

**Principales Aportes Psicoanalíticos a la
Medicina Psicosomática,
Psicología Hospitalaria,
Psicología Médica**

29º Congresso FEPAL

Decio Tenenbaum

San Pablo, outubro/2012

decio@tenenbaum.com.br

Programación

- **1ª aula - Relación cuerpo-mente: enfermedad orgánica y procesos simbólicos**
- **2ª aula - Relación cuerpo-mente: psicodinámica y estrés**
- **3ª aula - Los principales aportes psicoanalíticos a la asistencia al enfermo somático**

- **El curso no será basado en los aportes de cada autor pues sería necesario todo un semestre para eso.**
- **Se acompañará el desarrollo de las investigaciones psicoanalíticas sobre el tema de la relación cuerpo-mente.**
- **Varios psicoanalistas y no psicoanalistas contribuyeron para el desarrollo de ese conocimiento:**

- **Alfred ADLER - *Locus minoris resistentiae***
- **Franz ALEXANDER - Conflictos específicos**
- **Gregory BATESON - Teoría general de los sistemas**
- **Michael BALINT - Ocurrencia inconsciente en la función asistencial**
- **José BLEGER – Psicodinámica en la asistencia**
- **Hugo BESEDOVSKY - Interacción entre el SNC y el sistema inmunológico**
- **Walter CANNON - Estados emergenciales**
- **Abram EKSTERMAN – La Historia de la Persona; psicodinámica y estrés.**
- **Felix DEUTSCH – Organoneurosis**
- **Flanders DUNBAR - Perfiles de personalidades**

- **George ENGEL - Modelo biopsicosocial**
- **Sigmund FREUD - Conversión y somatización**
- **Angel GARMA – Psicogénesis psicodinámica**
- **Lennart LEVI – Estrés social**
- **Leon GRINBERG – Psicogénesis psicodinámica**
- **HIKLE & WOLFF - Factores ambientales**
- **Marie LANGER – Psicogénesis psicodinámica**
- **Stephen LOCKE – Psiconeuroinmunología**
- **Isaac LUCHINA - Interconsulta**
- **Pierre MARTY & Michel de M'UZAN - *Pensée opératoire***
- **Humberto MATURANA - Sistemas autopoieticos**
- **Joyce McDougall – Psicosoma**
- **Julio de MELLO FILHO – Psicoterapia de grupo y psicósomática**

- **Adolph MEYER - Psicobiología**
- **Luiz MILLER DE PAIVA – Psiconeuroinmunología**
- **Helladio CAPISANO – Psicogénesis psicodinámica**
- **Ivan PAVLOV – Emociones en los procesos fisiológicos**
- **Danilo PERESTRELLO – La Medicina de la Persona**
- **Arnaldo RASCOVSKY – Psicogénesis psicodinámica**
- **Roy SCHÄFER - Socio psicósomática**
- **José SCHAVELSON – Psicología y cáncer**
- **Hanz SEYLE - Síndrome general de adaptación (estrés)**
- **Peter SIFNEOS & John C. NEMIAH – *Alexithymia***
- **Jakob von UEXKÜLL - Diferenciación de los trastornos de conversión**
- **Vitor von WEIZSÄCKER – Antropología Médica**

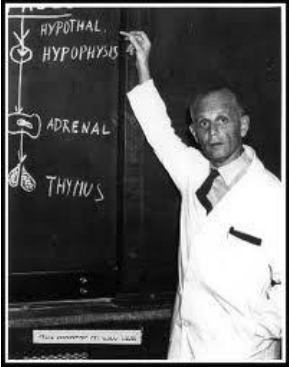
Momentos iniciales de la investigación sobre la relación cuerpo-mente



Johann Christian August Heinroth (1773-1843), médico alemán nacido en Leipzig, en 1818, introdujo el concepto “medicina psicosomática” para designar la interacción cuerpo-mente.



Walter B. Cannon (1871-1945), médico fisiólogo norteamericano, realizó los primeros estudios sobre las reacciones de adaptación del organismo a las emociones (“luta-fuga”) y creó lo concepto de homeostasis. Actualmente, alostasis.



Hans Selye (1907-1982), médico húngaro, emigró a los EEUU y después a Canadá. Descubrió la “reacción de adaptación general”, patrón de respuesta fisiológica a las amenazas al organismo.



