



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 19 No. 4

Diciembre de 2016

LA SOMATIZACIÓN: DESDE UNA MIRADA PSICOSOCIAL A LOS ESTUDIOS DE LA PERSONALIDAD

Josué Veloz Serrade¹ y Alexis Lorenzo Ruiz²
Universidad de La Habana

RESUMEN

La somatización se ha convertido en un importante problema de salud mundial, no solo en su especificidad como cuadro clínico sino en el acompañamiento de otros padecimientos médicos o psiquiátricos. El síntoma somático aparece irreductible al tratamiento médico habitual, y en muchas ocasiones los pacientes que lo padecen no realizan una demanda de ayuda psicológica. En tal sentido se convierte en una problemática de gran interés desde el punto de vista clínico y psicológico. Cuando pensamos a los cuadros de somatización desde los distintos modelos teóricos encontramos, constructos que provienen de análisis del proceso salud enfermedad, donde se incluyen elementos referidos a las emociones, el estrés, características de la personalidad... y supuestos que abordan lo somático desde el campo de la teoría de la personalidad. Por tales motivos este estudio, se propone una revisión de factores de carácter psíquico y

¹ Profesor. Miembro del Grupo de estudios: Bienestar subjetivo y Salud. Facultad de psicología. Universidad de La Habana. Correo electrónico: josue@rect.uh.cu josuevse@gmail.com

² Profesor Titular. Presidente de la Sociedad de Psicólogos de Cuba. Jefe de la Disciplina Clínica y Salud. Jefe del Grupo de Estudios: Bienestar Subjetivo y Salud. Facultad de psicología. Universidad de La Habana. Cuba

social que pueden acompañar dicho síntoma; y al mismo tiempo conduce al establecimiento de una perspectiva desde el campo de estudios de la teoría de la personalidad, para su estudio y tratamiento.

Palabras claves: Somatización; aspectos psicosociales, teoría de la personalidad.

SOMATIZATION: FROM A PSYCHOSOCIAL LOOK TO THE STUDIES OF PERSONALITY

ABSTRACT

Somatization has become a significant global health problem, not only in its clinical specificity but also in the accompaniment of other medical or psychiatric conditions. Somatic symptom appears not reducible to the standard medical treatment, and often patients who have it do not make a demand for psychological help. In this sense it becomes an issue of great interest clinical and psychologically. When we think of the pictures of somatization from the different theoretical models: constructs originating from analysis of the health-disease process, where elements related to emotions, stress, personality characteristics ... to theories about the somatic from the area of the personality theory. The aim of this study is a review of psychological factors related to somatic symptoms; and at the same time it leads to the establishment of a perspective from the field of study of personality for study and treatment.

Key Words: Somatization; psychosocial aspects, personality theory.

Los cuadros de somatización constituyen el modo de expresión de malestares de tipo psicológico. Los individuos que los padecen solicitan ayuda médica como si se tratara de una enfermedad médica (Lipowski 1988 tomado de Gaedicke y González-Hernández, 2010). Según López-Santiago y Belloch (2012), las distintas pruebas clínicas que se les aplican y que ellos requieren constantemente no muestran la presencia de elementos orgánicos que justifiquen su malestar.

Precisamente un trabajo de Shapper (1992, tomado de López- Santiago, 2011), sobre este tema en los Estados Unidos se reseña que los síntomas somáticos

originan el 50% de las consultas médicas ambulatorias. Esto constituye alrededor de 400 millones de consultas médicas anuales por esta razón.

Estos resultados han mostrado estabilidad a lo largo del tiempo, Kroenke (2008), refiere que alrededor del 80% de la población general experimenta uno o más síntomas somáticos a lo largo de un mes.

Con respecto al trastorno de síntomas somáticos propiamente dicho los estudios epidemiológicos son realmente escasos, tomando en cuenta las diferencias entre los distintos sistemas de clasificación. En este sentido se han mostrado prevalencias bajas en la población general con 0,02 y de 0,03 (Grabe et al, 2003; Escobar et al, 1987).

Sin embargo los trastornos de somatización constituyen una patología importante para el sistema sanitario de todos los países por el enorme costo sanitario que suponen (García-Campayo, Pascual y Cols, 2005). Debido a ello estos pacientes son considerados como “hiperfrecuentadores” o “policonsultantes”, ya que asisten y utilizan los servicios de salud en forma reiterada, gastando importantes cantidades de hora profesional y recursos económicos significativos.

Por otro lado los síntomas suelen ser múltiples, vagos y pueden referirse a uno o varios sistemas o funciones corporales. La presentación incluye quejas atribuidas a un origen cardiopulmonar, gastrointestinal, genitourinario, musculoesquelético o neurológico, así como dolor y fatiga (Servan-Schreiber, 2000).

