

El síntoma psicossomático en la infancia: Valoración psicodinámica

por J. L. PEDREIRA MASSA y F. MENENDEZ OSORIO

INTRODUCCION

La importancia del síntoma psicossomático va de la mano de su significación, es decir, de la estructura significativa que se encierra en dicho síntoma. Hay una tendencia muy extendida en la práctica clínica que tiende a considerar el síntoma psicossomático como «funcional», «nervios», «simulación», etc., de forma tal que se rebaja a la categoría de lo «secundario», «desdeñoso» o «no científico» y llevados de un falso mimetismo médico, únicamente se ve en tales síntomas algo a «eliminar» sin interesar para nada lo que significa o a lo que remite dentro de un síndrome o enfermedad.

Decíamos que, llevados de un falso mimetismo médico, el síntoma psicossomático era condenado a ser eliminado «sintomáticamente» sin ver más allá de lo que dicho síntoma encierra. Y decíamos falso mimetismo, porque a nadie se le ocurre, ante síntomas tales como tos, fiebre, dolor abdominal, etcétera, dar antitusígenos, antitérmicos o espasmolíticos, sin estudiar lo que tales síntomas significan y lo que encubren o acompañan, para tratarlos y definirlos como tal síndrome o enfermedad. En nuestra práctica clínica vemos todo lo dicho en niños

anoréxicos, enuréticos, cólicos del tercer mes, etc., «curados» sintomáticamente sin un abordaje más global, como vienen posteriormente con un cuadro de neurosis de ansiedad, fobias escolares, etc., resultado todo ello, de la mutabilidad y desplazamiento del síntoma que en su etiopatogenia quedó sin abordarse (véase caso clínico número 2).

¿Por qué el síntoma psicossomático en la práctica médica tendrá ese «status» diferente? ¿Por qué el mal llamado síntoma «funcional», «nervioso», etcétera, no tiene el mismo grado de científicidad del síntoma orgánico, si forma parte de la conjunción psicossoma que estructura a todo sujeto humano?

Uno de los puntos de mira del discurso médico ha sido el hecho de constatar el paso del síntoma (representante de lo subjetivo) al signo (objetivación del síntoma). Pero dicho en términos de FOUCAULT (6), el síndrome sería la forma de cómo se presenta la enfermedad, por ello es lo más cercano a la realidad, a la esencia; mientras el signo anuncia, pronostica, anamnesia lo ocurrido, por ello el signo representaría lo más lejano.

Pero este significativo (signo y síntoma) será totalmente transparente para

el significado, que aparece sin ocultarse (la razón de la enfermedad) y este significado no le quedará más remedio que agotarse por completo en la sintaxis inteligible del significante.

Esto es lo que, en términos generales, ha obrado en la mente médica en lo que pudiéramos denominar «enfermedad orgánica». A nuestro entender, este definitivo paso todavía no se ha dado en la denominada «enfermedad mental», pues, al fin y la postre, no nos damos cuenta que lo que se detecta en psiquiatría clínica son síntomas corporales (4). Pero, además, debemos tener siempre presente que es la soberanía de la conciencia la que transforma el síntoma en signo, pues, en su propia realidad, el signo se identifica con el verdadero síntoma, ya que éste es el soporte morfológico del mismo signo.

Ante este aparente dualismo que ha persistido durante tiempo se han levantado los conceptos de la unidad de la persona humana; es más, de las relaciones e interrelaciones entre los dos «sistemas rectores»: el cuerpo y la mente. Pero tampoco los dogmatismos a ultranza nos llevarían a una realidad de comprensión de la totalidad, aunque esta realidad puede diferenciarse o no coincidir con el sentido de la realidad (3) que se nos impone de una u otra manera.

APROXIMACION CONCEPTUAL A LA PSICOSOMATICA INFANTIL

Precisamente por lo expuesto con anterioridad, ha existido un gran confusiónismo a la hora de establecer las delimitaciones de la psicopatología. En palabras de SCHNEIDER (20), el

drama de la psicopatología es el de situarse en el nivel en que no se puede separar lo biológico de lo psicológico.

En este sentido, WITTKOWER (27), pone de manifiesto que para comprender a la psicopatología se precisa que confluyan los distintos terrenos de investigación (psicoanálisis, psicofisiología y concepción médica) para que nos permita comprender cómo los procesos simbólicos producen cambios somáticos y cómo los procesos somáticos dan lugar a consecuencias simbólicas.

Hay autores como KREISLER (12) y SPERLING (22), que definen el campo de la psicopatología infantil, delimitando previamente aquello que *no debe* considerarse como alteraciones psicopatológicas y que, por ello, deben eliminarse de este campo conceptual, como serían: las consecuencias psíquicas de las enfermedades orgánicas; tampoco serán la totalidad de hechos somáticos que dependen del psiquismo como el hecho de enfermedades orgánicas con conductas anormales; tampoco se deben incluir la expresión física de fenómenos mentales (histeria de conversión); del mismo modo se excluirán los trastornos mentales provocados por agresiones directas al S.N.C., así como los pseudo-problemas que representan el cortejo sintomático de algunos niños con perturbaciones leves o aún en los normales y que nos lo ofrecen las madres, para quienes el problema es auténtico.

