

El pensar del cuerpo: un estudio de caso

Irerí Yunuen Vázquez García¹

María del Carmen Manzo Chávez

Martin Jacobo Jacobo

Benigna Tenorio Cansino

Cuerpo Académico: UMSNH-CA-191 Estudios sobre la Infancia y la adolescencia. Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Resumen

En el presente trabajo se hace referencia a que el cuerpo vivo es el psiquismo inconsciente presentándose ante la percepción con la forma de cuerpo. La persona es un ente global, por eso la patología se puede presentar en el plano de lo corporal o de lo mental; y con esto la enfermedad adquiere un doble sentido, por un lado el restablecimiento y la homeostasis y por el otro, la denuncia del desequilibrio. Además de que existe una influencia recíproca entre los fenómenos mentales y los fisiológicos. Así mismo, presenta el caso de M., una mujer que presentaba enfermedades psicosomáticas como una manifestación de los conflictos psicológicos y que a partir del análisis, los síntomas físicos van desapareciendo y ella va mostrando más control sobre su cuerpo a medida que va analizando el conflicto psíquico.

Palabras clave: Enfermedades psicosomáticas, mente, esquema corporal, imagen del cuerpo.

Abstract

In the present work it is argued that the lived body is the unconscious psyche presenting itself to perception in the form of the body. The person is a global entity; hence pathology can manifest itself on the plane of the corporeal or the mental, and illness acquires a double meaning: on the one hand, reestablishment and homeostasis, and on the other hand, denunciation of the imbalance. In addition a reciprocal influence exists between mental and physiological phenomena. In this light we present the

¹ Correspondencia: irerivazquez@hotmail.com

case of M., a post-adolescent whose psychosomatic illness was a manifestation of psychological conflicts. In the course of an analysis, her physical symptoms have disappeared and she seems to be showing more control over her body.

Key words: Psychosomatic diseases, mind, corporal schema.

La imagen del cuerpo y el esquema corporal

El tema del cuerpo en psicoanálisis está estrechamente ligado a la temática de la histeria. Es en la histeria y en los síntomas histéricos que Freud va a plantear la estrecha relación entre lo psíquico y lo somático. El cuerpo para Freud era lugar de alojamiento de la energía psíquica. Lo que sucedía en el cuerpo de las mujeres histéricas fue nombrado por Freud como conversión; por un lado se instituye como una energía psíquica de paso; o sea, una inervación somática.

Un segundo posicionamiento es la relación del cuerpo y la transferencia, la cual remonta a la relación de los tratamientos de las histéricas, la cura que se daba en los primeros esbozos de la clínica de la histeria, el cuerpo y los síntomas motores eran el estatuto y espacio de inscripción de la historia de las pacientes. Es a partir de la histeria que se desprenden temas ligados al cuerpo, y que a continuación abordaremos algunos de ellos.

El mediador entre las tres instancias psíquicas (yo, ello y super yo) es la imagen del cuerpo, y como menciona Dolto (1984/1999); ésta es inconsciente, es la memoria de las vivencias relacionales, es propia de cada individuo y siempre se va a encontrar ligada a las experiencias y a la historia de cada persona, es pues gracias a esta imagen del cuerpo que se puede entrar en comunicación con el otro; y el esquema corporal representa a la especie, es en parte inconsciente pero también es preconsciente y consciente, ya que es una realidad de hecho, es nuestro vivir carnal al contacto del mundo físico, y se va a estructurar mediante el aprendizaje y la experiencia, es el portador de la imagen del cuerpo, es decir, la carga; el esquema corporal es lo que se muestra físicamente y a simple vista a los demás.

Un aspecto que contribuye con la estructuración de la imagen del cuerpo es el “nombre”, ya que al nacer, éste ya se encuentra ligado al

cuerpo y a la presencia de los demás, en este caso de la madre. De tal modo, que como menciona Dolto (1984/1999):

La imagen del cuerpo es la huella estructural de la historia emocional de un ser humano. Ella es el lugar inconsciente (y presente) en el cual se elabora toda expresión del sujeto; lugar de emisión y de recepción de las emociones interhumanas fundadas en el lenguaje (p. 42).