Hasta el presente el diagnóstico ha requerido una enorme complejidad y ello ha hecho que se haya privilegiado más lo taxonómico en detrimento del estudio de los aspectos psicológicos. Sin embargo ya en las modificaciones que son introducidas en el DSM- 5 (2014); se toma en cuenta el análisis de las cogniciones, emociones y conductas que acompañan a los síntomas somáticos. De cualquier modo continúa una visión atomista del estudio y tratamiento de dichos trastornos.

Aun desde supuestos teóricos diferentes, existe un relativo acuerdo en cuanto a la presencia de variables o factores psíquicos que se relacionan con la aparición de

los síntomas somáticos. Estas variables de carácter psicológico hacen pensar en la posible presencia de características o configuraciones de la personalidad como elementos explicativos.

¿Qué factores de carácter psicosocial están presentes en los cuadros de somatización? ¿Podemos pensar en la existencia de una estructura de la personalidad, que explique la aparición y permanencia en el tiempo, de síntomas en el cuerpo? ¿Una mejor explicación de los síntomas depende de una perspectiva teórica, o de varias? ¿A una teoría de la personalidad le es posible articular varias para el abordaje de los fenómenos somáticos?

Tales elementos serán tratados, pasando por el análisis de algunos de los más importantes estudios psicosociales, hasta una concepción de las alteraciones de la personalidad, con la finalidad de contribuir a la comprensión de la somatización y posibles alternativas para la intervención.

I- Aspectos psicosociales de la somatización en el proceso salud-enfermedad

Existe un amplio debate acerca de los conceptos de salud y la enfermedad y las delimitaciones entre ambos términos, polémica que nunca se ha agotado. Al menos se encuentra cierto consenso acerca de cuestiones fundamentales. Para González (2011) la salud no constituye solo un estado ausente de síntomas sino la presencia también del disfrute de bienestar cultural y espiritual, adecuadas condiciones físicas, además del bienestar psíquico y social en cada individuo. Por otro lado la salud tiene que ver con un equilibrio en la interacción sujeto-medio a partir de que la enfermedad se muestra como un desequilibrio.

Para el mismo autor (González, 2011), los procesos patológicos consisten en la acumulación de cambios cuantitativos determinados por la noxa y por los mecanismos de defensa del sujeto, que de forma progresiva, pueden conducir a cambios cualitativos.

Se puede pensar que los cuadros de somatización se encuentran en ese recorrido de la salud y la enfermedad como una alerta que puede anunciar la aparición futura de una enfermedad en específico. Una especie de estructura situada en el borde que marca la diferencia entre ser considerado enfermo o no, ello quizás explique en algún punto la dificultad para atenderle como síntoma orgánico o psíquico.

1. Conductas de salud y enfermedad.

Algunos investigadores en el campo de la psicología de la salud prefieren hablar de conductas de salud. Bajo este término, Beneit (1981 citado en Campuzano y Martínez, 2004), incluye todos los comportamientos que promueven o potencian un estado de salud general, así como las conductas que minimizan el riesgo asociado a determinados trastornos o enfermedades. Considera además que tales conductas pueden dar lugar a hábitos de salud, es decir, conductas que están firmemente establecidas y arraigadas en el repertorio de un individuo y que se ponen en marcha de forma automática.

Para Orejudo y Froján (2005), existen elementos típicos de la conducta de enfermedad que son frecuentes en el paciente que somatiza:

- El paciente que somatiza se percibe como enfermo y acude a los servicios de salud como si se tratara de una enfermedad real; de hecho esta percepción provoca que muchas veces sea difícil poder diferenciar un cuadro de somatización de una estructura de carácter hipocondriaco.
- Se constata también que características de la personalidad pueden incrementar o reducir la percepción de los síntomas.

Ya algunos de los elementos que aparecen en el estudio del proceso salud enfermedad arrojan luz sobre lo que ocurre el malestar somático.

2. Estrés y somatización.

Existen evidencias de que ciertas personas tienden a desarrollar mayor sintomatología somática que otras bajo ciertas condiciones de estrés. Brannon y Feist (1997 citado en Campuzano y Martínez, 2004), presentan tres modelos de por qué algunas personas enferman cuando están bajo estrés, no así otras:

- El modelo de predisposición al estrés (modelo de diátesis-estrés) establece que algunos individuos son vulnerables a las enfermedades relacionadas con estrés debido a una predisposición para reaccionar anormalmente a los estresores ambientales, predisposición que se hereda a través de una debilidad en algún sistema orgánico o bioquímico.
- El modelo de la personalidad resistente, propuesto por Kobasa en 1979, parte de la idea de que algunas personas poseen resistencia, es decir, son capaces de soportar el estrés y no sucumbir a la enfermedad. Se cree que la resistencia disminuye los efectos dañinos del estrés y protege de las enfermedades relacionadas con éste. Las personas resistentes tienen tres características: expresan un fuerte sentido de compromiso con ellas mismas, demuestran un locus de control interno sobre sus vidas, y son más propensas a ver los reajustes necesarios como un reto más que como estrés.
- El tercero, modelo de trastorno de identidad, sugiere que los eventos de la vida pueden hacer cambiar el sentido de identidad de una persona, y que ese trastorno de identidad tiene un impacto negativo sobre la salud, siempre y cuando el evento contraste con el autoconcepto de la persona.

