



Universidad Católica Argentina
"Santa María de los Buenos Aires"
Facultad de Psicología y Psicopedagogía
Lic. en Psicología

TRABAJO DE INTEGRACIÓN FINAL

Una Visión Relacional de la Enfermedad Somática

Alumna: Macarena Sol Di Ninno

N° de Registro: 12-160138-4

Director: Marcelo Noël

Tutoras: María Cristina Lamas y María Celina Mongelo

Buenos Aires, 2020

ÍNDICE

ÍNDICE	1
1. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS Y SU FUNDAMENTACIÓN	2
1.1 Delimitación del objeto de estudio	2
1.2 Planteamiento del problema.....	7
1.3 Objetivos.....	7
<i>Objetivo general</i>	7
<i>Objetivos específicos</i>	7
1.4 Fundamentación	7
2. METODOLOGÍA	8
3. DESARROLLO CONCEPTUAL	8
3.1 Enfermedad Somática	8
3.1.1 <i>Conceptualización</i>	8
3.1.2 <i>Mentalización</i>	13
3.2 Perspectiva Relacional.....	17
3.2.1 <i>Conceptualización</i>	17
3.2.2 <i>Matriz relacional</i>	22
3.3 Matriz relacional en la enfermedad somática	25
4. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES	31
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
6. ANEXO	38

1. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS Y SU FUNDAMENTACIÓN

1.1 Delimitación del objeto de estudio

Este trabajo de integración final teórico de revisión bibliográfica se propuso estudiar la enfermedad somática desde la perspectiva relacional. Para ello, en primer lugar, se caracterizó la enfermedad somática. Luego se describió el concepto de matriz relacional proveniente del psicoanálisis relacional y por último se analizaron los aportes de esta perspectiva en el análisis la enfermedad somática. El trabajo ha sido abordado desde una perspectiva psicodinámica, específicamente desde el psicoanálisis relacional.

La *somatización* es un fenómeno que ha sido conceptualizado de diversas maneras a largo de los años. Sin embargo, las definiciones formuladas hasta el momento comparten un elemento en común: la presencia de síntomas físicos de patología desconocida. Existen dos maneras de definir las somatizaciones, como un *fenómeno primario* caracterizado por la presencia de síntomas físicos sin una explicación clínica definida o, como un *fenómeno secundario* resultado de una angustia o estrés psicológico. (Giacobo Serra, 2012). En tanto fenómeno secundario se trataría de una manifestación patológica cuyo origen no se encuentra en una lesión o alteración orgánica sino en un trastorno psíquico, o cuya aparición y desarrollo se ve influenciado por variables psicológicas (Baeza Velasco 2010).

Con el psicoanálisis, se abrió una nueva vía para abordar las enfermedades somáticas, desarrollándose una corriente psicósomática de origen psicoanalítico, que se diferencia de la corriente estrictamente médica, que parte de la noción de enfermedad y busca sus factores etiológicos. La psicósomática psicoanalítica parte del hombre enfermo y de su funcionamiento psíquico para tratar las condiciones en las que pudo desarrollar una enfermedad somática. (Kapsambelis, 2016). En los inicios del psicoanálisis, Freud diferenció las psiconeurosis de defensa, histeria, obsesión, fobia, de las neurosis actuales, neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría, tratándolas como tipos de neurosis con etiología diferente. Mientras que las manifestaciones corporales de las psiconeurosis responderían a mecanismos de conversión de tipo histérico, las neurosis actuales estarían más cerca de la problemática psicósomática. Esta diferenciación derivó en dos grandes planteamientos a la hora de entender la psicósomática y lo psicósomático. Un enfoque entiende los fenómenos somáticos como mensajes corporales que pueden ser interpretados al igual que otro sistema de comunicación del universo simbólico del sujeto. Otro enfoque diferencia entre lo conversivo y lo psicósomático. El primero ha sido defendido por quienes mantienen la teoría de la conversión histérica para entender cualquier fenómeno somático funcional o lesional. El segundo entiende que contenido simbólico de la sintomatología conversiva es una forma de expresión evolucionada de una conflictiva psíquica, mientras que en la patología psicósomática esto estaría ausente y predominaría una psicodinámica

vacía, deslibidinizada y sin sentido. Podría decirse que lo conversivo estaría dentro del registro neurótico y lo psicósomático en un registro más próximo a la psicosis que a la neurosis. (Rodado & Otero, 2004).

En la actualidad, la psicósomática no plantea que la psiquis por sí sola sea capaz de suscitar un trastorno corporal, sin la participación de lo somático. Lo mental no tiene la omnipotencia para generar un trastorno somático sin una predisposición somática. Por lo que, si cada enfermedad es considerada como un trastorno complejo y potencialmente invalidante tanto en el plano físico como psicológico, entonces, es necesario emprender una evaluación diagnóstica y una intervención que integre estos aspectos. (Baeza Velasco, 2010). Por eso, la psicósomática analiza las relaciones entre los movimientos psíquicos y somáticos en los enfermos somáticos (Marty, 1992). La psicósomática psicoanalítica estudia los factores psicológicos conscientes e inconscientes que intervienen en la etiología, el desencadenamiento, la evolución o el tratamiento de las enfermedades somáticas. La variedad de enfermedades somáticas que existen y la gama de sujetos susceptibles de enfermar es grande, por lo que no cabe distinguir paciente psicósomático para referir un tipo particular de personalidad o de estructura, dado que pacientes psicósomáticos pueden ser todos (Ulnik, 2008). Por ejemplo, la alexitimia puede estar asociada a la somatización ya que los individuos alexitímicos carecen de las representaciones mentales de las emociones debido a una capacidad limitada para comprender y regular las emociones. La alexitimia, entonces, podría contribuir al desarrollo o mantenimiento de la enfermedad psicósomática y por ese motivo se debe tener conciencia de ella. (Torres Hernández et al., 2015).

El DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) describe los Trastornos por Síntomas Somáticos conformando un acercamiento más entre lo psicológico y lo somático acorde con los conocimientos científicos y clínicos (Vallejo Pareja, 2014). El trastorno se caracteriza por uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria tales como pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud y se pone de manifiesto por pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas, grado elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas, tiempo y energía excesivos dedicados a estos síntomas o a la preocupación por la salud. Además, aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno somático es persistente durante por lo general más de seis meses. (American Psychiatric Association, 2013).

Continuando con la conceptualización de la enfermedad somática, desde sus inicios hacia finales de 1940, la Escuela Psicósomática de París coincide en definir el trabajo de la *mentalización* como una aptitud para tratar y elaborar las representaciones psíquicas de la pulsión, en sus dimensiones cualitativa y cuantitativa. La mentalización conceptualizada por Pierre Marty implica la actividad representativa y fantasmática del individuo (Kapsambelis, 2016). En lugar de desmentalización, Marty empleó la noción desorganización como una fuerza deconstructora que

en ciertos momentos traumáticos borra las bases sobre las que se establece la organización psíquica del sujeto, es decir los mecanismos de mentalización (Franco Vicario, 2016). Por otro lado, se describe la mentalización como la capacidad para la representación mental del funcionamiento psicológico del self y del otro (Mendiola, 2008).

Marty (1992) en su trabajo sobre la psicósomática del adulto introdujo el concepto de pensamiento operatorio y explicó que las actividades fantasmáticas y oníricas permiten integrar las tensiones pulsionales para proteger la salud física. Este pensamiento lo que hace es poner en evidencia la carencia de estas actividades, a la par de las perturbaciones somáticas, y es un pensamiento consciente sin ligazón con los movimientos representativos que no utiliza mecanismos psicóticos ni tampoco neuróticos. El pensamiento operatorio está desprovisto de valor libidinal, casi no permite que se exteriorice la agresividad, sugiere la precaria conexión con las palabras y un proceso de investidura de nivel arcaico. Más tarde, la noción de pensamiento operatorio es reemplazada por la de vida operatoria para poder tener en cuenta la disminución de pensamiento frente a la importancia que adquieren los comportamientos. Por otro lado, la vida operatoria se liga a una depresión esencial sembrada de incidentes o accidentes psicósomáticos. La depresión esencial es una depresión sin objeto, ni autoacusación, ni culpabilidad consciente, en la que el sentimiento de desvalorización y herida narcisista se orienta hacia lo somático. Tal cuadro evidencia el precario trabajo mental y los conceptos de pensamiento operatorio y vida operatoria sirvieron de punto de partida para investigaciones del campo psicósomático. (Marty, 1992).

La clínica psicoanalítica de los enfermos somáticos sostiene que las alteraciones de la cualidad de la vida de representación y de la vida fantasmática orientan la economía psicósomática hacia salidas no psíquicas, tales como comportamientos o somatizaciones. De este modo, el recurso de la somatización es una de las vías posibles de las que dispone el sujeto para hacer frente a los conflictos. En el registro psicósomático no hay simbolización, el lenguaje del cuerpo se convierte en expresión de un verdadero pensamiento operatorio. El carácter psicósomático es el modo de funcionamiento mecanizado del pensamiento, la racionalización de los comportamientos, el escaso impacto de los afectos, la habilidad de los sujetos para mostrarse como si no viviera ninguna emoción, y al mismo tiempo crear en el otro y dentro del otro una verdadera emoción. A su vez, el carácter psicósomático da pruebas de un modo de adaptación a la realidad sólido, prudente y equilibrado (Bergeret, 1974). En la sobreadaptación, el sujeto somatiza lo emocional escindido como síntoma somático, sin que las emociones hayan llegado a inscribirse en el psiquismo. El síntoma somático aparece entonces como parte del funcionamiento de la personalidad, y es equivalente a la señal de angustia que el paciente no puede tener, dando así la posibilidad de una transformación hacia un nacimiento psíquico de la experiencia emocional. (Pistiner de Cortiñas, 2018)

Ahora bien, se ha considerado que el ser humano no es un ente separado de la realidad sino que es una realidad relacional, un tejido relacional en el que fluye el universo, donde el vínculo temprano con el cuidador primario, generalmente representado por la madre o por quien organiza el ambiente de cuidados del niño, se constituye en el fundamento de la cualidad única del mundo interno del sí mismo y objeto de un individuo. (Bedoya Hernández, 2012). Es por esto que se propone el *Psicoanálisis Relacional*, como alternativa de la teoría freudiana (Marín Posada, 2014), que es un conjunto de desarrollos teóricos, técnicos y clínicos que contribuyen a la evolución de la psicoterapia psicoanalítica hacia una forma que explica la dinámica intrapsíquica en la intersubjetividad, o la trama de relaciones que constituyen y en la que se despliega la subjetividad. (Velasco Fraile, 2009). Las teorías del modelo relacional no describen al individuo como un conglomerado de impulsos de origen físico, sino como si éste estuviese conformado por una matriz de relaciones con los demás, en la cual está inscrito. Según este punto de vista, la unidad básica de estudio es un campo de interacciones dentro del cual surge el individuo. La búsqueda analítica implica el descubrimiento, la participación, la observación y la transformación de estas relaciones y de sus representaciones interna. (Marín Posada, 2014). Por lo tanto, los seres humanos existen en relaciones, ya sean con personas con quienes interactúan, imágenes de importantes figuras del pasado, tradiciones culturales, identificaciones o imágenes y experiencias de su propio self pasado, presente o futuro, y además, la historia de la vida personal del individuo y los contextos relacionales, sociales y culturales en los cuales se ha manifestado esa historia de vida, que son inseparables y se determinan recíprocamente. (Moreno Fernández, 2009).

Por su parte, Paul Wachtel (2014) trabaja desde un punto de vista al cual él llama cíclico psicodinámico, que está conectado con la versión relacional del psicoanálisis. Para dicho autor, la transferencia y la contratransferencia son aspectos centrales en el pensamiento de la mayoría de los analistas relacionales y son importantes tanto para comprender las dificultades del paciente y sus modos de vida, como también un medio terapéutico para reelaborar patrones problemáticos. Para Watchel, desde el punto de vista del psicoanálisis relacional, el analista no es un mero observador o reflector sobre la conducta del paciente, sino que es un participante activo, un co-creador de lo que acontece en el consultorio. Mostró la utilidad de los enfoques relacionales para el trabajo clínico al plantear un enfoque terapéutico en el que el terapeuta está inmerso en la individualidad y la experiencia de cada paciente y simultáneamente tiene en perspectiva el contexto relacional más amplio dentro del que se manifiestan los síntomas. Lo que define la perspectiva relacional es la atención al contexto y el interés en entender cómo las relaciones influyen en la dinámica de los fenómenos mentales y, en cómo la propia relación terapéutica contribuye al cambio psicológico. La visión contextual del individuo entonces da sentido a observaciones opuestas acerca de lo reactivos que son los seres humanos a los acontecimientos que ocurren a su alrededor, ya sea en la sesión de psicoterapia o en cualquier otro contexto en sus vidas. (Moreno Fernández, 2009).

Uno de los más grandes aportes de Stephen Mitchell al psicoanálisis y a la psicoterapia fue la construcción de un marco conceptual que permita integrar teorías provenientes de diferentes escuelas, de manera que estas coincidan en la consideración de que el psiquismo se constituye a partir de una *matriz relacional*. Esto implica que todos los fenómenos psíquicos y los comportamientos humanos tales como la sexualidad, agresividad, afectividad, motivación, miedo, son tomados desde esta mirada como experiencias interactivas, en las que los otros internos y externos ocupan un lugar esencial y constitutivo, diferente a perspectivas individualistas de la mente que plantean la existencia de factores innatos como la pulsión por ejemplo, como causas del comportamiento. La *Matriz Relacional* es un concepto que Mitchell introduce (1993) para definir el objeto de estudio del Psicoanálisis Relacional. La palabra matriz es usada por dicho autor para dar cuenta de la gestación de la mente humana, la cual estaría constituida por variables relacionales, representaciones que se construyen interactivamente a través del contacto con otros. En fin, la mente sería una matriz constituida por variables relacionales, que posee tres dimensiones: el sí mismo, que se refiere a las representaciones que un sujeto tiene sobre sí mismo, el objeto que es el conjunto de representaciones que tiene ese mismo sujeto acerca de algún otro significativo para él, y el campo interactivo, que está referido a los patrones o esquemas transaccionales que se representan entre el sujeto y algún otro significativo con el que se relacione. (Marín Posada, 2014).

