

Un niño y su cuerpo enfermo⁺

Mtra. Mireya Zapata M*

⁺ Este trabajo forma parte del proyecto de investigación conjunto titulado "Entre lo propio y lo ajeno" aproximación a las enfermedades autoinmunes; aprobado por el Consejo Divisional de CSH de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y por el CEP de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, como proyecto de tesis doctoral.

* Miembro del personal académico de tiempo completo de la UAM-X, y psicoanalista miembro de la APM.

RESUMEN

Los debates en torno a la enfermedad, cuestión, o expresión psicosomática se enmarcan en la frontera entre lo analizable y lo no analizable y se ubican en una zona de encuentro y desencuentro. El despliegue de dicha problemática tiene particularidades relevantes en el cuerpo infantil enfermo como señalan entre otros autores Ana Freud, especialmente durante la ocurrencia de un padecimiento como es la diabetes. El presente trabajo describe el proceso de psicoterapia psicoanalítica en un niño con diabetes juvenil. Entre otras conclusiones se enfatiza que el manejo transferencial y de la alianza terapéutica con los padres y educadores en diabetes constituyen el centro de los recursos técnicos de la terapia, a lo que se agregó un trabajo específico con los padres para restituir la contención, pues las fantasías que produce esta enfermedad ocasionaban regresiones en ellos que se sumaban a las de su hijo. Se describen algunas viñetas clínicas del caso y se comunica una serie de preguntas en relación con el campo de la psicossomática psicoanalítica en diabetes infantil.

Palabras clave: Enfermedad psicosomática, diabetes juvenil, psicoterapia psicoanalítica.

Este trabajo tiene como objetivo comunicar una serie de preguntas en relación con el campo de la psicossomática psicoanalítica y que surgen de la presentación del caso de un niño con diabetes en psicoterapia.

Los debates surgidos en torno a la enfermedad psicosomática, o la cuestión psicosomática o la expresión psicosomática,¹ se enmarcan en la frontera entre lo analizable y lo no analizable; una zona de encuentro y desencuentro. Como lugar de encrucijada la investigación psicosomática sostiene un diálogo con las investigaciones en otros campos del saber. Hay que destacar que la aproximación psicoanalítica a la expresión psicosomática se basa en

A child and his ill body

ABSTRACT

Debates regarding the psychosomatic illness, question or expression occurs at the border of the analyzable and non analyzable, and stay in a zone of union and disunion. Such a problematic display shows some relevant particularities to the infantile body as Ana Freud pointed out among others, specially having an illness such as diabetes. This paper described a psychotherapeutic work in a child with diabetes. Some conclusion emphasize transference as well as therapeutic alliance with parents and educators constitutes the center of technical resources for the therapy, beside a specific work with parents to reconstitute contentment because fantasies produced by diabetes caused regression in them which added to those of their son. Some clinical vignettes are described and an answer series are communicated regarding the field of psychoanalytical psychosomatic in juvenile diabetes.

Key words: Psychosomatic illness, juvenile diabetes, psychoanalytic psychotherapy.

los conceptos metapsicológicos, y sus preguntas se centran en la interacción del psiquismo y las funciones corporales. El trabajo psíquico produce un gran número de resultados, entre ellos los síntomas neuróticos y psicóticos, con el objetivo de lidiar con los requerimientos pulsionales y con la realidad externa. Los síntomas constituyen el resultado de la elaboración psíquica, pero desde el punto de vista de la economía pulsional se puede decir que los síntomas psicosomáticos presentan una mínima elaboración psíquica y que incluso toman el lugar de ésta.²

La definición de la medicina psicosomática es un concepto teórico y patogénico en el que se acepta y se incluyen factores psíquicos y conflictivos en el desarrollo de las enfermedades físicas.¹

La psicossomática psicoanalítica actual elimina del desorden psicosomático cualquier significado

Correspondencia:

Mtra. Mireya Zapata M

Correo electrónico: "mireya zapata"@rexfermiramexis.com

simbólico, y la economía del aparato psíquico domina sus explicaciones teóricas: la primera tópica inconsciente –preconsciente– consciente es la que más se utiliza, sin abandonar la segunda tópica de ello –yo– superyo, ya que esta última atañe principalmente a las neurosis clásicas. En palabras de M. Fain: “La primera tópica asegura el funcionamiento mental, la segunda anima el drama”.³