Por otro lado, también se pueden encontrar diferentes acepciones acerca de la imagen del cuerpo tales como que:

es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos (Raich et al., 1994, p. 203).

Desarrollo de la imagen corporal

Dentro del complejo desarrollo infantil, se considera importante analizar la formación de la imagen corporal, ya que, el integrar una realista imagen del sí mismo le permitirá al individuo integrar la imagen objetiva del objeto. La práctica de hacer que el niño vea su propia imagen ante el espejo, le ayudará a sentirse como un ser integral y completo, es decir, en un principio el niño que no ha reflejado su imagen en un espejo, se recibe a sí mismo como desfragmentado, ya que, las sensaciones que éste tiene le son aisladas, el hambre en el estomago, la mamila en su boca, etc. El ver su imagen en el espejo, le permite identificar su cuerpo como completo y propio, corroborando de este modo que su cuerpo es un grupo de funciones unidas, ello le ayuda a asociar los movimientos que le son reflejados, con las sensaciones inmediatas del cuerpo.

La imagen corporal es una estructura que se desarrolla durante toda la vida, pero su formación básica se realiza en los primeros meses de vida, porque revisaré este periodo para apuntar las prácticas que se ponen en juego en la díada madre-hijo que a mi juicio permite esta construcción cultural, base de los sujetos (Aguado, 2004).

Es así como la imagen corporal juega un papel importante en el desarrollo del infante, ya que ésta conlleva a la independencia y el desarrollo de motricidad del niño, así como a la comprensión objetiva de la realidad, y si por algún motivo ésta se ve alterada ello va a contribuir a patologías relacionadas al propio cuerpo.

D' Alvia (2005), menciona que existen tres niveles representacionales interrelacionados que van a permitir que se constituya la imagen corporal:

El primer nivel está relacionado con el esquema corporal, que se encuentra ligado a las representaciones que provienen del mundo de las percepciones externas y que van a estar en constante comunicación con los órganos sensoriales.

El segundo nivel está relacionado a las representaciones de las sensaciones y percepciones internas, en donde se encuentra lo referido al sostén, equilibrio, hambre, saciedad, tensión, distensión, frío, calor y dolor y cuando se relacionan con la palabra se le puede dar el nombre de una emoción, por ejemplo alegría, tristeza, etc.

El tercer nivel está relacionado con las zonas erógenas, que son las que dan asiento al deseo y que va a dar inicio con la discriminación de la tensión pulsional que se percibe como placer.

De tal forma, a partir de este sistema representacional, se puede estructurar y delimitar la imagen corporal, y se podría decir que si una persona sufrió alteraciones primarias traumáticas y se generaron fallas representacionales, entonces sus afecciones somáticas podrían considerarse que estarían entrando en el plano de los trastornos psicósomáticos D' Alvia (2005).

Así mismo la imagen corporal en el desarrollo del niño se construye gracias la imagen de base, la imagen funcional, la imagen erógena y la imagen dinámica (Dolto, 1984/1999).

La imagen de base: es la que permite al niño experimentarse en una mismidad del ser, esto es en una continuidad narcisista y espaciotemporal que permanece desde su nacimiento, a pesar de las dificultades que tendrá que atravesar, también es fundamentalmente constitutiva del narcisismo primordial, situándose aquí los desórdenes, los desarreglos funcionales que se interpretan como caídas del narcisismo. Cuando esta imagen de base se afecta, surgen fantasmas que según Dolto, amenazan

la vida misma, por lo que es importante mencionar que en cada estadio se va a encontrar una imagen de base, apareciendo primeramente la imagen de base respiratorio – olfativo – auditiva, posteriormente aparece la imagen de base oral que comprende la primera y aparte la zona bucal (faringo – laríngea), y la tercera es la imagen de base anal, añadiendo el funcionamiento de retención o de expulsión.

La imagen funcional: es la imagen estética (esto significa lleno de fuerza y vigor) de un sujeto que tiende al cumplimiento de su deseo, gracias a esta imagen las pulsiones de vida pueden empezar a manifestarse para obtener el placer y a objetivarse en la relación con el mundo y con el otro.

La imagen erógena: es la imagen que está en relación con la imagen funcional, y se encuentra en el lugar en donde se focalizan al mismo tiempo placer o displacer erótico en la relación con el otro.

