

# 37 CONSIDERACIONES SOBRE EL CUERPO EN PSIQUIATRIA (III) : TRASTORNOS PSIQUIATRICOS DE EXPRESION CORPORAL

## CONTENIDO

### 1. Introducción

### 2. Cuerpo, emoción y estrés

- 2.1. Generalidades: emoción y estrés; experiencia, movimiento y relación, actividad neurovegetativa
- 2.2. Cuerpo y automatismo. La acción voluntaria
- 2.3. ¿por que el cuerpo en la psicopatología?
- 2.4. Sobre traumatismos psíquicos
- 2.5. Traumatismos e identidades
- 2.6. Sobre el estrés y su afrontamiento
- 2.7. Sobre la personalidad y algunas dimensiones

### 3. En torno a los grandes síndromes

- 3.1. El cuerpo, el psiquismo y lo somatomorfo
- 3.2. El estilo represor
- 3.3. La conversión y la disociación. Conflictos y símbolos
- 3.4. Estilo conversivo y represor. “conversivo”. “represivo”
- 3.5. El trastorno por somatización. Comparaciones
- 3.6. Las hipocondrías
- 3.7. Angustia, miedo e hipocondría
- 3.8. Formas de hipocondrías
- 3.9. El trastorno psicósomático
- 3.10. Algunos comentarios ante lo psicósomático
- 3.11. El cuerpo depresivo. Formas

### 4. Resumen y notas finales

### 5. A modo de glosario

- Cuerpo psíquico o fenomenal y cuerpo sustrato
- Yo tengo (soy) el cuerpo que soy (tengo)
- Dolor, mal y enfermedad
- Macrosustrato corporal y microsustrato corporal
- Zonas de enlace y cuerpo sustrato
- Trastornos psicopatológicos y trastornos neurológicos
- Estímulo psíquico e instrucción en el cuerpo sustrato
- Entradas laterales al cuerpo sustrato. Fondo y contenido
- Afección, conciencia e identidad
- Supuesto de base y cuerpo
- Supuesto de base, totalidades y psicopatología
- Síndromes y trastornos con fuerte presencia corporal

### 6. Bibliografía

## 1. INTRODUCCION

- En esta tercera parte del trabajo vamos a dirigirnos a los trastornos con fuerte componente psíquico, cualquiera que sea, y que presentan al cuerpo en primera fila, como tarjeta de visita. Ese cuerpo podrá ser él mismo portador de una tara, de una dificultad o distorsión, opaco en su automatismo y sonoro en su silencio. También podrá presentarse como tema y objeto del discurso. En los casos extremos se dibujará como herido por la lesión manifiesta. Comenzaremos por sobrevolar el mundo de las emociones y sentimientos así como el de esa afección potente que es el estrés.
- Que haya sonidos más allá de nuestros umbrales auditivos o colores por debajo del rojo son asuntos de inferencia y experimentación, no es lo que nos “dicen” nuestras percepciones, no son propiedades relacionales. No es difícil pensar que de igual modo nuestra captación del mundo tiene límites cerebrales y mentales seguramente mucho más importantes. ¿Qué nos queda?, quizás el dolor, el malestar, la queja.

## 2. CUERPO, EMOCION Y ESTRÉS

### 2.1. GENERALIDADES: EMOCION Y ESTRÉS; EXPERIENCIA, MOVIMIENTO Y RELACION, ACTIVIDAD NEUROVEGETATIVA

- **Emoción y estrés se han dibujado en todas las orientaciones como firmes candidatos para definir y orientar los solapamientos psíquicos y somáticos.** En ambos el cuerpo-sustrato se expresa, o se muestra más bien, en sus cambios. La importancia de los elementos psíquicos en algunas patologías somáticas diagnosticadas ha llevado también a la consideración de lo denominado psicósomático.  
En un borde corporal diferente, tal vez opuesto, el cuerpo es un algo de lo que se habla, sobre lo que se piensa (consciente o no consciente). En estos casos, cuando es también un cuerpo que se muestra lo es según su –aparente- incapacidad funcional. La conversión o la hipocondría, o más modernamente los trastornos somatomorfos, llenan en gran medida esta tercera parte.  
**Para mal o para bien en la emoción se siente el cuerpo. Hay también otros caminos que nos llevan por esas direcciones como son los de las complejas disposiciones (sensibilidades desmesuradas o reacciones –directas- también desmesuradas). Algunas sugerencias del neuroticismo (Eysenck 1) nos inclinan en**

**este sentido directamente somático. También en la “ampliación somatosensorial” (Barsky 2) aunque el componente psíquico es de rigor (pesimismo a ultranza en cuanto a la salud física) cierta exageración directamente somática, sensible, pareciera lanzar la atención hacia esas captaciones periféricas.**

- Si como es habitual considerarlo los pilares más sólidos de la simultaneidad psíquica y somática son las afecciones (emociones y sentimientos), la triple presentación de la emoción (como experiencia y cognición, como actividad neurofisiológica, como movimiento y gesto social) sería su corroboración. Cabría entonces preguntarse sobre las características de las relaciones que se establecen entre los tres vértices:
  - ¿Existe una organización jerárquica entre los tres factores en cuestión?. La respuesta, por ejemplo, para un neurofisiólogo jamesiano es clara: “me emociono porque mi cuerpo se emociona”. Contrariamente un cognitivista nos diría que “me emociono porque valoro y sopeso”.
  - ¿Se da un equilibrio entre las tres esferas?, si es así, ¿de qué equilibrio se trata?: ¿es un equilibrio de la totalidad en el que si baja un elemento ha de subir otro que lo compense?, ¿es un equilibrio entre los valores en donde si disminuye un valor deben hacer lo propio los otros?.
- Continuando con las preguntas, seguimos evocando el lenguaje y la consciencia. ¿Por qué sería saludariamente deseable expresar las emociones y mostrar lo que se siente?. La opinión popular quiere que de otro modo el cuerpo se enferme, o que tal gesto motor agresivo e incontrolado se despliegue. ¿En qué sentido pues hablar de lo que voy sintiendo o de mis afecciones puede ser positivo?, ¿de qué manera tal proceder va a modular, o en su caso terminar, las descargas autónomas, endocrinas o inmunológicas?. ¿No es acaso cierto que en muchas ocasiones lo experimentado de la afección no solo no compite sino que se suma con lo neurofisiológico?.
- Ya Watson (citado por Cosnier 3, p.90) sostenía una concepción tripartita en la organización integral del comportamiento humano: “el pensamiento puede ser sucesivamente kinestésico, verbal o emocional. Si la organización kinestésica está bloqueada, la organización emocional predomina...”. Cosnier (3, p.91) en una orientación similar describe lo que llama “fenómeno de balanceo” por el que se daría “una actividad coordinada (verbal o/y motora) que controla y modera la actividad emocional”. Desde la teoría freudiana de los procesos primarios y secundarios, Mc Dougall (4) escribe: “es a través de las palabras como los afectos acaban, por fin, vinculándose con las representaciones mentales, son las palabras las que ligan la libre circulación de la afectividad primaria y la ponen a disposición del pensamiento, un pensamiento verdadero, no operativo (p.173)”. En una aproximación diferente Taylor y cols. (5) piensan que los aspectos psicológicos experienciales, los conductuales expresivos y los directamente neurofisiológicos forman la unidad de lo afectivo emocional: los tres procesos encontrándose correlacionados de tal modo que cambios en uno de ellos implicarían modificaciones en los otros.

- Como veremos es también frecuente teorizar sobre un psiquismo que representando el mayor grado de complejidad puede hacer y deshacer en lo somático. Para estas propuestas, si no hay “mentalización”, “simbolización”, “fantasmaticización” o alguno de sus equivalentes, los asuntos se expresan corporalmente, físicamente. ¿Y de qué asunto se trata?, ¿de energías “libres”, y “ligadas”?  
¿Acaso es otro modo de plantear un equilibrio entre experiencias, cogniciones y reacciones neurofisiológicas?  
No son las únicas preguntas que podemos hacernos: ¿no será, por ejemplo, que al no ser conscientes (experiencia) de una afección no podemos tomar iniciativas de afrontamiento cronificándose con ello las situaciones?.
- Otros insisten en que mucho es asunto social, no sólo por la presencia del lenguaje verbal, sino también por las orientaciones que la cultura prodiga. Bateson (6) concedía gran importancia a la forma como cada comunidad va a dar un valor u otro al conjunto de satisfacciones y frustraciones del individuo. El autor definía el concepto de “ethos” como “la expresión de un sistema cultural unificado de organización de los instintos y de las emociones del individuo (p.209)”. Pareciera pues que, en parte, cada sociedad organizaría según códigos de índole emocional las maneras valorativas de captación del mundo. Es lo que nos dice Hochschild (7) al plantear que esos códigos sociales van a influir pesadamente sobre las propias elaboraciones de las emociones. El individuo se pliega al juego emocional social aceptándolo, a veces -en negativo- oponiéndose, e incluso suprimiendo su expresión (y, seguramente, también el grado de consciencia).

## 2.2. CUERPO Y AUTOMATISMO. LA ACCION VOLUNTARIA

- Mundo y cuerpo fenomenales se confunden en el proceso de vivir. Si por un ejercicio consciente ignoro el mundo, es el cuerpo quien me aparece; si me ocupo del cuerpo, el mundo finge ausentarse. La disimetría se halla en la autorreferencia sensible del cuerpo. Además, en el funcionamiento habitual el cuerpo se olvida, se hace negligencia de él como diría Sartre (8, p.378): “la conciencia (del) cuerpo es lateral y retrospectiva; el cuerpo es lo que no se toma en cuenta, lo ‘silenciado’ (...)”; la conciencia del cuerpo es comparable al signo verbal que existiendo (“significación”) desaparece a favor del sentido.
- **Al cuerpo se le presupone un funcionar silencioso y automático.** La pérdida de su automatismo es bullicio impertinente y molesto. Sin embargo, salvo en una especie de ataraxia epicúrea, o de posición en el justo medio, el cuerpo llama la atención hacia abajo, por el dolor o el displacer, pero también hacia arriba por el placer.  
Se le pretende pues un funcionamiento maquinal silente y automático que –casi contradictoriamente- intuimos que está dirigido por “nosotros”, por un “sujeto psíquico” que controlaría lo que sin embargo es automático.  
**El cuerpo levanta cabeza y se muestra sobre todo en el dolor, en la molestia, en la disfunción, como un caballo al que se le pide llevarnos sin mostrarse, y comienza a cojear: sólo nos interesaba el**

**viaje y, de pronto, debemos preocuparnos por el medio de transporte.**

- **Todo esto nos coloca ante la prioridad del “cuerpo que tengo”, o más bien ante un espejismo u olvido de la simultaneidad del “soy un cuerpo/tengo un cuerpo”.**

En cualquier caso, **en el funcionamiento habitual es así: cuando nace la molestia o la disfunción corporal, inmediatamente “soy el cuerpo que tengo”.** Sensibilidad, sensorialidad y motricidad se interpenetran en las disfunciones, las molestias y los dolores. Pero además, cualquiera de esas captaciones del cuerpo se ven seguidas de valoraciones y afecciones acompañantes. Hasta ahí el tema nos aparece como lineal, no obstante ya en la debutante captación de la disfunción y de la molestia, en menor grado del dolor, se da la comparación básica, inicial, de la molestia naciente con la gran disposición (que es la identidad en tanto sistema y organización psíquica).

- Más allá de complejidades ciertas y de simplificaciones o dualidades artificiales, donde para la experiencia psiquismo y cuerpo se desdoblaron es en el capítulo de la acción voluntaria.

Escribíamos en la primera parte que la fibra lisa ignora a la voluntad, no hay modos por los que concentrándome en las glándulas suprarrenales secrete adrenalina. La voluntad autorreferida (consciente siempre) desconoce las supuestas voluntades “inconscientes”, es lo propio. El acceso a esa fibra lisa, a ese neurotransmisor puede sin embargo contonear la línea directa y lateralizarse según caminos intermedios: puedo evocar al ascensor que temo fóbicamente y –según el hábito personal- bañar mis vísceras de adrenalina, y lo puedo hacer a voluntad.

Tales rutas intermedias llenan el psiquismo y el “cuerpo físico”. Creer en algo, como nos lo ha enseñado la filosofía analítica, no es una actividad o gesto más o menos voluntario, es más bien una disposición (como lo es la sed o el que me guste el bacalao). Variar las creencias, o intentarlo, es un complejo y penoso ejercicio a veces que exige –una vez más- buscar alternativas mixtas intermedias.

En ocasiones una emoción es captada en sus manifestaciones somáticas sin consciencia de su origen; un poco a la James-Lange, siento latir apresuradamente el corazón y me veo palidecer – directamente no sé qué sucede, “lateral y contorneadamente” me doy cuenta de que algo me está atemorizando. No solo hay evaluación y después emoción, sino que también una segunda emoción puede seguirse del descubrimiento de la primera.

### 2.3. ¿POR QUE EL CUERPO EN LA PSICOPATOLOGIA?

- ¿Por qué el cuerpo?. Hay una atmósfera común que une el cuerpo, las preocupaciones sobre el cuerpo, con actitudes tildadas con frecuencia de egoístas. El cuerpo, cualquiera sean las posiciones filosóficas del sujeto, se encarga de mostrarse y mostrar su centralidad en la identidad.

Sea cual sea la cadena de causas/efectos, el narcisismo se interpenetra con la corporalidad (y viceversa). Pero el narcisismo no sólo implica corporalidad

(presencia en el cuerpo y presencia del cuerpo ante los ojos del otro), sino que ese retorno sobre sí se tiñe de la inmadurez, de la demanda exagerada, del ahora o nunca y del todo o nada. La perfección exige todo y ahora, y –desde el punto de vista absoluto- la alternativa a la perfección es el aniquilamiento y la muerte.