De lo anterior se deduce que las afecciones psicopatológicas y el objeto de la clínica psicopatológica son las enfermedades físicas en cuyo determinismo o en cuya evolución influyen factores psíquicos o conflictivos.

En este sentido, AJURIAGUERRA (1) concibe que las enfermedades psicoso-

máticas se caracterizan por una desorganización somática transitoria o permanente, cuya génesis o desarrollo implica un determinismo psicológico de naturaleza actual o regresiva que pone de manifiesto organizaciones psicobiológicas precoces.

Para WINNICOTT (26), la enfermedad psicosomática implica una escisión de la personalidad del individuo, con una debilidad de la unión entre el psique y el soma, o una escisión organizada en la mente en defensa contra la persecución generalizada del mundo repudiado. En similares términos lo expresa A. FREUD (9), diciendo que los síntomas psicosomáticos en la infancia derivaría de una falta inicial de diferenciación entre los procesos somáticos y psicológicos. Habiendo que determinar qué vías de descarga física son de preferencia para el individuo, por cuanto esta elección da lugar a un aumento de la sensibilidad y vulnerabilidad en el sistema orgánico involuorado.

SOTANG y VALABREGA (25), definen unos aspectos particulares de los trastornos psicosomáticos infantiles.

1) Aparecen durante la formación de la personalidad y forman parte del individuo.

2) Suelen ser intencionales y, con poca frecuencia, se presentan como una neurosis de órgano.

3) Cada niño es, en algún grado, una reacción narcisista de sus padres.

4) Es importante la situación que produce una tensión o que descarga esa tensión.

5) Esta tensión se construye sobre otras no resueltas creadas por frustraciones de necesidades, respondiendo a reacciones de dependencia/independencia.

6) Modifican siempre, de forma más o menos traumática, el ambiente.

7) Aunque algunos síntomas psicosomáticos son fundamentalmente agresivos, los hay también positivos.

Otros autores, como PINKERTON, consideran que el denominador común de este tipo de trastornos consiste en suscitar en el niño un negativismo a través de una función fisiológica particular, pero, añade, que el stress no puede valorarse por sus efectos externos sino por lo que significa para el propio paciente.

También hay quien opina, como HELD (11), que si como psicosomática se considerara la presencia de factores emocionales en un papel etiológico, la mayor parte de las enfermedades serían psicosomáticas. Por ello, considera la psicosomática como un método de aproximación terapéutica y de investigación.

Realizado este repaso conceptual, lo que existe de una forma latente en todos es: que queriendo anular el dualismo cartesiano caen en él de una manera casi constante. A nuestro entender, la clínica psicosomática en la infancia debe encuadrarse en la dialéctica significante/significado de lo que representa el síntoma y los factores condicionantes de su aparición y lo que de manera manifiesta nosotros recogemos en el exterior. Cada síntoma nos remite a «algo» y ese «algo» es el fin último que debemos intentar ver, separando o aunando el concepto de síntoma, tanto en el campo de la semiología médica (indicio de la presencia de un proceso patológico) como en la semiótica (indicio de que algo acontece en una parte o en todo el organismo), tal y como la hace CASTILLA DEL PINO (4). Tampoco olvidamos

que la enfermedad-proceso es una realidad difícilmente objetivable, sujeta a múltiples modificaciones en orden a su identidad y en orden a sus consecuencias; por ello el sujeto no actúa sobre una realidad, sino sobre hipótesis y conjeturas y todas en el ámbito de su propia fantasía. Con esto volvemos a cerrar el círculo dialéctico del valor del síntoma psicossomático que, además, en la infancia queda configurado por otros factores desde el momento que sobre el niño actúan otros elementos: el desarrollo psíquico, los requerimientos sociales, los procesos de identificación, el papel de la madre, los contenidos (latentes y manifiestos) y la propia vivencia de sus fantasías, la necesidad de dependencia de los adultos, etc. Todo ello nos configura un concepto muy amplio y que creemos peligroso reducir a esquematismos muy simplistas de una definición terminante.

FACTORES CONDICIONANTES PARA LA APARICION DE LA CLINICA PSICOSOMATICA INFANTIL

A la hora de exponer esta parcela, podríamos estar sometidos a un reduccionismo del que obviamente debemos huir, puesto que no se debe de olvidar que, en la psicossomática infantil, la función se expresa en el dinamismo de su propia organización, pues este tipo de clínica está en el propio niño, en su propia expresión a través de esa función (1).