La desorganización somática está relacionada, entre otros fenómenos, con la depresión no neurótica, sino esencial, que implica la disminución de los instintos de vida, una disminución de la libido objetual y narcisista: “Constituye una de las manifestaciones clínicas mayores de la presencia del instinto de muerte”, afirma Kleisler.³ Aunque hay que reconocer, junto a J. McDougall,² que la posibilidad de crear síntomas somáticos forma parte de todo psiquismo en algún momento de la vida. Todos los humanos tenemos una potencialidad psicósomática; cada vez que se perturbe nuestra economía narcisista, cada vez que se haga frágil nuestro balance narcisista, nos veremos sometidos a las tensiones derivadas de las fuerzas pulsionales y seremos presa fácil de los síntomas somáticos.

Sin embargo, la enfermedad psicósomática tiene que ver con un modo de funcionamiento operativo⁴ que indica una desorganización en forma de depresión esencial. En ésta hay una ausencia de libertad en el fantaseo, pobreza en la vida onírica y una relación blanca con los vínculos interpersonales, evidencias de la imposibilidad del inconsciente para crear formas representacionales.

Marty⁵ afirma que en tales condiciones la carga ligada a los afectos y a las emociones, mal vehiculada y elaborada por el psiquismo, parece tomar el camino somático. De aquí que el papel del preconsciente como filtro de los contenidos inconscientes sea fundamental para explicar estos modos de funcionamiento mental. Incorporando los planteamientos de la escuela psicósomática de París, J. Mc Dougall² sostiene que estos procesos no son estructuras, sino modos defensivos de relación con el mundo, cuya función es proteger al Yo de la amenaza pulsional primitiva de naturaleza fusional o sádica que el vínculo con el objeto demanda, de tal manera que el funcionamiento operacional y alexitímico son una defensa contra la representación de dolor psíquico. Estos modos de funcionamiento protegen de la invasión de fantasías de fractura total que dejarían al Yo invadido por una gran angustia. El papel del trauma psíquico es, por lo tanto, fundamental; la explicación de estos trastornos debe buscarse en los orígenes de la vida psíquica. La evidencia de los efectos del trauma temprano se observa en los bebés, infantes y niños en los que la frecuencia de los trastornos es mayor, por eso la infancia es vista como “la edad de oro de la psicósomática”.⁶

UN CUERPO INFANTIL ENFERMO

Anna Freud,⁷ en su trabajo “El papel de un cuerpo enfermo en la vida mental de los niños”, establece algunos efectos que sobre el desarrollo del Yo tiene una enfermedad y las consecuentes hospitalizaciones. Si bien no resalta los efectos de una enfermedad crónica sobre el desarrollo infantil, sus contribuciones teóricas son muy importantes para pensar la infancia, el desarrollo y la enfermedad psicósomática, sobre todo en lo que a la intervención terapéutica se refiere. Anna Freud sostiene, y con razón, que la adquisición gradual de habilidades, en lo que se refiere a las funciones corporales, son logros muy importantes en el desarrollo del yo infantil, pues tiene la significación de poseer un cuerpo propio diferente del cuerpo de la madre. La pérdida de estas habilidades por efecto de alguna enfermedad constituye una pérdida yoica que coloca al niño en un nivel más primitivo del desarrollo. Las restricciones del movimiento y de la alimentación, las operaciones, se relacionan directamente con la angustia de castración, que subyace en la fantasía infantil de ser atacado en la intervención quirúrgica, en donde, por ejemplo, se incrementa la regresión a posiciones sádico-masoquistas.

La adquisición de habilidades por parte del Yo infantil implica la neutralización de contenidos pulsionales agresivos y libidinales; la enfermedad actúa de manera disruptiva y los contenidos pulsionales se usan sádica o masoquistamente perturbando el desarrollo de las estructuras mentales infantiles y las relaciones objetales. La enfermedad tiene un efecto sobre la investidura libidinal de los objetos y se da una regresión narcisista que altera la representación mental del cuerpo, del sí mismo y de los padres, de tal forma que la identificación con ellos puede verse perturbada. La enfermedad infantil coloca al cuerpo del niño en un “cuerpo para dos”.⁸ La enfermedad psicósomática coloca al niño en un nivel donde su cuerpo pertenece a su madre o es de ella.²

El trauma ocurre en función de la fragilidad del psiquismo que lo recibe, tal cual es el psiquismo infantil. En la psicósomática psicoanalítica infantil los factores ambientales traumáticos pueden deberse a una sobrecarga de excitación o a una carencia de estimulación. La sobrecarga aparece en muchos trastornos como son los del sueño, dolores abdominales, cefaleas, y en el bebé cólicos del primer trimestre, vómitos, insomnio y espasmo del sollozo. La insuficiencia y la carencia provocan la patología psicósomática de la falta, la más grave produce lesiones funcionales que pueden afectar todos los aparatos.

