lo táctil*. Ed. Amorrortu. Argentina.

(1991) *Pensar lo somático*. Ed. Paidós. Argentina.

(1996) *Cuerpo real, cuerpo imaginario*. Ed. Paidós. Argentina.

San Martín S.(1992) *Salud y Enfermedad* Ed. Prensa Médica Mexicana.México.

Schachat A. y Cruess A.(1986)*Texto de oftalmología básica.*
Ed. Interamericana. México.

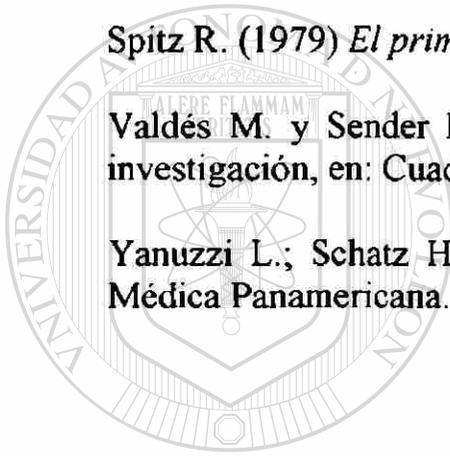
Schwab J. (1985) "*Psychosomatic medicine: Its past and present*"
Psychosomatics Jul 26 (7) pags. 583-85 588-89 592-93.

Sivak, R. y Wiater A.(1997) *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos.* Ed Paidós Argentina.

Spitz R. (1979) *El primer año de vida del niño* Ed. F.C.E. México.

Valdés M. y Sender R. (1994) El Patrón de Conducta A: diez años de investigación, en: Cuadernos de medicina psicosomática # 30 España.

Yanuzzi L.; Schatz H. y Gitter K.(1982) *La mácula. Texto y Atlas.* Ed. Médica Panamericana. Argentina.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ANEXO 1

¿En dónde trabaja usted?

¿Cuanto tiempo tiene trabajando en ese lugar?

¿Qué puesto desempeña?

¿Cuáles son las funciones de su puesto?

¿Cuántas horas trabaja por día? ¿Y por semana?

¿Cómo se siente en ese puesto?

¿Cómo se valora usted en su trabajo?

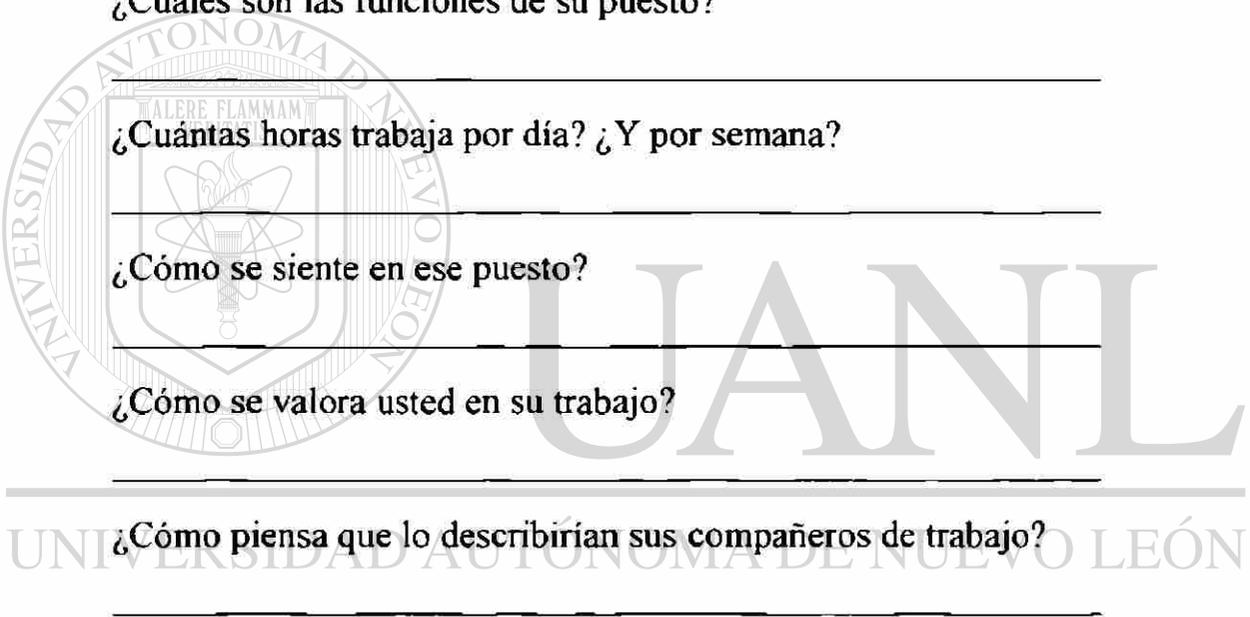
¿Cómo piensa que lo describirían sus compañeros de trabajo?

¿Cómo se expresan de usted como compañero de trabajo?

¿Qué opina usted de sus compañeros como trabajadores?

¿Qué opina su jefe directo del desempeño de su trabajo?

¿Cómo ve usted a su jefe en el desempeño de su trabajo?



¿Cómo se lleva usted con sus compañeros dentro del trabajo?

¿Se relaciona con ellos fuera de las horas de trabajo?

¿En que actividades?

¿Realiza alguna otra actividad además de su trabajo? deporte, social, arte, etc.

¿Tiene algún tiempo libre en el trabajo?

¿Qué hace en ese tiempo libre?

¿Alguna vez se ha ausentado de su trabajo?

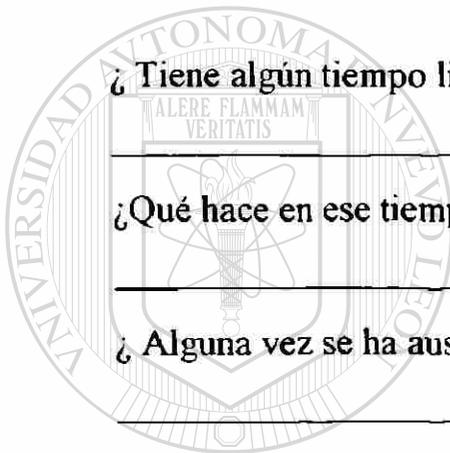
¿Por cuanto tiempo?

¿Cuáles fueron los motivos?

¿Cómo se sintió de haberse ausentado?

¿Tiene vacaciones en su trabajo?

¿Cuántos períodos al año?



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