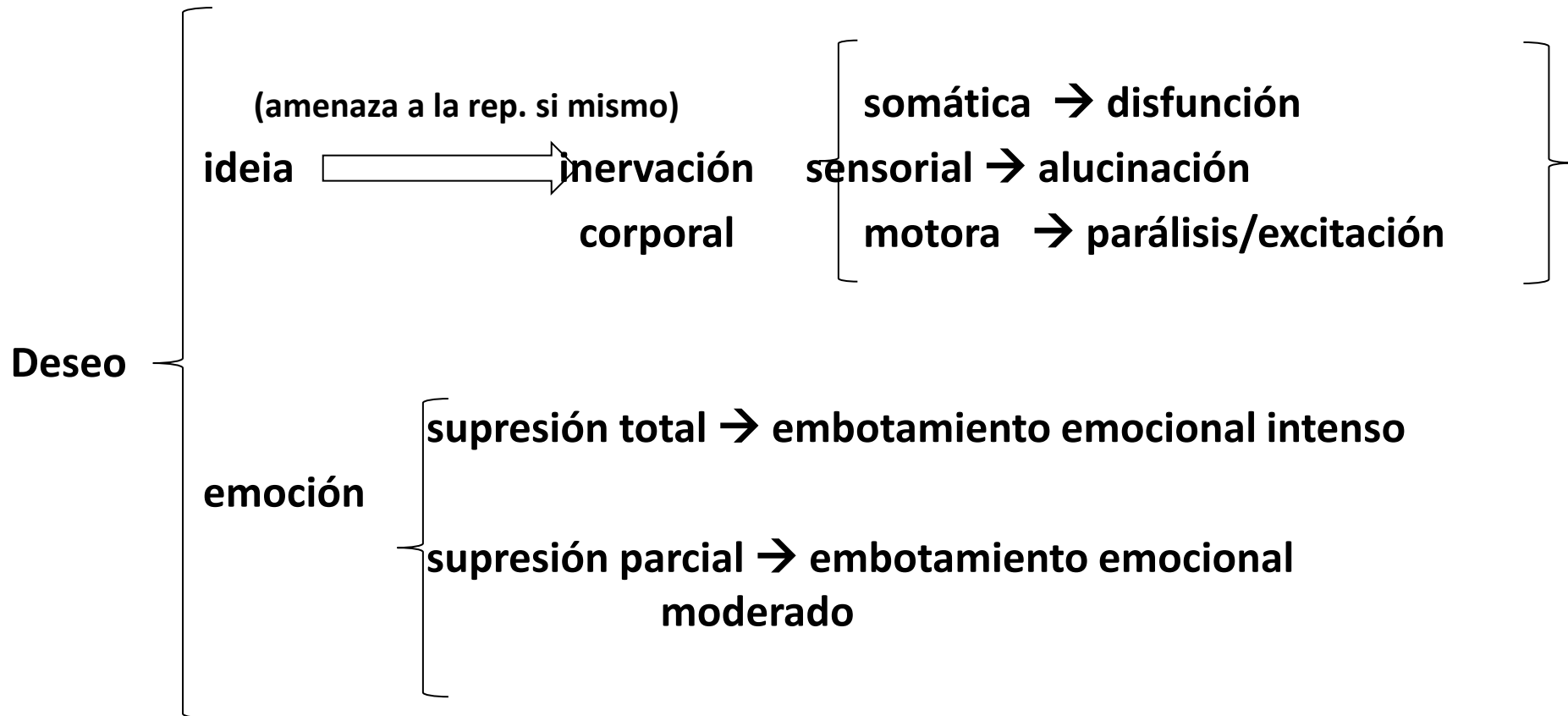
Sigmund Freud (1856-1939), médico psicoanalista austriaco. Describió las bases psicoanalíticas de la relación cuerpo-mente en su artículo “La Concepción Psicoanalítica de la Perturbación Psicogénica de la Visión”, escrito en 1910 en homenaje al 60º cumpleaños de Leopold Königstein (1850-1924), médico oftalmólogo austriaco.

Freud, 1910

- **Trastornos psico-orgánicos:**
 - **Por represión: histeria como modelo**
Síntoma orgánico = expresión de un conflicto
 - **Por toxicidad: neurosis actual como modelo**
Síntoma orgánico = expresión de una sobrecarga (dificultad de simbolización)
 - ***“Locus minoris resistentiae”* (Alfred Adler)**
Síntoma orgánico = fragilidad orgánica individual