La diabetes infantil es una de las enfermedades metabólicas crónicas de mayor incidencia en los niños, se manifiesta en una relativa o absoluta baja en la producción de insulina por el páncreas. La enfermedad se caracteriza por un quiebre de la condición física del niño, con síntomas específicos, pero, sobre todo, por una elevación anormal de los niveles de glucosa en la sangre. Tanto la diabetes de tipo 1 como la de tipo 2 están multideterminadas por factores hereditarios y ambientales, de tal manera que los especialistas no incluyen de manera unívoca a la diabetes infantil dentro del cuadro de las enfermedades psicosomáticas.

El concepto psicosomático causal de la diabetes propone una hiperactividad simpática que antecede al síndrome diabético, así como también se consideran relevantes las pérdidas objetales antes de la aparición de la enfermedad. Estos factores sugieren una vía de acceso directo de la angustia hacia el cuerpo, una manifestación psicosomática que convierte la diabetes en una forma de expresión no mediatizada de la angustia sobre el cuerpo.

Un niño con diabetes ocasiona una crisis de gran magnitud en el funcionamiento psíquico de la familia, susceptible de fijar procesos patológicos en torno a los requerimientos diarios del tratamiento, ya que se desencadenan procesos de duelo precoz, de culpabilidad y depresivos. La aparición de una enfermedad crónica produce una fractura en el proyecto narcisista de los padres para invertir al hijo: el niño es la prueba de la creatividad-fecundidad de los padres, un hijo enfermo es una prueba de la falta, de la castración. Esta herida narcisista en los padres debe ser metabolizada para que se pueda volver a invertir al hijo.

El tratamiento diario presenta una serie de complicaciones que tienen un efecto sobre el psiquismo en desarrollo del niño y sobre el de los padres. Los problemas ligados a las restricciones alimenticias, como son la reducción de los dulces, el comer a una hora fija y otros pueden poner en evidencia un conflicto oral en los padres, de tal manera que las restricciones alimenticias del hijo sean utilizadas para externalizar dicho conflicto oral. La inyección diaria es el problema más desagradable de la enfermedad, es vivida por el niño como un ataque a su cuerpo y cuya resolución está vinculada con el momento de desarrollo del niño y la capacidad de la familia, en especial la madre, para metabolizar estos procesos. Si bien la madre es fundamental, no lo es menos el padre, quien tiene que manejar las fantasías de fusión con la madre y la ansiedad de castración con fijaciones en la pasividad, dentro del par antitético masoquismo-sadismo, que la inyección diaria necesariamente despierta. Sin duda tales procesos afectan el esta-

blecimiento de las fronteras entre las diferentes estructuras mentales y también en la diferenciación del yo y de los otros, lo cual implica la representación psíquica del propio cuerpo, en este caso un cuerpo con diabetes. Conviene recordar con Freud que el Yo es primero y fundamentalmente un Yo corporal.⁹

El niño pequeño sólo es capaz de desarrollar una representación de su cuerpo cuando la madre, de manera inconsciente, le permite dar ese paso. Las fallas en el proceso de separación-individuación, no permiten una integración del cuerpo, los pensamientos y las emociones como propios; provocan una falla en la frontera de Yo y los otros, se establece, así, "un cuerpo para dos". Estos procesos deben quedar bien establecidos y diferenciados en los niños y los adolescentes con diabetes, pues no sólo deben incorporar las inyecciones, las restricciones alimenticias y los diferentes análisis de control, sino que también deben aprender a detectar y a responder adecuadamente a las fluctuaciones de los niveles de glucosa en la sangre, aprender a incorporar el peligro de las hiper e hipoglucemias, lo cual implica una sobreinversión e hiperatención en sus funciones y sensaciones corporales, sin que esto implique un proceso patógeno o hipocondríaco.