Mitchell a su vez muestra dos modelos que le preceden al modelo de conflicto relacional: el modelo pulsional y el modelo de detención del desarrollo. El primero es el modelo clásico desarrollado por Freud que plantea que el ser humano nace y despliega impulsos, pulsiones, que buscan descarga y tienden hacia el placer, por lo cual el medio social simplemente es un lugar que posibilita su despliegue. El conflicto desde esta teoría nace de la dificultad para dar satisfacción a estas pulsiones en el afuera, ya sea debido a impedimentos sociales o a la posterior internalización de estas prohibiciones en el superyó. En cambio, el segundo modelo, pertenece al grupo de modelos relacionales y parte de las teorías de Heinz Kohut y Donald Winnicott y plantea que las dificultades psicológicas parten de la precaria satisfacción de las necesidades relacionales de la persona por parte de su medio ambiente, como los padres, cuidadores. Mitchell plantea una tercera posibilidad que es el modelo de conflicto relacional y que toma algunos elementos de sus predecesores: del modelo pulsional retoma su consideración sobre la naturaleza conflictiva de lo psíquico y del modelo de la detención del desarrollo, su consideración sobre lo relacional como motivación fundamental en la experiencia humana. Sintetizando, el modelo del conflicto relacional explica que los contenidos mentales se constituyen a partir de una matriz relacional y que el conflicto es connatural a esos contenidos debido a que nos movemos en los límites de la integración y la individuación. (Marín Posada, 2014).

1.2 Planteamiento del problema

Frente a lo planteado en la delimitación del objeto de estudio, las preguntas de investigación que motivaron este trabajo fueron las siguientes: ¿Puede la enfermedad somática ser explicada desde el psicoanálisis relacional? Y en ese caso, ¿Cómo la considera? ¿Hay vinculación entre la matriz relacional y la enfermedad somática?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Analizar la enfermedad somática desde la perspectiva relacional

Objetivos específicos

- Caracterizar la enfermedad somática
- Describir la perspectiva relacional
- Identificar la matriz relacional en la enfermedad somática

1.4 Fundamentación

La enfermedad somática presenta una prevalencia de alrededor del 50%, en las consultas médicas en atención primaria. Los pacientes que hacen uso elevado de recursos sanitarios se muestran insatisfechos acerca de la atención médica recibida que no logra aliviar sus síntomas, tienden a negar la influencia psicosocial y así se resisten a la derivación psicológica o psiquiátrica. Claro está que frecuentemente, las consecuencias de estos síntomas disminuyen considerablemente la calidad de vida y provocan gran angustia. (Baeza Velasco, 2010). Existen dos maneras de definir las somatizaciones, como un fenómeno primario caracterizado por la presencia de síntomas físicos sin una explicación clínica definida o bien como un fenómeno secundario resultado de una angustia o estrés psicológico. (Giacobo Serra, 2012). Con el psicoanálisis, se abrió una nueva vía para abordar las enfermedades somáticas, desarrollándose una corriente psicósomática de origen psicoanalítico, que se diferencia de la corriente estrictamente médica. (Kapsambelis, 2016). Ahora bien, dado que el ser humano no es un ente separado de la realidad sino que es una realidad relacional, donde la temprana relación con el cuidador primario es significativa (Bedoya Hernández, 2012), esta investigación buscará el análisis de investigaciones sobre somatizaciones desde una perspectiva relacional. Dicha perspectiva no describe al individuo como un conglomerado de impulsos de origen físico, sino como si éste estuviese conformado por una matriz de relaciones con los demás, en la cual está inscrito. Esto implica que los otros internos y externos ocupan un lugar esencial y constitutivo y que la mente sería considerada una matriz constituida por variables relacionales, representaciones que se construyen interactivamente a través del contacto con otros (Marín Posada, 2014). No obstante, si bien la enfermedad somática ya lleva un camino de estudio hasta el día de hoy, con el

presente estudio se pretendió realizar un abordaje de los pacientes somáticos partiendo de una perspectiva relacional.

2. METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación tiene un diseño teórico y de revisión bibliográfica. De esta manera, se buscó estudiar la relación entre la matriz relacional y la enfermedad somática.

Para alcanzar este objetivo se utilizaron como fuentes de información primaria, libros, manuales y artículos académicos acerca de la temática a investigar. Asimismo, se utilizaron bases de datos como Ebsco, Redalyc, Scielo, Dialnet como fuentes secundarias. Además, como fuente terciaria se recurrirá a la Biblioteca de la Universidad Católica Argentina.

Para la inclusión de bibliografía, se seleccionaron artículos nacionales e internacionales, de habla hispana e inglesa, correspondientes a los últimos 15 años, con excepción de textos, manuales y autores como Bergeret (1974), Marty (1992) y Mitchell (1993) que abordan las temáticas de interés y han desarrollado teorías relevantes en el campo de la psicósomática y del psicoanálisis relacional. Se dejaron afuera aquellos artículos o textos antiguos que no resulten indispensables para el desarrollo y la comprensión de las temáticas propuestas.

Para realizar la búsqueda y lograr el estudio propuesto se utilizaron palabras clave tales como: Enfermedad y Síntomas somáticos, Matriz relacional, Psicoanálisis relacional, Patrón relacional, Relaciones tempranas.

3. DESARROLLO CONCEPTUAL

3.1 Enfermedad Somática

3.1.1 Conceptualización

A partir de S. Freud, diversos psicoanalistas se interesaron por las enfermedades orgánicas. La idea general según la cual la vida psíquica podía influenciar en los estados orgánicos encuentra una nueva justificación en la teoría y la práctica psicoanalítica. (Smajda, 2013). El término remite al monismo cuerpo-mente o soma-psique, donde lo psíquico puede verse como una cúspide integradora de los estímulos que proceden del interior y exterior del organismo. Cuando las funciones de pensamiento, control, organización y defensa del psiquismo se adecúan a la estimulación causada por un suceso o evento, éste se inserta en la corriente biográfica o narrativa del sujeto sin dificultades. Ahora bien, puede suceder que el aparato psíquico se vea desbordado y su sistema de drenaje de la tensión se bloquee o no se activen defensas óptimas que permitan transmitir al sujeto una percepción de dominio y de preservación de su Yo. (Sánchez Sánchez, 2014).

En tal caso, se pone en marcha un estado en el cual deja de activarse la angustia-señal de alarma y en su lugar aparecen angustias difusas, innominadas y no codificadas por el Yo. Es allí cuando puede aparecer la defensa somática o la derivación a través del cuerpo, de las tensiones no tramitadas mentalmente. Sucede que lo energético primitivo y desorganizado se plasma en una aparición perturbadora que se aleja de la homeostasis y de la salud. En dicho caso, se da una escisión psique-soma, donde se expulsa fuera del psiquismo el trauma que no puede procesarse, y el daño producido es la somatización, la cual deja una huella de vulnerabilidad corporal que favorece las compulsiones repetidoras ante situaciones de desequilibrio posteriores. (Sánchez Sánchez, 2014).

Si bien la somatización es un fenómeno que fue conceptualizado de diversas maneras a lo largo de los años, las definiciones formuladas hasta el momento comparten un elemento en común, que es la presencia de síntomas físicos de patología desconocida (Giacobo Serra, 2012). Esto describe una constelación de características clínicas y conductuales que indican que una persona está experimentando trastornos psicológicos a través de síntomas somáticos no explicados por los hallazgos patológicos. La persona atribuye estos síntomas a una enfermedad física y esto lo dirige a buscar ayuda médica. (Fiertag et. al, 2014). En la actualidad, la psicósomática no plantea que la psiquis por sí sola sea capaz de suscitar un trastorno corporal sin la participación de lo somático, ya que lo mental no tiene la omnipotencia para generar un trastorno somático sin una predisposición somática. Por lo que, si cada enfermedad es considerada como un trastorno complejo y potencialmente invalidante tanto en el plano físico como en el psicológico, entonces es necesaria una evaluación diagnóstica y una intervención que integre estos aspectos. (Baeza Velasco, 2010).

El hombre es una unidad psicósomática en la que toda enfermedad somática aparece como consecuencia de la ruptura de la integración somato-psíquica, mente-cuerpo. Ahora bien, se puede hallar la somatización en sujetos con un funcionamiento psíquico adecuado, o bien, deficitario. La diferencia radica en que en el caso de una organización psíquica deficitaria, la somatización estará presente como una forma habitual de funcionamiento. En cambio, cuando el sujeto cuenta con una organización compleja, con recursos psíquicos ricos y flexibles la somatización suele ser solamente ocasional. (Borelle & Russo, 2013). En la misma línea, Pierre Marty (1992) propuso que el hombre es psicósomático por definición, y por lo tanto, denominar psicósomáticos a los enfermos somáticos y a las enfermedades somáticas, sería un motivo de confusión y no sería correcto. Por lo tanto, cuando se habla de la psicósomática, se hace referencia a la doctrina que se ocupa de los pacientes que presentan afecciones somáticas. (Marty, 1992). De esta forma, la enfermedad somática se define como la coexistencia, en un mismo individuo, de una sintomatología mental y de una sintomatología somática. En este sentido, en un enfermo somático se pueden reconocer, de manera más o menos discreta o más o menos observable, alteraciones mentales. (Smajda, 2013)

Autores de la IACAPAP, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, han considerado que la somatización es producida por una combinación de factores individuales, familiares y ambientales que son predisponentes, precipitantes o mantenedores de la somatización. De esta forma, un grupo de factores individuales podría componerse por las personalidades meticulosas, sensibles, vulnerables o ansiosas, y las dificultades para adaptarse a los problemas cotidianos, la orientación hacia el alto rendimiento, la mayor atención a las sensaciones físicas, las preocupaciones particulares sobre las relaciones entre iguales, y los antecedentes personales de enfermedad física. En cuanto a factores familiares, se destacan las familias ansiosas, sobreprotectoras, sobre-involucradas emocionalmente, situaciones estresantes cónicas como la falta de armonía conyugal, problemas de salud tanto mental como física, y las limitaciones en la capacidad de comunicarse acerca de cuestiones emocionales. En relación a factores ambientales, se mencionan la presión académica, problemas con compañeros o profesores, especialmente el acoso escolar. (Fiertag et. al., 2014).

Por su parte, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-V, describe a los trastornos por síntomas somáticos conformando un acercamiento más entre lo psicológico y lo somático acorde con los conocimientos científicos y clínicos. (Vallejo Pareja, 2014). El trastorno se caracteriza por síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria tales como pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud. Se hace manifiesto por pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los síntomas, por un grado elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas, por el tiempo y energía excesivos dedicados a estos síntomas o por la preocupación por la salud. Además, el trastorno somático persiste generalmente durante más de seis meses. (American Psychiatric Association, 2013).

Para apreciar y caracterizar la organización patológica en Psicósomática, se hace referencia a tres niveles: uno mental, otro comportamental y el tercero somático. Hoy se sabe que la vida de estos enfermos está comprometida sobre todo en los dominios del comportamiento y de la expresión somática, ya que en ellos el aparato mental está, en comparación con los neuróticos, poco utilizado para afrontar y resolver tensiones y conflictos. (Marty et al., 2013). Desde una perspectiva clínica, hoy se piensa en cómo entender y por lo tanto asistir a pacientes que, además de padecer una enfermedad bien definida, presentan síntomas psicopatológicos o rasgos de personalidad que influyen en la enfermedad, interfieren en el tratamiento, constituyen un riesgo adicional, o favorecen respuestas que exacerban los síntomas de la enfermedad. Existen ciertas enfermedades somáticas tradicionales tales como el asma bronquial, artritis reumatoidea, neurodermatosis, rectocolitis hemorrágica, hipertensión arterial, entre otras. También se han considerado somáticas las cefalgias psicógenas, migrañas, frigidez y otras disfunciones sexuales, eccemas, alergias de muchos tipos, contracturas, entre otras. (Tizón, 2019).

Por regla general, las enfermedades somáticas resultan de las inadecuaciones del individuo a las condiciones de vida que le han tocado vivir. Dado que las condiciones de vida no se presentan de una manera adecuada, el individuo se debe adaptar lo mejor posible a ellas según los medios que dispone, y los límites que tolere. Cuando la disponibilidad del aparato mental y de los sistemas de comportamiento se ve desbordada, y se encuentra en jaque por una situación nueva, es el aparato somático el que responde. En la misma línea, en psicósomática, el rebasamiento de las posibilidades de adaptación corresponde a la noción de traumatismo, definido por el efecto desorganizante sobre el aparato mental y el somático. (Marty, 1992). La autora Teresa Sánchez Sánchez (2014) hace un recorrido por las premisas de la Escuela Psicósomática de París, para la comprensión del camino que conduce a la somatización. En primer lugar, la noción de traumatismo hace referencia a una acumulación desbordante de excitaciones que, por ser una situación inmediata e inesperada, o por la inmadurez del Yo, o bien por la ausencia de figuras de contención o holding, resultan inelaborables psíquicamente. (Sánchez Sánchez, 2014).