El dilema planteado puede ser en el ámbito de los contrarios (perfección/fracaso) o el de los contradictorios (perfección/no perfección con aniquilamiento). Aunque en el primer caso no nace el delirio si hay pesimismo y extremas demandas en una guerra que se sabe perdida, antes o después.

**La presencia del cuerpo en cualquiera de sus aproximaciones, el peso de la mirada de los otros (en forma de oposición o de "deseabilidad social"), el centrarse como ocupación y preocupación en uno mismo en tanto sujeto y cuerpo, se suman con más o menos fuerza en el tipo de manifestaciones que tratamos. La identidad atenaza y es atenazada por el cuerpo.**

#### 2.4. SOBRE TRAUMATISMOS PSIQUICOS

- El traumatismo, del que el estrés es un modo, se comporta como encuentro, esperado o inesperado, entre un sujeto y el objeto en situación. Para Freud (9) el traumatismo tiene que ver ante todo con el manejo de la excitación (aspecto económico): "ya el término 'traumático' -escribe Freud, 9, p.2294- no posee sino un tal sentido económico, pues lo utilizamos para designar aquellos sucesos que, aportando a la vida psíquica, en brevísimos instantes, un enorme incremento de energía, hacen imposible la supresión o asimilación de la misma por los medios normales y provocan de este modo duraderas perturbaciones del aprovechamiento de la energía". Más adelante (p.2348) el autor resitúa el traumatismo en el contexto de la estructura psicológica del individuo, de este modo diferencia: "el trauma" ("suceso accidental traumático") actuando sobre un psiquismo definido por la "disposición" ("fijación de la libido") fruto de la "constitución sexual" ("sucesos prehistóricos") y de los "sucesos infantiles".

En su definición primera de la neurosis de angustia (Freud 10, p185) el autor insiste en el peso de la sintomatología física que va a emparentarse con lo que serán las neurosis actuales traumáticas.

- Para Marty (11, p.109) estructuralmente habría una importante diferencia de grado entre las "neurosis mentales" en las que el traumatismo genera el desarrollo de mecanismos internos de elaboración y la "neurosis de carácter", especialmente la "neurosis de comportamiento", donde el traumatismo produciría una inmediata desorganización que -sino se dan reorganizaciones regresivas- generaría trastornos somáticos. El traumatismo en este segundo caso cobraría un valor particular por las dificultades estructurales de índole cognitiva. De un modo diferente pero a la vez respondiendo a disyuntivas paralelas Bergeret (12) parece generalizar el concepto de neurosis traumática al insistir -para un buen número de patologías calificadas de "límites"- en el doble traumatismo: por una parte, y en la primera infancia, un traumatismo exterior rompería la barrera de excitaciones de un psiquismo inmaduro, "jugaría -escribe el autor, p.77- de alguna manera el rol de primer desorganizador (...)

de la evolución psíquica normal"; más tarde el desarrollo ulterior se encontraría alterado y un segundo traumatismo ("desorganizador tardío") vivido como sobrecarga pulsional sexual o agresiva desencadenaría el estado de descompensación. Depresión límite de tinte particular y desestructuraciones con frecuente dificultad de elaboración mental se encontrarían asociadas en este modelo.

## 2.5. TRAUMATISMOS E IDENTIDADES

- Los procesos de "mentalización" y de elaboración cognitivo-afectiva implican a un individuo definido por la lengua y por tanto utilizador de determinados signos seleccionados y presentados por el ambiente cultural en el que se desenvuelve. Así, Devereux (13), que proponía dejar el término de estrés para la fuerza agresora y el de traumatismo para los nocivos efectos de esas fuerzas, nos dice que el estrés es realmente traumático únicamente en tres posibilidades: cuando su intensidad es desmesurada, cuando sobreviene de manera prematura (antes de un completo desarrollo-maduración) y cuando es atípico. Para el autor un estrés es atípico "si la cultura no dispone de ninguna defensa preestablecida susceptible de atenuar el choque. De este modo es probable que la pérdida de un hijo en la guerra traumatizaba más profundamente a una madre ateniense que a una madre espartana...(p.8)".

Siguiendo la propuesta de los "modelos de conducta" de Linton, Devereux (13, p.39) afirma que la sociedad dice al individuo "guárdate de volverte loco, pero si lo haces, condúctete de tal o tal forma"; no obstante los materiales aportados por la cultura supondrían -sobre todo- procedimientos de reforzamiento y de tematización (por ej. El chivo expiatorio) de los mecanismos de defensa puramente psicológicos (proyección en el ejemplo). Dado que una cultura puede enseñar de miembro a miembro procedimientos tipo chivo expiatorio se darían expresiones psicopatológicas comunes a una sociedad en un tiempo determinado. Siempre teniendo en cuenta que un mismo procedimiento culturalmente establecido podrá corresponder a una variedad de mecanismos defensivos individuales.

- **Un borde de confluencia de particular relevancia entre lo somático (sustrato) y lo psíquico es el de las afecciones (emociones y sentimientos); por otra parte la afección humana, siempre en parte corporal, se tiñe de dimensiones semánticas definidas por los polos, en parte corporales, de la tensión/relajación y del placer/displacer. Pero la afección expresa también el eco de una identidad que reacciona y acciona.**

**Las emociones, y en su base la ansiedad, los sentimientos y los estados de ánimo más persistentes se intrincan psicológica y corporalmente con los modos de elaboración ante los agentes traumáticos (que a la vez en muchos casos, se definen según las formas de anticipar y de captar). De esta manera el estrés puede ser visto, también, como una somatización en la que las manifestaciones emocionales (afecciones) nos ofrecen en primer lugar su cara somática.**

- La respuesta en el estrés presupone, pensamos, algunos puntos previos: (1) que existe una totalidad que reacciona, (2) que esa totalidad es capaz de conocer algo que no es ella misma, (3) que esa totalidad puede alterarse significativamente en la interacción con lo que no es ella misma. Una cierta tradición filosófica ha denominado individuo (humano) a esa totalidad que se define como tal en la relación con los demás; así Kojève (14) escribía: "la individualidad aparece como realización activa del deseo específicamente humano del reconocimiento (...) es en y por el reconocimiento universal de la particularidad humana que se realiza y manifiesta la individualidad (p.506)". A la vez el individuo -en este sentido- quiere diferenciarse (ser único en el mundo) y ser reconocido, si posible, por todos. Por otra parte, como la fenomenología nos ha enseñado, es a través del cuerpo como nos situamos desde el inicio, un cuerpo que se hace esquema e imagen en un individuo definido por una organización cognitivo-afectiva ligada al lenguaje verbal.

Resulta interesante apuntar que el mismo Selye (15) termina su libro "El estrés de la vida" con un capítulo en el que expone lo que denomina la "filosofía del reconocimiento" como motor fundamental de la adaptación humana.

La capacidad de conocer el medio en el que se desenvuelve la persona exige un cierto isomorfismo entre ambos; metafóricamente el individuo está dotado de unas antenas sensitivo-perceptivas mediante las que captará todo aquello que -precisamente- sus antenas puedan conocer, y lo que es más, las variaciones cualitativas entre las captaciones tendrán que ver con el propio aparataje de sondeo.

- **Esbozaremos, desde la perspectiva de la búsqueda de la "distancia oportuna" (Zuazo, 16) entre el sujeto y sus objetos, tres modalidades de traumatismos:**

- **Por exceso de aproximación:** correspondería este capítulo, en parte, a lo que se ha dado en llamar "sobrecarga". El sujeto se siente invadido en unos casos en el campo de la agresividad y la dominación; en otras ocasiones -o en las mismas con el objeto complementario- el sujeto se siente peligrosamente seducido en el campo de la sexualidad y de todas sus variantes.

- **Por exceso de separación,** en un sentido similar a la frustración y privación. El sujeto que es en mayor o menor grado completado en la construcción de su propia intimidad por el objeto (por ejemplo, "objetos si mismo" en Kohut, 17), anhela la vinculación; la baja de la autoestima, el sentimiento de desprotección y la sensación de ineficacia y desinterés pueden señalar el lugar de la separación del objeto implicado.

- **Por dificultades de aprehensión del objeto y de las características de la relación.** Sería este el caso tanto de la ambigüedad e incertidumbre en situaciones mal definidas, como del efecto sorpresa ante estímulos inesperados.

El consenso cultural, como lo recordábamos, establecerá unos valores no sólo en cuanto al tipo de traumatismo, sino también en cuanto al modo legítimo de reacción. Además podría sugerirse, en un nivel superior, que son los tiempos y las épocas quienes sitúan la importancia porcentual de los traumatismos significativos (y de sus reacciones) en la masa global de trastornos psicológicos (o psicosomáticos si se quiere).

Las formas en que el individuo va a manejar (consciente o no conscientemente) agentes traumáticos y conflictos será el tema de los afrontamientos.

## 2.6. SOBRE EL ESTRÉS Y SU AFRONTAMIENTO

- Matheny –según Valdés y Flores (18)- definía el afrontamiento como “cualquier esfuerzo, saludable o nocivo, consciente o inconsciente, para prevenir, eliminar o atenuar el estrés o para tolerar sus efectos de la manera menos dañina posible (p.134)”. Si la reestructuración se orienta hacia el medio interno hablaríamos de mecanismos de defensa, si se dirige al medio externo, de acciones o conductas.

Entendido como manejo de una situación, el afrontamiento podrá dirigirse hacia el origen del problema causante, o hacia sus consecuencias emocionales (Lazarus y Folkman, 19). Las posibilidades en esos dos espacios se abren en multitud de direcciones, centrándonos en el problema y en la situación contextual podrá intervenir sobre el ambiente exterior, pero también sobre las propias querencias. Saliendo del foco de intervención y dirigiéndonos a los procesos, los afrontamientos podrán ser fundamentalmente cognitivos o comportamentales. De forma aún más general la actitud del afrontamiento podrá ser activa o pasiva, de aproximación o de evitación.

Se dibujaran también en los afrontamientos las características más disposicionales, marcando un estilo a menudo ligado a la personalidad, y también según las particularidades tácticas o estratégicas de índole más inmediata y reactiva. En esta línea de reflexiones Fernández-Abascal (20) propone articular el estilo de afrontamiento, según el método empleado (activo, pasivo y de evitación), según la focalización (dirigida al problema, a la respuesta emocional o a la evaluación inicial), y según la actividad cognitiva o conductual desarrollada. Las diferentes estrategias entrarán en la red tejida por el estilo.

- Desde el punto de vista psicoterapéutico, cuando las afecciones y las consecuencias de las relaciones con determinados objetos en situación resultan perniciosas del modo que sea, según el mismo esquema del afrontamiento, podrá intervenir en diferentes niveles:
  - Sobre las percepciones originales que desencadenaron las reacciones, valoraciones y afecciones propiamente dichas.
  - Sobre las interpretaciones y movimientos valorativos.
  - Sobre las afecciones desencadenadas como efectos finales de las percepciones y de los movimientos valorativos. Además la afección, dado su carácter tripartito (consciencia y experiencia, descargas neurofisiológicas, motricidad y expresión), ofrece al menos dos variantes de intervención: sobre la consciencia y experiencia, sobre la motricidad y expresión.

Hemos utilizado el infinitivo “intervenir (se)” en su sentido impersonal para resaltar que en buen número de casos y ocasiones las actuaciones defensivas toman un carácter no consciente.

Captar perceptivamente el objeto es también dotarlo de significación y de valor, es interpretarlo según los propios parámetros de quien capta.

Con cierto grado de consciencia, la puesta en marcha de la relativización y de la minimización, de la comparación (“pudieran ser las cosas peores”), de la inmersión del objeto-problema en una red que lo reinterpreta, y tantas otras formas son recontextualizaciones que se centran en las interpretaciones y movimientos valorativos.

## 2.7. SOBRE LA PERSONALIDAD Y ALGUNAS DIMENSIONES

- Un capítulo de relevancia para el tema que tratamos es sin duda el de las **dimensiones temperamentales**, recordaremos así sea superficialmente algunos aspectos.  
Siguiendo algunas de las orientaciones de Eysenck (1), el de la personalidad sería un campo donde –por definición– confluyen aspectos psíquicos y elementos de los sustratos somáticos. El abordaje desde los rasgos y dimensiones (sobre todo temperamentales) parte desde la original tripartición (extroversión-introversión, neuroticismo y psicoticismo) hasta los “Cinco grandes” (con la desaparición del psicoticismo dejando la apertura a la experiencia, la amabilidad y la responsabilidad como el trío de disposiciones que lo completan).
- Una muy interesante aproximación y revisión del tema es la que propuso Gray (21); de Juan y García (22, p.176), siguiendo en buena medida al primer autor superponen a la dimensión extroversión-introversión el “arousal o activación córtico-reticular”: los extrovertidos requerirían estímulos más intensos que los introvertidos. Por otra parte esa sed de excitantes de los extrovertidos se completa con una sensibilidad especial hacia la recompensa (lo contrario en los introvertidos que serían especialmente diligentes ante la amenaza). El neuroticismo estaría marcado por la alta excitabilidad instalada en el “bucle córtico-límbico”. Finalmente la responsabilidad/afabilidad de los “Cinco grandes” o del psicoticismo hundiría sus orígenes en el “circuito córtico-amigdalario” con dos vertientes: la impulsividad y agresividad (por disminución del control prefrontal) y la temeridad por falta de temor que estaría en la base de la ausencia de empatía (por disfunción amigdalario).