Con estas perspectivas, y por razones de tiempo y espacio, para facilitar la exposición, vamos a exponer este apartado bajo dos aspectos: la relación con el mundo externo inmediato

(la madre) y los mecanismos intrapsíquicos que en el niño van a desencadenar la clínica psicossomática.

Muchos han sido los autores que han puesto en evidencia el papel de la relación madre-hijo como factor desencadenante de clínica psicossomática [SPERLING (23), SPITZ (24), KREISLER, SOULÉ, FAIN (12), AJURIAGUERRA (1), SCHNEIDER (20), VALABREGA (25), WINNICOTT (26), WITTKOWER (27), PRIETO (19), etc.].

Por ello intentaremos analizar algunos de los aspectos fundamentales de esta diada que, en determinados momentos, funcionará como una unidad en que los funcionalismos son de ida y vuelta para ambos miembros, sin olvidar que, en la primera época, la madre va a cumplir el papel de Yo auxiliar, puesto que en el lactante este Yo se encuentra en formación. Un dato fundamental a tener en cuenta es que este papel de madre puede estar representado por la madre real, pero también puede ocuparlo aquella persona que esté cumpliendo con el rol sustitutivo de madre, pero este papel de Yo auxiliar debe quedar cubierto de forma satisfactoria (véase caso n.º 1).

SOULÉ (12), pone de manifiesto que un hecho importante de esta relación reside en la gran diferencia de las estructuras psíquicas de ambos miembros de la diada. Por ello, en esta relación se debe tener en cuenta:

1. La comunicación en el seno de la diada: frente al hecho de estudiar fenómenos o funciones o situaciones experimentales, esta comunicación se realiza como función aleatoria de varios parámetros que se integran unos en otros de una forma interactuante. En este sentido, LEBOVICI (14) plantea que el objeto estructura, a su vez, al sujeto. Pero para que esto ocurra de

forma activa se precisa que exista una cierta organización de los procesos mentales e intelectuales.

2. Las interacciones: la mayoría de las señales e informaciones que la madre transmite a su hijo son respuestas a las que recibe de éste, por ello, el bebé pasa a ser una especie de detector de los conflictos intrapsíquicos de la madre.

3. La homeostasis de la diada: cada trastorno funcional nos va a determinar una enfermedad o síndrome producido por un disfuncionamiento en el seno de la diada que se ha ido estructurando de forma progresiva por la relación madre-hijo. Este síntoma se establece como «compromiso» para mantener el equilibrio, pero que también va a representar una expresión y un aviso, será la «señal» según este autor. Esto es más manifiesto en el sentido de que sólo advertimos esta disfunción de la diada cuando surgen los síntomas que solicitan intervención médica y han sobrepasado así la cierta situación de compromiso. De esta manera se pasa de la «señal» al síntoma, estructurándose como significativo al cual se le asignará un significado de enfermedad, como más adelante veremos.

Con esto como telón de fondo, FAIN (12) estructura tres tipos de posibilidades para abordar esta relación alterada de la diada:

a) Existencia de una carencia parcial: en principio daría dos tipos de alteraciones:

1.º Respuesta agresiva: dependerá de su grado de indiferenciación, pues a más indiferenciación hay una mayor dificultad en saber lo que es interno y que se proyecta al exterior y lo que es puramente externo.

2.º Compensación autoerótica:

Al estar frustrado, el niño siente más excitación en determinadas zonas de su cuerpo y tiende a usar la excitación, por esa carencia parcial, en un comportamiento autoerótico.

b) Respuesta materna desorganizante: ocurre cuando la actitud y el comportamiento de la madre son de forma contradictoria percibidos por el niño. Frente a esta contradicción la madre se angustia, pero la forma y riqueza con que se angustia y se defiende de su propia angustia, influyen en las posibilidades que tendrá de defenderse el niño; de esta forma, cuanto más encubierta se encuentre la angustia materna, más probable es que persista un estado traumático en el niño. Así se comprende lo demostrado por WINNICOTT (26) de que el niño pequeño sólo está completo en la medida que existe la madre, y su forma de ser influirá en su desarrollo posterior.

c) Enfermedad orgánica del bebé: con ella queda aislado de su medio ambiente, que no puede calmar su profunda perturbación y adquiere, de esta manera, un carácter deficitario.

Estos modos de relación madre-hijo particulares en niños con afecciones psicósomáticas, según M. SPERLING (23), guardaban unas características comunes: conflictos emocionales no resueltos que se proyectan en el propio niño. En otros casos, la madre proyecta una parte de su propia persona en el niño. En último término, se plantea una necesidad imperiosa de dominar al niño y, por ello, tratarlo como si fuera su propio cuerpo (a este fenómeno, O. E. SPERLING le denominó con el nombre de «apersonación»).