En el caso de que no existan representaciones mentales que puedan pulsionalizar y fantasmaticar los acontecimientos, ese aluvión de excitaciones generará un trauma. Es entonces cuando la incapacidad de ligar la tensión y excitación somáticas mediante defensas neuróticas o representaciones que posean de un anclaje mental que permita entender lo que está sucediendo, favorece a que ocurra la pura descarga sensoriomotriz. Por otro lado, se observa una hiperinvestidura de lo real o factual para rellenar el mundo interno que fue arrasado por el trauma. Por eso se dice que el sujeto se vuelca en la sobreadaptación o la pseudonormalidad. Además, cuando el dolor mental no es asumible, el sujeto se ataca a sí mismo, y la enfermedad aparece como contra-dolor psíquico. Así, el dolor del cuerpo niega el contacto con la realidad misma del Inconsciente, lo real devora lo imaginario y se anestesia el dolor psíquico. (Sánchez Sánchez, 2014)

Se trata de sujetos que dan una primera impresión de una adaptación social correcta, que no presenta organización neurótica o psicótica propiamente dicha, y en los que la diferencia con relación a la norma parece exclusivamente ligada a las anomalías somáticas. La ausencia de libertad para fantasear constituye una de sus características más importantes, uno de los elementos semiológicos esenciales. La carga ligada a los afectos y a las emociones, mal vehiculada y poco o nada elaborada por las funciones mentales, parece implicarse en la vía somática. Hay una pobreza de ensoñación al igual que de vida onírica, un empobrecimiento de los intercambios interpersonales, asociados a un desecamiento de la expresión verbal. Tal conjunto de rasgos habla con frecuencia de un proceso somático patológico grave. En una palabra, provoca la sensación de que el sujeto está desconectado de su inconsciente. Hay una imposibilidad del inconsciente para ver bajo la forma de representaciones. En todo caso, las que se pueden observar son captadas en un contexto en el que no sobrepasan la realidad actual. (Marty et al., 2013)

Los enfermos somáticos muestran un disfraz de salud mental superficial, pero detrás del cuerpo somatizador se encuentra un self inaccesible y anestesiado que ha construido una pseudonormalidad alrededor de sí mismo para hacer frente al mundo, a pesar del dolor en el contacto con los otros. (McDougall citado en Sánchez Sánchez, 2014). El precio de esta cuestión es la estereotipia en el contacto con la realidad, en los vínculos afectivos, en la inserción en el área laboral, una mente deshabitada pero funcional y apta para vivir en el mundo, pero sin contactar profundamente con los afectos. (Sánchez Sánchez, 2014). Se dice que el núcleo del trastorno psicossomático se sitúa en una especie de agnosia psíquica, fruto de una desobjetualización precoz, a la que en muchos casos le sigue la ausencia de investimentos maternos, que a su vez produce una congelación afectiva persistente y degradante. Así, el psiquismo se negativiza y pierde la capacidad de mediación entre el soma y la realidad. Y a su vez, el preconsciente se enflaquece en extremo y no intercede lo necesario entre los afectos y las representaciones. Es por eso que el impacto económico de las excitaciones internas y externas corre el riesgo de volverse traumático y por lo tanto, desorganizador. (Green citado en Sánchez Sánchez, 2014)

Además, en la somatización, no se observa un registro la simbolización, y el lenguaje del cuerpo se convierte en expresión de un pensamiento operatorio. El carácter psicossomático hace referencia a un modo de funcionamiento mecanizado del pensamiento, a la racionalización de los comportamientos, al escaso impacto de los afectos, a la habilidad de los sujetos para mostrarse como si no viviera ninguna emoción, pero al mismo tiempo crear en el otro y dentro del otro una verdadera emoción. A su vez, el carácter psicossomático da pruebas de un modo de adaptación a la realidad sólido, prudente y equilibrado (Bergeret, 1974). En la misma línea, y dado su interés en la comunicación mente-cuerpo, David Liberman ha aportado a la conceptualización de la enfermedad somática, considerando que la verdadera patología se encuentra en una sobreadaptación que resulta egosintónica para el sujeto. Una característica que se encuentra en las personas con afecciones somáticas, es una falla o alteración en la integración entre lo que siente, piensa y dice. Así, se describe al paciente somático a partir de la cordura, la responsabilidad, la eficiencia, una organización mental que a veces se somete a la sobrecarga de responsabilidades, lo que conlleva a la desconexión mente-cuerpo y a la adaptación al mundo externo. (Liberman 1962 citado en Borelle et al., 2017).

Es mediante la sobreadaptación, que el sujeto somatiza lo emocional escindido como un síntoma somático, sin que las emociones lleguen a inscribirse en el psiquismo. El síntoma somático aparece entonces como parte del funcionamiento de la personalidad, y es equivalente a la señal de angustia que el paciente no puede tener, dando así la posibilidad de transformación hacia un nacimiento psíquico de la experiencia emocional. (Pistiner de Cortiñas, 2018). La hiperadaptación es una huida hacia la realidad dado que carecen de espacio psíquico interno, y éste está desplazado hacia el espacio psíquico externo. No se quiere ni se tiene tiempo para pensar o sentir algo fuera de la dedicación a lo real. (Sánchez Sánchez, 2014).

3.1.2 Mentalización

El Preconsciente es un punto central de la economía psicosomática, que representa entrecruzamientos de dos aspectos. En el plano tótipo, sus capas más profundas se relacionan con el Inconsciente, el soma, los instintos y las pulsiones, y sus capas superiores alcanzan la Consciencia. En segundo lugar, en el plano cronológico, el Preconsciente se constituye por adquisiciones mentales sucesivas en el curso del desarrollo. Ambos sistemas interactúan, y el Preconsciente se establece como un reservorio de representaciones más o menos ligadas entre ellas, y más o menos prontas a aflorar en la Consciencia. Por lo tanto, el preconsciente se organiza como un sistema de ligazones entre las representaciones mentales. Ahora bien, las representaciones consisten en una evocación de percepciones que se inscriben y que dejan huellas mnémicas. La inscripción de las percepciones y su evocación bajo la forma de representaciones, se acompañan de afectos agradables o desagradables. Además, la disponibilidad de movimientos psíquicos de asociaciones de las representaciones, da cuenta de la fluidez de la circulación preconciente. (Marty, 1992).

Dentro del psicoanálisis se distinguen dos tipos de representaciones. Estas son las representaciones de cosas, que evocan realidades vividas, sin un gran desfasaje con relación a las cosas originalmente percibidas, y las cuales no admiten gran movilización mental. Estas dan lugar a las asociaciones sensoriales, perceptivas, y a asociaciones de comportamientos. Y por otro lado, las representaciones de palabras, se constituyen a partir de las percepciones verbales más primarias y elementales. Las representaciones de palabras mantienen y organizan las comunicaciones, también las interiores, pensadas por uno mismo. Son fácilmente movilizables por los afectos y enriquecidas por los valores simbólicos, y constituyen lo esencial de las asociaciones de ideas. Ahora bien, de manera más o menos patológica, cuando las representaciones de palabras pierden sus componentes afectivos y simbólicos, conservan solo el valor de representación cosa. En síntesis, cuanto menos rico sea en representaciones el Preconsciente de un sujeto y cuanto menos rico sea en las relaciones y permanencia de las representaciones existentes, más se correrá el riesgo de una eventual patología en el plano somático. (Marty, 1992).

Por otro lado, se manifiestan diferencias marcadas en cuanto a la calidad y cantidad de las representaciones. Algunas veces parecen ausentes. Otras veces parecen cargadas de contenidos verbales donde las palabras parecen reducirse al estado de cosas y las representaciones son limitadas y superficiales, reproduciendo así percepciones vividas en la realidad. Y otras veces tienen el aspecto de testimonios de sucesos registrados. Es como si las complejidades de la vida mental no existieran en estos individuos, como si los afectos que promueve el Inconsciente hubieran sido apartados. Es por esto que, la ausencia o limitación y la superficialidad de las representaciones reducidas a la representación de las cosas, la reducción de los afectos a las cosas en cuestión y la falta de simbolización del discurso, llevan a definir las neurosis de

comportamiento. Los sujetos son capaces de llevar una vida eficaz y satisfactoria, y encuentran la posibilidad de traducir movimientos inconscientes dentro de forma artística, como única posibilidad dentro de lo actual y de la acción. (Marty, 1992).

Se presentan ciertas condiciones en la formación del síntoma somático. En primer lugar, las actividades fantasmáticas y oníricas permiten integrar las tensiones pulsionales para proteger la salud física. Sin embargo, el Pensamiento Operatorio pone en evidencia la carencia de estas actividades, a la par de las perturbaciones somáticas. Se trata de un pensamiento consciente y sin ligazón con los movimientos representativos, que no utiliza mecanismos psicóticos ni tampoco neuróticos. El PO está desprovisto de valor libidinal, casi no permite que se exteriorice la agresividad, y sugiere la precaria conexión con las palabras y un proceso de investidura de nivel arcaico. (Marty, 1992). Consiste en un modo de estar en el mundo, que es pobre en contenidos mentales y afectos ligados a personas. No se da un pensamiento asociativo ni una connotación desde la subjetividad. El individuo tiene un pensamiento socialmente correcto, al igual que lo es su actuación, cercana al automatismo, en el cual trata de negar el contacto con lo inconsciente. Además, este pensamiento es un pensamiento motriz, donde el despliegue comportamental se instala en un aparato mental que es puro representaciones de cosa, pero carente de representaciones palabra o de elaboración mental. (Sánchez Sánchez, 2014).

La noción de PO fue reemplazada más tarde por la de de Vida Operatoria para poder tener en cuenta la disminución del pensamiento frente a la importancia que adquieren los comportamientos. (Marty, 1992). La vida operatoria se encuentra ligada a una Depresión Esencial. La cual es una depresión sin objeto, ni autoacusación, ni culpabilidad consciente, en la que el sentimiento de desvalorización y herida narcisista se orienta hacia lo somático. (Marty, 1992). Se puede decir que esta depresión es plana, asintomática y sin expresión, en la que hay un déficit de energía, desilusión, apatía, y en la cual no se presentan manifestaciones obvias de dolor mental, sino que éste es escaso. El individuo acata lo real sin oposición ni rebeldía, ni comparación con otros estados posibles. Tampoco se presenta la queja, ni la demanda, ni la expectativa de un cambio. Esta depresión esencial aparece vinculada al fracaso en el vínculo primario, dado que para tener ganas de vivir, tuvo que haber existido otro, con ganas de que así sea. (Sánchez Sánchez, 2014)

Por un lado, la Escuela Psicósomática de París coincide en definir el trabajo de la mentalización como una aptitud para tratar y elaborar las representaciones psíquicas de la pulsión, en sus dimensiones cualitativa y cuantitativa. Esto implica la actividad representativa y fantasmática del individuo (Kapsambelis, 2016). Hace referencia a tolerar y elaborar la angustia y los conflictos intrapsíquicos, lo cual requiere de un trabajo de ligadura entre representaciones y afectos. (Borelle & Russo, 2013). A su vez, la función mental básica es la secundarización de los procesos primarios, y para realizarla, se debe recurrir a fantasías, imágenes, recuerdos, ideas o elaboraciones. La mala mentalización se enlaza con una no disponibilidad de las representaciones

mentales que podrían ligar las tensiones o excitaciones desatadas por traumas vividos, y también con la desconexión de afectos asociados a dichas representaciones. Por lo tanto, la evocación de los hechos ocurre en una dimensión sensorial o racional, pero sin conexión relacional o causal entre aquello y un impacto afectivo interno. (Sánchez Sánchez, 2014)

Para los teóricos mencionados, la falla se encuentra en la aptitud para ligar o construir representaciones acerca de lo vivido. Las personas con déficit en la mentalización vivencian las sacudidas afectivas en el plano psicomotriz, por ende, siempre que la elaboración mental fracasa, se obliga al cuerpo a tramitar las relaciones y tensiones pulsionales. (Sánchez Sánchez, 2014). Cuanto menos rica y menos evolucionada es la actividad mental de un sujeto enfermo, mas se puede prever que su alteración somática será importante. La significación defensiva atribuida a los síntomas somáticos en este marco del modelo de la desmentalización, no contiene, como en los modelos donde se ve la simbolización, una atribución de sentido simbólico. La sintomatología somática representa en definitiva un sistema que se integra en el conjunto de los instrumentos de defensa y de adaptación del sujeto frente a una situación conflictiva que sufre en su relación con los objetos. El modelo de la desmentalización contiene en hueco toda la concepción del funcionamiento mental, de manera que la desmentalización es el negativo del mismo. (Smajda, 2013).

Partiendo de otra mirada, autores como P. Fonagy y P. Luyten, definen a la mentalización como la capacidad de los sujetos de comprenderse a sí mismos y a los demás en términos de estados mentales intencionales tales como sentimientos, deseos, actitudes y objetivos. (Fonagy & Luyten, 2015). Es el proceso por el cual se da sentido a los demás y a uno mismo, implícita y explícitamente, en términos de estados subjetivos y procesos mentales. (Bateman & Fonagy, 2018). Consideran que la capacidad de mentalizar es en gran medida un logro del desarrollo, que depende inicialmente de la calidad de las relaciones de apego del individuo, y que el entorno temprano y posterior fomenta un enfoque en los estados mentales internos crucial para su desarrollo. La medida en que las figuras de apego han podido responder afectivamente a la experiencia subjetiva del bebé, se asocia positivamente con la capacidad del niño para desarrollar la capacidad de mentalización, es decir, representaciones de sus propias experiencias subjetivas. (Fonagy & Luyten, 2015).

La mentalización es una forma de actividad imaginativa mental principalmente preconsciente, de interpretar la conducta humana en términos de estados mentales intencionales. Se dice que es imaginativa porque el individuo tiene que imaginar lo que las otras personas podrían estar pensando o sintiendo. Un importante indicador de una mentalización de alta calidad es la conciencia de que las personas no pueden saber de forma plena qué es lo que está en la mente del otro. Se sugiere que un tipo semejante de salto imaginativo es necesario para comprender la propia experiencia mental, especialmente en relación con temas emocionalmente cargados. Para concebir que los otros tienen mente, el individuo necesita un sistema de representación simbólica

para los estados mentales y también debe ser capaz de activar selectivamente estados mentales en línea con ciertas intenciones particulares. Asimismo, se postula que la representación simbólica de los estados mentales puede ser vista como un prerrequisito para el sentido de identidad, y que por esto, pacientes con trastornos de la personalidad tienen un acceso limitado a su propio mundo representacional o bien sufren de una carencia, un déficit en su mundo representacional. (Rodríguez Sutil, 2016).

La capacidad de reflexionar sobre los estados mentales internos representa un aspecto importante en la capacidad del individuo para regular su afecto. Para los autores, la mentalización implicaría la integración de la cognición y el afecto. En las personas que utilizan predominantemente estrategias seguras de apego en respuesta al estrés, la activación del sistema de apego parece fomentar una mentalización controlada. Por el contrario, las fallas en la relación con las primeras figuras de apego conducirían a impedimentos en la capacidad de reflexionar sobre uno mismo y los demás. Tales fallas son hasta cierto punto inevitables, y por esto todas las personas poseen estados mentales no mentalizados (Fonagy & Luyten, 2015). En resumen, la capacidad de dar sentido a las experiencias psicológicas evoluciona como resultado del descubrimiento de la mente detrás de las acciones de otros, que se desarrolla de manera óptima en un contexto social a salvo y seguro. (Rodríguez Sutil, 2016). Para Fonagy, la mentalización es aquello que los analistas siempre han intentado que los pacientes logren, es decir, que mediten sobre sus pensamientos y que se esfuercen en verse a sí mismos desde afuera, y a los otros desde adentro, para su crecimiento mental y la ampliación del horizonte de experiencias. (Rodríguez Sutil, 2012).