Síntoma como expresión de un conflicto: conversión

1ª etapa: formación de sustituto



Síntoma como expresión de un conflicto: conversión

2ª etapa: aparición de síntomas

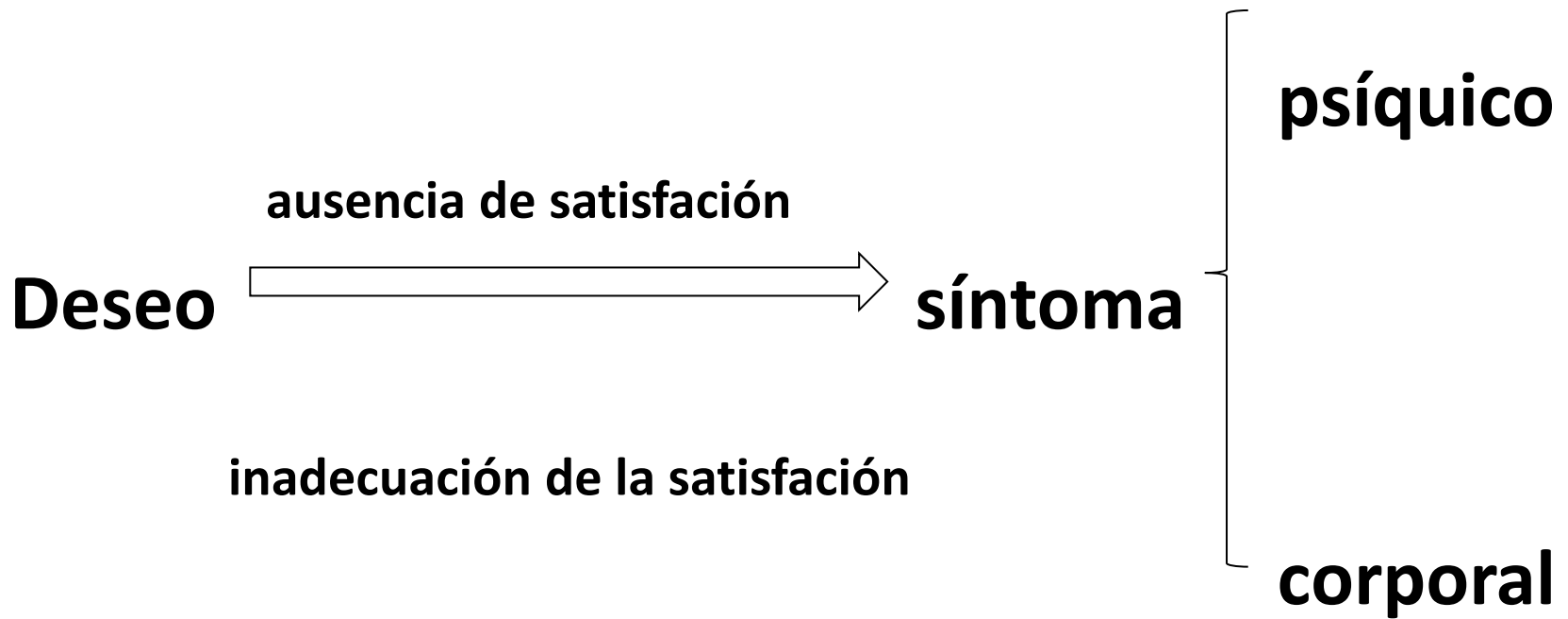
- Debilitación de las defensas

- Refuerzo de los impulsos

- Estímulos de la realidad

retorno del reprimido →
síntomas de conversión
(expresión simbólica del conflicto)