Cogido lo anterior al hilo de los conceptos de psicotoxicidad de SPITZ (24), la madre representaría el componente dominante y activo y el niño, al princi-

pio por lo menos, lo recibe de una forma pasiva. Incluso se describe determinados trastornos según la actitud materna tanto en el plano cualitativo como cuantitativo, pero al analizar la presentación de la clínica según las etapas del desarrollo quedará más explicitado.

Hubo autores que quisieron describir características psicológicas de la madre de los niños afectos de clínica psicósomática, pero esto es reducirlo a un esquematismo lejos de la realidad, pues ya hemos expuesto que entre ambos miembros de la diada existe una interacción recíproca y aún está por ver las repercusiones del bebé sobre la madre, pues el nacimiento puede movilizar mecanismos escondidos en la madre en épocas anteriores.

Con relación al resto del mundo externo, incluyendo otras situaciones como el stress, hay que considerar que va a estar en relación con la edad del niño. En efecto, para compensar estas agresiones externas el niño tiene posibilidades de las que carece el adulto: es socialmente dependiente y no se ve obligado a subvenir sus necesidades; por otra parte, puede expresarse de formas que al adulto no le son permitidas (llanto, gritos, agitación motora, etc.); por fin, su plasticidad somática es mayor que en el adulto. Esto puede quedar en los límites de la normalidad o en la evaluación para una detección precoz, en los términos de A. FREUD (10).

En lo tocante a la propia dinámica intrapsíquica en el niño, ALEXANDER (2) plantea que el trastorno psicósomático aparece cuando los efectos o las emociones no pueden expresarse normalmente y cuando la energía que permanece encerrada crónicamente produce una disfunción de los órga-

nos; así, pues, son las pulsiones rechazadas las que producen la disfunción. Así se comprende lo que S. FREUD (7) decía de que el dolor físico localizado actúa como zona erógena que asegura una descarga libidinal y una concentración compensatoria de la libido narcisista en torno a la parte corporal lesionada.

Por ello es importante decir que la cantidad y cualidad de las experiencias de gratificación de las necesidades y la regulación de las tensiones son importantes para la realización de la homeostasis somática y fisiológica.

Así se explica lo que LEOVICI y DIATKINE (15) exponen de que hay que aclarar, en el campo infantil, las estructuras dinámicas donde se sitúa y basa la angustia, en contra de las posiciones instintivas, así como los mecanismos de defensa que se elaboran para evitarla e, incluso, delimitar las perturbaciones de las relaciones con los objetos cuyas imágenes va a internalizar.

En otro campo se sitúan las vivencias de las emociones y cuando éstas no se manifiestan ni en la acción ni en la verbalización, la expresión del conflicto se hará a través de la vida vegetativa, por medio de determinadas afectividades exageradas o anómalas.

Pero tampoco hay que descartar, mientras no se demuestre lo contrario, la influencia genética de algunos factores. Es el propio FAIN (12) quien establece algunos de estos factores: forma de reaccionar a disgustos, el umbral de resistencia a la agresión, factores que favorecen la mentalización, posibilidades de reacción por la autoexcitación, necesidades narcisistas, etc. Ahora bien, hay que delimitar claramente cómo actúa esta energía congénita y cómo responde la madre a

las exigencias de este tipo de actitudes. De esta forma, mediante acciones ambivalentes y contradictorias por parte de la madre (o de la persona que ocupe su rol), se puede alterar o desorganizar esta función.

En último lugar hemos dejado un aspecto que ha sido muy debatido por mucho tiempo: la elección del órgano en la clínica psicósomática infantil. Hemos de aclarar que la aparición de una sintomatología psicósomática no depende únicamente del trastorno conflictivo, sino que debe de relacionarse con la maduración del funcionamiento de los órganos, su significación simbólica, las propiedades de los síntomas psíquicos en cuanto tales, el estadio de desarrollo psicológico, la organización de la relación madre-hijo, el papel de las fantasías infantiles, los mecanismos de defensa frente a esas fantasías, la valoración moral socialmente concebida frente a lo aceptable y lo rechazable, etc., y todos estos factores se influyen mutuamente en la relación dialéctica de la clínica psicósomática presente en el niño en ese momento dado según el resto de los factores condicionantes.

Es más, uno de los procesos más característicos de la infancia es el juego regresión-avance en el desarrollo del Yo, puesto de manifiesto por A. FREUD (10), pues bien, en el aspecto psicósomático, SCHUR (21) lo emplea de dos maneras: la «desomatización» representa un proceso en que las energías psíquicas ya se controlan cada vez más por medios psíquicos; en el equivalente a la regresión se sitúa la «resomatización», es decir, se vuelve al proceso primario de indiferenciación psíquica y somática a la hora de la derivación de la energía psíquica.