## 3. EN TORNO A LOS GRANDES SINDROMES

### 3.1. EL CUERPO, EL PSIQUISMO Y LO SOMATOMORFO

- Canthébras (23) utiliza el término de “síntomas médicamente inexplicados (SMI)” para referirse a los síntomas funcionales que son asimilados a lo somatomorfo. Una presentación de este tipo identifica lo somatomorfo con lo puramente funcional de la queja somática y de su atribución (subjetiva) a una patología física. Presentadas las cosas así, podrían darse manifestaciones con peso corporal sin que –por ejemplo– fuesen englobadas en los trastornos somatomorfos de la DSM-IV (25) o de la CIE-10 (24). Una fractura de húmero inunda de quejas somáticas al sujeto, no obstante, habitualmente, no tildamos de quejas somáticas a esos dolores. Para los hábitos diagnósticos, decir somático supone situarnos contextualmente en una dimensión

semántica que dibuja –precisamente en su ausencia- el polo psíquico o mental opuesto. Cuando postulamos una fuente psíquica a un síntoma (físico) lo situamos como síntoma somático, como efecto de la acción de “somatizar”.

- **Lo somatomorfo porta la idea de que algo que sucede en otra parte se expresa somáticamente, físicamente.** ¿Cuál puede ser esa otra parte?: el espacio psíquico, la mente. Ello no significa que ese psiquismo esté desencadenado, tampoco exige el abrazar un dualismo cartesiano a ultranza, simplemente sugiere que las reglas que –en parte- lo rigen, son específicas (aunque insertadas según lo que hemos llamado macrosustrato corporal). Así pues cuando el origen de unos síntomas o de unos signos somáticos son atribuidos a lo psíquico hablaremos de manifestación somatomorfa. Tal atribución podrá ser directa desde el inicio, o indirecta (por descarte de un origen “orgánico”). **Seguramente las formas más frecuentes somatomorfas son aquellas que se generan por amplificaciones o distorsiones de las captaciones funcionales somáticas.**

- **Para que desde el punto de vista clínico se produzca un diagnóstico de trastorno somatomorfo serán precisas, en las sociedades occidentales, dos autorizaciones:**

- **Por la primera el síndrome clínico somático debe de poseer unas características clínicas en la fenomenología de su presentación (ver CIE-10, DSM-IV, 24-25).**
- **Por la segunda tal conjunto clínico no debe de reposar etiopatogénicamente en una patología física (al menos conocida).**

Las oscilaciones diagnósticas y los grupos de presión sobre el tema, indican que si la sociedad legitima una variedad de somatización (amparada, en general aunque no siempre, en un saber médico) se autoriza también con ello:

- El cuándo (psíquica y socialmente) puede surgir la somatización: motivos que la justifican.
  - En qué personas o grupos pueden presentarse.
  - Quién va a estar cualificado para tratar el trastorno (profesional, técnica, etc.).
- Algunos de los aspectos distributivos en las afecciones (emociones y sentimientos) referidas a las captaciones perceptivas (o, en su caso, a las sensaciones) particularmente pertinentes para la corporalidad tienen que ver con:
    - **Lo que percibo y el grado de atención prestado.**
    - **Lo que siento en mí como consecuencia de mi encuentro con lo captado (afección).**
    - **La cualidad y cantidad de la activación neurofisiológica concomitante.**
    - **El carácter y grado de la consciencia de las captaciones (relativas al objeto captado, a la corporalidad y a sus valoraciones).**
    - **Lo que expreso de lo que siento en mí (lo que muestro, lo que describo).**

- **Lo que recuerdo haber sentido y lo que anticipo que sentiré.**
- Comportamientos de selección, de evitación, de exageración o de disminución en la captación perceptiva van –correlativamente- a modificar las afecciones.  
En un nivel más alto, el sistema psíquico relacional (SPR, Zuazo, 26), en tanto estructura de base para la identidad del individuo es el “quien” del encuentro perceptivo con el objeto, pero se trata de un SPR que es directa e indirectamente corporalizado.
- Denominamos manifestación somatomorfa (o somatoforme) una actualización en la que la totalidad somatopsíquica se manifiesta hegemoníicamente según lo corporal atribuyéndose esa presencia de lo corporal a un origen psíquico.  
Ciertamente una expresión corporal prioritaria viene dada por el cortejo somático acompañando los aconteceres psíquicos (especialmente las afecciones –emociones y sentimientos). Aunque algunas disociaciones sean capaces de romper el enlace consciente entre la captación corporal y la experiencia ligada al objeto, las experiencias corporales se sienten e intuyen en su engarce con lo psíquico. No es que esa taquicardia sea consecuencia de mi miedo, es mi miedo: el cortejo somático forma parte de una totalidad.  
Cuando el cortejo somático habitual se hace prominente y excesivo hablamos de disfunción neurovegetativa.  
Vemos pues que propiamente hablando el cortejo somático no es una manifestación somatomorfa tal como la hemos definido nosotros: es parte de la totalidad somatopsíquica y no lo somático efecto de un origen psíquico.
- Según la CIE-10 (24) en el capítulo general de los “trastornos somatomorfos” (síntomas físicos con solicitud reiterada de investigaciones clínicas y la confirmación también reiterada de ausencia de base orgánica), distingue:
  - El “trastorno por somatización”, con síntomas físicos múltiples, recurrentes y a menudo cambiantes. El cuadro cursaría con frecuentes alteraciones en la vida social.  
Para la DSM-IV (25) la evolución, de varios años, obliga a la búsqueda de atención médica y puede darse un deterioro significativo social o laboral. La clínica presentada habría de referirse a zonas dolorosas, síntomas gastrointestinales, síntomas sexuales y/o pseudoneurológicos. En sus formas indiferenciadas cubriría la fatiga, la merma del apetito y los problemas gastrointestinales o urinarios. Recordamos que la CIE-10 (24) añade los síntomas cutáneos.
  - “El trastorno de dolor persistente somatomorfo” centra la queja en el dolor persistente, severo y molesto. El dolor se asociaría en estos casos a un conflicto emocional con atribución causal.
  - La “disfunción vegetativa somatomorfa” presenta, según la CIE-10 (24) una clínica con síntomas “como si se debieran” a una disfunción en la inervación del sistema nervioso autónomo con –en general- hiperactividad vegetativa. Los órganos y sistemas que pueden verse afectados funcionalmente serían: corazón y sistema cardiovascular, tractus gastrointestinales alto y bajo, sistema respiratorio, sistema urogenital. Signos autosómicos serían: palpitaciones, sudoración, sequedad de boca, sofocos o rubor facial y malestar epigástrico.

La dismenorrea psicógena, la disfagia, el prurito psicógeno, la tortícolis psicógena o el rechinar de dientes entrarían para la CIE-10 (24) en el diagnóstico de “otros trastornos somatomorfos”.

- La CIE-10 (24) sitúa también en los “trastornos somatomorfos” al “trastorno hipocondríaco” como “preocupación persistente por la posibilidad de tener uno o más trastornos físicos graves y progresivos”. La DSM-IV (25) insiste para este diagnóstico en la diferencia entre el “miedo a tener” y la “convicción de padecer” una enfermedad.  
Nosofobias y dismorfofobias (no delirantes) entrarían en este capítulo.
- Mientras que la CIE-10 (24) sitúa los viejos trastornos conversivos en el capítulo de los “trastornos por somatización”, la DSM-IV (25) define el “trastorno de conversión” en su “criterio A” como “uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica”.
- Bordeando ya la corporalidad, en las depresiones, la CIE-10 (24) mantiene el antiguo diagnóstico de “neurastenia” centrándose sobre todo en la fatigabilidad mental (psicastenia) y en la sensación de debilidad (astenia).
- Tal como son definidos los trastornos somatomorfos en estas clasificaciones la patología psicósomática no tiene cabida.

### 3.2. EL ESTILO REPRESOR

- En casi todos acercamientos teóricos, como es el caso de Pemmebaker (27), se nos presenta una interacción psíquica y somática en la que la inhibición actúa como agente que puede producir trastornos; contrariamente, la verbalización (como confrontación consciente) permitiría la resolución de sobrecargas y conflictos.  
**Ser consciente de la afección contribuiría a regularla –como reacción- y a enfrentarse o entregarse adecuadamente a los estímulos. La no conciencia generaría una especie de cortocircuito en el cuerpo-sustrato (“hipótesis de acentuación somática”) con alteraciones funcionales de serios efectos nocivos.  
El resultado de tales estilos de elaboración sería que las manifestaciones somáticas se liberarán ante la inhibición y la “represión” (no en el sentido psicoanalítico) de las posibilidades de confrontación y resolución adecuadas.**
- Los represores evitan el enfrentamiento con los acontecimientos estresantes e inhiben la reacción afectiva. Considerando que estas personas disocian lo subjetivo, lo fisiológico y lo relacional, Fernández Zubieta y Páez (28) escriben: “diferentes autores convienen en que la represión es una inhibición de la dimensión subjetiva, una tentativa de supresión o de disminución de la vivencia subjetiva emocional,

unida a indicadores expresivo-motrices y fisiológicos que señalan la presencia de una emoción dada (p.81)”. El estilo represivo parece –según los autores- sumar al “borrado automático de la información autobiográfica afectiva” una mezcla de “olvido voluntario”.

- La inhibición de las afecciones negativas tiene, con frecuencia, mucho que ver (dada la **“deseabilidad social” y el conformismo**) con el aparentar un control de las situaciones y con el mostrar que ellas no le afectan al sujeto. “Aquí no pasa nada” se dice –y nos dice- el represor, y cuando es preciso –porque algo traspasa las defensas- disimula. Todo pareciera apuntar hacia la ostentación de una fuerza y una capacidad en buena medida ausentes. Todo cambio es capaz de generar dificultades y el represor evita las variaciones.

- El estilo represivo de afrontamiento se muestra en modos de acercamiento con alta “deseabilidad social” (comprendida como tendencia por la que el individuo se atribuye valoraciones que satisfacen socialmente), y –contrariamente- bajas puntuaciones en la carga ansiosa autoinformada. Todo lo cual resalta con respecto al fuerte nivel concomitante en las descargas neurofisiológicas detectadas. Según la recensión realizada por Martínez Sánchez (29) en torno a diversos trabajos sobre el tema, este estilo se asocia además con déficits de memoria para los recuerdos emocionalmente negativos, tentativas de evitar la impresión de que hay dificultades psicológicas, y autodescripciones que pretenden ser satisfactorias.

- Que el individuo con un estilo represor funcione según una alta deseabilidad social parece inclinarle hacia modos defensivos evitativos (hacia el exterior) y de desconexión o de lectura distorsionada en su vuelta hacia el interior (afecciones). Sin embargo, como escribíamos, se da alguna voluntariedad, al menos en ocasiones. El individuo según el estilo represor, a veces, como quien repite mentiras, termina creyéndose las o –en todo caso- dudando.

**Las afecciones rompen su carácter mixto, se desdoblán en caminos diferentes para sus componentes, y las descargas neurofisiológicas parecen independizarse. En esos casos no es que el represor tenga que focalizar en el sentir para llenar puntos ciegos en el pensamiento asociativo y reflexivo, sino que únicamente siente y capta el cuerpo, sin contenidos emocionales experimentados (conscientemente).**

- Cuando el individuo es (conscientemente) ansioso u hostil, los aspectos neurofisiológicos y los experienciales son homogéneos. En otra parte (Zuazo, 30) **hemos distinguido dos formas de organizaciones ansiosas, los temerosos según la hegemonía de los peligros de agresión y las de los de ser abandonado.**

Pudiera suponerse que mientras que los individuos ansioso-temerosos al sentirse así pueden focalizar su atención –a menudo con magnificación- en el objeto estimulante, los represores no atenderían suficientemente y no elaborarían psicológicamente su relación con los objetos estimulantes negativos. La evitación, en general, de un objeto presupone su identificación como estímulo peligroso, precisamente para huir de él. En la evitación ligada a la represión se daría una demostración, en sentido contrario, de la capacidad de reconocimiento de las afecciones: en la medida en que no capto experiencialmente la angustia, el miedo o

la hostilidad, no detecto el objeto –que, por otra parte, actuaría directamente (“amigdalariamente”) sobre el cuerpo neurofisiológico.

- Complejidades seguramente mucho mayores habrán de darse en el futuro, hemos recordado ya que el tema se tiñe de alguna diversificación al distinguir los ámbitos de la ansiedad y temor de los de la hostilidad. Ya Davidson, según de Juan y García (22, p.174), hablaba de represores neuróticos (en la orientación eysenkiana) y de represores de la hostilidad; A diferencia de los primeros, estos últimos serían “perfectamente conscientes de que reprimen” aunque “sufran el estrés de dicha represión”.

### 3.3. LA CONVERSION Y LA DISOCIACION. CONFLICTOS Y SIMBOLOS

- Desaparecida la histeria los trastornos de conversión y los disociativos se reparten – aunque no totalmente-, según la CIE-10 (24) y la DSM-IV (25), los capítulos que la componían. Para la segunda clasificación el trastorno de conversión cubre los “síntomas o déficit” de índole “motor voluntario o sensorial”; los trastornos disociativos reflejan alteraciones de la conciencia, memoria o identidad. Para la CIE-10 (24) una y otra clínica entrarían en los trastornos disociativos también denominados “de conversión”. Para ambas clasificaciones se darían en estos trastornos “factores psicológicos asociados al síntoma o al déficit” (DSM-IV, 25) y más rotundamente para la CIE-10 (24) “evidencia de una génesis psicológica de los síntomas”.