Orejudo y Froján (2005), hacen, además, un análisis de la expresión de síntomas somáticos en condiciones de estrés apoyando tal posición a partir de las siguientes valoraciones teóricas:

- Afirman, tomando en cuenta la perspectiva de Cohen y Williamson (1991), sobre percepción de síntomas, que cuando las personas se encuentran bajo los efectos del estrés experimentan una mayor activación fisiológica, lo que facilita una mayor atención a los estados fisiológicos y un aumento de la probabilidad de etiquetar los síntomas como señales de enfermedad.
- Respecto a las variables psicológicas implicadas, la afectividad negativa (neuroticismo), el único componente emocional considerado, aparece como el primer predictor de síntomas neuro-sensoriales, cardiovasculares, musculo-esquelético y genito-urinario, mientras que para los respiratorios, ocupa el segundo lugar, tras el padecimiento de asma.
- Algunas estrategias de afrontamiento del estrés aparecen ligadas sistemáticamente a síntomas, siendo la culpación de otros el principal predictor de los síntomas inmunológicos, mientras que otras estrategias, inicialmente centradas en la emoción y que no implican un afrontamiento del problema, como el escape, la represión, la resignación o la contabilización de ventajas, también aparecen ligadas a síntomas.
- Afirmándose en el modelo transaccional de estrés de Lazarus y Folkman (1984), expresan que la competencia personal, al margen del posible efecto indirecto como recurso de afrontamiento del estrés, tiene también efectos directos como protector frente a los síntomas del sistema inmunológico general, de la piel-alergia y del sistema genito-urinario.

Es notable, en el campo de los estudios acerca del estrés, la relación entre variables de contenido psicológico y la aparición y recurrencia de síntomas, e incluso la enunciación de características estables de la personalidad y la conducta que pueden modular y condicionar las respuestas somáticas.

3. Acerca de las emociones.

Uno de los factores psicológicos que más se han relacionado con la enfermedad es la emoción, fenómeno que ha sido abordado desde diferentes perspectivas.

Para Campuzano y Martínez (2004), desde una perspectiva psicoanalítica de las emociones se han enunciado algunas valoraciones y resultados de estudios, imprescindibles para entender el proceso de enfermar, los cuales van desde aspectos emocionales específicos hasta el campo de lo psicosomático:

- Las emociones contienen tres elementos desde la perspectiva de Calhoun y Solomon (1989): pulsión, idea y afecto, de acuerdo con los cuales: 1) una emoción es en ella misma una pulsión esencialmente inconsciente; 2) es una pulsión más una idea, es decir, es la pulsión que viene del inconsciente pero encaminada a una representación; la emoción es inconsciente cuando la idea se separa de la pulsión y la persona la experimenta sin saber cómo o por qué, y 3) es un afecto, simplemente un sentimiento; desde este punto de vista, la emoción no sería inconsciente, sino sólo sus causas.
- Los estudios de Alexander (1950), realizados en el Instituto Psicoanalítico de Chicago y que retoman el interés de la escuela alemana, permitieron concluir qué tipo de emoción se vinculaba con cada trastorno.
- Para Alexander y Selesnick (1970), desde el enfoque psicosomático es esencial el estudio de los factores emocionales en los malestares físicos y en las enfermedades orgánicas crónicas. Desde esta posición había coincidencia en que los padecimientos somáticos respondían a conflictos inconscientes.

Por tanto, desde esta perspectiva no son las emociones por sí solas las que producen los síntomas somáticos, sino las representaciones inconscientes a las cuales se les ha desligado el afecto concomitante y al mismo tiempo este afecto queda ligado a representaciones soportables a nivel consciente.

Por otro lado cuando un paciente describe lo que siente hacia algo, eso que siente no está ligado a la representación que conscientemente supone, sino que la representación es inconsciente y por inconsciente reprimida. A partir de esta posición cualquier síntoma, incluidos los somáticos están ligados a las representaciones inconscientes reprimidas.

Dunbar (1943), como integrante de la escuela clásica de Chicago, se dedicó a estudiar un gran número de pacientes con enfermedades orgánicas, lo que le permitió hallar semejanzas psicológicas en pacientes con la misma enfermedad; presentando esas similitudes como perfiles de personalidad y llega a identificar incluso tipos de reacciones comunes al enfermo psicosomático, que se estructuraron en eventos vitales de la infancia, lo cual no es contradictorio con los elementos que veíamos desde el punto de vista clínico-psicológico.

La Escuela Psicosomática de París (1963), (Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Christian David, Michel Fain, Joyce McDougall), postula la teoría de que detrás del paciente con una enfermedad psicosomática existe un déficit de elaboración psíquica. En el caso específico de Pierre Marty (1992), sus desarrollos teóricos van a estar dirigidos al análisis de lo que él llamará los déficits en la mentalización. En tal sentido el paciente psicosomático sería aquel que su desarrollo psíquico no le permite elaborar psíquicamente sus conflictos y por tanto aparece el cuerpo como el modo de elaboración.