En resumen, sólo se comprende la psicósomática infantil si se tiene en cuenta:

1. El desarrollo de las emociones y afectos, así como de su importancia en la organización de la personalidad.

2. La función que desempeña la diada en la expresión de sus emociones y afectos.

3. Valor de la confrontación, antes citada, en el funcionamiento de los órganos, tanto más cuanto el niño obtiene determinados «beneficios» o bien desencadenando en la madre una respuesta a sus deseos.

4. El papel de la fantasmaticización precoz y de los órganos funcionantes a adquirir presencia simbólica tanto en el mundo interno como en el exterior. Hemos de darnos cuenta que es en el campo visceral donde se van a realizar precozmente los fenómenos de introyección.

5. De lo anterior se deduce el importante papel que van a jugar los mecanismos inconscientes en la formación de este tipo de clínica.

6. Las fantasías infantiles y la forma de defenderse de ellas cuando no son vividas como aceptables por el propio niño.

7. Sentimientos del niño al proyectarse al exterior por este mecanismo. Se debe valorar, de igual manera, cómo actúa la madre en esta situación.

8. De una u otra manera, todo lo anteriormente expuesto, se va a ver condicionado por la valoración social del enfermar y de ello va a derivar la exigencia médica por parte de la sociedad y la progresiva medicalización/psicologización/psiquiatrización, en una dialéctica del valor del síntoma somático versus psíquico a la hora de

la aceptación y su posterior influencia, tanto en el desarrollo psicológico como en las improntas de la personalidad y las formas de enfermar (18).

CASOS CLINICOS

En lo expuesto hasta la actualidad, hemos marginado, en parte, la clínica como tal, pero para exponer el apartado siguiente partimos de ejemplos clínicos concretos.

Caso n.º 1. J. C., varón de cuatro meses, ingresa por un proceso diarreico de múltiples deposiciones líquidas con moco y olor fétido. Diagnosticado de posible intolerancia a proteínas vacunas (IPV); se efectúa rehidratación y se le realimenta con dietas elementales; a pesar de ello, la clínica continúa precisando suspender la nutrición enteral a débito continuo (NEDC) y pasar a alimentación parenteral (AP), por lo que se traslada al Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos (CIP) con el diagnóstico de diarrea grave rebelde. En dicho servicio, a pesar de la AP, continúan las deposiciones mucosas continuas. Tiene síntomas sépticos y las venotomías se sucedían. Al cabo de un mes en estas condiciones, se modifica el tratamiento, por sugerencia del Servicio de Paidopsiquiatría: se comienza a asignarle una ATS fija por turno, se le introducen juguetes, etc.; después de un tiempo, se le reintroduce la NEDC siendo la tolerancia oral positiva; durante un mes se le va aumentando el aporte oral y disminuyendo el AP para comenzar a ofrecerle el biberón la misma ATS. La mejoría fue más rápida con la entrada de la madre real, previas normas por parte de la ATS, en las comidas a partir de su buena tolerancia oral.

Es de destacar en este caso la importancia de la creación de un vínculo afectivo adecuado para establecer su diada; los aportes eran correctos pero el niño estaba «incompleto».

Caso n.º 2. J. A. L. de nueve años y medio, no es remitido por dificultades escolares y encopresis. Es el octavo de nueve hijos de padres ya mayores y los dos últimos nacieron después de un largo periodo, habiendo entre los dos últimos una diferencia de tres años. A los dos años y medio comienza con crisis catalogadas de asmáticas, siendo diagnosticado de asma a inhalantes. Es un niño tímido, retraído, introvertido, «normalmente muy bueno». Sobreprotección materna. Inapetencia alimenticia. Ante la repetición de la clínica de crisis que precisaban ingresos continuos con las consiguientes pérdidas escolares, se le recomienda a la madre, por parte del servicio que entonces lo trataba, que lo trasladen a un internado en la sierra, lo cual hacen los padres cuando el niño tiene siete años y medio. Al poco tiempo de estancia le desaparecen las crisis y comienza a manchar la ropa interior, primero de manera escasa y luego manifiesta y diaria, a la vez se evidencian sus dificultades escolares. Cuando llegaban las vacaciones y volvía a su casa la encopresis desaparecía y reaparecen las crisis asmáticas que han precisado nuevos ingresos. Inteligencia normal (C.I. 102), zurdo contrariado.

En este segundo caso vemos que el síntoma se comporta como una metáfora de lo que sucede en el niño y de nada valdrá que desaparezcan las crisis asmáticas (síntoma) pues reaparece la propia situación inconsciente de la «enfermedad» con otros «nuevos» síntomas (encopresis y dificultades es-

colares) en un ambiente diferente con una significación diferente, y reaparecer el primitivo «síntoma» (crisis asmática) en el momento de reintegrarlo a su medio originario.