De manera global encajaremos este capítulo clínico en la conversión.

- La conversión sigue al conflicto. Si se suman las querencias contrarias, por ejemplo en una situación en la que habría de atravesar la puerta de la habitación donde está la persona significativa, no estoy en disposición ni de entrar ni de no entrar, lo cual me coloca en complicada vertiente. Únicamente el símbolo (Zuazo 31) puede unificar en el contenido tales contrarios. “Quiero entrar/quiero no entrar” no es pensable sino en forma del símbolo que los une y oculta. Entrar y salir suponen moverse, desplazarse (andar en nuestro caso).

Pero en la conversión no surgen palabras, sino que el símbolo parece encarnarse. En tanto síntoma no me digo que no puedo andar, sino –simplemente- no ando, y no es sino después que hablo de tal imposibilidad (sin demasiado sufrimiento a veces) como comentario o descripción.

- **La suma de los contrarios**, en nuestro caso “quiero entrar/quiero no entrar” y su consecuencia (“no puedo entrar”) expresados de esta manera requieren recordar que la explicación (“porque quiero...”), en cuanto intención experiencial, es impropia y solo puede cobrar sentido como comentario en tercera persona (Zuazo, 32).

**El “no puedo entrar” expresado como lamento acerca de una incapacidad hace pensar que quiero hacerlo (y que algo/alguien me lo impide). Estamos hablando de la “traba” histérica (Zuazo 30)**

**por la que se ocluye en la dimensión semántica (DS) de la querencia el aspecto captado como limitante o peligroso.**

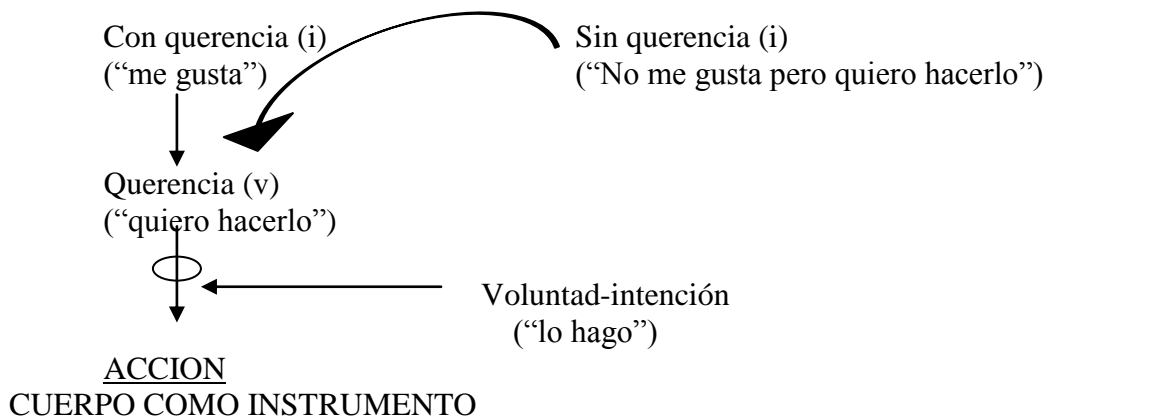
- En el proceso conversivo, a diferencia de otros modos de elaboración por el símbolo:
    - El tema toma como referencia el propio cuerpo, en tanto entidad corporal que siente, que puede hacerse disfuncional, que es indispensable para los haceres.
    - La suma de opuestos (contrarios) va a referirse, no a querencias-inclinaciones (i) o querencias-voliciones (v). sino a la voluntad-intención.
- “Me gustaría hacerlo (querencia (i)), quisiera hacerlo (querencia (v)), y voy a hacerlo, o no voy a hacerlo (voluntad-intención). La voluntad-intención se asienta en el instante inmediatamente previo al llevarlo a cabo.

- Hemos distinguido en otra parte (Zuazo, 33) la querencia-inclinación (i) en tanto “gusto por”, la querencia-volición (v) como ejercicio de ese querer, y la voluntad-intención como el abrir o cerrar del movimiento implícito en la querencia (v). Si quiero-(v), y la voluntad-intención es afirmativa, y sin embargo no puedo hacer (moverme por ejemplo), es posible que falle el instrumento (una parálisis poliomiéltica). Ahora bien, cuando no hay un déficit instrumental podríamos dibujar dos posibilidades:

- “Creo que quiero-(v)”, o bien, “me parece que tengo la voluntad-intención, y sin embargo no es así”. Resulta difícil imaginar tal alternativa, al menos con la frecuencia requerida en las dificultades somáticas sobre las que estamos reflexionado: ¿cómo podría estar equivocado en lo que quiero-(v)?.
- La segunda posibilidad pudiera enunciarse como **“quiero-(v) que p” y “tengo la voluntad-intención que p”, pero a la vez, y con mayor fuerza, “tengo la voluntad-intención que no-p”.**

Optando pues por la segunda propuesta, **se expresa una negación contraria en la voluntad-intención que resulta hegemónica (en cuanto a la acción corporal) y también que tiene efectos de oclusión (no consciencia): no hay oferta de la unidad lingüística correspondiente y no hay posibilidad de organización de ese contenido (Zuazo, 34).**

- En el cuadro siguiente expresamos los diferentes órdenes en las querencias para el resultado corporal final:



Para este tipo de trastornos (conversivos) hemos eliminado en su sentido “macro” los déficits del cuerpo-instrumento, sin embargo siempre pueden quedar dificultades del “micro-sustrato” corporal por las que se alterarían los diferentes solapamientos de querencias e intenciones. Asuntos muy difíciles sobre los que no entraremos.

- Algunas investigaciones utilizando técnicas de neuroimagen funcional (Vuillemier y cols, 35) en parálisis unilaterales diagnosticadas como conversivas histéricas han encontrado zonas de hipoactivación en ciertas regiones profundas del cerebro (tálamo y núcleos estriados). Es interesante precisar que tales lugares son también conocidos por contribuir en el inicio de los movimientos programados voluntarios. Además lesiones en esas zonas generan trastornos de heminegligencia motora y anosognosia.
- Las dimensiones semánticas (DS) en la conversión (Zuazo, 36) se lanzan pues –en nuestro ejemplo- del “quiero entrar/quiero no entrar” a la referencia corporal en el movimiento requerido, el andar. Escribíamos más arriba que no se trata de querencias inclinaciones o volitivas, sino de voluntad-intención: “voy a hacerlo (andar)/voy a no-hacerlo (andar)”.

**Tras la elaboración por el símbolo, permanece consciente el “voy a andar” que sin embargo se estrella con la aparente incapacidad para lograrlo. Incapacidad que no es déficit sino oposición, negación corporal; el “voy a no-hacerlo” ocluido para la consciencia domina el acto motor.**

Cuando la conversión tiñe la sensibilidad o la sensorialidad el hacer corresponde a la parte activa del captar.

Tales movimientos no dejan de recordarnos a la flexibilidad cérica y a otras manifestaciones catatónicas en las que la contradicción psicótica desplaza a la contrariedad.

- ¿Por qué los fenómenos conversivos son tildados de histéricos?, ¿puede darse una conversión obsesiva o una temeroso-fóbica?.

**La conversión somática se teje en las demandas relacionales del mundo de los afectos cariñosos o francamente sexuales (en su acepción habitual). Siempre teniendo en cuenta que lo cariñoso se inserta en la dimensión semántica (DS) amor/odio, y lo sexual en la DS anhelo sexual/repugnancia. Su punto de aplicación preferencial es un cuerpo que se presenta como fuente de anhelos y acciones, y también espacio de reacciones (afecciones).** Es de esta manera como el placer se ofrece como un mero ser o estar corporal. También es así como “el cuerpo que soy” toma la prioridad.

Aunque en ambos casos los temores se refieren sobre todo a los objetos, la obsesión pertenece al dominio del (auto) control de la agresividad (Zuazo, 36); lo temeroso evitativo o fóbico se incluye en el (hetero) control mediante alejamientos evitativos o trastocación de objetos. Resultaría complicado adentrarse en una agresividad que no exija gesto y, en algún momento, separación. La presencia del cuerpo es diferente a la que se da en la conversión; esta vez el cuerpo “hace”, no se conforma con el simple “estar”. El placer en la agresividad, cuando surge, no es de pleno corporal sino –justamente- cuando se diluye en lo sexual. La prioridad se localiza en “el cuerpo que tengo”.

### 3.4. ESTILO CONVERSIVO Y REPRESOR. “CONVERSIVO”. “REPRESIVO”

- **Distinguimos un doble entrecruzamiento según la consciencia y la no consciencia, y según la captación del mundo o de uno mismo (sobre todo, como captante de ese mundo). Postulábamos que para que la manifestación de la elaboración psíquica toque directamente el cuerpo debe de concernir en su oclusión a la voluntad-intención. Las otras dos formas de oclusión querencial, de la querencia (i) (“no me gusta...”) o de la querencia (v) (“me gustaría, pero no quiero...”), tendrían –al menos de forma inmediata- menos repercusiones corporales en cualquiera de sus sentidos.**

Decíamos que, además del movimiento voluntario, toda percepción –tome por objeto lo no corporal o el cuerpo- exige una actividad por parte del individuo. Es precisamente sobre el desencadenamiento final de esa actividad donde interviene esa querencia particular que es la voluntad-intención.

	Consciente	No consciente
Captación del mundo	Estilo conversivo	“Conversivo”
Captación de uno mismo	Estilo represor	“Represivo” (“represor”)

Manteniendo los términos habitualmente utilizados, y a pesar de cierta confusión que ello pueda implicar, se diferencian:

- Los estilos conscientes que implican sino una constante voluntariedad, puesto que cierto carácter disposicional es requerido, sí la consciencia más o menos vigorosa de la limitación. Esta última tiene que ver con la instalación del Ego en un mundo cuya captación se ve alterada (estilo conversivo), o con una captación adecuada del mundo que genera afecciones que el Ego no acepta y trata de ignorar.
- Las elaboraciones psíquicas que generan oclusiones (no oferta lingüística) dejan los materiales en el Fondo sin posibilidad de hacerse conscientes. En la conversión propiamente dicha el cuerpo muestra incapacidades o distorsiones en tanto las parcelas corporales concernidas son antenas que captan lo que no se es. En la “represión” (entendida como contrapartida a la “conversión” y no en su sentido freudiano habitual) no hay conocimiento o reconocimiento de los modos en los que “lo que no se es” nos afecta (por supuesto, en este caso, sin consciencia de voluntariedad).
- **Las oclusiones y el carácter no consciente no son de la esfera del cuerpo sustrato (“macro”) sino del cuerpo fenomenal o psíquico. Otro modo de decirlo es que el cierre en el área de la experiencia no es de la índole de las instrucciones en el cuerpo-sustrato: que no sea consciente de la experiencia emocional o de la forma en que me afecta un acontecer u objeto no impide el desarrollo del cortejo somático (cuerpo sustrato) que forma parte de la afección.**

**Seguramente por esta vía algunas de las últimas alteraciones (“represión”) se emparentan con ciertas patologías que serían ya trastornos psicósomáticos.**

### 3.5. EL TRASTORNO POR SOMATIZACION. COMPARACIONES

- **Quien presenta un trastorno por somatización se queja del cuerpo en lo inmediato y con el cuerpo en lo mediato.** Es un cuerpo con síntomas somáticos dolorosos, quejas disfuncionales que son atribuidas a un mal también somático. Lo importante aquí no es el mal o la enfermedad como tales, sino que por su existencia ubican los síntomas en el ámbito de lo físico. **Casi incluso pierde importancia el propio malestar para dar rienda suelta a sus consecuencias limitantes para la vida normal,** y –también- a sus consecuencias en las relaciones con los otros (malestares como termómetro de la temperatura y calidad relacionales). El somatizador sobre todo interpreta y filtra las manifestaciones somáticas según supuestos de base.
- El trastorno por somatización, en cierta manera, pareciera salir de los trastornos somatomorfos tal como los hemos situado: aquí los síntomas somáticos pueden atribuirse (aunque inicialmente no sea lo más importante) a patologías somáticas – a veces con propuestas de nuevas y “modernas” patologías.  
En otras presentaciones, dado que lo importante es mostrar y que se acepte que el síntoma es físico, se le atribuye sin mayor dificultad un origen psíquico (según modos y autorizaciones sociales). En cualquier caso ese origen se integra casi siempre en el capítulo general de maltratos.
- En el trastorno por somatización o en el hipocondríaco se encuentra inmediatamente presente el otro como llamado a escuchar, diagnosticar, aliviar, curar. Del cuerpo se habla para inicialmente pedir y pronto exigir, la respuesta tiene que ser la prevista sino, o no interesa o es motivo de disputa.  
Con el trastorno conversivo se muestra y de él se habla poco, o con desdén, la petición va por otra parte.  
**El trastorno psicósomático se porta y, como el conversivo, con frecuencia se soporta sin demasiados alaridos, en la soledad de la autosuficiencia. Si hay queja es de petición de ayuda piel a piel, no como la queja por somatización que es sobre todo protesta.**  
En el trastorno por somatización el individuo se queja de las injusticias cometidas, muchas y varias. El hipocondríaco reivindica, exige el fin de la agresión, su cuerpo es símbolo encarnado tirado por las tensiones de los opuestos.
- **El cuerpo dañado o deteriorado del hipocondríaco se hace cuerpo quejoso, molesto, fatigado o doloroso en el trastorno por somatización.** Mientras que el daño o el deterioro pueden ser captados desde fuera, la molestia, el dolor o la fatiga no pueden serlo sino desde el interior, en manifiesta primera persona.