Síntoma como expresión de una sobrecarga: somatización



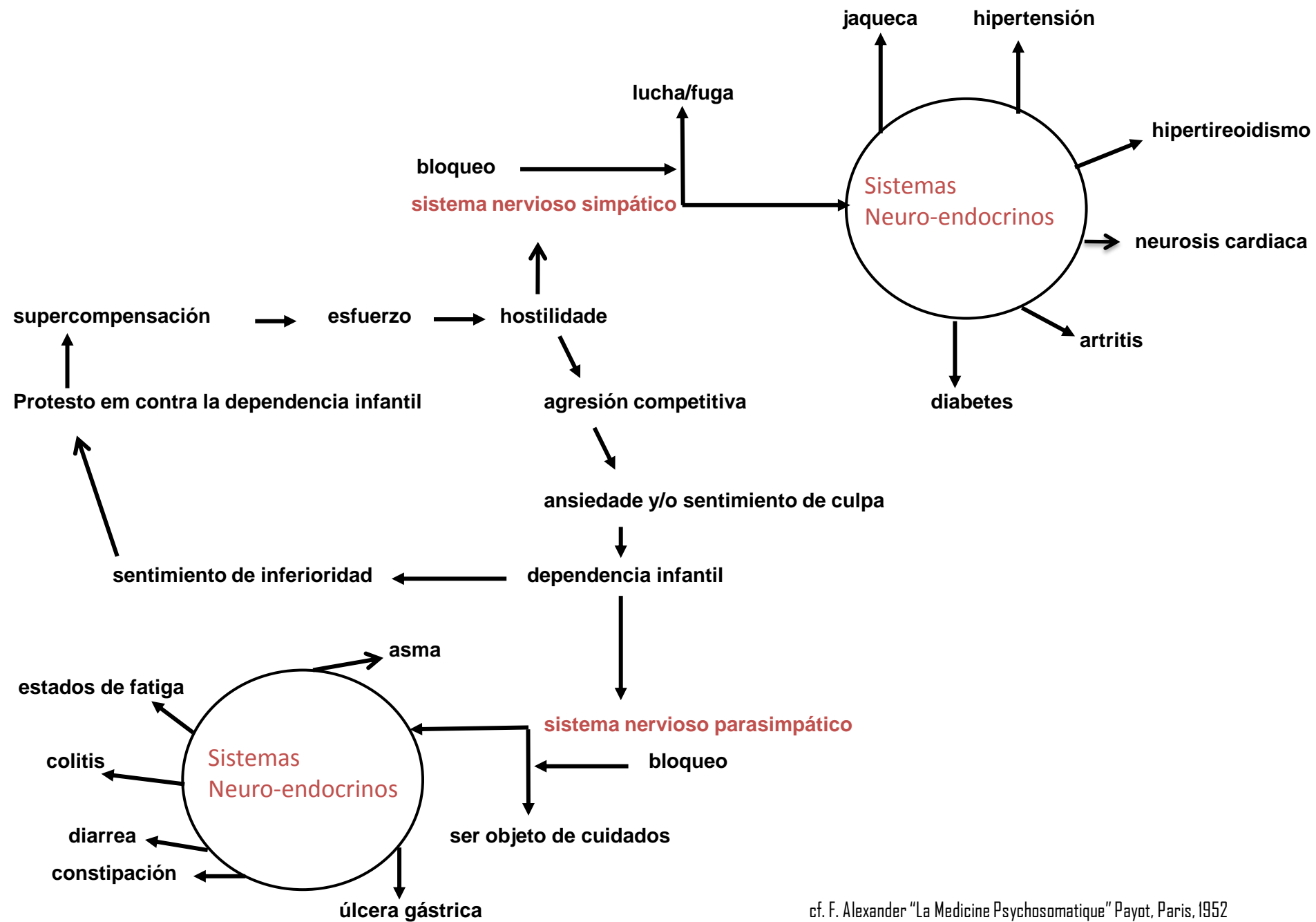
Enfermedad orgánica e simbolización

(década 1940)

- **Pesquisas sobre los conflictos que desencadenan las enfermedades psicosomáticas y sobre los tipos de personalidad propicios a desarrollar estas enfermedades.**
 - **Conflictos específicos: Franz Alexander**
artritis reumática, asma bronquial, colitis ulcerosa, enfermedad de Graves, hipertensión esencial, neurodermatitis y úlcera péptica
 - **Tipos de personalidad: Flanders Dunbar**
accidentes, oclusión coronaria, enfermedad hipertensiva, angina de pecho, arritmia, fiebre reumática e artritis reumática, enfermedad cardíaca reumática, diabetes

- **Resentimiento** → **umenta histamina**
- **Agresividad reprimida** → **umenta noradrenalina**
- **Angustia** → **umenta adrenalina**
- **Rabia** → **umenta ácido clorhídrico**
- **Alerta** → **umenta aldosterona**
- **Agitación** → **adrenales y tiroides superestimuladas**
- **Depresión** → **umenta monoaminooxidasa**

- **Artrítico** → “preparado para golpear”
- **Asmático** → “quiera comunicarse, pero no puede”
- **Colítico** → inespecífico
- **Hipertireoideo** → “esforzándose para ser precozmente maduro”
- **Hipertenso** → “preparado para luchar”
- **Neurodermitis** → “carente de contacto físico”
- **Ulceroso** → “hambre de amor”



Enfermedad orgánica y sobrecarga

(década 1960)

- Precariedad simbólica

- Por pobreza da vida de fantasía

(pensamiento operatorio de Pierre Marty y Michel de M' Uzan)

- Por pobreza afectiva

(Alexithymia de Peter Sifneos)

Pensamiento operatorio

Un hombre de más de sesenta años, casado, hijos y nietos, fue internado para investigación de dolor abdominal en la región de lo hipocondrio izquierdo, junto a las cicatrices de un accidente automovilístico que sufrió hace cuarenta años en el cual fue perforado por una barra de hierro.

Fue acompañado de forma ambulatoria durante casi dos años sin mejoría y posteriormente hospitalizado para diagnóstico diferencial que incluía la somatización.