Caso n.º 3. A. R., de cinco años de edad, es un hijo único de un matrimonio de padres jóvenes cuya ocupación es la de equilibristas de circo, por lo que se pasan grandes temporadas fuera de casa. Cuando el niño era pequeño acompañaba a los padres en sus giras, pero, en la actualidad, debido a sus deberes escolares, permanecía en casa de unos familiares por vía paterna. El motivo de la consulta era una alopecia areata en región frontoparietal izquierda de superficie escasa, pero en aumento que no respondía a los tratamientos médicos convencionales de tipo dermatológico. En la historia destacaba el hecho de que en años anteriores la madre se colocaba en la cuna del niño por las noches tarareándole canciones de cuna, mientras el niño jugaba con la larga y sedosa cabellera rubia de la madre con su manita izquierda, hasta que el niño se dormía. En el presente curso, por las causas ya descritas anteriormente, el niño, por las noches primero y luego se extendió por el día, sobre todo cuando, aparentemente, no se le veía, jugaba con su pelo con la mano izquierda en la región ya reseñada. Esta tricotilomanía había ocasionado una pequeña alopecia areata que se iba extendiendo ante el juego circular con el pelo que, de manera continua, realizaba A. R.

Este caso, junto con los anteriores, van a servir para exponer las propiedades generales del síntoma psicossomático.

CARACTERISTICAS DEL SINTOMA PSICOSOMATICO

Hasta ahora hemos abordado el concepto y los factores condicionantes del síntoma psicossomático que, en los puntos anteriores, hemos resumido someramente. Pasamos ahora a plantear algunas de las características y propiedades más importantes, así como la expresión del síntoma psicossomático general.

A. CARACTERISTICAS.

De lo dicho hasta ahora podemos ir esbozando algunas características propias al síntoma psicossomático, no ajeno, por lo demás, a características igualmente propias del síntoma psíquico:

1.º El síntoma psicossomático es la expresión externa de un conflicto intrapsíquico, resultando de un proceso de elaboración mental inconsciente, que busca su vía de salida o solución utilizando un órgano en tanto expresión de la función simbólica que éste suponga para el enfermo.

2.º El síntoma psicossomático nos expresa una forma de reaccionar, responder o «vivenciar» un mundo psíquico y unas relaciones traumatizantes y desestructurantes.

B. PROPIEDADES.

Enumeremos algunas de las propiedades del síntoma psicossomático: *Individualidad, mutabilidad, particularidad, relatividad y plasticidad* (17).

— Individualidad, particularidad y relatividad en tanto que cada síntoma psicossomático presenta una significación propia y concreta en cada caso, en cada etapa del desarrollo y, con

respecto al medio sociofamiliar del niño, de forma tal que un mismo síntoma ha de verse en el momento concreto y en el contexto sociofamiliar del niño teniendo en cuenta su nivel de integración y madurez, el desarrollo libidinal y afectivo, etc.

— Mutabilidad en tanto que un mismo proceso puede expresarse por síntomas diversos que se modifican y transforman en base a la función simbólica del órgano en cuestión.

— Plasticidad en tanto permeabilidad y flexibilidad; esta plasticidad es característica de la vida misma del niño.

C. MECANISMOS DE ELABORACION Y EXPRESION DEL SINTOMA PSICOSOMATICO.

El síntoma psicossomático toma apoyo en la función simbólica del órgano en el cual se fija. La elección de tal o cual órgano viene determinada por los mecanismos que rigen el funcionamiento del mundo inconsciente expresado por S. FREUD (8): *Condensación y desplazamiento*.

En el síntoma psicossomático se produce este doble fenómeno mediante el cual una o varias pulsiones se condensan o desplazan en un determinado transtorno: el síntoma, el cual elige un órgano corporal como expresión de su anomalía (véase caso n.º 3).

El cómo, porqué y la localización de cada síntoma psicossomático, sólo podrá entenderse partiendo de cada caso concreto, mediante la comprensión del mundo inconsciente del niño, que se nos mostrará como «las modificaciones sustitutivas del mundo exterior en la modificación somática» y «la sobredeterminación y sustitución

del impulso instintivo obstruido por la represión» (S. FREUD, 8), o «la simbolización o el lenguaje del síntoma; lo no dicho» (MANNONI, 16). O lo que para LACAN viene a ser «la palabra sustituida por un significante enigmático, lo no dicho específicamente» (13).

En la historia clínica del síntoma psicossomático, el cuerpo es lo que hablará en lugar de la anamnesis verbal.

Derivado de todo esto es la necesidad de «insertar el síntoma en la historia del sujeto poniendo el acento sobre el sujeto más que en su parte enferma» (MANNONI). De aquí la importancia en todo síntoma psicossomático de centrarnos más en el sujeto que en el síntoma, en tanto que, retomando de nuevo a LACAN, los síntomas actúan en tanto metáforas, siendo formaciones del inconsciente, que simbolizan a nivel de un órgano o función, un significante inconsciente, las relaciones del síntoma con los pensamientos reprimidos son siempre de orden verbal: un significante se coloca en el lugar de otro significante (13).