**El hipocondríaco, seguro –o casi- de sus enfermedades** o de sus órganos enfermos fatales, busca la confirmación diagnóstica. **En el trastorno por somatización la persona segura con evidencia de sus sentires** (dolores, fatigas) reivindica tal carácter físico, orgánico, somático inmerso en la queja.

Decíamos que el hipocondríaco es un sufriente de la enfermedad, quien se traduce en el trastorno por somatización sufre por el síntoma. ¿Cómo se sufre así por una enfermedad?: dándole vida, voluntad propia, lanzándole hacia el animismo, haciéndola resistente a los avatares de la ciencia médica, inscribiéndola en las reglas del destino.

- El trastorno por somatización presenta un cuerpo quejoso a través de unos síntomas somáticos, para él, evidentes. “Me duele el brazo, nos dice, no es que crea simplemente que me duele, me duele, es físico, sé muy bien hacer la diferencia”. Nos describe los síntomas que van cobrando una organización, un orden, una periodicidad, unas características repetidas; incluso algunos síntomas parecen reunirse y codificarse en síndrome, por supuesto, orgánico. Pero lo importante permanece: la queja, que a veces se hace proteiforme y se orienta hacia la reivindicación en la ayuda (médica) pedida. La queja llama a su pareja, el maltrato. Le duele el cuerpo porque ha sido maltratado (incluso lo sigue siendo ahora en la ausencia, pobreza o inadecuación del tratamiento).
- Con frecuencia se da en la queja dirigida hacia el maltrato más reivindicaciones de falta de cariño que de agresividad: “no se comportaron como debieron, me malquisieron”. No es extraño que muchos trastornos por somatización bordeen o entren francamente en la conversión.  
Tampoco es raro que se asomen hacia la queja hipocondríaca, particular y sintomática, pero con aires hipocondríacos.  
Siempre quedando por elucidar el peso en estas formas y evoluciones de los rasgos y dimensiones de personalidad.

### 3.6. LAS HIPOCONDRIAS

- **El hipocondríaco se encara con la enfermedad o con el cuerpo deteriorado, o con ambos.** En cualquier caso la manifestación sintomática o el signo cobran importancia precisamente por su inclusión posible en la enfermedad o el deterioro. La hipocondría es interpretación con frecuencia acompañada de distorsión, el síntoma ha de entrar en el lecho de Procusto. De hecho cuando el hipocondríaco “olvida” un síntoma y pasa a otro –y por lo tanto a otra patología- el síntoma somático inicial se borra y desaparece. La atención selectiva, la escucha de los órganos “rastrea” en permanencia el cuerpo, el hipocondríaco busca y logra confirmar experimentalmente sus teorías (supuestos de base).
- Mencionaremos con alguna arbitrariedad en este grupo mixto y complejo de las hipocondrias a las dismorfofobias – ellas mismas variadas y con un gradiente de gravedad.

Las dismorfofobias son poseídas por esa particular especie de hipocondría en la que el cuerpo, el órgano, la parte que persigue lo hace no según su funcionamiento defectuoso, no por su deterioro, no por su enfermar, sino por su fealdad o desproporción, por su extrañeza. Estas últimas hacen despertar en el otro, según los propios vaticinios, el desprecio y la repulsión.

- **El supuesto de base nace como una intuición inicial. En la hipocondría se trata de la captación a distancia de un cuerpo dañado cuando la enfermedad se combina con el órgano según hegemonías diversas: “cuerpo y enfermedad me persiguen, me atacan y me exigen atención precisa” (escucha de órgano).**

En el cuerpo deteriorado la persecución de base es casi divina: la naturaleza, el destino, las leyes biológicas. Aspectos fortuitos o viejos pecados que se transmiten en las generaciones hacen del cuerpo un participante en la tragedia. Encerrado en un cuerpo deteriorado como si de un “Jorobado de París” se tratase, o preso en la ley del envejecimiento.

**El hipocondríaco que sondea su cuerpo, o que a veces se sorprende conscientemente con un síntoma que no esperaba, se siente enmarañado en el azar, en el deterioro y en el tiempo.** Además, aún en el cuerpo deteriorado y cuánto más en el cuerpo dañado, el tema se complica por la inmersión en el conflicto. El sujeto anhela ser autónomo, físicamente capaz, joven según los valores de su sociedad, pero la hipocondría naciente es efecto de un conflicto, ese sujeto también anhela sino la vejez, sí el ser cuidado, el ser atendido, modos de dependencia en resumen y fuentes de conflictos.

### 3.7. ANGUSTIA, MIEDO E HIPOCONDRIA

- La presencia de la angustia es para Georgieff (37) el testimonio de la incapacidad cognitiva y pragmática, la “incongruencia cognitiva” muestra “la imposibilidad de resolución de una situación por el establecimiento de una acción apropiada... (p.389)”. Esa incongruencia dependerá en parte de la realidad interna pero también de las “anticipaciones del sujeto y de su representación del mundo (p.397)”. El objeto de la angustia “no puede ser representado ni semantizado”; “la angustia es angustia ‘de algo’, pero un algo que, en la situación y la acción, hace fracasar la actitud de representación”.

**La angustia es pues ante todo cuerpo. Lo más próximo a la angustia, establecida ya la representación,** es el miedo. La inminencia de que algo no especificado (malo, muy malo) va a suceder deja de ser miedo, o aún no es miedo.

La angustia-miedo se hace angustia señal en el sentido freudiano (Freud, 38). Los cambios corporales forman parte de la angustia y también del miedo (y del resto de afecciones).

- **El miedo pesa enormemente en la hipocondría, otras afecciones y cogniciones también nacen (exigencia, reivindicación, cosificación del otro) pero se encuentran al servicio o son colaterales al miedo**

**hipocondríaco.** Aún cuando ciertas hipocondrías son más “convicción de” que “temor a”, en su base se encuentra el miedo.

- Sin embargo lo original no es el miedo dramático y exagerado sino las pesadas razones para tenerlo, razones que se justifican, para el sujeto, por la gravedad de los padecimientos probables o ciertos, o por las limitaciones que tales padecimientos implican para el transcurrir vital. El meollo no sería tanto un miedo desproporcionado como un objeto distorsionado.  
Bien es cierto que toda peligrosidad del objeto puede orientarse tanto a lo que ella misma representa como a la forma (fortaleza, debilidad) con lo que el sujeto la enfrenta.

- Dos fuentes de miedos se solapan, en ambos pelagra la totalidad del individuo: miedo físico a la falta de integridad corporal, al daño somático, al deterioro, a la muerte; miedo a la pérdida de la identidad, a dejar de existir como individuo, cuando existir se iguala a la pervivencia de esa identidad.

**El objeto del miedo puede ser alguien o algo, y también una disposición, un fallo, una disfunción. A su vez puede atribuirse la responsabilidad (peligrosidad) al objeto o a las características del propio sujeto sintiente. Tales disyuntivas introducen los conflictos en forma de querencias opuestas simultáneas (objeto temido/anhelado, querencias de autonomía/dependencia, etc).**

### 3.8. FORMAS DE HIPOCONDRIAS

- Se da, escribiémos, un funcionamiento según supuestos de base en la hipocondría: **“no vivo en un cuerpo donde hay un perseguidor, no vivo (en) un cuerpo que me perjudica, sino que en este mundo tan peligroso tiene que haber un perseguidor, o en este cuerpo tan molesto y deteriorado tiene que haber un órgano, función o efecto que me perjudica”**. Si no es esa enfermedad o ese órgano, o esa mancha, será otra; si una deja de preocuparme, otra lo hará.

El juego de salón se nos ofrece como: “tengo (convicción) tal enfermedad o alteración, o tengo muchas probabilidades (temor) de contar con ella, luego si capto tal o cual aspecto o disfunción (con atención selectiva) estoy enfermo o alterado según tales patologías”.

- **Dos formas de hipocondría** reflejan otras tantas posiciones con respecto al ser/tener un cuerpo:

- **En la primera el miedo se orienta hacia el ser atacado o dañado por el propio cuerpo enfermo, deteriorado**, feo. Las cosas se suceden como si me dijera: “vivo en un mundo peligroso donde tengo que controlarme para evitar las iras y el castigo del otro”. Se da una búsqueda del pecado, del fallo, de la falta propia no tanto por culpabilidad como por temor al castigo. Hay autoexigencias y autoobservaciones minuciosas.

**Es el dominio del “yo tengo el cuerpo que soy”. El “soy cuerpo” implicado sería un cuerpo con posibles deterioros y fallos: yo soy un peligro para mí mismo (porque despierto la agresividad del otro).**

- **En el miedo a ser atacado por algo externo (a mí)** se dibuja la hipocondría como temor/convicción a la irrupción de la (animista) enfermedad o a las laceraciones del destino, de los dioses, del tiempo. El mensaje sería “vivo en un mundo peligroso donde tengo que defenderme del (de lo) otro, tengo que anticipar y observar los más mínimos detalles”.

**Es el dominio del “yo soy el cuerpo que tengo”. Por el “cuerpo que tengo” entra la enfermedad y se hace del cuerpo algo externo a mí.**

**El cuerpo en el primer camino es un cuerpo con manejos obsesivos, en el segundo caso es más sensitivo y suspicaz.** No parecen apreciarse conversiones obsesivas, pero sí hipocondrías obsesivas, u obsesiones hipocondríacas.

- Aunque la mayoría de las veces las elaboraciones son mixtas, el conflicto hipocondríaco sigue los complicados caminos de la lucha por el mantenimiento de la identidad en las formas propiamente dichas y de los juegos de la agresividad en las formas obsesivas.

La hipocondría (“minor”) nace con frecuencia en el conflicto de querencias contrarias con respecto a la simultaneidad de los anhelos de autonomía (traducida en la tentativa de control de las situaciones) y de los anhelos relacionales (que se asimilan a querencias de ser dominado por el otro y donde la relación es de sumisión).

En las formas hipocondríacas obsesivas la simultaneidad va a darse entre querencias dirigidas a dañar y anhelos con vocación de cuidar. Lo corporal en la hipocondría obsesiva también pesa en otros aspectos, en la mortificación física –por ejemplo- de un cuerpo “malo”, devaluado, con oscilaciones en el sentido de las formaciones reactivas. La mirada del individuo se dirige hacia dentro, hacia el “controlarme”. La relación con los médicos y cuidadores siempre ambivalente puede, al menos inicialmente, estar marcada por el respeto y la consideración.

La hipocondría mira hacia fuera, al “controlarle” y de salida se duda de las capacidades de los cuidadores que pueden incluso ser tachados de figuras perniciosas.

El cuerpo de los hipocondríacos viene marcado desde el pasado. A menudo se da una especial sensibilidad en lo corporal, donde el cortejo somático por períodos resulta franca disfunción neurovegetativa retroalimentada por nuevas afecciones, especialmente miedos ante la escucha corporal de las manifestaciones somáticas concomitantes a las emociones.

### 3.9. EL TRASTORNO PSICOSOMATICO

- **Casi por definición, el interés por lo corporal en psiquiatría cubre el ámbito de los trastornos psicosomáticos; en su propia definición**

**lesional se suman el aceite y el agua del cerebro y de la mente. Según el salto que exige el dualismo, o la dificultad para asentar las posiciones voluntaristas monistas, los modelos se suceden.** No obstante algunos senderos se repiten:

- Los trastornos psicósomáticos resultan bañados por los cortejos somáticos afectivos (en su sentido emocional) de índole nerviosa autonómica, hormonal y psicoendocrina.
  - Como se ha visto, se postula un balanceo entre la capacidad de decir ( a veces de imaginar y “fantasear”) y las puras descargas somáticas, pasando al cuerpo físico lo psíquicamente no elaborado.
  - Sea estructuralmente, sea de manera dimensional se apela a correlaciones –a veces pretendidamente específicas, a veces inespecíficas- entre lo psíquico y lo somático que en cualquiera de los casos caen bajo sospecha de encadenamientos probabilísticos muy variables.
  - La policausalidad o polimotivación termina siendo de rigor, con la consecutiva relativización de orígenes y la aparición de nuevas causas (así sean no suficientes y solo se presenten como necesarias).
  - Sea psicogenéticamente, sea como hecho actual, la noción de traumatismo, ataque o franco estrés, ocupa un lugar central en las aproximaciones al tema desde cualquiera de las dos vertientes, psíquica y somática.
- Alexander (39) es uno de los firmes introductores del cuerpo en los acercamientos psicodinámicos al ofrecer un modelo de la patología psicósomática por el que la relación del síntoma somático y del estilo psicológico tiene como intermediario el estado emocional y las respuestas vegetativas concomitantes. Factores psicológicos influyen factores emocionales que cualitativamente, según esquemas específicos, modificarán la vida vegetativa. Los “desórdenes psíquicos” que se desarrollan en la hiperactividad parasimpática se manifestarían para Alexander (39, p.52) en la huida de los problemas externos (“retiro hacia la dependencia primitiva del organismo materno (...) en lugar de mantenerse presto para la lucha, se prepara para recibir la alimentación”). Cuando la expresión de las tendencias agresivas fuesen bloqueadas (la lucha o la huida) los trastornos serían del tipo migraña, hipertensión arterial, artritis, diabetes (ibid, p.53); cuando las tendencias de dependencia son bloqueadas surgirían trastornos digestivos (úlceras gastroduodenales, constipación, diarrea, asma).
- De una forma más general –según Chemouni (40)- Alexander establece un tipo de dificultades para todos los psicósomáticos: el conflicto con respecto al anhelo de dependencia. Si este anhelo lleva a una protesta narcisista podrán darse “más tarde tentativas de compensación que desarrollan la agresividad y la competitividad, suscitando ansiedad y culpabilidad (p.548)” con posibles regresiones a la dependencia o al bloqueo de la agresividad. La imposibilidad de encontrar una respuesta que satisfaga a la dependencia “conduce la energía a expresarse interiormente, en el nivel del sistema parasimpático”.
  - A pesar de la repercusión de los trabajos de Alexander (39), la ausencia de especificidad en la génesis de los trastornos (pacientes psicósomáticos con características psicológicas y psicopatológicas otras que las referidas por Alexander, y presencia de esas características sin las manifestaciones psicósomáticas previstas)

ha llevado a buscar en el plano psíquico otras alternativas en general más complejas también desde la vertiente somática (psicoinmunológica por ejemplo).