En el hospital el paciente siempre se mostró una persona cordial, amable, disponible, nunca se quejaba de nada y siempre elogiaba a quien lo atendía. Su discurso giraba siempre en torno de la su dolor y sus síntomas, que no los relacionaba a ningún evento de su vida o a cualquier cosa. Los resultados de los exámenes fueron normales, excepto por una pequeña masa encontrada en su estómago, sin características de malignidad y sin ninguna relación al dolor. Mientras se pensaba en la necesidad de una investigación quirúrgica los dolores fueron mejorando.

¿Pensamiento operatorio ou estrés de separación?

Una mujer de poco más de cuarenta años, casada e madre de dos hijos, viviendo en una habitación construida en el terreno de los padres, fue internada para someterse a una colecistectomía después de dos crisis de dolores abdominales. Portadora de cálculo en la vesícula biliar, cuyo tamaño indicaba larga evolución, sufrió la primera crisis dolorosa durante una comida familiar; el segundo episodio fue un mes después, en nuevo encuentro familiar, ambos transcurridos en un ambiente alegre e festivo.

Investigando las circunstancias de eclosión de las crisis, el terapeuta supo que en el primer encuentro familiar la paciente, en medio de reflexiones sobre su vida, se dio cuenta de lo envejecimiento de los padres y de la posibilidad de perderlos; en el segundo, supo los planes de su hijo tenía de casarse después de concluir sus estudios. La cirugía fue un éxito y con un posoperatorio excelente.

Alexithymia

Una mujer de poco más de cincuenta años sufrió un espasmo en una hemicara y se internó para someterse a tratamiento quirúrgico. Alérgica a conservantes, la enferma presentó grave episodio alérgico por ingerir alimentos que no eran recomendados. La cirugía fue suspendida hasta poder ser anestesiada.

Durante su breve permanencia en el hospital, contó las tragedias de su vida: perdió su hermana mayor cuando tenía un año de edad y crió a sus 12 hermanos; a los 10 años su tío abuso sexualmente y escondió lo ocurrido a sus padres hasta momentos antes de morir su madre; su padre (alcohólico) falleció cuando ella tenía 13 años; huyó (con sus hijos) de su marido que la golpeaba, y, como es habitual en mujeres víctimas de violencia sexual, no tenía placer sexual. Narró todo esto de forma distante y sin emoción.

Enfermedad orgánica y estrés – caso 1

(década de 1970)

Una mujer de casi sesenta años buscó el ambulatorio de Dermatología por presentar vitíligo genital que recién inició. Casada hace cuarenta años, su marido está impotente hace dos años. Inicialmente angustiada con la situación, pues no conseguía imaginarse traicionando a su marido, comenzó a frecuentar más su Iglesia y a involucrarse en las actividades sociales desarrolladas ahí. Obtuvo una mejora inicial pero no pudo evitar de ver con determinado interés a un cierto señor. En ese momento surgió el vitíligo.

Enfermedad orgánica y estrés – caso 2

(década de 1970)

Una mujer de poco más de treinta años, casada y con dos hijos, de fisionomía seria, de estatura alta y de apariencia un poco masculinizada. Está en tratamiento ambulatorio por presentar un cuadro de alopecia areata universalis y fue encaminada para tratamiento psicológico. Hija única de padres separados cuando aún era niña; su padre constituyó una nueva familia y no participó de su educación en ningún sentido; ella y su madre pasaron por serias dificultades. Actualmente se relaciona razonablemente bien con su padre pero, no consigue olvidar el pasado. Relató que su madre siempre ha sido una persona rígida, exigente y posesiva y la golpeaba con frecuencia. No le

Enfermedad orgánica y estrés – caso 2

(década de 1970)

gusta cuando percibe que es parecida a ella.

Informó que el primer episodio de su enfermedad ocurrió hace más de diez años, poco después del nacimiento de su primer hijo, fruto de un noviazgo que ya había terminado cuando supo que estaba embarazada. Hasta hoy, siente que tiene cierta dificultad de relacionarse con ese hijo por ser fisionómicamente muy parecido al padre. En la época mejoró cuando, por orientación médica, comenzó a frecuentar la misma iglesia que su médico. El segundo episodio de pérdida total de los pelos del cuerpo se inició hace aproximadamente un año cuando su marido le contó que se había envuelto con otra mujer.