Estos mecanismos de elaboración, muy esquemáticamente señalados dadas las limitaciones de un tema general, se expresan de forma particular en las diversas etapas del desarrollo del niño y se muestran de forma nítida y específica en relación con las fases evolutivas del niño: oral, anal y fálica (2 y 10).

Estas fases o estadios del desarrollo libidinal en el niño son, en lo psíquico, los estructurantes de la futura personalidad, las vive en su inmediatez, en su relación orgánico-afectiva.

Estos estadios: oral, anal y fálico adquieren una función simbólica que trasciende su función orgánica cargándose de catexias (energía psíquica)

que van conformando al sujeto en lo humano y en lo social, en tanto sujeto de deseo para el otro (13), subvertiendo el orden de la necesidad propio del reino animal y de una visión orgánico-mecanicista, para articularle en lo cultural y el mundo afectivo sociofamiliar, característico de lo humano.

EL SINTOMA PSICOSOMÁTICO EN EL DESARROLLO EVOLUTIVO DEL NIÑO

A lo largo de todo el desarrollo infantil, así como en el adulto, el síntoma psicosomático se expresa en la multiplicidad de formas que es de todos conocido en su práctica clínica y que, anteriormente, hemos intentado explicar teniendo muy en cuenta la relación de la enfermedad psicosomática con las fantasías inconscientes derivadas de la función del órgano (26).

Pero es en el lactante donde el cuerpo, el soma, nos expresa directamente las anomalías de la conjunción psiquesoma en la única expresión posible dado su desarrollo. Es el cuerpo quien «habla» en el lugar de la palabra, aún no adquirida en esta temprana edad la simbolización y el lenguaje. Palabra aún no desgajada de la unidad indiferenciada madre-hijo y referida en el cuerpo, expuesto ya con anterioridad con más detalle al referirnos a la diada.

Es a través de su cuerpo como el lactante muestra su «ser en el mundo», las relaciones existenciales van a pasar por el único vehículo de expresión que el lactante dispone como transmisión de su estado anímico (llora, no duerme, rechaza la alimentación, vómitos, diarreas, convulsio-

nes, etc., reacciones todas ellas que se traducen a síntomas tales como: anorexias, insomnio, cólicos del tercer mes, agitación).

La palabra aún no adquirida, ni conformada en el lactante toma su lugar en el cuerpo, donde lo psíquico y lo somático se interpenetran y dialectizan posibilitando un armónico crecimiento y una normal evolución del desarrollo infantil.

Las anomalías de su estado anímico pasan por los trastornos de la unidad psicosomática integrada en su propio cuerpo. Siendo estas anomalías, las de la esfera de las relaciones afectivas, anteriormente ya referidas, las más frecuentes y dominantes.

Relaciones afectivas que vienen articuladas en la diferencia entre necesidad y deseo (5 y 13) que marca la separación entre un estudio etológico, instintivo y orgánico-mecanicista, de un estudio dinámico que tenga en cuenta al niño en su totalidad bio-psico-socio-afectiva.

De poco sirve un estudio y un aporte alimenticio bien pautado en vitaminas, calorías, etc., si junto a dicha alimentación «no pasa» ese «otro alimento» fundamental que deriva de unas normales relaciones afectivas madre-niño. Estas relaciones son las que estructuran el deseo en el niño, saliéndose del marco de la mera necesidad. No es posible una necesidad aislada, puramente instintiva como en el animal. Toda necesidad va cargada en el sujeto humano por el deseo que lo articula en lo social y en lo cultural.

En la clínica vemos abundantemente cuanto acabamos de decir en la patología de los niños deprivados cuyas relaciones afectivas primarias han quedado afectadas. Lactantes que disponiendo de una perfecta y rigurosa

dieta alimenticia, pero sin el soporte afectivo, sin haber entrado como sujeto deseado y deseante, nutren la abundante patología de las anorexias, depresiones anaclíticas, mericismos, etc. (ver caso n.º 1).

Una mayor extensión en este tema nos haría salirnos de lo limitado de nuestra exposición, de aquí que intentemos la difícil tarea de esquematizar algo tan extenso como es la significación del síntoma psicossomático, lo intentaremos resumir en algunos puntos meramente indicativos y generales (17):

1. Todo síntoma psicossomático debe partir de la comprensión del niño en tanto totalidad bio-psico-socio-afectiva y no como sujeto de mera necesidad o causalidad orgánica.

2. Todo síntoma psicossomático debe abordarse previo estudio semiológico detallado. Teniendo en cuenta la edad, medio sociofamiliar, características e historia familiar, etapa del desarrollo libidinal, etc., sin caer en etiquetas o conceptualizaciones sindrómicas generalizadas y rígidas.

3. El síntoma psicossomático es un signo-metáfora o expresión de algo más profundo y oculto: estructura significativa, a la que nos remite y es preciso estudiar.