- Desde el punto de vista psicodinámico es el déficit quien toma preeminencia cada vez más en las teorías posteriores.
- La “somatización” psicósomática no es para Marty (41, p.617) “pasaje al acto” en sentido estricto, el paciente no “hace” sino que son las defensas biológicas quienes ceden. El paciente psicósomático no pretende comunicar nada, de hecho las interpretaciones surgirían sólo en tercera persona. Presentado así, el trastorno psicósomático es deficitario, la hipocondría se distancia claramente de él: de la hipocondría no habría paso al trastorno psicósomático sino cuando “el sistema de defensa” cede (p.617). Lo psicósomático es además represivo, “el aparato mental – escribe Marty (41, p.618)- se bloquea y deja de funcionar en el nivel donde recibe las excitaciones insoportables, por ejemplo en el nivel edipiano. Hay depresión y después una desorganización”.

El sujeto psicósomático presentaría según Marty (42) importantes lagunas en la organización preconsciente con “insuficiencias cuantitativas y cualitativas” en las “representaciones psíquicas” y en las “connotaciones afectivas de estas representaciones (p.45)”.

El utilitario, y desconectado de los movimientos representativos fantasmáticos, modo de pensar psicósomático es el “pensamiento operatorio” de la escuela de psicoanálisis parisina. Este pensamiento “dobla e ilustra la acción”, no utiliza “mecanismos mentales neuróticos”, es pobre en “valor libidinal” y –por ejemplo- “no permite apenas la exteriorización de la agresividad... (p.27)”.

- La alexitimia, hogar donde se cocería lo psicósomático, fuertemente emparentada sino idéntica a algunas teorizaciones de la escuela de París, se caracteriza – recordémoslo- por las dificultades para reconocer y describir las emociones, también para diferenciar esos estados emocionales y las percepciones corporales; la pobre fantasmaticización y vida imaginaria se suma también a la pobreza introspectiva con respecto a la consideración de los aspectos externos. “Cuando estos individuos están sometidos a estrés -escribe Taylor (43)- más que desarrollar síntomas neuróticos, son más susceptibles de abusar de alimentos y alcohol, medicamentos (...) o hacen una enfermedad física con alteraciones tisulares (pp. 774-775)”.
- También para Sifneos (44), creador del término de alexitimia, habrá un déficit con dificultades para simbolizar, “los mecanismos de defensa neuróticos tales como la negación, la represión y el aislamiento no la explican de forma satisfactoria (43, p.778)”. Para el último autor las dificultades psicoterapéuticas en los pacientes psicósomáticos tendrían que ver con esos “islotes de perturbación alexitímica en los que el sufrimiento emocional es hecho inoperante por su forclusión fuera del psiquismo (p.781)”.

### 3.10. ALGUNOS COMENTARIOS ANTE LO PSICOSOMATICO

- **Tal vez uno de los aspectos que se echa en falta en las teorías del déficit psicósomático, tanto más en las que se inclinan hacia meras**

**hipersensibilidades o hiperactividades, es el del capítulo de los conflictos.** Sea como origen o sea en la patoplastia, pensamos, que los conflictos y en especial, tras la adquisición del lenguaje, los que tienen que ver con la simultaneidad de contrarios y contradictorios, intervienen también directamente en la definición psicopatológica y en la corporalidad enlazadas.

- Que a diferencia de autores como Valabrega (45) sigamos la orientación general de que conversión y patología psicosomática forman parte de troncos etiopatogénicos diferentes, no quiere significar que el trastorno psicosomático forme un bloque totalmente indiferente a la palabra, a la “simbolización”, al pensamiento.

Por una parte aceptamos las propuestas dimensionales que presentan lo psicosomático coexistiendo y alternando con otro tipo de somatizaciones. Por otra parte hay un acceso al acontecer psicosomático, como a otras disposiciones corporales, de manera indirecta y lateral; su aislamiento de la vertiente psíquica ligada al símbolo y al mismo signo no es total.

**Aún suponiendo que los aconteceres somáticos formen bloques según la específica organización y sistematización física (conexiones neuronales, químicas, “encendidos” simultáneos, etc.) pueden estar abiertos a la nominación.**

Tales bloques o conjuntos de raigambre física en su habitual sentido tienen seguramente que ver, por ejemplo: con el peso de lo cardio-vascular, lo respiratorio y los procesos del equilibrio en la angustia; de la sensibilidad, sensorialidad y motricidad en la conversión; de lo digestivo y urinario en la psicología de la oposición. El cuerpo del ser o del tener, el cuerpo integrado en finalidades que lo orientan, el cuerpo como macrosustrato, son tantas maneras de presentarse una corporalidad cuyas reglas de integración (“somáticas”) deben de ser no solo respetadas, sino asumidas por el lenguaje y el pensamiento.

- Un ejemplo de lo que viene de ser afirmado es representado por el estudio del vértigo expresado corporalmente en Quinodoz (46). Distinguiendo diversas formas de vértigo nos encontramos con el del temor a “ser soltado” por el objeto, vértigo cuyo “opuesto complementario” es el del temor de “aspiración”, relacionado con la claustrofobia (“aspirado por un objeto, cerrado y guardado prisionero en su interior p.64”). El juego de distancias y la definición de la autonomía que se expresan en las tentativas de diferenciación frustradas por el peligro de ser soltado y por el movimiento opuesto señalado (aspiración temida), señalan la crudeza de las relaciones. El primitivismo es aún mayor en el vértigo de “fusión” que sería previo y diferente al temor de caer; en este caso el sentimiento sería el de “desaparecer en el sitio (p.36)”; “yo te absorbo, yo soy tú, no hay espacio entre nosotros (p.38)” parece escucharse (aún en la ausencia de palabras).

Tales vértigos preceden en su origen al lenguaje y a la consciencia plena; a la vez, después no sólo podemos hablar de ellos sino que podemos dejarlos atrás narrándolos y narrándonos. Tampoco el vértigo por “atracción del vacío (p.80)”, cuya forma activa sería un “tengo un irresistible deseo de echarme al vacío” y su forma pasiva un “estoy irresistiblemente atraído por el vacío”, escapan de una corporalidad inicial solo secundariamente “pensada”.

Si el modo como se encadenan los procesos somáticos no tuviese –así sea a posteriori- un sentido (con presencia del sistema de la lengua), ¿qué o quién podría tenerlo?.

- La fuerza en el impacto corporal del trastorno psicosomático, su carácter lesional, su objetividad hacen que sus orígenes, al menos en tanto predisposición, se sitúen en los primeros tiempos de la vida. Por razones de parecida índole, esta vez relativa a la gravedad de alcance identitario, las psicosis son también dibujadas con previos en esas zonas temporales tempranas.  
La inmadurez del niño lo coloca, tanto por su incipiente definición como por la necesidad vital de la relación (física) con quien le atiende, en situaciones de importante peligro vital.
- Las marcas del pasaje ontogenético por las dificultades primitivas se orientarían, en los trastornos psicosomáticos, hacia formas de angustia primitivas paralizantes, no elaborables psíquicamente. La particularidad de lo que bien pudiera considerarse en parte consecuencia de un déficit y distorsión (con la falta de instrumentos de elaboración), o relativa a una sobrecarga cuantitativa y cualitativamente no soportable, es que las relaciones posteriores reproducirían las viejas situaciones traumáticas:
  - **Relación con un Alter que se presenta como un objeto interno fascinante en tanto que se confunde en su magnificencia con el “sujeto interno”** (Zuazo, 47); es fascinante, por que dota al sujeto de capacidad también fascinante (megalomanía).
  - **Tal relación es en sí misma peligrosa por el peligro de fusión en la que se asienta y que prefigura.** Manejar tales avatares con respecto a ese Alter exigiría la posibilidad (¿paraexcitación?) de otro objeto que lo permitiese.
  - **En el futuro, situaciones en las que predomine el exceso de unión con Alteres desempeñando funciones de objetos fascinantes,** o en las que predomine la separación de Alteres de tinte protector, desencadenarían las dificultades de aires psicosomáticos.
  - **En esas pseudo-relaciones narcisistas, sujeto y objeto tienden a confundirse esbozando la distancia en un juego calificado a veces de pavoroso.** Tales conflictos –oposiciones-, todo parece indicarlo, no pueden ser elaboradas por el signo, pero tampoco por el símbolo en ninguno de sus caminos (Sb1, Sb2 –Zuazo, 36). No se puede “pensar” en ello, y solo cabe “hacerlo”.

### 3.11. EL CUERPO DEPRESIVO. FORMAS

- Mencionaremos también el cuerpo depresivo. Es clásico en la depresión, especialmente melancólica, insistir en la frecuencia de síntomas somáticos, o de expresión corporal. A las manifestaciones ligadas al enlentecimiento y la falta de vigor se añaden los trastornos del sueño y del apetito, el cansancio y muchos síntomas concernientes al dolor.  
Más allá de esta clínica general, Roca y Giner (47, pp. 48-49) nos recuerdan los criterios de lo que el grupo de Golberg ha denominado “depresión somatizada”: paciente con síntomas somáticos por los que busca ayuda, síntomas que –por otra

parte- atribuye a una enfermedad física; la clínica cursa con un trastorno depresivo diagnosticable; a criterio del médico mejorarían con el tratamiento antidepressivo también los síntomas somáticos.

Diferente sería el caso de ciertas depresiones con síntomas somáticos otros que los clásicamente asociados a la melancolía y en las que el paciente los atribuye a razones de índole psíquica.

El pesimismo o las reivindicaciones distímicas pueden ciertamente también tomar como objeto de aplicación la corporalidad “cum” o “sine materia”.

#### **4. RESUMEN Y NOTAS FINALES**

- En la clínica psiquiátrica, como en la vida en general, el cuerpo siempre se asoma tarde o temprano, sin embargo en ciertas alteraciones psicopatológicas lo hace en primer lugar: porque se siente ese cuerpo penosamente, porque no parece poderse usar adecuadamente, porque desdoblándose persigue, porque se habla constantemente de él, porque es incontrolable, porque se deteriora, porque se vive como una inadecuada carta de presentación, porque traiciona sentires pretendidamente ocultos. Sobre algunas de todas esas formas hemos reflexionado. Ese cuerpo que viene y va, que se desdobra del psiquismo, que le precede y con el que a veces se confunde ha sido también el objeto de nuestras consideraciones.

#### **5. A MODO DE GLOSARIO**

##### **CUERPO PSIQUICO O FENOMENAL Y CUERPO SUSTRATO**

- Hemos afirmado que no existe un cuerpo-sujeto, al menos con el carácter de cuerpo-sustrato (o físico-químico). Hemos optado en este trabajo por algunas opciones:
  - El cuerpo-sustrato puede ser considerado desde dos perspectivas, como micro-sustrato corporal cuando –desde nuestro acercamiento materialista- afirmamos que cuerpo y psiquismo son, del modo que sea, resultado o emergencia de ese micro-sustrato corporal. El macro-sustrato corporal sería el basamento somático de las funciones y de las actividades psíquicas de rango complejo y específico.

- El cuerpo como experiencia es el cuerpo psíquico fenomenal, lo cual es otro modo de decir que el cuerpo fenomenal es psíquico. Cuerpo fenomenal y cuerpo sustrato forman el cuerpo total.

La mente (o psiquismo) conlleva una parte fundamental, seguramente mucho más de lo que nuestros anhelos quisieran, que se encuentra –por una u otra razón- fuera de la consciencia: es la mente-sustrato. Esta última con el cuerpo fenomenal y el psiquismo fenomenal forman la mente total.

## **YO TENGO (SOY) EL CUERPO QUE SOY (TENGO)**

- La suma del tener y del ser en las oraciones compuestas “yo tengo (soy) el cuerpo que soy (tengo)” pretenden reflejar sincrónicamente lo simultáneo de la separación en el “tener” y de la unión implicada por el “ser”. El ser (como verbo) de la existencia se hace más bien gerundio, un “siendo” que nos lanza en el tiempo y que unifica cuerpo y psiquismo. Pero también está el “tener cuerpo” que nos distancia de ese algo que hacemos posesión, vehículo o cualquier otra cosa, siempre – supuestamente- diferente a “mi”, a quien piensa.

Si lo funcional del humano sigue los meandros del ser/tener cuerpo, lo disfuncional también. Siempre habremos de recordar que todo accidente psico-soma-patológico corresponde a una forma de ser humano; lo funcional solo será suficiente si permite en su lógica explicar lo disfuncional.

## **DOLOR, MAL Y ENFERMEDAD**

- El dolor, decíamos en otra parte (Zuazo, 48), da poco juego. Sufriente pero reducido; muy pronto la pura captación, por el mismo movimiento de nominación, va a integrarse en las redes del lenguaje, en especial de las asociaciones de la lengua encarnada en un determinado individuo. Por ese transcurrir el dolor se hace mal (un poco en el sentido de Sartre, 8) sumando los instantes dolorosos y dándoles un primer esbozo de identidad propia, precisamente como mal.