La adquisición de la mentalización capacita al niño para distinguir la realidad interna de la externa y los procesos internos mentales y emocionales de los acontecimientos interpersonales. (Rodríguez Sutil, 2016). Ahora bien, en psicopatología se ha descrito la forma que toman las carencias de mentalización en cuadros muy diversos, como pueden ser el autismo, las personalidades agresivas, trastornos narcisistas o límites. Cuando el reflejo emocional de los padres falla, no es coherente con el estado emocional del niño o no se produce en el momento adecuado, se producen graves deficiencias de la mentalización. En esas situaciones el niño se puede sentir invadido por el estado emocional del adulto, dado que el self no se desarrolla de manera autónoma, sino que es un producto de la interacción. El proceso de mentalización va en paralelo y nos ayuda a entender mejor la formación del sentimiento del self. (Rodríguez Sutil, 2012).

Siguiendo con la última conceptualización sobre la mentalización, es un término utilizado para referirse a un proceso central de funcionamiento social humano y de autorregulación, involucrado en el establecimiento de vínculos sólidos entre experiencias tempranas personalmente significativas y su representación. La mentalización más elaborada o la reflexividad, está vinculada con el apego en la medida en que la atención del cuidador sobre los

estados mentales de un niño aparece como el mediador clave de la transmisión del apego. Dicha función reflexiva se define como la capacidad de visualizar y pensar sobre los estados mentales de uno mismo y de los demás. (Bouchard et al., 2008)

Por otro lado, la pérdida temporal de la capacidad de mentalización es una parte integral del funcionamiento normal, pero la capacidad para continuar mentalizando aún bajo circunstancias estresantes, y para recuperarse de esa pérdida, hacen referencia a una mentalización sólida. Son individuos que suelen tener una buena capacidad para explorar tanto el mundo externo como su propio mundo interno. Esto se manifiesta en una marcada creatividad, la capacidad para simbolizar, la capacidad para cambiar la perspectiva sobre su vida y la de los demás, el interés en los sueños, las fantasías, el arte y la música, y un interés general en los mundos internos de otras personas. Los mentalizadores maduros poseen seguridad para explorar y verbalizar incluso los recuerdos y experiencias difíciles, lo cual a su vez promueve la capacidad para pedir y aceptar la ayuda. (Bateman & Fonagy, 2018). A su vez, se sugiere que la mentalización implica una transformación de las experiencias afectivas a través de aumentos en la cantidad y complejidad de las redes de representación que resultan en una mejor calidad de elaboración. Por lo tanto, la mentalización, particularmente la afectividad mentalizada, es una herramienta conceptual que ayuda a desarrollar puentes entre la teoría del apego, la psicopatología del desarrollo, la regulación del afecto y el psicoanálisis. (Bouchard et al., 2008)

3.2 Perspectiva Relacional

3.2.1 Conceptualización

El punto de vista relacional en psicoanálisis no hace referencia a una sola teoría estrechamente construida, sino a un amplio conjunto de ideas y perspectivas. (Watchel, 2014). La razón de que esta mirada sea considerada relacional, es la convicción de que la mente humana, normal y patológica, en su desarrollo y en su proceso de crecimiento terapéutico está configurada relacionalmente. (Rodríguez Sutil, 2011). El ser humano, no es un ente separado de la realidad, sino que es una realidad relacional, un tejido relacional donde la relación temprana con el cuidador primario, se constituye en el fundamento de la cualidad única del mundo interno del sí mismo y objeto de un individuo. (Bedoya Hernández, 2012). Se considera que la mente no nace con el individuo, sino que se desarrolla en la interacción con el entorno humano. (Rodríguez Sutil, 2007). Es por esto que se propone el denominado psicoanálisis relacional como un conjunto de desarrollos teóricos, técnicos y clínicos que contribuyen a la evolución de la psicoterapia psicoanalítica hacia una forma que explica la dinámica intrapsíquica en la intersubjetividad, o la trama de relaciones que constituyen y en la que se despliega la subjetividad. (Velasco Fraile, 2009).

Siguiendo esta línea, las teorías del modelo relacional no describen al individuo como un conglomerado de impulsos de origen físico, sino como si éste estuviese conformado por una

matriz de relaciones con los demás, dentro de la cual está inscrito, y la unidad básica de estudio es un campo de interacciones dentro del cual surge el individuo. (Marín Posada, 2014). Por lo tanto, los seres humanos existen en relaciones, ya sean con personas con las que interactúan, imágenes de importantes figuras del pasado, tradiciones culturales, identificaciones y experiencias de su propio self pasado, presente o futuro. Y además, la historia de la vida personal del individuo y los contextos relacionales, sociales y culturales en los cuales se ha manifestado esa historia de vida, que son inseparables y se determinan recíprocamente. (Moreno Fernández, 2009). Este enfoque no comparte los supuestos cartesianos clásicos de que los estados mentales son captados mediante introspección. Por el contrario, los estados mentales son creados mediante interacciones en espejo contingentes con el cuidador, creados a través de la interacción social. (Rodríguez Sutil, 2016).

El término psicoanálisis relacional es de uso relativamente reciente e integra una variedad de teorías psicoanalíticas que han evolucionado desde las ideas originales de S. Freud. Este abordaje contemporáneo y ecléctico, ha crecido y se ha desarrollado principalmente en Estados Unidos durante los últimos veinte años. (Andrade Rodríguez, 2011). Es un enfoque enmarcado en un intento de superar la dualidad clásica sujeto-objeto o interior-exterior, así como la descripción del comportamiento como una secuencia mecánica de acción y reacción. El enfoque propone que el mundo, entendido especialmente como constelación de relaciones interpersonales, es el que permite la construcción del ser humano individual, y que las relaciones tempranas con los cuidadores primarios modelan nuestro comportamiento, la autoimagen y los modos de satisfacer nuestros deseos y necesidades, que no pueden ser separados del contexto relacional. Además, se sabe que los patrones de relación temprana tienden a ser recreados en las situaciones posteriores, en interacción con los nuevos compañeros relacionales. (Rodríguez Sutil, 2007).

Por lo tanto, en este enfoque que concierne tanto a lo intrapsíquico como a lo interpersonal, lo intrapsíquico es visto como constituido por la internalización de las experiencias interpersonales. Los afectos constituyen el centro de la motivación humana, y surgen del intercambio intersubjetivo. La expectativa de llegar a ser alguien de valía para un otro significativo está en la base de la motivación principal de la vida psíquica. A su vez, el psicoanálisis relacional sería una forma de psicoterapia centrada en la relación, cuyo principal objetivo es el tratamiento del sufrimiento psíquico con el consecuente desbloqueo de iniciativas necesarias para el desarrollo emocional. (Velasco Fraile, 2009). Los individuos están destinados a prosperar en un entorno social que brinde las experiencias necesarias para que el individuo crezca no sólo a la manera de un humano sino con el sentimiento de ser tal, un miembro activo de la sociedad y conectado con ella. (Andrade Rodríguez, 2011). Por ende, lo que define a la perspectiva relacional es la atención al contexto y el interés en entender cómo las relaciones influyen en la dinámica de los fenómenos mentales. (Moreno Fernandez, 2009).

Debido a que para este modelo las personas se hacen sujetos en una red de relaciones interpersonales, (Andrade Rodríguez, 2011), no se considera al niño como un pizarrón en blanco sobre el cual se plasman los acontecimientos externos y las cualidades de los otros que son significativos. Por lo contrario, las primeras relaciones, como también las posteriores, son complejas, y se experimentan mediante patrones fisiológicos de reacciones, características del temperamento, sensibilidades y talentos, y se digieren, fragmentan y vuelven a cambiar para inscribirse en patrones nuevos y singulares que comprende la vida del individuo. (Mitchell, 1993). Este marco conceptual incluye teorías psicoanalíticas que cuya base es que la principal motivación humana es esencialmente relacional. (Marín Posada, 2014). Por lo tanto, en esta perspectiva se abandona la teoría pulsional como motivación central, favoreciendo a la jerarquización de las relaciones como fenómeno primario y motor de la experiencia. Y es con esta estrategia que podemos identificar al pensamiento de S. Mitchell. (Lieberman, 2007).

Mitchell, precursor de este movimiento psicoanalítico que no hace referencia a una sola teoría estrechamente construida, incluye dentro de las teorías más influyentes y aquellas que incorporaron el punto de vista de los sistemas relacionales, a la Teoría de las Relaciones Objetales, al Psicoanálisis Interpersonal, y a la Psicología del Self. (Mitchell, 1993). La mirada desde un análisis Interpersonal, con H. Sullivan como referente, sostiene que los individuos están siempre en relación con otro, y por ende, son inseparables del campo interpersonal. Desde esta perspectiva, el self no es algo que se encuentra dentro del individuo, sino que aparece en la relación con los otros. (Andrade Rodríguez, 2011). Por esto, se considera que las relaciones humanas son un prerrequisito para un buen desarrollo psicológico, como también una contribucion a la etiología de la psicopatología, y en consecuencia, la unidad de análisis no será solamente el individuo. (Velasco Fraile, 2009)

Por otro lado, las teorías de la Escuela Inglesa de las Relaciones Objetales, cuyos exponentes más importantes son R. Fairbairn, D. Winnicott, M. Balint y M. Klein, resultan relevantes, ya que las relaciones con el objeto, es decir, con la representación psíquica de los otros significativos a lo largo de la vida, son parte de la organización del mundo interno. Además de las características de los vínculos, aparecen también la representación de los objetos y la relación que se establece con ellas como un factor fundamental para comprender los comportamientos. Desde esta mirada se produce un cambio paradigmático en cuanto al concepto de libido. Se sostiene que la libido busca fundamentalmente al objeto, la motivación fundamental de la experiencia humana es la conexión con otros, ese es el fin en sí mismo. (Andrade Rodríguez, 2011)

En cuanto a los aportes de la Psicología del Self, donde se puede mencionar a H. Kohut y a E. Erikson, el acento fue puesto en el origen de la subjetividad humana más allá del concepto clásico del yo. El yo, como instancia mediadora, está implicado en la lógica conflictiva entre las tensiones biológicas, la sociedad y la moral. Para Kohut, lo que marca el sufrimiento humano es

el aislamiento, el sujeto que sufre se encuentra con un rumbo vital sin sentido. Para el autor, los humanos están destinados a prosperar en un entorno social que debe brindar experiencias necesarias, donde crezca no sólo a la manera de un humano sino con el sentimiento de ser tal, ser un miembro activo de la sociedad y estar conectado con ella. (Andrade Rodríguez, 2011).

En este sentido, para el modelo relacional, el bebé aspira a la interacción humana, la relación es una motivación primaria. El bebé depende absolutamente de la madre, su mente se encuentra socialmente dispuesta desde su nacimiento y devendrá más compleja e integrada en la medida en que el bebé entre en contacto con un ambiente de apoyo y cuidado, hasta conseguir la independencia. Para este modelo, el crecimiento mental es continuo, porque los mismos procesos que encontramos en el origen van a ser también los que organicen la vida adulta. Este modelo basa sus investigaciones, además de la experiencia aportada por la clínica psicoanalítica, en la observación de niños, y apoya firmemente sus argumentos en la neurobiología, lo cual les otorga una significativa validez. (Rodríguez Sutil, 2012).

El psicoanálisis relacional considera que el ser humano posee un sufrimiento que es inherente al hecho de vivir y de tener que adaptarse a sus realidades cambiantes. Esto dependerá de los vínculos, de la relación con los otros y, por tanto, de las personas con las que se encuentra a lo largo de su vida. (Sáinz Bermejo, 2017). Es por esto que, partiendo de esta perspectiva, se considera que el origen de la psicopatología se encontraría en rupturas relacionales ocurridas a lo largo del desarrollo evolutivo. El fracaso relacional produce un déficit en la historia evolutiva del sujeto, y para compensarlo, éste genera estructuras intrapsíquicas defensivas, que a su vez generan conflictos internos y/o interpersonales. (Martínez Rodríguez & Martín Cabrero 2015).

En la actualidad, diversas escuelas de psicoterapia se dirigen hacia una concepción relacional del contenido y el proceso terapéutico en un movimiento general, independientemente de los orígenes fundacionales, que aproxima las prácticas psicoterapéuticas. Es por este motivo que en el tratamiento de los cuadros psicopatológicos prima el papel de la relación terapéutica, para que el paciente pueda continuar o reelaborar el proceso madurativo que se vio alterado o detenido. (Martínez Rodríguez & Martín Cabrero 2015). Desde esta perspectiva, la empatía es central en el proceso terapéutico, dado que el analista, privilegia la empatía sobre cualquier otro concepto para entender los modos de relación de su paciente. Considerando lo que sucede en el plano consciente, pero sobre todo la recreación inconsciente de las matrices relacionales que determinan tanto a analista como a paciente en la compleja relación que ambos experimentan. (Velasco Fraile, 2009)

Por lo mencionado, la terapia estará dirigida a buscar reparar los fracasos relacionales previos, entendida como un espacio intersubjetivo cocreado entre el paciente y el terapeuta. La relación terapéutica, para los métodos relacionales, es el principal instrumento de mejoría clínica en la psicoterapia. Por ende, la dimensión relacional, es entendida como la principal variable que conduce a resolver aspectos deficitarios y conflictivos, generadores de psicopatología en el

paciente. (Martínez Rodríguez & Martín Cabrero 2015). Asimismo, el objetivo en una psicoterapia orientada a la mentalización busca principalmente hacer explícita la mentalización implícita. Se sugiere que el efecto beneficioso de los cambios en el conocimiento relacional implícito resulta no sólo de hacerlo explícito, sino de transformarlo en un conocimiento relacional compartido a través de la interacción con el analista. (Rodríguez Sutil, 2012)

En la misma línea, Paul Wachtel (2014), trabaja desde un punto de vista cíclico psicodinámico, conectado con el psicoanálisis relacional, y considera que la relación terapéutica es un elemento extremadamente importante para alcanzar el cambio terapéutico. Desde el punto de vista del psicoanálisis relacional, el analista no es un observador o reflector del comportamiento o de la experiencia del paciente, sino que lejos de eso, es un participante activo, un co-creador de lo que transmite en el consultorio. Para el autor, la transferencia y la contratransferencia son aspectos centrales e importantes tanto para comprender las dificultades del paciente y sus modos de vida, como también un medio terapéutico para reelaborar aquellos patrones problemáticos. Los analistas relacionales enfatizan la idea de que cada ser humano vive su vida ajustada en una red o matriz de relaciones, y que el impacto del terapeuta en la experiencia del paciente de sí mismo no es algo que pueda evitarse, de lo contrario debe ser reconocido como inevitable y aceptado como deseable. (Wachtel, 2014).