En el mismo campo de estudios sobre el estrés, se había legitimado que éste se encuentra estrechamente relacionado al proceso salud-enfermedad, pero ya en este nuevo punto se ha podido corroborar sistemáticamente evidencias acerca de una fuerte asociación entre la experiencia de ira y la enfermedad coronaria, así como entre la supresión o contención de la ira y la presión sanguínea elevada. La ira manifiesta no sólo incluye la experiencia de ira, sino también manifestaciones de alguna forma de conducta agresiva (ataques a otras personas, destrozamiento de objetos, insultos, amenazas, críticas, etcétera; Grau, 2005)

Las emociones que no son descargadas generan estados de displacer que utilizan a la enfermedad como modo de expresión, pero ya regresan, estos estados, como dañinos o autodestructivos para el sujeto. Para esta postura la energía ligada a una emoción que no es descargada es vuelta al interior del organismo ocasionando daños físicos.

Se observa que aunque varían los modos de comprensión de lo psíquico existe consenso acerca de que importantes factores psíquicos están asociados a la salud y a la enfermedad; y por supuesto al desarrollo de cuadros de somatización. Incluso, aun cuando no se describe por todos los enfoques, se encuentra cierto acuerdo en que no son sólo aspectos psíquicos aislados, sino que se puede afirmar que existe una personalidad del paciente que somatiza, como de cualquier otro padecimiento.

I. La somatización, hacia una configuración psicológica.

Se considera ahora un análisis de los principales aspectos teóricos vertidos intentando comprender a los cuadros de somatización, retomando algunos de los elementos ya apuntados y arrojando luz sobre otras cuestiones no menos importantes. Tal mirada permite asumir los cuadros de somatización desde una perspectiva psicológica, que logre incorporar cada uno de los aportes fundamentales de los distintos enfoques.

En una definición de lo somático que se puede encontrar en la enciclopedia Océano, la cual toma como base el diccionario de la Real Academia Española, se refiere a lo relativo al soma y después acuñándolo como término médico postula: “Se aplica al síntoma cuya naturaleza es eminentemente corpórea” (Enciclopedia Océano, 2006).

Más adelante referido al término somatizar, lo cataloga como término psicológico y lo define de la siguiente manera: “provocar un conflicto psíquico una afección orgánica o somática” (Enciclopedia Océano, 2006).

Inmediatamente salta a la vista la contradicción, no casual, con respecto a dicho concepto, si lo somático es de naturaleza eminentemente corpórea, qué somatización proviene de un conflicto psíquico. ¿Dónde lo puramente orgánico, dónde lo orgánico determinado psíquicamente? Evidentemente el término somatización reúne la sempiterna relación mente-cuerpo.

Ya se ha demostrado científicamente las conexiones biopsicosociales, culturales y espirituales, por lo cual la actividad psíquica está conectada directa e indirectamente con todos los procesos biológicos, por tres vías (González, 2011):

- 1- El neuromuscular, que relaciona el sistema nervioso central (SNC) con el sistema músculo-esquelético y la piel a través de los nervios craneoespinales.
- 2- El neurovegetativo, que relaciona las funciones psíquicas con la actividad visceral.
- 3- El neuroendocrino, que a través del hipotálamo o hipófisis, enlaza el nivel psicológico con los influjos hormonales.

Por otro lado, según Giménez, et al.(2010), carece de sentido en el modelo biopsicosocial la división entre síntomas orgánicos y funcionales, pues todo síntoma posee dos elementos, por un lado una sensación periférica o componente perceptual, y una elaboración cortical cerebral de esa sensación o componente reactivo. Dicho componente reactivo puede ser de amplificación o minimización.

Por lo que hemos podido apreciar los pacientes que somatizan pueden amplificar sus síntomas y esta amplificación puede estar relacionada a características neurofisiológicas, a estrategias de manejo cognitivo, a fuerzas socioculturales, a antecedentes médicos y a atributos de la personalidad.

1. Características socioculturales y familiares.

Según, Giménez et al, (2010), existen en este sentido acuerdo en varias características, que influyen o condicionan la aparición de síntomas:

- Cada unidad familiar tiene normas y reglas diferentes en cuanto al manejo de problemas, incluyendo problemas emocionales. Es dentro de esta unidad social que el niño aprende las respuestas apropiadas a su ambiente, su mundo social y sus sentimientos internos.
- Los niños no pueden distinguir entre el dolor físico y emocional y es solo por medio de las reacciones de adultos que aprenden a hacer esta

distinción. En muchas familias los malestares somáticos evocan atención y cariño, mientras que los malestares emocionales no evocan ninguna respuesta. En estas familias, el niño aprende rápidamente a utilizar síntomas somáticos para conseguir atención.