Los dolores, engarzados según los supuestos de base y las asociaciones, son el mal. Un paso más allá está la enfermedad por la que el mal que todavía se encuentra a medio camino se hace plenamente objeto del saber de los otros, de un saber que me vuelve como algo que no es mío, y que sin embargo va a ser teñido por las características del sistema psíquico relacional. Por la enfermedad se nos ofrece el cuerpo desdoblado en la plenitud del “yo tengo cuerpo”.

“Yo tengo el dolor que soy” y “yo soy la enfermedad que tengo”, entre ambos media el mal.

## **MACROSUSTRATO CORPORAL Y MICROSUSTRATO CORPORAL**

- Desde una orientación materialista hemos aceptado que toda manifestación o disposición psíquica tiene que ver, del modo que sea, con hechos en o del sustrato corporal. A esta generalidad hemos denominado microsustrato corporal.

La pareja de posibilidades se completa con el macrosustrato corporal quien correlaciona con el psiquismo en conjuntos o “grandes operaciones”, especialmente en las sensaciones/ percepciones, en el ejercicio de la sensorio-motricidad, en los apetitos y querencias, en las afecciones (emociones y sentimientos).

Una comparación posible para el primer caso (microsustrato corporal) es la de la mano anatómica y sus funciones potenciales. La función es el despliegue temporo-espacial de esa mano, y nada más. Con la salvedad de las particularidades que para la actualización va a marcar el medio de desenvolvimiento.

En el segundo caso ( macrosustrato corporal) la comparación tomaría como modelo a la mano y el útil. Aquí el psiquismo/útil se corresponde (correlaciona) con la mano/ macrosustrato, pero ambos son diferentes. La función, aunque sea de tinte especial no deja de comportarse como una propiedad. Correlación y zona de enlace parecen sugerir dos entidades diferentes, con posible vida distinta, que en un momento determinado se entrecruzan. Aunque no creemos que sea así, mantenemos en libertad provisional tal interacción que no deja de ser una forma de dualismo (mientras los avances científicos no nos muestren propuestas más pertinentes).

## **ZONAS DE ENLACE Y CUERPO SUSTRATO**

- Aunque hemos distinguido tres zonas de enlace (entre el plano de la expresión y el del contenido en las unidades lingüísticas, entre la unidad lingüística emitida y la captada, y entre el Fondo y el cuerpo sustrato) recordaremos en estas notas finales únicamente la última de ellas. Aún extrayendo de las experiencias de Libet (49) la conclusión más extrema (consciencia de voluntariedad en la acción como epifenómeno desplazado en el tiempo), una propuesta como la de zona de enlace mantiene su valor: ilusión o realidad, fantasía o eficacia causal, el brazo se mueve o palpa, y yo lo siento. Aún más si como el propio Libet o Dennett (50) sugieren la voluntaria consciencia tendría, al menos, derecho a veto.
- La zona de enlace Fondo/cuerpo sustrato es una correlación, no puede decirse mucho más. Sin embargo es una correlación entre estímulos (psíquicos) e instrucciones (cuerpo sustrato) muy particular y, con seguridad, epistemológicamente insatisfactoria. Pero, diríamos, es lo que hay. La dificultad mayor estriba en el espinoso tema de la eficacia causal. En la zona de enlace correlacionan Fondo y sustrato y sin embargo, desde nuestro punto de vista, los correlatos son asimétricos: 1) por un lado captación psíquica en la sensibilidad, la sensorialidad, en el estado de ánimo y humor, y en la afección, también captación psíquica en el ejercicio de la motricidad voluntaria; 2) en la otra dirección, funcionamiento, en su sentido más físico-químico, del macrosustrato corporal.

## **TRASTORNOS PSICOPATOLOGICOS Y TRASTORNOS NEUROLOGICOS**

- Se ha pretendido distinguir los trastornos neurológicos y los trastornos psicopatológicos. Evidentemente ello no es óbice para que una gran neuropsicología ideal (que comprendiese tanto el macrosustrato como el microsustrato corporal) asumiese, en un futurible, tanto lo neurológico como lo psíquico alterado.

Hemos seguido la metáfora de un particular pianista que tocando el instrumento (piano) se diferencia de él y a la vez se define (se construye) como intérprete en tanto se confunde formando una unidad superior.

Los trastornos psicológicos serían los que acontecen al pianista volcado en un piano sin taras (en cuando macrosustrato corporal). Aunque las dificultades se expresan en el uso adecuado bien pudiera ser que el problema macroestructural estuviese en alguna parte del pianista.

- Se han mencionado para la neurología los síndromes afásicos y agnósicos (recordando el solapamiento apráxico). Las dificultades en el tema son intimidantes, más si añadimos algunas manifestaciones híbridas como por ejemplo el síndrome de Capgras.

Siguiendo a Ellis y Young (51) podemos situar la última patología muy próxima de algunos síndromes prosopagnósicos; en el primer caso se darían interferencias en las vías occipito-parietales que empujarían al Capgras hacia los trastornos en el reconocimiento afectivo y la familiaridad con las personas cercanas que se hacen dobles (manteniéndose un reconocimiento que falta en la prosopagnosia por lesiones temporo-occipitales).

Esta simpleza explicativa pronto resultó insatisfactoria y algo más tarde Stone y Young (52) han insistido en el peso del estilo atributivo en tanto manera como los pacientes interpretan lo que les acontece. Lo que iría todavía más claramente en la orientación propuesta. Los trastornos psicopatológicos nos llevan por unos y otros caminos al “quién” de la identidad (cualquiera sean sus características) inmersa en las dotaciones de sentido (y por tanto nos dirigen hacia el lenguaje verbal cargado de significados relacionales).

## **ESTIMULO PSIQUICO E INSTRUCCIÓN EN EL CUERPO SUSTRATO**

- Desde el punto de vista clínico, cuando un estímulo psíquico no justifica una desafortunada reacción del cuerpo sustrato, pueden presentarse dos posibilidades:
  - Que el estímulo sea reconocido subjetivamente como altamente nocivo por el sujeto, sin que objetivamente lo sea (dándose además la reacción corporal consecuente).
  - Que el estímulo sea reconocido como conscientemente anodino a pesar de la reacción corporal.

Si tomamos el espectro del miedo como referencia, veremos que los temores exagerados pueden estar en ocasiones claramente en la primera alternativa, en una especie de actitud fóbica egosintónica (o “fobia a la inversa”). También pertenecen a esa alternativa las malas informaciones y conocimientos errados.

Las fobias propiamente dichas corresponden en general a la segunda posibilidad. También lo son los temores excesivos cuando el sujeto oscila entre las reflexiones tranquilizantes y el peso de supuestos de base pesimistas.

Parece claro entonces que si algunos malestares requieren educación o reeducación (cuando predomina la información errada y disfuncional), una buena parte de ellos necesita una aproximación psicoterapéutica dado el conflicto y la distorsión que el padecimiento refleja. Bien es cierta la dificultad práctica de distinguir ambas aproximaciones (por razones, entre otras, de situación y contexto); sin embargo, en

el plano teórico parece necesario diferenciarlas. Tal vez sorpresivamente haya educación cuando se cree hacer psicoterapia y psicoterapia cuando se piensa en educar.

## **ENTRADAS LATERALES AL CUERPO SUSTRATO. FONDO Y CONTENIDO**

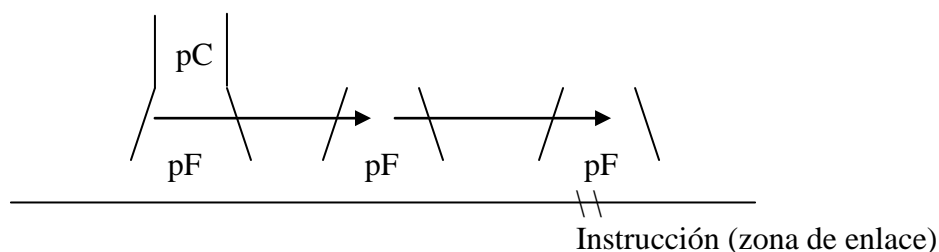
- A riesgo de ser repetitivos, recordemos que no hay modo de “entrar” psíquicamente en el cuerpo sustrato sino de manera indirecta, así pues desde lo psicológico ¿cuáles serían las posibilidades de cambio cuando la reacción del cuerpo sustrato es excesiva o inadecuada?.

Comencemos recordando que la relación estímulo (psíquico)/instrucción (cuerpo-sustrato) concierne al sustrato corporal en la zona de enlace donde correlaciona la instrucción con, un acontecimiento mental (estímulo) que concierne al Fondo.

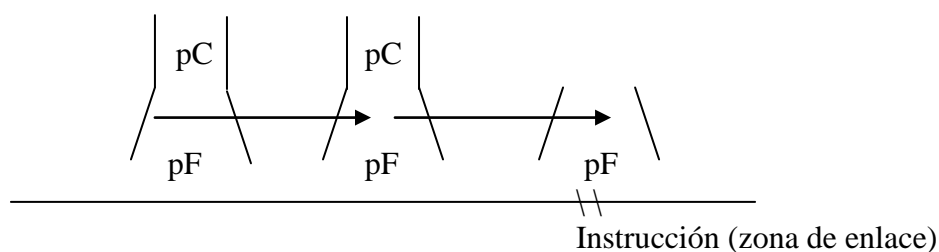
Las asociaciones en el Fondo (que es psíquico, o mental), entre los cuales se presenta la vertiente psíquica de los reflejos condicionados, serán según los diversos individuos variables, y representarán posibles focos de intervención psicoterapéutica.

Las asociaciones siempre conciernen al Fondo, sean asociaciones única y directamente de ese Fondo, sean del Contenido y tan solo indirectamente del Fondo (en tanto que cada parcela del Contenido es Fondo in-formado).

- Asociaciones que al menos en algunos pasos únicamente corresponden a parcelas del Fondo (pF)



- Asociaciones según parcelas del Contenido (pC) y parcelas del Fondo (pF)



Ante situaciones de conflicto, las intervenciones psíquicas somáticamente eficaces pretenden modificar el camino asociativo que lleva de la unidad lingüística a la parcela del Fondo correlacionada, en la zona de enlace correspondiente, con la instrucción. Mediante esa unidad lingüística se ha nominado el estímulo inicial de la cadena. Las intervenciones tendrán pues que tomar en consideración aquellos pasos

que por oclusión u otra razón no sean nominados. Las intervenciones son estímulos que únicamente por asociación (en sentido general) pueden hacerse instrucciones.

## **AFECCION, CONCIENCIA E IDENTIDAD**

- Haciendo de la afección (emoción y sentimiento) el grado más bajo de (auto) conciencia, manifestamos que la noción de encuentro es clave para el traumatismo y el estrés pero también para el funcionar psíquico (y “somático”). El encuentro exige íntimas modificaciones (así sean “acoplamientos”), cambios “internos” al sistema. Precisamente porque hay alguna forma de identidad se da la posibilidad de variación. Añadamos que esa identidad en el humano, cualquiera que sea, es autorreferente; es (auto) conciencia, o no es nada.  
Una vez más se unen identidad, consciencia y lenguaje. Lo propio de esa identidad es, además, que la relación con los otros contribuye a constituirla.

## **SUPUESTO DE BASE Y CUERPO**

- Si seguimos a Cottraux (53, pp.154-157), el supuesto de base se acercaría al esquema central incondicional de Beck en tanto juicio preciso que toma un carácter absoluto (“no valgo nada”). El esquema/creencia condicional se presentaría como una argumentación condicional del género “si, entonces” en la que el supuesto de base puede ser el punto de partida o de llegada (“si no valgo nada, es la culpa de los demás”, “si no paso por alguien excepcional, no valgo nada”). Los esquemas (cognitivos) podrían ser agentes de errores lógicos en una atención selectiva generosa en pensamientos automáticos traducidos en comportamientos.
- Nadie duda de que en el delirio pesa, más que la eventual extrañeza de contenidos, el carácter de su adquisición y, especialmente, su incorregibilidad. Además tal parece ser una importante característica de buen número de manifestaciones psicopatológicas: egosintónicas o no, permanecen contra el viento y marea de razonamientos e inferencias. En resumen: no hay argumentos ante el “me aparece”, y las creencias psicopatológicas son también disposiciones. La psicopatología no es, sobre todo, el dominio de la falta de información, sino el del conflicto y la distorsión.  
Ese conflicto surge en el encuentro de un individuo que ofrece al medio sus supuestos de base como axiomas. Supuestos que nos permiten atribuir los acontecimientos a un conglomerado, es decir: introducirlos, co-construyéndolos, en un mundo resumido por esos supuestos  
Quizás hay un cuerpo esquizofrénico como sin duda se nos presenta un cuerpo depresivo, en cualquier caso nos hemos centrado en los supuestos de base con fuertes repercusiones corporales o que –casi- directamente tocan el cuerpo, en todas sus variedades y acepciones.