Con la visión relacional se abandona la idea de la mente aislada, dado que se juzga que, lejos de estar aislada, se compone del conjunto de configuraciones relacionales que se han ido internalizando a lo largo de la vida. Siguiendo este postulado, las manifestaciones del paciente en la sesión no se producen de forma aislada, por lo que el analista debe investigar cómo ha contribuido a ellas. El objetivo del tratamiento es modificar el conocimiento relacional implícito, a través de la interacción, sin dejar de lado la interpretación y el insight. A su vez, una consecuencia del abandono del concepto de mente aislada es la reducción de la asimetría en la relación paciente-terapeuta, que se convierte en una relación de mutualidad, con el conocimiento de la experiencia que comparten y de la mutua influencia que ejercen el uno sobre el otro, reconociendo cada uno la subjetividad del otro. (Rodríguez Sutil, 2011).

Para el psicoanálisis relacional, la intersubjetividad, es decir, la consideración del intercambio intersubjetivo es determinante para el desarrollo del *self*. (Velasco Fraile, 2009). Toda experiencia subjetiva es relacional, no existe la experiencia subjetiva aislada de todo contexto relacional, y es por esto que toda experiencia relacional es intersubjetiva. El ser humano, durante su desarrollo se ha relacionado con otro ser humano, esto es el bebé con la madre o cuidador primario. Posteriormente, sale al mundo exterior en el seno de una matriz sociocultural, que constituye un sistema intersubjetivo, y durante el resto de su vida continuará formando parte de él. Es por esto que todo proceso psíquico es intersubjetivo en la mente del sujeto humano, porque todo acto psíquico, pensamiento, recuerdo, deseo o fantasía surge de una matriz relacional, es un acto psíquico relacional, porque es expresión de la relacionalidad básica de la que está constituida

su mente. Siempre los otros forman parte de lo que el sujeto piense, desee o fantasee, y si se cuestionan acerca de la identidad, de quiénes son, los otros se hallarán presentes en la respuesta. Es por esto que la experiencia subjetiva no puede dejar de ser intersubjetiva. (Coderch, 2013).

3.2.2 Matriz relacional

El modelo relacional basa su teoría en la premisa de que los esquemas repetitivos de la experiencia humana no derivan de una búsqueda de gratificación de placer, sino de una tendencia a conservar la continuidad, las conexiones y la familiaridad del mundo personal e interactivo. (Mitchell, 1993). “Existe una poderosa necesidad de conservar el sentimiento duradero de uno mismo relacionado con una matriz de otras personas y con referencia a ellas, en términos de transacciones reales y de presencias internas”. (Mitchell, 1993, p. 47). El trabajo de Mitchell ha aportado al psicoanálisis y a la psicoterapia la construcción de un marco conceptual que permita integrar teorías provenientes de diferentes escuelas, de manera que estas coincidan en considerar que el psiquismo se constituye a partir de la matriz relacional. (Marín Posada, 2014). Es por esto que, debido a la calidad de la relación primaria, el sujeto humano deviene sujeto psicológico. De esta forma, organiza sus experiencias y va construyendo su mundo interno en continua implicación con la vivencia interpersonal. (Bedoya Hernández, 2012).

Con este concepto se propone superar la dicotomía entre lo personal y lo intrapsíquico, dado que la realidad psicológica tiene la capacidad de abarcar ambos campos. La idea fundamental radica en que las personas siempre están en interacción con otro, y es por esto que la mente no puede estudiarse ni definirse de una manera aislada. (Sáinz Bermejo, 2017). Para el modelo en cuestión, la mente es diádica e interactiva, dado que sus contenidos se construyen mediante las interacciones con los demás. Esto implica que todos los fenómenos psíquicos y los comportamientos humanos como sexualidad, agresividad, afectividad, motivación, miedo, son entendidos desde esta mirada como experiencias interactivas, en las que los otros internos y externos ocupan un lugar esencial. (Marín Posada, 2014). La experiencia de las relaciones tempranas y su repercusión en la realidad, continuamente dan forma al desarrollo y expresión de la personalidad. (Velasco Fraile, 2009).

Debido a las características mencionadas, la palabra matriz es usada para dar cuenta de la gestación de la mente humana, que estaría constituida por variables relacionales, es decir, representaciones que se construyen interactivamente a través del contacto con otros. El sujeto humano emerge de la relación, y es a partir de ella que se construye el mundo interno del sujeto, sus representaciones objetales y del sí mismo. Por eso, desde esta perspectiva, lo que le permite a la persona ser sujeto humano, es la matriz relacional. (Bedoya Hernández, 2012). La mente, matriz constituida por variables relacionales y producto de las relaciones con los demás, posee tres dimensiones en permanente interconexión. En primer lugar, el sí mismo se refiere a las representaciones que un sujeto tiene sobre sí mismo. En segundo lugar, el objeto es el conjunto

de representaciones que tiene ese mismo sujeto acerca de algún otro significativo para él. Y por último, el campo interactivo, que refiere a los patrones o esquemas transaccionales presentados en el espacio entre el sujeto y un otro significativo con el que se relacione. (Marín Posada, 2014). Por esto, no se puede hablar de un self aislado, fuera de una matriz de relaciones con los demás. Ni el self ni el objeto son conceptos con sentido si no se los toma dentro del espacio físico en el cual interactúan. En conclusión, las tres dimensiones mencionadas se encuentran entrelazadas y tejen la experiencia subjetiva y el mundo psicológico. (Sáinz Bermejo, 2017).

Para las diferentes interpretaciones del modelo relacional, las unidades de estudio son los vínculos de relación y la matriz de relaciones que constituyen. Lo que se analiza son las diversas formas de relacionarse. Esto no quiere decir que los procesos corporales, la agresión o la sexualidad no sean importantes, pero los conflictos se forman y se moldean en las interacciones del individuo con los demás. El modelo psicoanalítico de las relaciones constituye una teoría social de la mente. H. Sullivan y R. Fairbairn, algunos de sus representantes, pensaron que Freud no había establecido una unidad adecuada para estudiar la vida emocional, dado que se centró en la mente humana, el aparato psíquico, y no en el campo de las interacciones. Se sostiene que los individuos se atraen de manera inevitable y buscan intensa y constantemente las relaciones con los demás, con diversos mecanismos. Hoy se sabe, gracias al trabajo de J. Bowlby por ejemplo, que la supervivencia de un bebé o recién nacido no depende exclusivamente de sus necesidades físicas como la alimentación. Sino que es necesaria la proximidad más o menos constante con la madre, una madre que esté disponible, y dicha necesidad es la más urgente e importante. (Mitchell, 1993).

Así, en la formación de la personalidad intervienen factores constitutivos identificatorios e intersubjetivos que influyen directamente en la construcción de la historia de cada sujeto y en la manera de vivir los diferentes procesos de salud-enfermedad. El psiquismo del sujeto es considerado por la dimensión y perspectiva intersubjetiva, que constituye una unidad de funcionamiento que abarca las actividades que dependen de la bidireccionalidad sujeto/otros del contexto intersubjetivo, o sea del contexto vincular. Por ende, en virtud de ella, los vínculos surgen, se mantienen, se refuerzan, evolucionan o desaparecen. Esta perspectiva resalta la importancia del concepto de bidireccionalidad, entendida como una actividad psíquica, consciente e inconsciente determinada por la influencia con los otros del contexto intersubjetivo. (Etcheverría, 2017)

Se puede decir que todo lo referido a la identidad humana es subjetivo y todo lo subjetivo es intersubjetivo y sucede dentro de un contexto relacional (Sáinz Bermejo, 2017). Esta idea de sujeto en relación, que sustituye a la de sujeto aislado, da cuenta de un ser que forma parte de sistemas humanos. Por lo tanto, el sujeto se modificará en tanto varíe su posición en los vínculos y relaciones. La interacción produce efectos en el sujeto, quedando una huella del otro, incluso cuando el otro no esté presente. Esta marca implica un rastro del pasado, una huella que escapa a

la presencia y que altera inexorablemente la identidad. Las relaciones vinculares junto a los afectos, cumplen un papel preponderante incluso desde antes del nacimiento del sujeto, desarrollándose en ellas procesos identificatorios que representan un aspecto central en las alteraciones psicosomáticas y en la construcción de una singular forma de vivir la vida, transitar las enfermedades y percibir las dolencias físicas. En tal sentido se está hablando de procesos co-construidos, con subjetividades desarrolladas y otras en proceso de desarrollo. (Etcheverría, 2017)

Por lo tanto, los individuos no se relacionan porque sí, sino que es a propósito, se establecen lazos porque desean relacionarse. R. Fairbairn trabaja desde este punto de vista, y dice que la principal necesidad de un niño es establecer una fuerte relación con otra persona. Para él, lo fundamental no es el placer, sino el contacto. Por esto, sostiene que el motivo básico de la experiencia humana es la búsqueda y conservación de un vínculo emocional fuerte con otra persona. Desde esta visión, los sentimientos dolorosos, las relaciones autodestructivas y las situaciones de autosabotaje, se recrean a lo largo de toda la vida como medios para perpetuar esos primeros lazos con las demás personas significativas. Así, el niño aprende una manera de establecer el contacto, un modo de pertenecer, y lo practica a lo largo de su vida. En síntesis, el autor, de una manera similar al pensamiento de J. Bowlby explicitado anteriormente, sostiene que la búsqueda de objeto es innata. Bowlby habla y se centra en la proximidad física, mientras que Fairbairn también toma en cuenta la intención y la presencia o ausencia emocionales, y destaca el anhelo de contacto que impulsa a las relaciones humanas. Y de esta misma manera, la idea de búsqueda de objeto de Fairbairn complementa la idea de Sullivan del campo interpersonal. (Mitchell, 1993)

El proceso relacionado con la conservación del mundo psicológico personal se puede asimilar con la conservación del cuerpo humano, dado que intentar marcar las prioridades al sentido del self, los vínculos objétales o a los patrones de interacción, sería como tratar de decidir si lo que conserva al cuerpo es la piel, los huesos o los músculos. En tal caso, la piel podría asemejarse con el self, dado que está más cerca de la superficie, más cercano a la conciencia. Como los huesos, los vínculos con los otros no son visibles a primera vista, pero brindan una base que conforman la experiencia. Y como los músculos, los esquemas característicos de la interacción permiten la acción que da lugar tanto a la experiencia del self como a las relaciones objetales. Y tal como las diferentes dimensiones del cuerpo físico ayudan a conservar la existencia física, las diferentes dimensiones de la matriz relacional serán facetas indispensables para la búsqueda analítica. Así, las diferentes teorías de las relaciones mencionadas estudian distintas facetas de la matriz relacional, aunque todas operan con la misma visión metapsicológica. (Mitchell, 1993)

El modelo pulsional y el modelo de detención del desarrollo preceden al modelo de conflicto relacional. El primero es el modelo clásico desarrollado por Freud que plantea que el ser humano nace y despliega impulsos o pulsiones, que buscan descarga y tienden hacia el placer,

por lo cual el medio social simplemente es un lugar que posibilita su despliegue. El conflicto desde esta teoría nace de la dificultad para dar satisfacción a estas pulsiones en el afuera, ya sea debido a impedimentos sociales o a la posterior internalización de estas prohibiciones en el superyó. En cambio, el segundo modelo, pertenece al grupo de modelos relacionales y plantea que las dificultades psicológicas parten de la precaria satisfacción de las necesidades relacionales de la persona por parte de su medio ambiente, como los padres, cuidadores. (Marín Posada, 2014).

En este sentido, Mitchell plantea una tercera posibilidad que es el modelo de conflicto relacional y que toma algunos elementos de sus predecesores. Del modelo pulsional retoma su consideración sobre la naturaleza conflictiva de lo psíquico, y del modelo de la detención del desarrollo, su consideración sobre lo relacional como motivación fundamental en la experiencia humana. El modelo del conflicto relacional sostiene que los contenidos mentales se constituyen a partir de una matriz relacional y que el conflicto es connatural a esos contenidos. (Marín Posada, 2014). Así, la mente, originalmente considerada como un conjunto de estructuras predeterminadas que surgen del interior de un organismo, fue recibiendo una nueva definición y se comenzó a creer que ésta “constituye modelos de transacciones y estructuras internas derivadas de un campo interactivo e interpersonal” (Mitchell, 1993, p. 31).

De esta forma, para los teóricos del modelo relacional, el significado de la mente del individuo no se da a priori, sino que éste se deriva de la matriz relacional, y el campo de las relaciones constituye la experiencia individual. Desde el primer momento, el individuo está en interacción con otros, y su experiencia se irá conformando mediante dichas interacciones. La materia prima de la vida mental son las relaciones con los demás, y la mente, para este enfoque, no está compuesta por derivados pulsionales, sino por configuraciones relacionales. Es por esto que, para las teorías del modelo relacional, como la teoría interpersonal, la teoría de las relaciones objetales y la psicología del self, consideran que la mente se desarrolla a partir de esta matriz relacional, y la psicopatología sería producto de alteraciones en las relaciones interpersonales. (Mitchell, 1993).

3.3 Matriz relacional en la enfermedad somática

La afección somática puede ser la única vía de descarga de la tensión afectiva, donde las personas que no logran elaborar mentalmente las emociones y afectos perturbadores, se instalan en una desorganización somática. En este sentido, la alteración somática habitualmente no constituye sólo una patología, sino que forma parte de redes vinculares que funcionan como sostenedoras, cronificadoras o mantenedoras de la afección. Se puede afirmar entonces que toda enfermedad comprende un entramado relacionado a la historia biográfica de la persona. En ese entramado, se tiene en cuenta a familias que frecuentemente poseen una delimitación inestable tendiente a la intromisión en los espacios no sólo físicos sino también emocionales de cada uno de los integrantes. Se trata de familias que procuran evitar tensiones emocionales y explicitación

de conflictos. De esta forma, el lenguaje del síntoma expresado somáticamente por el sujeto, no es sólo el lenguaje de su cuerpo sino de la totalidad de esa familia. (Echeverría Cadimar, 2017)

En un plano más evolucionado, el cuerpo utilizaría la palabra como lenguaje. Sin embargo, en un plano más regresivo, cuando la palabra no es posible o ha sido silenciada desde formas de censura o represión, aparece el síntoma somático como una forma más primitiva de lenguaje corporal, un estilo regresivo de comunicación en el cual la palabra parece no lograrse. Por su parte, la somatización también se considera un mecanismo de defensa inconsciente cuyo objeto es el de transformar el malestar emocional, la experiencia no procesable previamente disociada, en un síntoma físico, de manera que la atención del conflicto psicológico que causa ansiedad quede desviada al plano corporal (Gabbard 2004 citado en García de la Casa, 2020), lo que permite al sujeto focalizarse en sus síntomas físicos y así buscar ayuda médica. Sin importar demasiado lo dolorosos o cronificados que sean esos síntomas, el proceso somatizador del paciente hará que, de manera involuntaria, prefiera sufrir su padecimiento antes enfrentar la realidad de sus experiencias traumáticas. (García de la Casa, 2020).