La imagen dinámica: ésta es un anexo a las tres primeras que se hace tiempo después; en esta imagen se actualizan las pulsiones de vida y corresponde al deseo de ser que siempre está abierto a lo desconocido.

La relación mente – cuerpo

“Lo somático y lo psíquico no son dos existentes distintos, sino manifestaciones de una misma medalla que posee dos caras. Medalla que será categorizada de una u otra manera según cuál sea la cara que la conciencia ilumina” (Chiozza, 2005, p. 87). Se puede mencionar entonces que el cuerpo vivo es el psiquismo inconsciente presentándose ante la percepción con la forma de cuerpo.

Es a partir de esto que cuando el paciente habla de un órgano en particular, es porque ese órgano le está hablando en un lenguaje de órgano. Es por esto “que los síntomas y signos, pretendidamente somáticos, en realidad son afectos genuinamente psíquicos, deformados “patosomáticamente” por medio de una clave de inervación que determina la cualidad de su descarga” (Chiozza, 2005, p. 89).

Así mismo, existe un cuerpo físico, biológico y erógeno (Chiozza, 2005):

Cuerpo físico: se considera como físico a lo que ocupa un lugar en el espacio y que los seres humanos habitualmente denominan “cuerpo”.

Cuerpo biológico: es lo que le va a dar al ser humano la cualidad psíquica o el calificativo de animado, es decir, es lo que le da al hombre la facultad simbólica que se traduce en su capacidad de significar.

Cuerpo erótico: es lo que suele hacer referencia al cuerpo del deseo, un cuerpo que genera Eros y que es la causa de que el cuerpo pueda poner en juego su sexualidad.

Trastornos psicosomáticos

Para Dolto (1984/1999), los trastornos psicosomáticos son

afecciones funcionales del cuerpo que no se deben a causas orgánicas: no hay infección, no hay en un principio trastornos lesionales; no hay trastornos neurológicos; y, sin embargo, el individuo padece un desarreglo de su salud, sufre. Su cuerpo está enfermo, pero el origen de su desorden funcional fisiológico es un desorden inconsciente psicológico (p. 279).

De tal modo que se puede mencionar que el trastorno psicosomático es más arcaico, ya que es una herida imaginaria al narcisismo primario “entendido como un estado inicial previo a cualquier investidura de objeto” (Ponce, 2011, p. 3), y es la repetición de una disfunción pasada real o imaginaria, del cuerpo propio del paciente (Dolto, 1984/1999).

Lo imaginario es una función que se actualiza, por oposición a lo real, y va a determinar ya sea positiva o negativamente a todo el funcionamiento psicosomático. Se hace mención a esto del imaginario ya que toda teoría psicosomática se concibe a partir de lo imaginario. Y se observa que hay tres modalidades de somatización: lo figurado, lo literal y lo neutro.

Alí (1994) maneja un modelo multidimensional de lo psicosomático en donde se pueden encontrar tres niveles de articulación:

Nivel Nosográfico: este nivel consiste en “admitir que los síntomas de las psiconeurosis son lo que resulta de lo reprimido en un proceso de represión, del fracaso de la represión y del retorno de lo reprimido” (p. 16). Y los síntomas que surgen aquí son corporales difusos, lábiles y sin lugar de fijación preciso.

Nivel Genético: éste se basa en el evolucionismo, de lo simple a lo complejo, en donde determinada enfermedad puede ser la fase preliminar para que se presente otra más compleja.

Nivel Teórico: Aquí se menciona que lo neurótico reposa sobre lo actual como lo psíquico sobre lo somático.

Con respecto a este último nivel, se encontró que el inconsciente es tanto somático como psíquico, y que el cuerpo simboliza a través de su ser mismo, es decir, que los órganos son imágenes materiales que se confunden con la materialidad del cuerpo y la enfermedad es una forma expresiva manifestada por otra forma expresiva: el cuerpo.

Viñeta clínica

Es importante mencionar que los datos de identificación de la paciente no son los reales para con la intención de guardar la confidencialidad.