En las intervenciones psicoterapéuticas de corte psicoanalítico en niños con diabetes, catalogada como enfermedad crónica, es necesario establecer desde el ámbito transferencia-contratransferencia, en especial desde esta última, que se trata de un niño con alguna enfermedad y no de un enfermo; esto posibilita, de inicio, el establecimiento de una diferenciación entre la enfermedad y las diferentes líneas del desarrollo en proceso. No es lo mismo pensar en un paciente diabético a un paciente niño con diabetes.

Según Cramer,¹⁰ hay que estudiar varios factores para entender el lugar que la diabetes ocupa en el desarrollo del niño:

1. De qué manera reaccionan la familia y el niño ante el diagnóstico.
- 2.Cuál es la inscripción inconsciente de la enfermedad.
3. Cómo integra el niño y la familia el tratamiento, es decir, el conocimiento de la diabetes. Existen diferentes investigaciones en las que se confirma que el conocimiento y la educación en diabetes es el mejor apoyo de la terapéutica y que el equilibrio en los controles de la diabetes tiene que ver con el conocimiento de la enfermedad y el tratamiento. La educación en diabetes es decisiva.
4. La calidad de la alianza terapéutica con el médico y el resto del equipo involucrados en el tratamiento.

MATERIAL CLÍNICO

Miguel Ángel

Las viñetas que a continuación describo son el extracto de algunas sesiones en las que se presentaron materiales centrales para el tratamiento. En cuanto al encuadre hay varios aspectos que me interesa destacar. Debido a la corta edad del paciente, éste acude acompañado por su madre, o su padre o ambos y toman la sesión juntos. A partir del diagnóstico hemos acordado que cuando Miguel Ángel no pueda asistir, por estar enfermo, la sesión se repondrá.

Miguel Ángel llega a mi consultorio a los dos años ocho meses de edad, es hijo único de una joven pareja dedicada al arte. El motivo de consulta es que a la edad de dos años tres meses de edad se le diagnosticó diabetes por autoinmunidad y desde entonces es insulín dependiente. La enfermedad se instala después de una fuerte bronconeumonía que requirió hospitalización, y poco después de que la madre sufriera un aborto espontáneo que la deprime mucho; en ese tiempo la pareja estaba distanciada. En la familia de Miguel Ángel sólo su abuelo paterno es diabético tipo 2 y, por lo tanto, no es insulín dependiente.

Otros dos elementos de fundamental importancia son que, ante el diagnóstico, la madre ingresa a tratamiento analítico, y toda la familia está en un programa de educación en diabetes que ha resultado muy eficiente.

Miguel Ángel es un niño muy inteligente, bien vestido, agradable y con una gran capacidad lúdica; hasta su diagnóstico se había desarrollado adecuadamente, aunque la pareja tenía problemas.

Viñetas clínicas

- Durante muchas de las sesiones iniciales Miguel Ángel juega a que él es el hombre araña, se mueve con libertad por el consultorio y se cuelga de unos lazos para semejar al hombre araña volando; también habla de los personajes fantásticos de las películas infantiles del momento. Escoge una caja de figuras geométricas de madera con las que se pueden hacer construcciones, hace su casa y lo guarda todo en su cajón. Descubre las pinturas de agua e inicia una serie de dibujos del hombre araña, pero cubierto por otro ser monstruoso que le da miedo, pero que cubre y protege al hombre araña. En este momento está muy enojado con su mamá, a la que hay que contener.
- En una sesión llevó a la abuela y yo le pedí que nos dejara solos. Miguel Ángel escribió en el pizarrón una serie de garabatos, los encerró en un círculo y me dijo que ahí estaba escrito su nombre. Yo le contesto que sí, pero está encerrado,

como marcando adentro y afuera; me dijo que él era como el hombre araña y su máscara. Ante mi sorpresa, me dice que al hombre araña le picó una araña y que sufrió, que se sintió muy mal, pero así obtuvo sus poderes, entonces yo le digo: tú sabes algo de piquetes, a ti también te inyectan, -sí, responde. Más adelante los niveles de glucosa se estabilizaron por primera vez durante una semana.