Las familias, se caracterizan por ser rígidas o sobreprotectoras, y sin una proximidad emocional real. O también podría tratarse de familias sobreimplicadas, es decir con un funcionamiento en el cual no hay un contacto profundo, y en el que se evitan las diferencias, las separaciones, las disensiones. Más tarde, en la vida adulta del sujeto con funcionamiento psicósomático u operatorio, en la relación entre el sujeto y los demás objetos externos, pueden verse oscilaciones entre la preocupación angustiada e irritación, el desprecio o incluso el maltrato de esos otros externos necesarios y próximos. Esto da lugar a que a esas aproximaciones sean consideradas como alérgicas, buscando así la proximidad más estrecha y huyendo de ella con ocasión del contacto emocional. Y aquí la sobreadaptación evitativa del paciente, que ha sido puesta de relieve tanto por la escuela francesa como por la escuela norteamericana de psicósomática. (Tizón, 2019).

En las familias en que la exteriorización del afecto está interdicta, el cuerpo resulta como un mediador y como la clave única o privilegiada del intercambio afectivo. De esta forma se constituyen estructuras vinculares que interfieren con la posibilidad de integración psicósomática, es decir, afectivo-corporal. Esta imposibilidad coloca al sujeto en una situación que ya se ha denominado, la vulnerabilidad psicósomática, que puede no manifestarse como enfermedad existente sino como una potencialidad. En esta línea, las experiencias traumáticas tienen una incidencia en la integridad mental del sujeto y en el registro mental de sus experiencias emocionales o en las fallas para poder hacerlo. Así, esto tendrá un efecto en las modalidades de procesamiento afectivo, tanto a nivel individual como vincular. (Boschan, 2006).

Se han desarrollado factores familiares y ambientales que se consideran predisponentes, precipitantes o mantenedores de la somatización. En cuanto a los aspectos familiares, las familias ansiosas, sobreprotectoras, sobre-involucradas emocionalmente, o con altos niveles de angustia

materna pueden predisponer al desarrollo de síntomas de somatización en los niños. También, en las familias en las que existen problemas de salud, los síntomas médicamente inexplicables del niño pueden reflejar la enfermedad de otro miembro de la familia. Además, la existencia de problemas de salud física, familiares con somatizaciones o comportamientos frecuentes de búsqueda de atención médica dentro de las familias, puede contribuir al desarrollo de los síntomas en el niño, a través de la atención que se le presta a este tipo de comportamiento y a través del modelado. (Fiertag et. al, 2014).

Las situaciones estresantes crónicas en las familias, pueden contribuir al mantenimiento o a la recurrencia de síntomas en el niño. La preocupación de los padres por los síntomas del niño y el aumento de la atención sobre estos, hace difícil el uso de estrategias alternativas como la distracción, y refuerza el comportamiento de somatización del niño. Las creencias familiares pueden estar dominadas por la idea de que existe una causa orgánica subyacente, y si no aceptan las explicaciones psicológicas, pueden rechazar el tratamiento psicosocial, aumentando la probabilidad de que los síntomas persistan. Así, la somatización en un niño probablemente afecte al funcionamiento de la unidad del niño y de la familia. (Fiertag et. al, 2014).

Así, los pacientes somáticos generalmente presentan una serie de componentes relacionales visibles. A su vez, existen ciertos factores que hacen que se produzca una vulnerabilidad somática, donde se podría identificar la matriz relacional. Se trata de sujetos que tienden a relacionarse de una forma pasiva y dependiente, presentando en primer plano síntomas físicos y comportamientos. Generalmente niegan y escinden lo emocional y lo relacional, y muestran una incapacidad para conectar y hablar del mundo de las emociones, los sentimientos y los conflictos. Sin embargo, son pacientes que suelen contar con capacidades organizativas y operativas, aunque presenten intensas ansiedades ante las separaciones, crisis de desbordamiento de los impulsos, y sentimientos de vacío. (Tizón, 2019).

Se trataría de sujetos cuya organización de relación dominante, o relación de objeto, estaría caracterizada por la inhibición dolorosa de las emociones y del pensamiento, por desbordamientos más o menos pasajeros del aparato mental, por una organización relacional que se podría llamar alérgica, por el pensamiento operatorio en el sentido de P. Marty, y por las dificultades en el contacto con el mundo afectivo. Las necesidades afectivas intentan llenarse con actividades operatorias u organizativas, a menudo muy defensivas. Y así, en cuanto a la descripción relacional típica de ésta organización, es decir, el mundo de los objetos externos o la realidad externa, suele estar vinculada con una madre u objeto materno que abandonó en la infancia, siendo ésta una pérdida tanto real como emocional. Además, en el niño o en la familia coincidieron con esa situación afectiva, problemas somáticos familiares, o psicósomáticos de primera infancia. Se hace referencia a un padre periférico o a un niño que está implicado en el conflicto parental. A su vez, la falta de continuidad en los cuidados emocionales, como en casos

en que se reparten los cuidados entre distintas personas, podría dar lugar a una falta de coherencia del objeto interno madre. (Tizón, 2019).

Los enfermos somáticos desarrollan con frecuencia un sistema de relación de una aparente simplicidad que puede incitar a desconocer su sentido propio. Para aprehenderlo, se debe prestar más atención a esta modalidad relacional, en tanto que considerarlo aisladamente parece más neutro y más pobre. El material afectivo a veces puede parecer casi inexistente, pero sin dejarse llevar a una esquematización errónea, y por más vagas o menores que sean, se debe prestar atención a las alusiones, a las asociaciones, a las reacciones cuantitativas o cualitativas de la producción verbal, al ritmo mismo del discurso y a su contexto fisiológico, respiratorio y motor en particular, manifestaciones que traducen modulaciones transferenciales. (Marty et al., 2013).

Los estados mentales son creados mediante interacciones en espejo contingentes con el cuidador, creados a través de la interacción social. (Rodríguez Sutil, 2016). Por lo tanto, el sufrimiento somático está relacionado con exacerbaciones de problemas relacionales en estos pacientes. Así, las dificultades interpersonales, tendrían su raíz en las experiencias tempranas con los cuidadores, quienes podrían considerarse como adultos no disponibles o que proveen menos cuidados. Como resultado, el mundo relacional de estos pacientes esta frecuentemente caracterizado por problemas interpersonales marcados y representaciones de otros que podrían dificultar la expresión del afecto. En este sentido, las investigaciones actuales proponen que los síndromes de somatización estarían asociados con problemas interpersonales marcados, desconfianza interpersonal y un apego inseguro, que contribuye a un estrés no adaptativo y a una regulación del afecto que conduciría a un sufrimiento somático. (Landa et. al., 2012).

Ya se ha mencionado en este trabajo, que es necesaria una proximidad más o menos constante con la madre, que esté disponible. Dicha necesidad es la más urgente e importante. (Mitchell, 1993). La teoría del Apego desarrollada por J. Bowlby propone que desde el nacimiento, el niño establece un vínculo con su cuidador para garantizar la seguridad y protección ante el mundo. Para el autor, la relación y las experiencias derivadas de dicha relación, tienen influencia en el desarrollo. En su teoría, expuso que los seres humanos tienen la necesidad evolutiva de establecer vínculos emocionales para su supervivencia y su seguridad. La figura de apego, además, se convierte en la base segura desde la cual explorar el mundo circundante y a la cual poder volver en momentos de amenaza o cansancio. (García de la Casa, 2020).

Dependiendo de la valoración que el niño haga de dicha base y de su disponibilidad, será su comportamiento exploratorio. Si la figura de apego es sensible a las necesidades del niño, ofrece protección y apoyo a la vez que le permite la exploración, se convertirá en digna de confianza al tiempo que el niño se sentirá más libre para acercarse al mundo. Ahora bien, la disponibilidad de la figura no se circunscribe solamente a su presencia física, sino que está más relacionada con la receptividad emocional, ya que la presencia puede no satisfacer la necesidad del niño si no percibe, y es consecuente, con dicha necesidad. El tipo de apego que se crea con el

niño resultará determinante a la hora de dotarle de las herramientas necesarias para afrontar las demandas del medio y sus propias necesidades. (García de la Casa, 2020)

De este modo se trata, por un lado, de un sistema conductual de apego que está presente en el niño, le es inherente durante toda la vida apareciendo en menor medida en momentos posteriores a la infancia, pero sí ante aquellas situaciones que sean potencialmente amenazantes o que pongan en peligro al individuo. Por otro lado, esta necesidad de apegarse que comporta una forma aprendida a través de los primeros años, serán los que se manifiesten cuando se vayan estableciendo otras relaciones a través de un modelo funcional de apego. Este modelo, que se fue construyendo en la infancia correspondiéndose al conocimiento obtenido de las interacciones del niño con las figuras de apego, estaría constituido por esquemas mentales a cerca de las figuras de apego, de cómo reaccionan, y de su disponibilidad. Es un modelo para ir dando significado, sentido y control al mundo relacional del niño. A su vez, este modelo es el que se despliega ante las interacciones en la vida adulta y también puede ser objeto de modificaciones por dichas interacciones, pues depende de las situaciones, de las interacciones y de los modelos que los otros despliegan. (García de la Casa, 2020)

El apego inseguro y las experiencias interpersonales traumáticas tempranas, guiarían hacia una percepción de los otros como hirientes, abandonicos, no disponibles, rechazantes, y que no son de fiar. Si esas percepciones de los otros comienzan desde experiencias tempranas con los cuidadores, probablemente persistan desde la infancia y a través de la niñez, tiempo en que las capacidades de simbolización y regulación del afecto, expresión verbal, se encuentran en pleno desarrollo. De esta forma, la inseguridad interpersonal podría conducir a una tendencia a la somatización. A su vez, la inhabilidad de regular el afecto de una manera efectiva, también podría guiar a una respuesta emocional abrumadora, incluyendo cambios en el sistema inmune, endocrino, nervioso, afectando así al cuerpo e incrementando la sensibilidad del cuerpo al ambiente, dirigiendo a más somatización. (Landa et. al., 2012)

Ya fue mencionado en este trabajo, que Mitchell consideraba la necesidad de estudiar al self, al otro, y a la relación entre ambos. En un sentido de adaptación al entorno, el hecho de protegerse de la vulnerabilidad es esencial para poder enfrentarse a los avatares de la vida. Así, el verdadero self refiere a la esencia de lo que la persona es. En cambio, la función principal del falso self es la protección del verdadero, es una función defensiva que consiste en ocultar y proteger al verdadero. Los cuidadores deben proteger al niño ayudándolo a construir el falso self, pero también a facilitar que el verdadero self se exprese y pueda relacionarse con la realidad. Así, para Winnicott, el cuerpo del bebé recibe cuidados que constituyen el fundamento de la estructuración de la identidad; cuando el cuerpo se cuida de forma regular surgen las emociones, se expresan, y el pequeño puede sentir las y vivirlas como una experiencia emocional. (Sáinz Bermejo, 2017)

La figura del cuidador debe darle un sentido al conglomerado psicofísico que experimenta el niño. Así, los sentimientos entran en juego cuando se le da sentido a la emoción y se la vincula con una experiencia relacional. El resultado de esta experiencia relacional es un sujeto que puede estar adaptado a la sociedad sin sacrificar su espontaneidad personal, donde el verdadero self protegido y cuidado puede desarrollar sus capacidades consigo mismo y con los demás. El proceso de mentalización, que fue mencionado anteriormente, sería posible a partir de estas experiencias que tienen que ver con la integración de elementos corporales, emocionales y mentales, como base para una buena salud mental. Sin embargo, la figura adulta que no es capaz de cumplir con esta función, en general de forma intrusiva instala en su hijo su propio gesto, su propia rigidez. Cuando esto es así, el pequeño ser tiene que hacer un esfuerzo mayor para adaptarse, y una forma que tiene de hacerlo es sacrificar su verdadero self. (Sáinz Bermejo, 2017)

Winnicott (1949;1964), ha aportado las dificultades somáticas están constituidas por un déficit representacional y de procesamiento simbólico, los cuales serían explicadas por un insuficiente desarrollo del espacio transicional que les permita representar, simbolizar y refugiarse en esa área intermedia entre la realidad externa e interna. Estos fenómenos cumplirían una función defensiva en el aparato psíquico, la cual se refiere al estado en que sujeto no distingue bien lo que le provoca angustia. Esta regresión explicaría el motivo por el cual en las personalidades de tipo somáticas, al igual que los niños en la primera infancia, los mensajes enviados por el cuerpo a la psique o viceversa son inscriptos sin palabras. (Winnicott 1949;1964 citado en Fossi Arcila, 2011).

Cercana a la idea de falso self desarrollada anteriormente, se encuentra el estilo de personalidad sobreadaptada de la que habló Liberman (1982). Refiere a que por circunstancias del desarrollo, la persona sufrió una huída hacia la adultez, experimentando un desarrollo precoz y adquiriendo una personalidad pseudomadura. Son personas que por deficiencias en las relaciones tempranas con el cuidador se han adaptado a las demandas externas, pero sufriendo como costo grandes dificultades en la capacidad de simbolización. Se los describe como sujetos con un yo frágil y desorganizado, carentes de capacidad de elaboración psíquica, con dificultades para reconocer emociones. Pueden ser muy eficientes y talentosos, pero a costa de poca espontaneidad y muchas dificultades en el contacto interpersonal. (Liberman 1982 citado en Fossi Arcila, 2011)

Desde la postura que plantea Bion (1963), la etiología de los cuadros psicósomáticos podría explicarse a partir de las fallas en la función materna, cuyo objetivo es transformar las impresiones sensoriales y experiencias emocionales de una manera tal que estas puedan ser almacenadas en el mundo mental. Debido a esto, se produciría una falla en la capacidad de simbolización, la cual es una gran característica del funcionamiento psicósomático. Desde este punto de vista, las somatizaciones pueden ser consideradas como impresiones sensoriales y

experiencias emocionales que quedan como no transformadas para que sean digeridas por el mundo mental del infante. (Bion 1963 citado en Fossi Arcila, 2011).