M. es una mujer que llega a consulta a la edad de 29 años, es originaria de un lugar cercano a Pachuca pero tiene 11 años viviendo en Morelia, es casada y tiene un hijo de 5 años y se dedica al hogar. Acude a consulta porque dice estar muy enferma, menciona que “le duele mucho el corazón, el brazo izquierdo, la cabeza y que siempre está muy cansada, sin ganas de hacer nada (sólo estar acostada), de mal humor y con presentimientos de que algo va a pasar, que se le duermen las puntas de los dedos de las manos, que no puede respirar, que le duele el cuello, etc.” (sic).

M. está casada desde hace 12 años y desde que tenía un año de casada no le daban ganas de hacer nada, no hacía comida, no tendía la cama y se la pasaba en la calle con sus amigas, cuando tenía 5 años de casada tuvo un aborto, pero refiere no haberse sentido triste por la pérdida. Posteriormente cuando tenía 7 años de casada nació su primer hijo; con este acontecimiento ella refiere haberse sentido muy triste y de nuevo “no tener ganas de hacer nada, si por ella hubiera sido solamente se la hubiera pasado acostada todo el día, pero como no tenía quien le ayudara se tenía que levantar” (sic).

Cuando su hijo tenía cuatro meses, su mamá enfermó y viajaba constantemente para cuidarla. En diciembre de 2005 su hermana tiene un hijo y queda en estado de coma por las complicaciones con la anestesia y ella se hace cargo de sus sobrinos; en Marzo de 2006 muere su mamá

pero nunca supo las causas. A raíz de estos acontecimientos empieza a tomar antidepresivos recetados por un médico general.

La paciente refiere que su madre sufría de depresión debido a las constantes infidelidades del padre, recuerda que su mamá lloraba todos los días y no se levantaba de la cama; recuerda que ella se prometió que no le iba a pasar lo mismo que a su mamá y que ella no iba a estar llorando de cualquier cosa.

M. refiere que desde niña ante la depresión de la madre, se ha hecho cargo de cuidar a sus hermanos, se encargó de una tienda de abarrotes y que todos le querían contar sus problemas. Ahora que su mamá falleció ella se siente con la responsabilidad de velar por sus hermanos, ver que no les haga falta dinero y que estén bien de salud.

Ante tal situación, y después de la muerte de la madre, M. comienza a sentirse mal, muy agotada y cansada. Su esposo siempre ha sido muy paciente con ella, porque siempre le permitía quedarse en cama cuando ella no tenía ganas de hacer nada o cuando se sentía mal, con esto ella evitaba servirle la comida cuando él llegaba de trabajar, plancharle, lavarle la ropa y hacer las labores del hogar.

Respecto a los padecimientos físicos de M., ella refiere que era muy frecuente el sentirse mal, ya que ella se enfermaba “con sólo ver que alguien en algún programa de la televisión se sintiera mal e inmediatamente ella sentía lo que le pasaba al otro” (sic). Por tal motivo empezó a ir con un médico general y luego empezó a acudir con diversos especialistas con la intención de que le dieran un diagnóstico, pero se encontraba con la sorpresa de que estaba muy bien de salud según los estudios clínicos.

Durante el transcurso del proceso terapéutico se trabajó con técnicas tales como reflejos, interpretaciones, esclarecimientos y en especial confrontaciones, lo que le permitió a M. hacer consciente de que tales padecimientos se encontraban solamente a nivel mental, ella sabía y podía darse cuenta de que se encontraba en perfectas condiciones de salud. En el momento en el que M. comenzaba a sentir alguna molestia física comenzaba al mismo tiempo a hacer recuento de las últimas vivencias y comenzaba a hacer una relación de lo vivido con lo que sentía en ese momento, de esta manera podía diferenciar cuando la sensación física

tenía alguna causa fisiológica y cuando era producto de las situaciones experimentadas, y con esto desaparecía la sensación física.

Cuando M. comienza a darle un segundo lugar a los dolores y enfermedades que decía sentir, comienza también a realizar otro tipo de actividades como por ejemplo hacer ejercicio, asistir a pláticas de autoayuda que les daban en su colonia, estudiar la secundaria abierta, participar en las ventas que se realizaban dentro de la escuela de su hijo, salir al centro a distraerse, no ver tanto tiempo la televisión, asear su casa y atender a su esposo, esto es darle de comer, lavar y planchar su ropa, platicar y salir a pasear con él.