Enfermedad orgánica y estrés

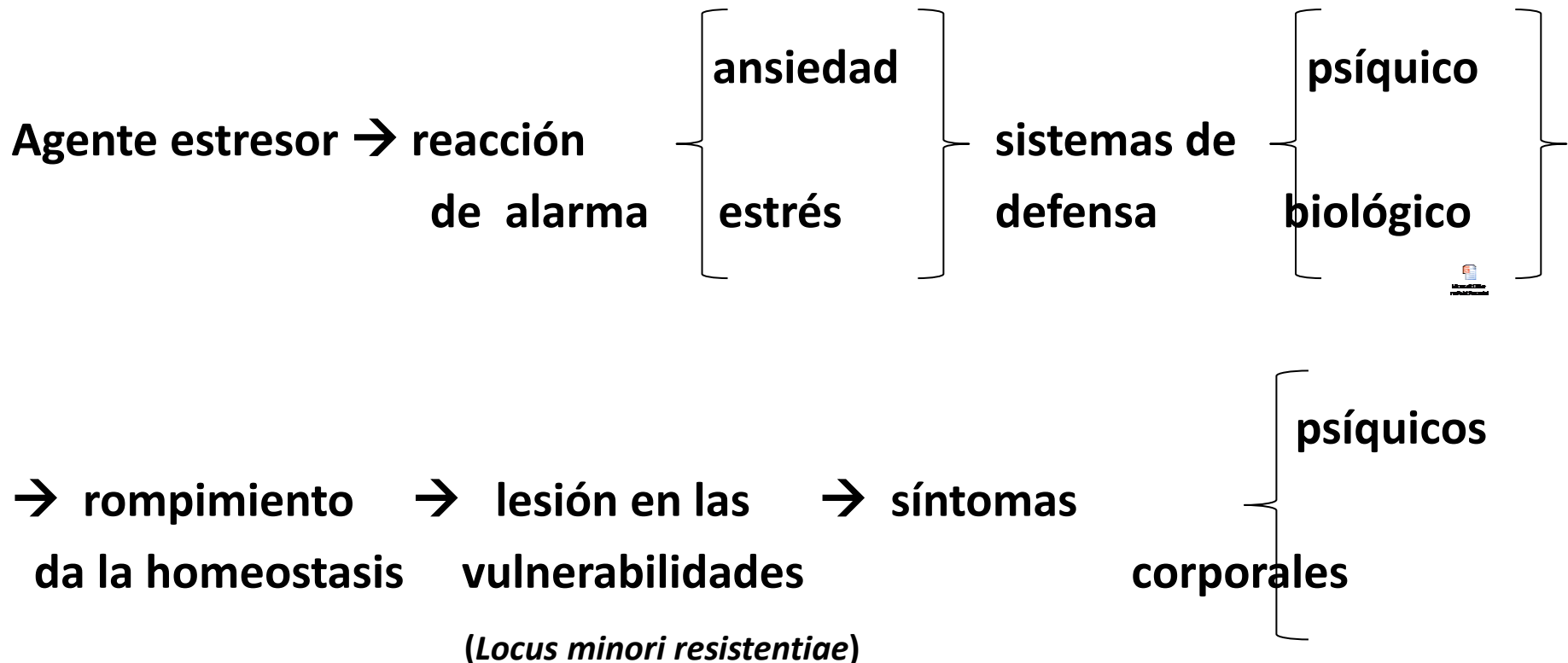
(década de 1970)

- **Como factores psicológicos pueden influir en la causación de enfermedades orgánicas**
 - **Crisis (trauma) como factor de estrés agudo**
 - **Psicodinámica como factor de estrés crónico**

Enfermedad orgánica y estrés

(década de 1970)

- **Sistemas de defensa y enfermar**



Reacción de lucha o fuga

- **Aumento da presión arterial;**
- **Desvío da circulación sanguínea para a musculatura;**
- **Disminución de las funciones anabólicas y de almacenamiento;**
- **Aumento de la glicemia a través del aumento del metabolismo provocado por el incremento de las suprarrenales.**

Reacción inflamatoria

**Liberación de hormonas eicosanoides (sistema inmunológico primitivo) →
macrófagos, neutrófilos, células NK y citosinas**

mastócito

+

histamina

(crecimiento vascular, plaquetas y fibrina)

**activación del sistema inmunológico inflamación (reacción específico
(linfocitos B, T etc.) celular de la inmunidad
natural)**

**Principales Aportes Psicoanalíticos a la
Medicina Psicosomática,
Psicología Hospitalaria,
Psicología Médica**

29º Congresso FEPAL

Decio Tenenbaum

San Pablo, outubro/2012

decio@tenenbaum.com.br

2ª aula

- **Relación cuerpo-mente**
 - **Crisis (trauma) y estrés agudo**
 - **Psicodinámica y estrés crónico**