Las quejas somáticas aparecen entonces, estructuradas en edades muy tempranas para acceder a la atención y el cariño familiar que no se ha recibido de la manera esperada; actúan a modo de síntoma - señal, que está condicionado por las respuestas de los adultos. Después, los síntomas somáticos ejercen no solo una denuncia hacia la estructura familiar sino también a estructuras e instituciones sociales que no acuden al llamado del sujeto herido en su existencia.

En esta misma línea Lorenzo (2004), afirma que “el síntoma es, pues, señal y portador de información; es el aviso de que algo falta. La primera regla en la identificación y manejo de los síntomas sobre todo en personas con diferentes enfermedades consiste en que estos son únicamente una manifestación cualitativa y subjetiva”.

También en cuanto a los factores causales o asociados, se encuentra a los conflictos inconscientes frente a situaciones de vulnerabilidad como pérdidas, conflictos interpersonales, relaciones familiares, cambios en el desarrollo y situaciones sociales (Velazco, Ruiz y Álvarez-Dardet , 2006).

Desde una perspectiva sociocultural y familiar los síntomas se consideran efectos del contexto en el psiquismo y el cuerpo, y no pueden verse éstos como factores aislados.

2. Consideraciones cognitivas

Para el pensamiento cognitivista los conocimientos o pensamientos producen los distintos trastornos, desde esta posición las emociones están ligadas a las cogniciones o ideas de las personas. Para ello es fundamental el análisis del sistema de creencias o interpretaciones que realizan los sujetos de diferentes

situaciones personales. Según esta cosmovisión se puede detectar en el pensamiento los elementos que explican la presencia de distintas patologías a nivel mental.

De ahí que lo que produce el trastorno son los elementos irracionales ligados a la emoción, pero estos aspectos son irracionales en función de que las creencias acerca de la situación sean erróneas y no se ajusten a la situación (Rodríguez y Frías, 2005). Así, las emociones negativas ligadas a creencias erróneas o distorsionadas acerca de una situación producen las enfermedades y síntomas.

Para Feixas, Cipriano y Varlotta (2007), es fundamental el estudio de las construcciones subjetivas que pudieran estar articuladas a la producción de síntomas, por ello consideran de gran importancia el estudio de los siguientes aspectos:

- Los constructos personales a partir de las aportaciones de Kelly (1955), los cuales permiten abordar los distintos significados subjetivos que los individuos otorgan a los demás y a sí mismos, así como a las experiencias en las que se encuentran.
- El estudio de la noción de conflicto cognitivo hace referencia a las implicaciones positivas y negativas que tiene el síntoma para la persona que lo sufre. Aunque el síntoma sea vivido como problemático tiene también implicaciones positivas, abandonarlo puede suponer un cambio no deseado en aspectos relacionados con el sentido de identidad. En tales casos, el paciente entonces se resiste al cambio.
- Esta estructura es llamada dilema implicativo. En estos mismos estudios se evidencia que los dilemas implicativos predicen significativamente la gravedad de la sintomatología, por encima de variables como el sexo, la edad y la autoestima.

El mantenimiento del síntoma puede estar dado entonces por una construcción subjetiva que prefiere sostener el síntoma antes que perder la seguridad que este

produce. Por otro lado esta estructura subjetiva va más allá de lo cognitivo hasta las posibles connotaciones y beneficios para la personalidad de los pacientes que puede tener la permanencia de la enfermedad.

3. Emociones y somatización

En esta línea Taylor, et al. (1997; citado en Sánchez-García, Martínez-Sánchez y Van der Hofstaat, 2011), proponen el estudio de la alexitimia, un trastorno de la regulación afectiva caracterizado por la dificultad para identificar y expresar estados afectivos; como un factor de riesgo para padecer somatizaciones y otras alteraciones emocionales y orgánicas tomando en cuenta los siguientes elementos:

- En varios estudios (Bach, Bach, Böhmer y Nutzinger, 1994; Cox, Kuch, Parker, Shulman y Evans, 1994), se muestra que existen relaciones entre somatización y alexitimia dada la alta prevalencia de trastornos somatomorfos en sujetos con altos niveles de alexitimia.
- El no reconocimiento de las propias emociones y su no expresión podrían estar asociados a la utilización del cuerpo para la comunicación a partir del daño y el dolor.

Se muestra entonces nuevamente la emoción como un indicador para encontrar las pistas acerca de lo que ocurre en la somatización.

4. Consideraciones psicoanalíticas

Ya se había abordado algunos elementos del psicoanálisis, centrados sobre todo en el contexto de los estudios acerca de la emoción, y algunos de los aportes de las distintas escuelas psicosomáticas. Por ello la asunción de la dimensión de lo inconsciente desde una perspectiva psicológica, puede brindar enormes posibilidades para la comprensión y el tratamiento. ¿Qué pasa en el cuerpo del

paciente que somatiza, que no acude a las enfermedades conocidas, ni a las quejas subjetivas como único modo de expresarse?