Los pacientes somáticos generalmente son poco capaces de lidiar con afectos potencialmente destructivos, por lo que recurren a estrategias específicas defensivas arcaicas que se asemejan a las soluciones que encuentra un niño para superar y vivir psíquicamente ante el sufrimiento. Las estrategias defensivas se adoptan inconscientemente e implican, en la mayoría de los casos, la exclusión del aparato mental de las representaciones cargadas de sentimientos. La tendencia a expulsar de la psiquis misma las percepciones, fantasías y pensamientos asociados con afectos que podrían causar sufrimiento, no se realiza conscientemente y no convierte el contenido eliminado en material inconsciente. Cuando los pacientes somáticos se someten a tensiones que desencadenan un intenso disgusto, tienden a recurrir al establecimiento de vínculos simbiótico. Este fenómeno sería un intento de fusionarse con el otro, reimplementando una condición de indiferenciación supuestamente protectora equivalente a la observada en los primeros meses de vida. Cuando es esporádico, este tipo de recurso defensivo puede resultar funcional, pero si es recurrente, lleva a la persona a renunciar a la plena posesión de sí mismo. (McDougall 1994 citado en Peres & Santos, 2010).

A su vez, se ha propuesto que los pacientes somáticos tienen una modalidad particular de psicopatología, denominada psicosis actual. Aunque está constituido a partir de un núcleo psicótico, la psicosis actual no produce alucinaciones, pero hace que el cuerpo se comporte de una forma delirante, que predispone al sujeto a enfermedades orgánicas. Los pacientes somáticos no generan síntomas psicóticos, sino que se pierden sin compensación psíquica y tienden, como consecuencia, a reducirse a su pura expresión somática. Aparecen tales enfermedades, por lo tanto, como resultado de la acción de mecanismos somáticos, y no mentales, desencadenando conflictos emocionales. Se agrega que la comparación entre pacientes psiquiátricos y pacientes somáticos no se limita únicamente a la fuerza dinámica de las fantasías primitivas, sino que en algunos casos revela una similitud en los recursos económicos movilizados para defenderse de los terrores arcaicos. (McDougall 1989 citado en Peres & Santos, 2010).

4. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

A modo de síntesis, en el presente trabajo se ha estudiado la relación entre la matriz relacional y la enfermedad somática.

Para alcanzar dicho objetivo se ha realizado, en primer lugar, una conceptualización de la enfermedad somática. Se ha mencionado que el hombre es una unidad psicosomática, en la que toda enfermedad somática aparece como consecuencia de la ruptura de la integración somato-psíquica o mente-cuerpo. Ahora bien, se puede hallar la somatización en sujetos con un funcionamiento psíquico adecuado o deficitario. Cuando el sujeto cuenta con una organización compleja, recursos psíquicos ricos y flexibles, la somatización suele ser ocasional. En el caso de

una organización psíquica deficitaria, la somatización estará presente como forma habitual de funcionamiento. (Borelle & Russo, 2013). Se trata de sujetos que muestran un disfraz de salud mental aparente, detrás del cual se encuentra un self inaccesible y anestesiado que ha construido una pseudonormalidad alrededor de sí mismo para hacer frente al mundo, a pesar del dolor en el contacto con los otros. (McDougall citado en Sánchez Sánchez, 2014). El sujeto atribuye sus síntomas a una enfermedad física, lo cual lo motiva a buscar ayuda médica. (Fiertag et. al, 2014).

El carácter psicossomático hace referencia a un modo de funcionamiento mecanizado del pensamiento, a la racionalización de los comportamientos, al escaso impacto de los afectos, a la habilidad de los sujetos para mostrarse como si no viviera ninguna emoción, pero al mismo tiempo crear en el otro y dentro del otro una verdadera emoción. (Bergeret, 1974). El precio de esta cuestión es una estereotipia en el contacto con la realidad, en los vínculos afectivos, en la inserción en el área laboral, una mente deshabitada pero funcional y apta para vivir en el mundo, sin contactar profundamente con los afectos. (Sánchez Sánchez, 2014). David Liberman, ha considerado que la verdadera patología se encuentra en una sobreadaptación que resulta egosintónica para el sujeto. Se lo describe a partir de la cordura, la responsabilidad, la eficiencia, una organización mental que a veces se somete a la sobrecarga de responsabilidades, lo que conlleva a la desconexión mente-cuerpo y a la adaptación al mundo externo. (Liberman 1962 citado en Borelle et al., 2017).

Luego, en este trabajo, se hizo mención al concepto de mentalización. La Escuela Psicossomática de París, la define como la aptitud para tratar y elaborar las representaciones psíquicas de la pulsión. (Kapsambelis, 2016). Hace referencia a tolerar y elaborar la angustia y los conflictos intrapsíquicos, lo cual requiere de un trabajo de ligadura entre representaciones y afectos. (Borelle & Russo, 2013). La mala mentalización se enlaza con una no disponibilidad de las representaciones mentales que podrían ligar las tensiones o excitaciones, y también con la desconexión de afectos asociados a dichas representaciones. (Sánchez Sánchez, 2014). Para los teóricos mencionados, la falla está en la aptitud para ligar o construir representaciones acerca de lo vivido. Las personas con déficit en la mentalización vivencian las sacudidas afectivas en el plano psicomotriz, y por ende, cuando la elaboración mental fracasa, se obliga al cuerpo a tramitar las relaciones y tensiones pulsionales. (Sánchez Sánchez, 2014). Cuanto menos rica y evolucionada es la actividad mental de un sujeto, más se puede prever que su alteración somática será importante. (Smajda, 2013).

Desde otra mirada, P. Fonagy y P. Luyten la definen como la capacidad de los sujetos de comprenderse a sí mismos y a los demás en términos de estados mentales intencionales tales como sentimientos, deseos, actitudes y objetivos. (Fonagy & Luyten, 2015). Es el proceso por el cual se da sentido a los demás y a uno mismo, en términos de estados subjetivos y procesos mentales. (Bateman & Fonagy, 2018). Consideran que es en gran medida un logro del desarrollo, que depende inicialmente de la calidad de las relaciones de apego del individuo, y que el entorno

temprano y posterior fomenta un enfoque en los estados mentales internos crucial para su desarrollo. La medida en que las figuras de apego han podido responder afectivamente a la experiencia subjetiva del bebé, se asocia positivamente con la capacidad del niño para desarrollar la capacidad de mentalización, es decir, representaciones de sus propias experiencias subjetivas. (Fonagy & Luyten, 2015).

En segundo lugar, fue conceptualizada la perspectiva del psicoanálisis relacional. Se hizo énfasis en la premisa de que el ser humano no es un ente separado de la realidad, sino que es una realidad relacional. (Bedoya Hernández, 2012). Partiendo de esa premisa, no se describe al individuo como un conglomerado de impulsos físicos, sino como conformado por una matriz de relaciones con los demás. Así, la unidad básica de estudio es el campo de interacciones dentro del cual surge el individuo. (Marín Posada, 2014). Con la perspectiva relacional se abandona la idea de la mente aislada, dado que se compone del conjunto de configuraciones relacionales que se han ido internalizando a lo largo de la vida. (Rodríguez Sutil, 2011). En este enfoque, que concierne tanto a lo intrapsíquico como a lo interpersonal, lo intrapsíquico es constituido por la internalización de las experiencias interpersonales. Los afectos constituyen el centro de la motivación humana, y surgen del intercambio intersubjetivo. (Velasco Fraile, 2009). Por ende, lo que define al punto de vista relacional, es la atención al contexto y el interés por entender cómo las relaciones influyen en la dinámica de los fenómenos mentales. (Moreno Fernandez, 2009).

De esta forma, para el psicoanálisis relacional, la intersubjetividad, es decir, la consideración del intercambio intersubjetivo es determinante para el desarrollo del self. (Velasco Fraile, 2009). Se sostiene que toda experiencia subjetiva es relacional, que no existe la experiencia subjetiva aislada del contexto relacional, y es por eso toda experiencia relacional es intersubjetiva. (Coderch, 2013). Se considera que el origen de la psicopatología se encontraría en rupturas relacionales ocurridas a lo largo del desarrollo evolutivo. El fracaso relacional produce un déficit en la historia evolutiva del sujeto, y para compensarlo, éste genera estructuras intrapsíquicas defensivas, que a su vez generan conflictos internos y/o interpersonales. (Martínez Rodríguez & Martín Cabrero 2015).

Luego, se desarrolló el concepto de matriz relacional, que para la perspectiva teórica utilizada en este trabajo, es usada para dar cuenta de la mente humana constituida por variables relacionales, es decir, representaciones que se construyen interactivamente a través del contacto con otros. Se considera que el ser humano emerge de la relación, y partiendo de allí construye su mundo interno, sus representaciones objetales y de sí mismo. Así, lo que le permite a la persona ser un sujeto humano, es la matriz relacional. (Bedoya Hernández, 2012). De esta forma, la mente como matriz relacional, posee tres dimensiones en permanente interconexión. En primer lugar, el sí mismo se refiere a las representaciones que un sujeto tiene sobre sí mismo. Además, el objeto es el conjunto de representaciones que tiene ese mismo sujeto acerca de algún otro significativo para él. Y por último, el campo interactivo, refiere a los patrones o esquemas transaccionales

presentados en el espacio entre el sujeto y un otro significativo con el que se relacione. (Marín Posada, 2014).

Por esto, no se puede hablar de un self aislado, fuera de una matriz de relaciones con los demás. Ni el self ni el objeto son conceptos con sentido si no se los toma dentro del espacio físico en el cual interactúan. En conclusión, las tres dimensiones mencionadas se encuentran entrelazadas y tejen la experiencia subjetiva y el mundo psicológico. (Sáinz Bermejo, 2017). En este sentido, la interacción produce efectos en el sujeto, dejando una huella del otro. Las relaciones vinculares, junto a los afectos, cumplen un papel preponderante incluso desde antes del nacimiento del sujeto, y que representan un aspecto central en las alteraciones psicósomáticas y en la construcción de una singular forma de vivir. (Etcheverría, 2017). Las unidades de estudio son los vínculos de relación y la matriz de relaciones que constituyen. (Mitchell, 1993).

En tercer lugar, se destaca que la alteración somática habitualmente no constituye sólo una patología, sino que forma parte de redes vinculares que funcionan como sostenedoras, cronificadoras o mantenedoras de la afección. (Echeverría Cadimar, 2017). Se presentan en los sujetos una serie de componentes relacionales visibles, y existen ciertos factores que hacen que se produzca una vulnerabilidad psicósomática, donde se podría identificar la matriz relacional. (Tizón, 2019). Se puede afirmar así, que toda enfermedad comprende un entramado relacionado a la historia biográfica de la persona. En este caso, en dicho entramado, se tiene en cuenta a las familias frecuentemente con una delimitación inestable tendiente a la intromisión en los espacios no sólo físicos sino también emocionales de cada uno de los integrantes. Se trata de familias que procuran evitar tensiones emocionales y explicitación de conflictos. Entonces, el lenguaje del síntoma, expresado somáticamente por el sujeto, no es sólo el lenguaje de su cuerpo sino de la totalidad de esa familia. (Echeverría Cadimar, 2017)

Las dificultades interpersonales, tendrían su raíz en las experiencias tempranas con los cuidadores, quienes podrían considerarse como adultos no disponibles o que proveen menos cuidados. Como resultado, el mundo relacional de estos pacientes está frecuentemente caracterizado por problemas interpersonales marcados y representaciones de otros que podrían dificultar la expresión del afecto. En este sentido, las investigaciones actuales proponen que los síndromes de somatización estarían asociados con problemas interpersonales marcados, desconfianza interpersonal y un apego inseguro, que contribuye a un estrés no adaptativo y a una regulación del afecto que conduciría a un sufrimiento somático. (Landa et. al., 2012).

Así, en las familias en que la exteriorización del afecto está interdicta, el cuerpo resulta como un mediador y como la clave única o privilegiada del intercambio afectivo. De esta forma se constituyen estructuras vinculares que interfieren con la posibilidad de integración psicósomática, es decir, afectivo-corporal. Esta imposibilidad coloca al sujeto en una situación de vulnerabilidad somática. En esta línea, las experiencias traumáticas tienen una incidencia en la integridad mental del sujeto y en el registro mental de sus experiencias emocionales o en las fallas

para poder hacerlo. Así, esto tendrá un efecto en las modalidades de procesamiento afectivo, tanto a nivel individual como vincular. (Boschan, 2006).

A modo de conclusión, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este trabajo a partir de la revisión bibliográfica, se considera que la pregunta por la existencia de una correlación entre la somatización y el aspecto relacional de los sujetos, que fue la principal motivación para el desarrollo de este estudio, ha quedado respondida de una manera positiva. Así, se considera relevante el conocimiento de las especificidades del funcionamiento psíquico de estos pacientes, en cuanto al trabajo analítico y el modo de interacción con ellos.

Acerca de las limitaciones del presente trabajo, no se encontraron artículos o textos cuyos resultados den cuenta de la matriz relacional en la enfermedad somática mencionada como tal. No se ha conseguido esa conceptualización de una manera explícita. Sin embargo, a partir de la amplia y variada búsqueda bibliográfica, se logró recabar datos y hacer una descripción general, aunque no acabada, del mundo relacional de los sujetos con vulnerabilidad o enfermedad somática.

Por último, como aporte a futuras investigaciones, se recomienda continuar con la profundización de la temática de la somatización y sus características vinculares. Si bien dicha patología ha sido estudiada y caracterizada desde hace años por gran número de autores, se considera que aún no está acabado su análisis. De la misma manera, dada la relevancia de esta problemática para la Psicología (y para otras disciplinas), se considera de gran utilidad la oportunidad de realizar estudios empíricos, donde se logre estudiar de una manera práctica y concreta, la relación entre las variables consideradas desde los objetivos de este trabajo, a la luz del Psicoanálisis Relacional y sus propuestas. De dicha manera, se podrá continuar caracterizando la problemática, obtener más información e intentar obtener más respuestas sobre la somatización en las diversas etapas de la vida, con la intención de favorecer la práctica psicoanalítica con los pacientes.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington: APA.

Andrade Rodríguez, R. (2011). Espistemología y abordajes investigativos en psicología dinámica (psicoanálisis relacional). *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 2(1), 36-65.

Baeza Velasco, C. (2010). Síntoma psicósomático vs síntoma orgánico; La mala fama de la psicósomática. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 4(1), 8-12.