2ª aula

- Vimos anteriormente que las investigaciones psicoanalíticas sobre el fenómeno psicosomático y el enfermar orgánico se iniciaron inseridas en el estudio de los procesos simbólicos, directa o indirectamente relacionados con el sufrimiento mental.
- Ya veremos como el desarrollo del conocimiento psicoanalítico sobre las etapas iniciales del desarrollo mental, especialmente el papel de la formación de los vínculos, como también la observación sobre el efecto estresor de la patología de los vínculos, direccionaron, a partir de la década de 1970, esas investigaciones para la relación entre las vicisitudes del desarrollo individual, la capacidad de elaboración y el estrés, crónico y agudo.
- En el C.M.P., dos líneas de investigación sobre la patogenia psicosomática y sus respectivos abordajes terapéuticos están siendo desarrollados: trauma y estrés agudo y psicodinámica y estrés crónico

Constituciones

Dimensiones

Biológica

Psicológica

Óptica

Social

Cultural

Espiritual

Niveles

de

consciencia

(transcendencia)

- **Estamos formados por una constitución biológica y por una constitución psicológica en interacción permanente.**
- **El agente de la primera es el código genético; el agente de la segunda es el yo, cerne de la experiencia humana (conceptualmente, identidad).**
- **El primero es un sistema cerrado, con casi nada de maleabilidad; el segundo es construido en interacción con el ambiente, en las relaciones.**

Naturaleza de la vida mental

- **Vida mental = vida de relación**
 - **Con alguien**
 - **Con algo**
 - **Con instituciones**
 - **Con entidades**

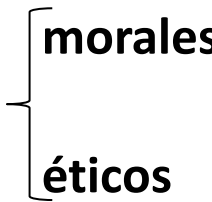
Desarrollo Humano

- **Lineal** descripción lineal de las sucesivas etapas
- **Dinámico** diferentes niveles de organización que permanecen en acción, latente ou efectiva, en los niveles subsiguientes

El desarrollo humano no se da por etapas sucesivas y estancadas. No es un proceso lineal pero dinámico.

Es un proceso de adquisición y desarrollo de potencialidades que envuelve al individuo, su carga genética, sus características constitucionales y su ambiente.

Desarrollo Humano

- **Desarrollo cognitivo**
 - Adquisición del lenguaje
 - Pensamiento conceptual
 - Solución de problemas
- **Desarrollo afectivo**
 - Establecimiento de relaciones
 - Formación de valores 
 - morales
 - éticos
 - Establecimiento del yo
- **Desarrollo socio-cultural**
 - Socialización
 - Inserción cultural

Vida de relación – ciclos vitales

Final
realización personal
Crisis de la mediana edad
declinación
despedida

Familiar
escoger pareja
sexualidad adulta
construcción y
mantenimiento de la familia

Pasional
establecimiento de la identidad
luto por la infancia
elección profesional y amorosa
inserción socio-cultural

Social
nasc. para el mundo
cambios biológicos,
psicológicos y sociales

Edipico
org. espacio social
identidad de género

Diádico
arquitectura
de anidación
espacio de seguridad

Peri-natal
mujer → madre
hombre → padre

Gestacional
“bebezación”

Enfermar

- **Crisis evolutivas:**
 - infancia: destete, nacimiento de hermanos, escuela etc.
 - adolescencia: sexualidad, elección de la profesión etc.
 - madurez: casamiento, trabajo, mediana edad etc.
 - final: jubilaciones, despedidas etc.
- **Crisis accidentales:**
 - enfermedades
 - éxitos y fracasos
 - accidentes, cambios, desplazamiento etc.

Enfermar

- **Desorganización social**



- **Desorganización psicológica**



- **Desorganización biológica**



Desorganización social

- **Relacionada a los procesos de desarraigo (migraciones)**
- **Relacionada a los procesos de exclusión social (racismo, prejuicio)**
- **Relacionada a la violencia social**
 - **urbana: en el trabajo, étnica (racial), de clase (económica) etc.**
 - **del Estado: guerra, persecución política etc.**