Para Florenzano, Fullerton, et al. (2002), hay que tomar en cuenta varias cuestiones desde una perspectiva psicoanalítica, que agrupan las posturas de diversos enfoques:

- Lo que comunica el síntoma histérico y conversivo, como encubrimiento de un deseo oculto, que debe ser interpretado y el sentido de la somatización se encuentra en el plano sub-simbólico, donde el paciente comunica un deseo, insatisfecho, que actúa como carencia.
- Existen un amplio grupo de pacientes donde las alteraciones radican en la organización de sus deseos, y no en la alteración de determinadas estructuras o sistemas, los trastornos de somatización pudieran no tener una base patofisiológica, sino patobiográfica. En este sentido debe construirse en el diálogo intersubjetivo, entre el paciente y el profesional que lo atiende.

Hay que abordar, entonces, la historia de los pacientes, su historia de deseos, los satisfechos y renunciados, las carencias, y sobre todo lo que envuelve todo lo anterior: los silencios que se han vuelto su compañía. Desde esta perspectiva lo que se explora no es el síntoma médico sino la queja del paciente, lo que este siente y se hace un énfasis fundamental en la escucha.

Otros investigadores dentro de la medicina psicosomática de corte psicoanalítico, abordan la relación entre lo que consideran una configuración específica de la personalidad psicosomática caracterizada por la sobre-adaptación a la realidad y al contexto en el que vive el sujeto, a partir de los estudios del psicoanalista David Liberman (Arbiser, 2000).

Clínicamente, estos pacientes aparecen como exitosos para los valores socioculturales dominantes, con una adhesión indisociable de la realidad externa y una desestimación y renegación del mundo interior afectivo y corporal. Hijos de

familias donde la cultura competitiva de logros es egosintónica, abrevian en lo posible la primitiva simbiosis materno-filial en aras de un apresurado progreso. Es como si el cuerpo, o una parte de él no hubieran entrado a lo simbolizado, los ritmos que la civilización le impone al cuerpo humano impiden que este se registre como lugar de la subjetividad.

De todo lo anterior se evidencian posiciones psicoanalíticas que buscan el sentido reprimido tras el síntoma, y otras corrientes que utilizan el dispositivo de la escucha analítica como manera de introducir la parte del cuerpo dañada en el campo de la subjetividad y el diálogo en la clínica.

Al mismo tiempo las distintas valoraciones acerca del tema, y desde posiciones teóricas dispares, abordan; desde aspectos psicológicos específicos y factores socioculturales, hasta apuntar a la posible presencia de configuraciones personológicas que den cuenta de la comprensión del trastorno.

Se observa en el estudio en profundidad de los cuadros de somatización, dos tendencias fundamentales; una de ellas, bajo la impronta de los manuales de clasificación psiquiátrica privilegia una concepción taxonómica, con un fuerte énfasis en los elementos relacionados al diagnóstico y tratamiento, fundamentalmente con psicofármacos. Otra apoya el uso del término psicósomático partiendo sobretodo de una concepción psicodinámica de la psiquis, cuando no específicamente psicoanalítica.

En la primera vertiente se descuida en muchas ocasiones el entramado psicológico que subyace en las somatizaciones; y en la otra dirección, la atomización de enfoques impide un consenso acerca de las características psicológicas, del llamado paciente psicósomático y de las coordenadas a seguir para su tratamiento. Detrás del mismo término psicósomático se esconde un dualismo mente cuerpo que aún funciona como mirada en lo psíquico, al tiempo que esconde lo específico humano.

Por tanto, hay que construir un enfoque teórico que permita el abordaje integral del paciente que somatiza como respuesta psicológica a la realidad subjetiva en que vive. En ese sentido el constructo personalidad ofrece aún enormes posibilidades para la comprensión de lo psíquico en relación con lo somático.

II. La Personalidad: Un enfoque integrador para una mirada a la somatización.

El concepto personalidad ha padecido lo que muchos otros constructos en el campo de la psicología: la atomización de escuelas y posturas alrededor de su comprensión. Podemos encontrar una visión estructural en los enfoques factorialistas y una mirada más funcional y sistémica en otras escuelas como el psicoanálisis y el humanismo. Esto ha generado un intenso debate a lo interno de la psicología cubana, sobre todo a nivel epistemológico.

La sistematización realizada por el investigador Fernando González Rey (1992), devino en un modelo para el estudio y problematización de dicha categoría que permite integrar lo estructural y lo funcional, haciendo énfasis en la personalidad en primer lugar como una configuración, lo que garantiza abarcar tanto los aspectos dinámicos como aquellos más estables en la conducta del ser humano. La personalidad consiste en una estructura altamente compleja donde lo estructural y lo funcional, lo estable y lo dinámico, lo consciente y lo inconsciente, se integran para participar en la regulación del comportamiento humano.