Bateman, A. y Fonagy, P. (2018). Tratamiento basado en la mentalización. *Aperturas Psicoanalíticas*, 59(31), 1-22.

- Bedoya Hernández, M. (2012). La noción de matriz relacional y sus implicaciones para el ejercicio clínico de la psicología dinámica. *Psicología Desde El Caribe*, 29(3), 686-706.
- Bergeret, J. (1974). *La Personalidad Normal y Patológica*. Barcelona: Gedisa.
- Borelle, A., De Luca, M. F., Maida, M. (2017). El test “Dos Personas”, su utilización en la detección de vulnerabilidad somática. Estudio de las pautas graficas y verbales. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 21(1), 17-35.
- Borelle, A. y Russo, L. S. (2013). *El psicodiagnóstico de niños*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Boschan, P. (2006). Un enfoque vincular de las manifestaciones psicósomáticas en la niñez y la adolescencia. *Revista Medicina Infantil*, 13(3), 232-237.
- Bouchard, M., Lecours, S., Tremblay, L., Target, M., Fonagy, P., Schachter, A., Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47-66.
- Coderch, J. (2013). El psicoanálisis relacional a la luz de la teoría de los sistemas intersubjetivos dinámicos y no lineales. *Clínica e Investigación Relacional*, 7(3), 538-554.
- Echeverría Cadimar, A. (2017). Los vínculos, la historia y el cuerpo. (Tesis de grado). Universidad de la República, Uruguay.
- Fiertag, O., Taylor, S., Tareen, A., Garralda, E. (2014). Trastornos Somatomorfos. *Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.
- Fonagy, P., Luyten, P. (2015). The Neurobiology of Mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 366-379.
- Fossi Arcila, P. (2011). Cuando el alma sufre, los genes lloran: revisitando el concepto de lo psicósomático. *Revista de psicología GEPU*, 3(2), 001-270.
- Franco Vicario, J. (2016). Mentalización/Desmentalización/Representación. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, (7), 1-8.
- García de la Casa, L. (2020). Incidencia del trauma relacional temprano en el síndrome del intestino irritable: la visión psicósomática de un caso clínico. *Sociedad española de medicina psicósomática y psicoterapia*, 10(1), 1-44.
- Giacobo Serra, R. (2012). *Síntomas somáticos funcionales, psicopatología y variables asociadas: un análisis en diferentes poblaciones pediátricas*. Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- González Ramírez, M. T. y Londero Hernández, R. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y estrés*, 12(1), 45-61.
- Kapsambelis, V. (2016). *Manual de Psiquiatría Clínica y Psicopatología del Adulto*. México: Fondo de Cultura Económica, 180-191.
- Landa, A., Bossis, A., Boylan, L. y Wong, P. (2012). Beyond the Unexplainable Pain. Relational World of Patients with Somatization Syndromes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 200(5), 413, 422.

- Liberman, A. (2007). Stephen Mitchell: un constructor de puentes. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, (10), 19-41.
- Marín Posada, S. (2014). Stephen Mitchell y el paradigma relacional en psicoanálisis. *Revista de Psicología, Universidad de Antioquia*, 6(1), 125-140.
- Martínez Rodríguez, J. M., Martín Cabrero, B. (2015). Psicoterapia Relacional del Trastorno Límite de Personalidad-Parte 1. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 19-35.
- Marty, P. (1992). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Marty, P., M'Uzan, M. y David, C. (2013). *La investigación psicósomática. Siete observaciones clínicas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Mendiola, R. (2008). Reseña de "Teoría del apego y psicoanálisis" de Peter Fonagy. *Clínica Y Salud*, 19(1), 131-134.
- Mitchell, S. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis: Una integración*. Mexico: Siglo XXI editores.
- Moreno Fernández, A. (2009). Teoría relacional y la práctica de la psicoterapia [Wachtel, P., 2008]. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista de Psicoanálisis en Internet*, (031).
- Peres, R. y Santos, M. (2010). El concepto de psicosis actual en la psicósomática psicoanalítica de Joyce McDougall. *Revista brasilera de Psicanálisis*, 44(1), 99-108.
- Pistiner de Cortiñas, L. (2018). Del Cuerpo Al Símbolo Revisitando Algunos Desarrollos Y En Homenaje A David Liberman. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, (11), 1-10.
- Rodado, J. y Otero, J. (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicósomática. *Aperturas psicoanalíticas. Revista de Psicoanálisis en Internet*, (016), 1-10.
- Rodríguez Sutil, C. (2007). Psicología del psicoanálisis relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 1(1), 9-41.
- Rodríguez Sutil, C. (2011). Reseña de la obra de Joan Coderch: La práctica de la psicoterapia relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(1), 188-206.
- Rodríguez Sutil, C. (2012). Reseña de la obra de Joan Coderch: La práctica de la psicoterapia relacional II. *Clínica e Investigación Relacional*, 6(3), 629-644.
- Rodríguez Sutil, C. (2016). Mentalización como habilidad y cultura. *Clínica e Investigación relacional*, 10(3), 649-664.
- Sáinz Bermejo, F. (2017). *Winnicott y la perspectiva relacional en psicoanálisis*. Barcelona: Herder.
- Sánchez Sánchez, T. (2014). *Qué es la psicósomática. Del silencio de las emociones a la enfermedad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Smajda, C. (2013). *Los modelos psicoanalíticos de la psicósomática*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Tizón, J. (2019). *Apuntes para una psicopatología basada en la relación. Vol. 3. Relaciones emocionalizadas, intrusivas, actuadoras y operatorias*. Herder: Barcelona.

Torres Hernández, M., López García, S., Pedroza Escobar, D y Escamilla Tilch, M. (2015). El papel de la alexitimia como factor psicossomático en la psoriasis. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(3), 268-272.

Ulnik C., J. (2008). El Médico, El Analista Y Lo Psicossomático. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, (11), 194-211.

Vallejo Pareja, M. (2014). De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. *Revista Iberoamericana de psicossomática*, (110).

Velasco Fraile, R. (2009). ¿Qué es el psicoanálisis relacional?. *Clinica e investigación relacional. Revista electrónica de Psicoterapia*, 3(1), 58-67.

Wachtel, P. (2014). An Integrative Relational Point of View. *American Psychiatric Association*, 51(3), 342-349.

6. ANEXO

N	AÑO	AUTOR	TÍTULO	TIPO	OBJETIVO
1	1974	Bergeret	La Personalidad Normal y Patológica	Teórico	Caracterizar la personalidad
2	1992	Marty	La Psicossomática del Adulto	Teórico	Desarrollar la enfermedad somática
3	2004	Rodado & Otero	El enfoque psicoanalítico de la patología psicossomática.	Teórico	Recorrer la teoría freudiana y los desarrollos que surgieron posteriormente
4	2006	Boschan	Un enfoque vincular de las manifestaciones psicossomáticas en la niñez y la adolescencia.	Teórico	Relacionar la psicossomática con los enfoques vinculares del psicoanálisis
5	2007	Liberman	Stephen Mitchell: un constructor de puentes	Teórico	Desarrollar el pensamiento y los trabajos de Stephen Mitchell
6	2007	Rodríguez Sutil	Epistemología del psicoanálisis relacional	Teórico	Describir la epistemología del psicoanálisis relacional
7	2008	Mendiola	Reseña de "Teoría del apego y psicoanálisis" de Peter Fonagy.	Teórico	Servir como texto introductorio para estudiantes de psicoterapia y como obra de enfoques teóricos diferentes
8	2008	Ulnik	El Médico, El Analista Y Lo Psicossomático.	Teórico	Ampliar el campo de lo psicossomático y reconocer ciertas características que se repiten con frecuencia
9	2008	Bouchard et al.	Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states and affect elaboration compared	Empírico	Examinar propiedades convergentes y discriminantes de tres medidas de reflexividad y mentalización
10	2009	Moreno Fernández	Teoría relacional y la práctica de la psicoterapia	Teórico	Desarrollar conceptos de Paul Wachtel
11	2009	Velasco Fraile	¿Qué es el psicoanálisis relacional?	Mixto	Exponer la definición y el desarrollo contextual del término Psicoanálisis Relacional, incluyendo una escena clínica
12	2010	Peres & Santos	El concepto de psicosis actual en la psicossomática psicoanalítica de Joyce McDougall.	Teórico	Revisar posibles intersecciones entre psicoanálisis, psicossomática y psicopatología desde la autora Joyce McDougall
13	2010	Baeza Velazco	Síntoma psicossomático vs síntoma orgánico; La mala fama de la psicossomática	Teórico	Describir la sintomatología somática

14	2011	Fossi Arcila	Cuando el alma sufre, los genes lloran: revisitando el concepto de lo psicossomático.	Teórico	Revisar la evolución del concepto psicossomático, las características de la personalidad psicossomática y las relaciones con la personalidad “como si”, falso self, y sobreadaptada
15	2011	Andrade Rodríguez	Espistemología y abordajes investigativos en psicología dinámica (psicoanálisis relacional).	Empírico	Comunicar resultados acerca de la delimitación conceptual de la Psicología Dinámica
16	2011	Rodríguez Sutil	Reseña de la obra de Joan Coderch: La práctica de la psicoterapia relacional.	Teórico	Realizar una reseña sobre el texto de Joan Coderch
17	2012	Landa et. al	Beyond the Unexplainable Pain. Relational World of Patients with Somatization Syndromes.	Empírico	Relacionar la somatización con las representaciones interpersonales
18	2012	Bedoya Hernández	La noción de matriz relacional y sus implicaciones para el ejercicio clínico de la psicología dinámica	Teórico	Conceptualizar las nociones de matriz relacional y matriz terapéutica en el ejercicio de la clínica dinámica
19	2012	Giacobo Serra	Síntomas somáticos funcionales, psicopatología y variables asociadas: un análisis en diferentes poblaciones pediátricas.	Mixto	Conocer los principales hallazgos en la literatura. Se presentan tres investigaciones empíricas realizadas con distintas poblaciones de la infancia y adolescencia
20	2012	Rodríguez Sutil	Reseña de la obra de Joan Coderch: La práctica de la psicoterapia relacional II	Teórico	Realizar una reseña sobre el texto de Joan Coderch
21	2013	American Psychiatric Association	Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)	Teórico	Diagnóstico de desórdenes mentales
22	2013	Borelle & Russo	El psicodiagnóstico de niños	Teórico	Analizar los funcionamientos neuróticos, las organizaciones psicóticas y las organizaciones límite en la infancia
23	2013	Coderch	El psicoanálisis relacional a la luz de la teoría de los sistemas intersubjetivos dinámicos y no lineales	Teórico	Exponer la teoría de los sistemas intersubjetivos y sus aportaciones para la comprensión de la mente y del proceso psicoanalítico.
25	2013	Marty et al.	La investigación psicossomática. Siete observaciones clínicas	Teórico	Caracterizar la enfermedad somática presentando material clínico
26	2013	Smajda	Los modelos psicoanalíticos de la psicossomática	Teórico	Describir la enfermedad somática y la relación con los modelos psicoanalíticos
27	2014	Marín Posada	Stephen Mitchell y el paradigma relacional en psicoanálisis	Teórico	Desarrollar conceptos de Stephen Mitchell
28	2014	Wachtel	An Integrative Relational Point of View	Teórico	Describir la psicodinámica cíclica
29	2014	Fiertag et al.	Trastornos somatomorfos	Teórico	Caracterizar estos trastornos y su tratamiento
30	2014	Sánchez Sánchez	¿Qué es la psicossomática? Del silencio de las emociones a la enfermedad	Teórico	Describir la enfermedad somática
31	2014	Vallejo Pareja	De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.	Teórico	Describir los cambios de los trastornos somatomorfos en el DSM-V
32	2014	Wachtel	An Integrative Relational Point of View	Teórico	Describir un enfoque relacional particular llamado psicodinámica cíclica.

33	2015	Fonagy & Luyten	The neurobiology of mentalizing	Teórico	Revisar la comprensión actual de la neurobiología de la mentalización
34	2015	Martínez Rodríguez & Martín Cabrero	Psicoterapia relacional del trastorno límite	Teórico	Describir los métodos relacionales de tratamiento y las distintas dimensiones en la relación terapéutica
35	2015	Torres Hernandez et al.	El papel de la alexitimia como factor psicosomático en la psoriasis.	Empírico	Demostrar que la alexitimia ocurre con mayor frecuencia en pacientes con psoriasis y que la coexistencia de alexitimia-psoriasis se asocia con altos niveles de ansiedad.
36	2016	Franco Vicario	Mentalización / Desmentalización / Representación	Teórico	Desarrollar los conceptos de mentalización, desmentalización y representación desde a obra de Pierre Marty
37	2016	Kapsambelis	Manual de Psiquiatría Clínica y Psicopatología del Adulto	Teórico	Describir los trastornos psicoatológicos del adulto
38	2016	Rodríguez Sutil	Mentalización como habilidad y cultura	Teórico	Caracterizar la mentalización
39	2017	Borelle et al.	El test "Dos personas", su utilización en la detección de vulnerabilidad somática. Estudio de las pautas gráficas y verbales.	Empírico	Explorar la utilización de técnicas proyectivas gráficas de diagnóstico de la organización psíquica del sujeto con trastornos somáticos
40	2017	Echeverría Cadimar	Los vínculos, la historia y el cuerpo	Teórico	Relacionar los factores biológicos, psicológicos y ambientales involucrados en las afecciones somáticas
41	2017	Sáinz Bermejo	Winnicott y la perspectiva relacional en psicoanálisis	Teórico	Describir las aportaciones teóricas de Winnicott y sus aplicaciones en la psicoterapia.
42	2018	Pistinier de Cortiñas	Del Cuerpo Al Símbolo Revisitado Algunos Desarrollos Y En Homenaje A David Liberman	Teórico	Desarrollar conceptos de David Liberman
43	2018	Bateman & Fonagy	Tratamiento basado en la mentalización	Teórico	Desarrollar el tratamiento basado en la mentalización
44	2019	Tizón	Apuntes para una psicopatología basada en la relación. Relaciones emocionalizadas, intrusivas, actuadoras y operatorias.	Teórico	Descripción de las relaciones en las psicopatologías
45	2020	García de la Casa	Incidencia del trauma relacional temprano en el síndrome del intestino irritable: la visión psicosomática de un caso clínico	Mixto	Relacionar el trauma relacional temprano con la somatización a partir de investigaciones de casos clínicos