Actualmente M. ya no asiste a proceso terapéutico, pero cabe señalar que dejó de tomar los antidepresivos desde hace ocho meses, ya no ha presentado síntomas de las enfermedades que decía tener y tiene más energías para realizar actividades de su vida diaria. Ella ha logrado distinguir cuando realmente se siente mal físicamente o cuando es producto de su mente y solo acude al médico cuando así lo considera conveniente.

De la misma forma y siguiendo las ideas de Dolto, M. se pudo dar cuenta que existía una falla en cuanto a su imagen corporal, falla que se había generado por las vivencias que M. tuvo con sus figuras primarias, ya que durante el proceso terapéutico se pudo observar que éstas no fueron constantes en su relación con M., hubo muchos abandonos tanto físicos como emocionales que no le permitieron a M. estructurar su imagen corporal, como esta parte es inconsciente, es por medio de las enfermedades físicas que esta falla se hace presente y es hasta que M. se da cuenta de esto dentro del proceso, que comienza a hacer algo por no presentarlas más.

Conclusiones

Con la diferencia que hace Dolto (1984/1999), acerca de que el esquema corporal es aquel que tiene el contacto con el mundo, lo que se ve a simple vista, lo físico, lo que porta a la imagen corporal, y esta imagen corporal es inconsciente y se ha formado por las experiencias, es la memoria de las vivencias que se han tenido con las figuras primarias principalmente, es la propia percepción del cuerpo, se puede decir, que en el caso de la paciente dentro de su imagen corporal hay predominancia de la imagen funcional ya que es la que tiende al cumplimiento de los deseos.

En el mismo sentido con lo que D' Alvia (2005) menciona, esta imagen corporal estaría relacionada con el tercer nivel manejado dentro de la construcción de la imagen corporal, que se refiere a las zonas erógenas y cuya función es dar asiento al deseo.

Esta tendencia al cumplimiento de los deseos se puede encontrar claramente en el discurso de la paciente al decir: “cuando tenía un año de casada no me daban ganas de hacer nada, no hacía comida, no tendía la cama y me la pasaba en la calle con mis amigas” (sic). Cuando la imagen corporal se ve amenazada entonces entran en juego los trastornos psicósomáticos, que es el motivo por el que la paciente asiste a consulta, sirviéndole esto además como una forma de evadir las responsabilidades adquiridas.

Con esto se concluye que la relación mente - cuerpo es sumamente importante, en ella, ejercen influencia las relaciones del niño con sus figuras primarias, ya que son éstas principalmente las que van a tener un papel decisivo en la construcción de la imagen corporal del niño y por consecuencia en la formación de síntomas psicósomáticos, con lo que se puede hacer una relación con los constantes abandonos de las figuras primarias que la paciente sufrió cuando era niña, por un lado por parte del padre al irse con otras mujeres y por el otro lado por parte de la madre al caer en cama por dicha situación y no hacerse cargo ni de sus hijos.

Referencias

- Aguado, J. (2001). *Erótica del duelo en tiempo de la muerte seca*. México: Epele.
- Ali, S. (1994). *Pensar lo somático: Lo imaginario y la patología*. Buenos Aires: Paidós.
- Chiozza, L. (2005). La relación psique-soma en la teoría psicoanalítica. En A. Maladesky, M. López, & Z. López (Comps.). *Psicosomática: Aportes teórico - clínicos en el siglo XX* (pp. 75-91). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- D'Alvia, R. (2005). Realidades-traumas-cuerpos. En A. Maladesky, M. López, & Z. López (Comps.). *Psicosomática: Aportes teórico - clínicos en el siglo XX* (pp. 93-105). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Dolto, F. (1984/1999). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Ponce, D. (2011). Las vicisitudes del narcisismo. Recuperado el 13 de abril de 2011 de: <http://www.slowmind.net/timologinews/vicisitudes.pdf>
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, J. & Zapater, L. (1994). Revisión de la evaluación y tratamiento del trastorno de la imagen corporal y su adaptación en una muestra de estudiantes. *Psicologemas*, 8, 185-187.