Se constata en los elementos teóricos enunciados evidencias que atestiguan una personalidad alterada en los pacientes somáticos. Sin embargo tales hallazgos no se articulan desde una teoría de la personalidad o sus alteraciones que permita la unidad de análisis de lo psíquico, una unidad integradora pero al mismo tiempo estructural del padecer somático.

1. Alteraciones de la personalidad.

Según, Alonso (2004), poseemos más conocimientos sobre los aspectos patológicos de la personalidad, que sobre lo que tipifica una personalidad normal. Lo que se aprecia fundamentalmente es que lo normal acontece en la ausencia de síntomas, en otras ocasiones se utilizan criterios de origen sociocultural.

Las alteraciones de la personalidad no se refieren entonces, a las miradas tradicionales de los manuales de clasificación de enfermedades, sino que consisten en una forma de pensamiento psicológico, que comprende las posibles alteraciones o desviaciones de las estructuras reguladoras de la personalidad a constatarse también en sujetos supuestamente normales.

El constructo teórico-metodológico de alteraciones psíquicas de la personalidad garantiza un análisis en profundidad del caso clínico elaborando una historia particular en el paciente del camino de su padecimiento.

Las distintas alteraciones que enunciaremos tienen su asiento en la teoría de la motivación. González Serra (2005), propone precisamente una mirada sistémica y dinámica con respecto a la motivación viéndola con un reflejo que se encuentra entre los determinantes externos sociales y la actividad interna de los sujetos, constituyendo además una integración de lo cognitivo y lo afectivo.

En tal sentido habría que rastrear en el síntoma somático aquellos elementos que caracterizan de manera afectiva y cognitiva a los pacientes. Desde esta posición las necesidades y motivos del sujeto en su estrecha relación producen un determinado padecimiento, habría que buscar o indagar en las necesidades de los pacientes la manera en que estas se vinculan a la conducta habitual, las posibles relaciones conflictivas que se pueden dar entre unos motivos del comportamiento y otros.

2. Estudios y valoraciones teóricas acerca de las alteraciones psíquicas de la Personalidad.

Los estudios de Alonso (2004), en esta alteración han mostrado los siguientes elementos de interés:

- A partir de la aparición de enfermedades psíquicas se pueden apreciar cambios en la estructura y jerarquía de motivos.
- En el comportamiento se ha demostrado que en diferentes patologías, como adicciones, pacientes neuróticos, esta esfera se encuentra afectada predominando en la regulación del comportamiento necesidades de carácter patológico que determinan la conducta de manera directa impidiendo una adaptación creadora al medio por parte de los sujetos, afectando las relaciones interpersonales, la profesión, etc.
- En pacientes neuróticos, se encuentra la necesidad de afecto a nivel patológico a partir de que exige ser gratificada de manera inmediata e incesante, sin la percepción de límites.
- El debilitamiento y la alteración de estas funciones (la incentivadora y la formadora de sentido) conducen a alteraciones de la actividad. Esto se manifiesta en unos casos en que la función formadora de sentido del motivo se debilita, el motivo se convierte en conocido solamente. Así, el enfermo sabe que a los allegados hay que tratarlos bien; sin embargo, ofende y golpea a su madre. En otros casos, aparece una reducción, un estrechamiento del círculo de formaciones de sentido.
- En estudios con pacientes neuróticos se produce una reducción de la esfera de motivos, se aprecia pobreza en motivaciones sociales, en otros casos se aprecian menos variedad de motivos que en sujetos supuestamente normales.

Como podemos observar las alteraciones de la personalidad permiten abordar en su integralidad al síntoma somático, bosquejar sus sentidos y la manera en que se imbrica con la historia de vida de los pacientes.

Conclusiones

Si entendemos al proceso salud enfermedad como un tipo de equilibrio (González, 2011) entonces el síntoma somático puede ser concebido como una ruptura de ese estado de equilibrio. Cuando tomamos en cuenta a dicho síntoma como un tipo de conducta de enfermedad (Orejudo y Froján, 2005), se puede apreciar que esta se hace, en la mayoría de las ocasiones como estable en el tiempo.

El constructo estrés (Campuzano y Martínez, 2004), permite explicar también la aparición de síntomas, de hecho la presencia de estrés puede hacer que los pacientes esté más pendientes de la aparición de posibles síntomas. Por otro lado los síntomas somáticos pueden enunciar también la presencia de conflictos de carácter inconsciente (Alexander y Selesnick, 1970)

El constructo de somatización en muchas ocasiones se muestra en los pacientes como un tipo de déficits en el desarrollo psíquico (Marty, 1992), que les impide elaborar de manera subjetiva los conflictos que se les presentan. Al mismo tiempo la queja somática puede haber aparecido como señal o respuesta en la estructura u organización familiar (Giménez et al; 2010). No es descartable la asunción de dicho síntoma como una especie de estrategia cognitiva donde el paciente opta por el síntoma como mejor salida (Feixas, Cipriano y Varlotta, 2007).