## **SUPUESTO DE BASE, TOTALIDADES Y PSICOPATOLOGIA**

- Hemos distinguido los presupuestos de base (preonímicos) de los supuestos de base nominados. Estos últimos se nos ofrecen como axiomas a partir de donde se tejen las anticipaciones y las explicaciones del mundo y de nosotros mismos. Funcionan pues como reglas o condiciones de base que podemos enunciar como: “tal o cual aspecto fundamental (A) es de tal forma, luego (por lo tanto) los aspectos de menor rango ( $a_1, a_2 \dots a^n$ ) que forman parte del primero, son así”. Desde esos parámetros, “ $a_1 \dots a^n$ ” no son síntomas de “A” sino que forman parte de “A”: la sonrisa no es síntoma de la alegría sino que forma parte ese conglomerado.
- Si tal es el caso no puede resultarnos extraña la idea de que el delirio no se critique y solo se olvide. Pero también es así para la hipocondría o lo conversivo, y en general, para lo somatomorfo.  
Reinterpretar algo no es a menudo simplemente cambiar el sentido de lo interpretado sino lograr el cambio de la totalidad donde ese algo se encuentra incluido:
  - El paranoico o sensitivo no viven en un mundo donde hay, siempre, un perseguidor, viven en un mundo peligroso donde tiene que surgir un perseguidor; sino está definido, hay que buscarlo.
  - Si la hoja de salud del hipocondríaco narcisista tiene que ser blanca y perfecta, cualquier mancha mínima le empuja al otro polo (negro) de la dimensión semántica hiperpolarizada (Zuazo, 36).
  - Si resulta cierto que los manejos inadecuados de la hostilidad resultan perniciosos para el sistema cardiovascular, mientras que expresarla representa un peligro psíquico más global, íntimo e inmediato, persistirán las actitudes.
- Tampoco es muy diferente, por ejemplo, a lo que acontece en el duelo donde pareciera que su resolución, si “trabajo” hay, sería olvidar, a veces a través de la creación de un texto/contexto nuevo. Visto así, tampoco puede sorprendernos que se den movimientos de inducción por el texto: si “X” forma parte de la situación “A”, y vuelvo a pensar, a hacer, a valorar “X”, de nuevo estoy siendo en “A”. También podrían dibujarse figuras de inducción por el contexto: si estoy siendo en “A”, se dará “X”.  
Es la superficialidad y a la vez la profundidad de las propuestas psicoterapéuticas del género: “distráete”, “no pienses en ello”. ¿Hay olvidos activos?, en cualquier caso lo que si se dan son maniobras de distracción que buscan cambios de mundos, de totalidades.

## **SINDROMES Y TRASTORNOS CON FUERTE PRESENCIA CORPORAL**

- Represores y alexitímicos (psicosomáticos) se presentan como si en ellos callase el psiquismo y hablase el cuerpo. En ambos se da cierto silencio en lo que debiera ser el murmullo de las afecciones, especialmente negativas (ansiedad, miedo, ira y en algún grado tristeza). Emociones y sentimientos no se captan, incluso se niegan, y sin embargo están ahí (sobre todo en la vertiente de las descargas neurofisiológicas).

Ahora bien, mientras que en el represor pareciera darse un “no quiero escuchar”, una desatención de esas afecciones negativas y, en general, de las sobreactivaciones que traducen la debilidad o dependencia, el psicósomático da la impresión de ir más allá según lo que luce como una cierta incapacidad para la elaboración cognitiva de las afecciones. El mensaje a leer sería: “no puedo escuchar”.

- Las manifestaciones clínicas nos muestran no tanto francas formas híbridas como momentos evolutivos en los que los trastornos psicósomáticos y los de tipo represor se suceden en un mismo individuo. Desde un punto de vista experimental los problemas de definición en este tipo de trastornos son muchos; las propuestas de relaciones entre ellos no puede sino reflejar esas dificultades. Weinberger y Schawatz (54), por ejemplo, piensan en que son muy similares. Páez y Velasco (55) en una revisión sobre el tema cuestionan el que tengan relación.
- Desde un punto de vista descriptivo el represor no percibe sus afecciones, el conversivo no percibe el mundo (o partes de su propio cuerpo). El represor capta el mundo pero no siente que le afecte, el conversivo no capta una parcela de ese mundo. Pero la captación va mucho más allá de lo que creemos: las reacciones neurofisiológicas alteradas señalan que ambos, represor y conversivo, no “saben” todo lo que (su) cuerpo y (su) Fondo “saben”.
- Hemos descrito según los ejes de la consciencia/no consciencia y de la captación del mundo/captación de uno mismo (como captando el mundo), cuatro posibilidades de trastornos en los que el cuerpo se ofrece como inicial presentación: la conversión no consciente forma pareja con su versión consciente, el estilo conversivo; el estilo represor, consciente, lo hace con la “represión” en tanto funcionamiento no consciente generado por la elaboración mental que hace nacer la oclusión.
- Gran número de trastornos psíquicos que se expresan a través del cuerpo, sea en forma de disfunción y de carencia (conversión), sea en la de no captación (o distorsión) de las afecciones (emociones y sentimientos en su triple vertiente) se asientan en procedimientos –o fracasos- elaborativos psíquicos que merman una actividad.
- Percibir, en cualquiera de sus formas (sensoriales y sensitivas) no se limita a la pasividad de la impregnación, sino que exige un hacer por parte de quien percibe. Es ese hacer el que se ve mermado y concomitantemente, también, la percepción en cuestión.  
El aspecto activo puede verse limitado, de manera hegemónicamente consciente (como parece suceder en muchas presentaciones del trastorno por represión, en el sentido presentado más arriba), y hegemónicamente no consciente (conversión). En el primer caso estaremos ante procedimientos cognitivos de borramiento y distorsión, en el segundo ante la oclusión (es decir: no presencia de oferta de Contenido capaz de in-formar al Fondo).
- El cuerpo que no puede hacer es el cuerpo de la conversión somática, un no poder hacer o captar que, aunque no llegue a la bella indiferencia, no molesta lo que debiera. La queja, en esas formas, se encuentra a veces ausente y en general sin demasiada relevancia, aunque exista. Si se dan solicitudes diagnósticas tienen éstas

más que ver con la variabilidad evolutiva y los mano a mano relacionales con los interlocutores (en este caso sanitarios).

No es pues sorprendente que en algunas de sus vertientes ciertos trastornos somatomorfos se emparenten o –claramente- se asimilen a los trastornos conversivos somáticos.

- Al hipocondríaco le interesa el cuerpo como desencadenante de reflexiones, inferencias, intuiciones. De ahí la plaza original de la hipocondría en los temas que tratamos. Del cuerpo se habla, sobre el cuerpo se piensa, también se siente, pero en este caso para confirmar los supuestos de base, es decir: lo que sucede en “otra parte”. El cuerpo quejoso del trastorno por somatización pide, exclama, reivindica unos síntomas físicos “reales” de los que tiene que hablar. Cuando la queja y la previa frustración dominan de manera abrumadora, esa queja se hace reto al interlocutor que si muestra alguna oposición es tachado de frío, inhumano o ignorante. Estas vertientes extremas del trastorno por somatización son difíciles de diferenciar de los trastornos hipocondríacos.

## 6. BIBLIOGRAFIA

1. Eysenck H, Eysenck M. Personalidad y diferencias individuales. Madrid: Pirámide, 1987.
2. Barsky A J. Amplification, somatization and the somatoform disorders. *Psychosomatics* 1992; 33: 28-34.
3. Cosmier J. La psychologie del emotions et des sentiments. París: Retz, 1994.
4. Mc Dougall J. Alexithymia: a psychoanalytic view point. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1982; 38: 81-90.
5. Taylor G J, Bagby R M, Parker R M. Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
6. Bateson G. La Cérémonie du Naven. París: Minuit, 1971.
7. Hochschild A R. Emotion, work, feeling rules and social structures. *Amer. Journ. Sociol.* 1979; 85, 3: 551-575.
8. Sartre J P. L'êtr e et le néant". París: Gallimard, 1976.
9. Freud S. Lecciones introductorias al psicoanálisis. Obras Completas. Tomo VI. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
10. Freud S. La neurastenia y la neurosis de angustia. Obras Completas. Tomo I. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
11. Marty P. Les mouvements individuels de vie et de mort. París: Payot, 1976.
12. Bergeret J. La dépression et les états-limites. París: Payot, 1974.
13. Devereux G. Essais d'ethnopsychiatrie générale. París: Gallimard, 1977.
14. Kojève A. Introduction à la lecture de Hegel. París: Gallimard, 1979.
15. Selye K. Patopsicología clínica. Madrid: Paz Montalvo, 1975.
16. Zuazo JI. Distancia oportuna y dependencia madura. *Psiquis* 2000; 21, 1: 55-63.

17. Kohut H. La restauración del sí-mismo. Buenos Aires: Paidós, 1980.
18. Valdés M, Flores T. Psicobiología del estrés. Barcelona: Martinez Roca, 1990.
19. Lazarus R S, Forman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martinez Roca, 1986.
20. Fernández Abascal E G. Estilos y estrategias de afrontamiento. En: Fernández Abascal (ed). Cuaderno de prácticas de motivación y emoción. Madrid: Pirámide 1997.
21. Gray J A. La psicología del miedo y del estrés. Barcelona: Editorial Labor, 1993.
22. De Juan Espinosa M, García Rodríguez L F. Nuestra personalidad. Madrid: Biblioteca Nueva, 2004.
23. Canthébras P. Symptômes médicalement inexplicables et somatisations. Rev. Med. Int. 1998; 19, 53: 335-338.
24. CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor, 1994.
25. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
26. Zuazo J I. Sobre la afectación (III): Identidad, duración y afectación. Anales de Psiquiatría 2003; 19,7: 279-290.
27. Pennebaker J W. Psicósomática, inhibición y auto-revelación de las experiencias emocionales. En: D. Páez (comp). Salud, expresión y represión social de las emociones. Valencia: Promolibro, 1993.
28. Fernández I, Zubieta E, Páez D. Expresión e inhibición emocional en diferentes culturas. En: D. Páez, M M Casullo. Cultura y alexitimia. Buenos Aires: Paidós, 2000.
29. Martínez Sánchez F. Alexitimia y estilo represivo de afrontamiento: ¿dos constructos emocionales diferentes o similares?. Psicología.com [Online], 2, 1, 23 párrafos. Disponible en: [http://www.psiquiatría.com/psicología/vol\\_2\\_num\\_1/art\\_7htm](http://www.psiquiatría.com/psicología/vol_2_num_1/art_7htm) [10 marzo 2007].
30. Zuazo J.I. Sistema de relaciones objetales, conjunto clínico elemental y estilo de personalidad (I): estilos obsesivo, histérico, temeroso evitador, temeroso dependiente. Anales Psiquiatría, 16, 7, 2000: 268-279.
31. Zuazo J I. Aspectos de la elaboración psicológica y organización del símbolo. Rev. de la Asoc. Esp. de Neurops 1995; XV, 55: 627-647.
32. Zuazo J I. Psicosis delirantes y sistema de relaciones objetales (II): La contradicción psicótica, el ego y el alter, formas clínicas. Anales de Psiquiatría 2001; 17, 3: 109-118.
33. Zuazo J I. Sobre la afectación (I): Afectación y sentires. Anales de Psiquiatría 2003;19,6:217-234.
34. Zuazo J I. Sobre experiencia y psicoterapia: (II) Consciencia, símbolo y sistema psíquico relacional. Anales de Psiquiatría 2006, 22: 35-51.
35. Vuilleumier P, Chicherio C, Assal F, Schwartz S, Slosman D, Landis T. Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss. Brain 2001; 174: 1077-1090.
36. Zuazo J I. Psicología y psicopatología de los conflictos. Las oposiciones lógicas (I): dimensiones semánticas, metáforas, elaboraciones mediante el símbolo. Anales de Psiquiatría 2004, 20,7: 299-322.
37. Georgieff N. Affectivité et cognition en psychopathologie. Psychiatrie de l'enfant 1996; 39, 2: 365-410.
38. Freud S. Inhibición, síntoma y angustia. Obras Completas. Tomo VIII. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.

39. Alexander F, French T M. *Terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 1956.
40. Chemouni J. Personalité, spécificité et structure en psychosomatique. *Evol. Psychiatr.* 2000; 65: 539-557.
41. Marty P. Psychosomatique et Psychanalyse. *Rev. Franç. Psychana.* 1990; 3: 615-623.
42. Marty P. *La psychosomatique de l'adulte*. París: PUF, 1992.
43. Taylor G J. La pensée opératoire et le concept d'alexithymie. *Rev. Franç. Psychanal.* 1990; 3: 769-783.
44. Sifneos P E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychoter. Psychosom.* 1973, 22: 255-262.
45. Valabrega J P. *Les theories psychosomatiques*. París: PUF, 1954.
46. Quinodoz D. *Le vertige entre angoisse et plaisir*. París: PUF, 1994.
47. Roca M, Giner D. Depresión, síntomas físicos y somatización. *Actas Esp. Psiquiatr. Monograf.* 2006; 3: 43-56.
48. Zuazo J.I. Sistema de relaciones objetales, conjunto clínico elemental y estilo de personalidad (II): estilos narcisista, sensitivo, impulsivo, formas híbridas. *Anales Psiquiatría*, 16, 7, 2000: 280-290.
49. Libet B. Unconscious cerebral imitative and the role of conscious will in voluntary action. *The Behavioral and Brain Sciences* 1985: 529-566.
50. Dennet D C. *Tipos de mentes*. Barcelona: Debate, 2000.
51. Ellis H D, Young A W. Accounting For delusional misidentifications. *British Journal of Psychiatry* 1990; 157: 239-248.
52. Stone T, Young A W. Delusions and brain injury: the philosophy and psychology of belief. *Mind and language* 1997; 12: 327-364.
53. Cottraux J. *La repetition des escenarios de vie*. París: Odile Jacob, 2003.
54. Weinberger D A, Schwartz G E. Distress and restraint as superordinate dimensions of self-reported adjustment: a typological perspective. *Journal of Personality* 1990; 58: 381-417.
55. Páez D, Velasco C. Alexitimia: una revisión de los conceptos de los instrumentos y una comparación con la represión. En: D. Páez (ed). *Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia: Promolibro, 1993.