- Miguel Ángel invitó a su papá a varias sesiones en las que el tema era dibujar caracoles y tortugas, cuyos cuerpos son frágiles y no pueden vivir sin su caparazón. En este momento me pareció que Miguel Ángel podía poner en palabras la representación interna de la diabetes. La diabetes es una enfermedad invisible, el caparazón pone la nota visible de la enfermedad.
- El siguiente tema es el de los alimentos. Miguel Ángel ha cocinado, en su casa, bocadillos de plastilina a los que dice que les ha puesto azúcar y los ha cocinado para mí, los llevó a la sesión. Así se inicia un nuevo juego que convive con los anteriores: el juego del té y la comida. Este juego ha evolucionado hasta la compra en el supermercado de los alimentos de la familia. Aquí Miguel Ángel se ha enojado fundamentalmente conmigo, ha aventado los juguetes y cuando se le interpreta el motivo de su enojo por no poder comer lo que quiera y que tanto su mamá como su papá también lo entienden, pero que lo quieren y lo cuidan, cambia su actitud.

Miguel Ángel sostiene una buena relación con sus pares en la escuela, no así con sus maestras que se angustian mucho por tener que cuidar a un niño con diabetes. Debido a esto los padres han decidido cambiarlo a una escuela con personal más capacitado, en donde la madre también será contratada para trabajar en otro año escolar. Para asistir a las fiestas hemos diseñado el modo en que en las piñatas aparezcan los dulces que él puede comer. Así fue como festejó su cumpleaños, con muchos invitados, piñata y pastel.

CONCLUSIONES

El manejo trasferencial y de la alianza terapéutica con los padres y con la educadora en diabetes constituyen el centro de los recursos técnicos de la terapia. Hasta el momento los padres han incorporado el tratamiento y han recuperado un sentido de orgullo por su hijo emanado de su respuesta a los tratamientos. Miguel Ángel ha podido expresar algunos contenidos internos de la enfermedad. El objetivo terapéutico de colocar la enfermedad en su lugar se está trabajando de tal manera que no inva-

da el desarrollo en su totalidad, y así Miguel Ángel pueda ir cumpliendo sus tareas del desarrollo lo mejor posible, sin negar la presencia de la diabetes.

Tanto con la madre como con el padre hemos trabajado en restituir su capacidad de contención, pues las fantasías que produce esta enfermedad, ocasionan regresiones en ellos y se suman a las de su hijo. Los padres cada vez adquieren una mayor destreza para identificar con base en el comportamiento de su hijo, si corresponde a un proceso de su desarrollo o de la enfermedad. Con la educadora en diabetes mantenemos un contacto respetuoso para el trabajo conjunto. A su vez, Miguel Ángel y todo el equipo hemos tenido que enfrentar la escasa cultura en México en torno a la diabetes infantil y juvenil. Tenemos la esperanza de que los trabajos conjuntos produzcan mejores resultados.

REFERENCIAS

1. León Kreisler en Lebovici y Diatkine 1990.

2. McDougall J. A child is being eaten -I: psychosomatic states, anxiety neurosis and hysteria— a theoretical approach II: the abysmal mother and the corkchild- a clinical illustration. *Contemp Psychoanal* 1980; 16: 417-59.
3. Kreisler, en Lebovici y Diatkine, 1990, p. 138.
4. Marty P. El orden psicossomático. Valencia: Editorial Promolibro; 1995.
5. Marty P, M'Uzan M, David C. L'investigation psychosomatique. Presses Universitaires de France; 1963.
6. Kreisler, en Lebovici y Diatkine, 1990, p. 135.
7. Freud A. The role of bodily illness in the mental life of children". *Psychoanal St Child* 1952; 7: 69-81.
8. Seiffge-Krenke I. One body for two. The problem of boundaries between chronically ill adolescents and their mothers. *Psychoanal St Child* 1997; 52: 340-55.
9. Freud S. El Yo y el Ello. Obras completas. (Trad.) Etcheverry JL. Buenos Aires: Amorrortu; 1976, p. 13-66.
10. B. Cramer en Lebovici y Diatkine, 1990.
11. Calef V. Panel reports —psychological consequences of physical illness in childhood. *J Amer Psychoanal Assn* 1959; 7: 155-62.
12. Kavka J. Ego sintesis of a life-threatening illness in childhood". *Psychoanal St Child* 1962; 17: 344-62.
13. Stephanos S. Analytical psychosomatics. In: *Internal medicine". Int R Psycho Anal* 1980; 7: 219-32.

Recibido: Agosto 22, 2003.

Aceptado: Septiembre 30, 2003.