Las alteraciones psíquicas permiten el estudio de todos estos elementos desde la estrecha articulación del síntoma con la estructura de necesidades y motivos presentes en cada paciente. Estas integran los distintos componentes psíquicos, desde aquellos predominantemente conscientes hasta los dinamismos inconscientes. Aquí se entiende el síntoma entonces como formando parte de una

estructura específica de la personalidad que debe ser indagada y desplegada para su curación o alivio.

¿Cuáles serían esas alteraciones? ¿De qué manera se relacionan entre ellas?
¿Cómo determinan la conducta de los pacientes? ¿En el despliegue de dichas alteraciones el paciente puede acceder al alivio o la curación? Todo ello debe ser dilucidado en posteriores estudios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, A. (2004). *Principales Alteraciones de la Actividad Psíquica y Técnicas para su Determinación*. Habana: Editorial Félix Varela.

American Psychiatric Association (APA) (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (5th Ed.)*. Washington, DC: APA.

Arbiser, S. (2000). *Sobreadaptación e incidencia somática*. *Psicoanálisis APdeBA*, 22(1).

Campuzano, M. D. L. R., y Martínez, L. F. (2004). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud*, 15(2), 169-185.

De la Educación, E. G. (2006). Editorial Océano. Barcelona, España.

Dunbar, F. (1943) *Psychosomatic diagnosis*. Ed. Hoeber, Nueva York, 1943.

Escobar, J. I., Golding, J. M., Hough, R. L., Karno, M., Burnam, M. A., & Wells, K. B. (1987). Somatization in the community: relationship to disability and use of services. *American Journal of Public Health*, 77, 837-840.

Feixas, G. Cipriano, D. Varlotta, N. (2007). Somatización y conflictos cognitivos: Estudio exploratorio con una muestra clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 16,197-203.

Fernández, L. (2006). *Pensando en la personalidad*. Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Florenzano, R., Fullerton, C., Acuña, J., y Escalona, R. (2002). Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Revista chilena de neuro-*

psiquiatría, 40(1), 47-55. Recuperado en 02 de noviembre de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000100006&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-92272002000100006

- Gaedicke, A. González-Hernández, J. (2010). Somatización y Trastorno Conversivo: Clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento. *Revista Memoriza.com*, 6,1-14.
- García-Campayo, J. Pascual, A. Alday, M. Olivan, B. (2005). Tratamiento Psicológico en el trastorno de somatización: eficacia y propuestas de intervención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1,15-23.
- Giménez, J.M., González, M.D., Vidal, J. Pucheta, F.D., Roux, G.M. (2010) Manejo del paciente que somatiza. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. 200, 2-12.
- González Serra, D. 2005. *Psicología de la Motivación*. Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- González, F. 1992. *Personalidad, salud y modo de vida*. Ed. Humanidades y Educación, Universidad Central Venezuela.
- González, R. (2005). *La psicología en el campo de la salud y la enfermedad*. La Habana: Editorial Científico Técnica.
- Grabe, H. J., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Freyberger, H. J., Dilling, H., et al. (2003). Specific somatoform disorder in the general population. *Psychosomatics*, 44(4), 304- 311.
- Grau, J. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad: Repercusiones para la Psicología de la Salud contemporánea. (En: Hernández, E., Grau, J. (Comps) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2005, 113-178).
- Kroenke, K. (2008). Trastornos somatomorfos y controversias diagnósticas. En J. Levenson, D. Gitlin, y C. Crone (Eds.), *Clínicas psiquiátricas norteamericanas*. Medicina Psicosomática. Barcelona: Masson.
- López-Santiago, J. y Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: Una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 73-93.
- López-Santiago, J. (2011). Delimitación diagnóstica y clínica del trastorno de somatización. Tesis doctoral. Servicio de Publicaciones Universidad de Valencia.

Revista Electrónica de Psicología Iztacala. *19*, (4), 2016

López-Santiago, J. Belloch, A. (2012). El laberinto de la Somatización: Se buscan salidas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2, 151-172.

Lorenzo Ruiz, A. (2004) ¿Dónde está el síntoma en la atención psicológica infanto juvenil? *Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana* 1(2-3).
http://www.psiquiatricohph.sld.cu/revista/portal_revhph.htm

Marty, P. (1992) *La psicósomática del adulto*. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

Marty, P., De M'Uzan, M., David, C. (1963). *L'investigation psychosomatic*. Paris, Presses Universitaire de France.

Orejudo, S., Froján, M.X. (2005). Síntomas somáticos: Predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades. *Anales de Psicología*. 21(2), 276-285.

Sánchez-García, M., Martínez-Sánchez, F., Van der Hofstaat, C.J. (2011). Alexitimia y reconocimiento de emociones inducidas experimentalmente en personas con somatizaciones. *Psicothema*. 23(4), 707-712.

Servan-Schreiber, D., Kolb, N.R., Tabas, G. (2000) Somatizing patients: Part I. Practical diagnosis. *American Family Physician*. 61(4), 1073-1078.