4. Es imprescindible la labor de un equipo interdisciplinario en donde la enfermedad psicossomática puede ser abordada dentro del conjunto psico-orgánico del enfermar sin despreciar ni menoscabar o potenciar ninguno de sus componentes.

5. No caer en la hipertrofia de la significación de todo trastorno o manifestación psicossomática del niño, psiquiatrizando o medicalizando los problemas o reacciones en ocasiones pasajeras del niño y, a veces, propias de su normal evolución. Pero tampoco caer en el desprecio e ignorancia de rechazar como «funcional», «nervios» o «simulación», todo cuadro psicossomático en base a la no objetivable y cuantificable lesión existente. Las lamentables consecuencias de este proceder las vemos ya hoy y, «a posteriori», van a ser más evidentes en la práctica paidopsiquiátrica.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) AJURIAGUERRA, J.: *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray-Masson. Barcelona, 1976, pág. 732.
- (2) ALEXANDER, F. y cols.: *Psiquiatría dinámica*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1978, pág. 309.
- (3) CASTILLA DEL PINO, C.: *Introducción a la Psiquiatría*. Vol. 1. Ed. Alianza/Universidad. Madrid, 1978, pág. 314.
- (4) CASTILLA DEL PINO, C.: *Introducción a la Psiquiatría*. Vol. 2. Ed. Alianza/Universidad. Madrid, 1980, pág. 35.
- (5) DOLTO, F.: *Psychanalyse et pédiatrie*. Ed. Seuil. París, 1971, página 30.
- (6) FOUCAULT, M.: *El nacimiento de la clínica*. Ed. Siglo XXI. México, 1978, pág. 129.
- (7) FREUD, S.: *Más allá del principio del placer*. Vol. 3, obras completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1973, pág. 2507.
- (8) FREUD, S.: *Inhibición, síntoma y angustia*, opp. cit. vol. 3, pág. 2833.
- (9) FREUD, A.: *Neurosis y sintomatología en la infancia*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1975, pág. 26.
- (10) FREUD, A.: *Normalidad y patología en la infancia*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1975, pág. 49.
- (11) HELD, R.: *Psychanalyse et médecine*, en «La Psychanalyse d'aujourd'hui». Director: S. Nacht. P. U. F. París, 1968, pág. 237.
- (12) KREISLER, L.; FAIN, L., y SOULE, M.: *El niño y su cuerpo*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1977, pág. 15.
- (13) LACAN, J.: *Escritos*. Ed. Siglo XXI. México, 1978.
- (14) LBOVICI, S.: Prefacio de *El niño y su cuerpo*, opp. cit., pág. 11.
- (15) LBOVICI, S.; DIATKINE, R.; FAUREAU, J. A.; LUQUET, P., y LUQUET-PARAT, J.: *La Psychanalyse des enfants*, opp. cit., pág. 169.
- (16) MANNONI, M.: *El niño, su enfermedad y los otros*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1976.
- (17) MENENDEZ OSORIO, F.: *El síntoma psíquico y psicossomático en la infancia: análisis psicodinámico y estructuralista*. «Anales Españoles de Pediatría», 13, 1091, 1980.
- (18) PEDREIRA MASSA, J. L.: *Génesis de las neurosis infantiles: enfoque psicodinámico*. II Symposium de Psiquiatría Infantil de la Sección de Psiquiatría Infantil de la A.E.P. Cádiz, 1980.
- (19) PRIETO HUESCA, F.: *La enfermedad psicossomática y psíquica en el niño*. «Nacer y crecer». Director: A. Arbelo y López de Letona. Ed. Ormaz. Madrid, 1980, 70-71, 193.
- (20) SCHNEIDER, P. B.: *Remarques sur les rapports de la psychanalyse avec la médecine psychosomatique*. «Rev. Franc. Psychanal.», 1968, 32, 645.
- (21) SCHUR, M.: *Comments on the meta-psychology of somatization*. «Psychoanal. Study Child.», 1955, 10, 119.
- (22) SPERLING, O. E.: *The concept of psychosomatic disease*, en «Psychosomatic disorders in childhood». Ed. Jason-Aronson. New York, 1978, pág. 3.
- (23) SPERLING, M.: *Psychosomatic disorders in childhood*. Ed. Jason-Aronson. New York, 1978, pág. 17.
- (24) SPITZ, R.: *El primer año de la vida del niño*. Ed. Aguilar. Madrid, 1978, pág. 83.
- (25) VALABREGA, J. P.: *Les théories psychosomatiques*. P.U.F. París, 1954. Citado por J. Ajuriaguerra, opp. cit., pág. 767.
- (26) WINNICOTT, D. W.: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Ed. Laia, Barcelona, 1979, pág. 331.
- (27) WITTKOWER, E. D.: *Progrès récents en médecine psychosomatique*. «Rev. Méd. Psychosom.», 1965, 7, 345.