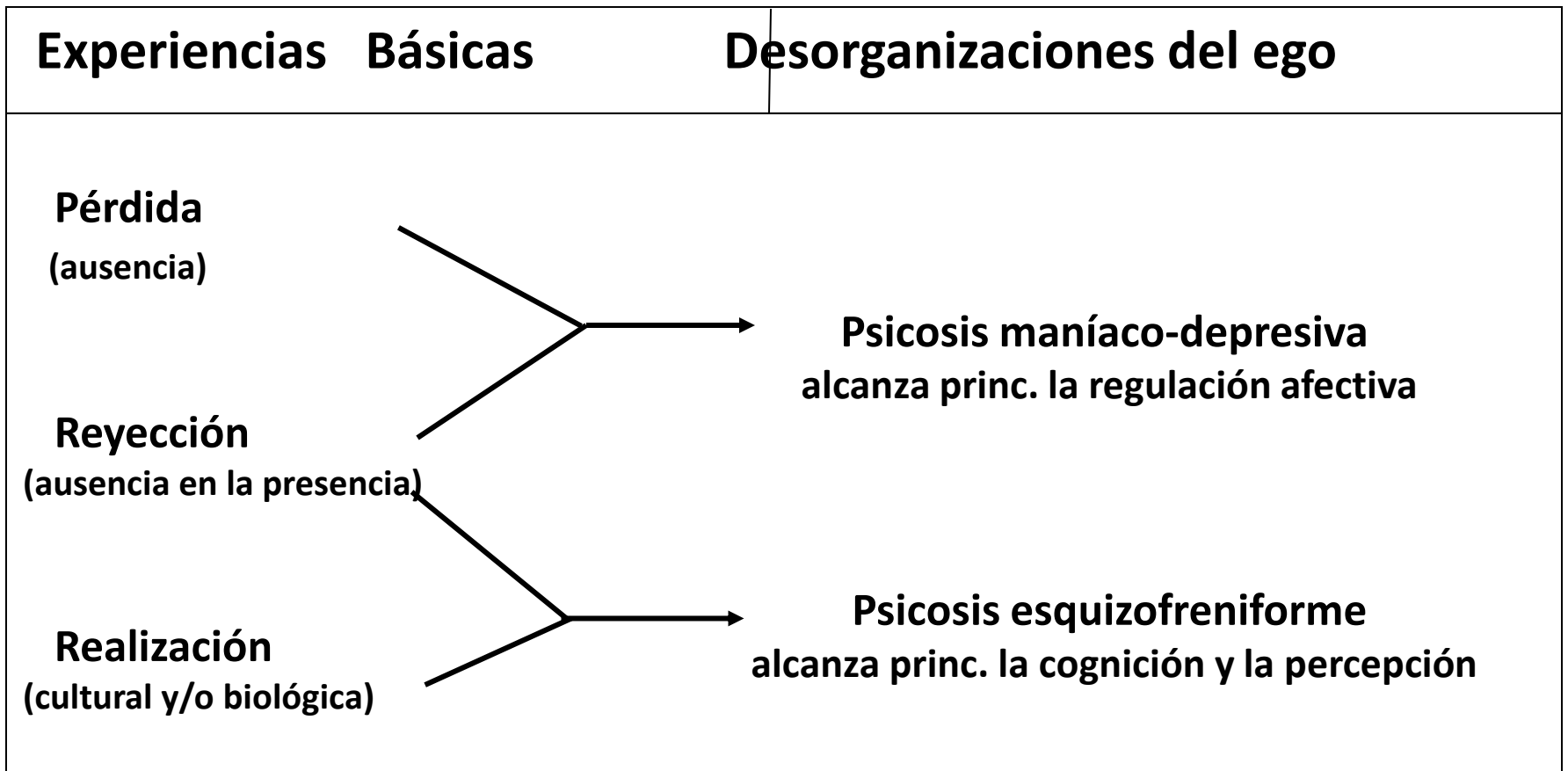
Desorganización psicológica

- **Relacionada a la funcionalidad del ego**
- **Relacionada a la constitución de los vínculos**
- **Relacionada a la construcción del yo**

Patologías relacionadas a la funcionalidad del ego

- Patologías que surgen a partir de dificultades en el trato con la realidad, externa o interna:
 - Neurosis
 - Psicosis
 - Estados *borderlines*
 - Fenómenos psicossomáticos

Patologías relacionadas con la funcionalidad del ego



Patologías relacionadas al desarrollo de los vínculos

- **Patologías diádicas**
 - **Espacio de seguridad precario o ausente**
- **Patologías edípicas:**
 - **Fallas en la construcción de la identidad de género**
 - **Deficiencias en las habilidades sociales**

Patologías relacionadas con la construcción del yo

- **Patologías narcisistas**
- **Vacío existencial (depresiones y pérdidas)**
- **Deformaciones en la construcción de los valores, éticos y morales**

IC DE - CS



Ego

Sistema virtual que operacionaliza el funcionamiento de los diversos sistemas (mnémicos, volitivos, identificadores, sensoriales, perceptivos, cognitivos, afectivos, de miedo, exploratorio, de apego, de cuidar etc.) y programas mentales (de aproximación de la realidad y de interacción ambiental – socialización – en sus diferentes niveles de relacionamiento: íntimo, personal y social), haciendo posible la transformación de los hechos vividos (impulsos, deseos, situaciones reales, situaciones imaginadas etc.) en experiencias existenciales.

**sistema
sociocultural**

conciencia

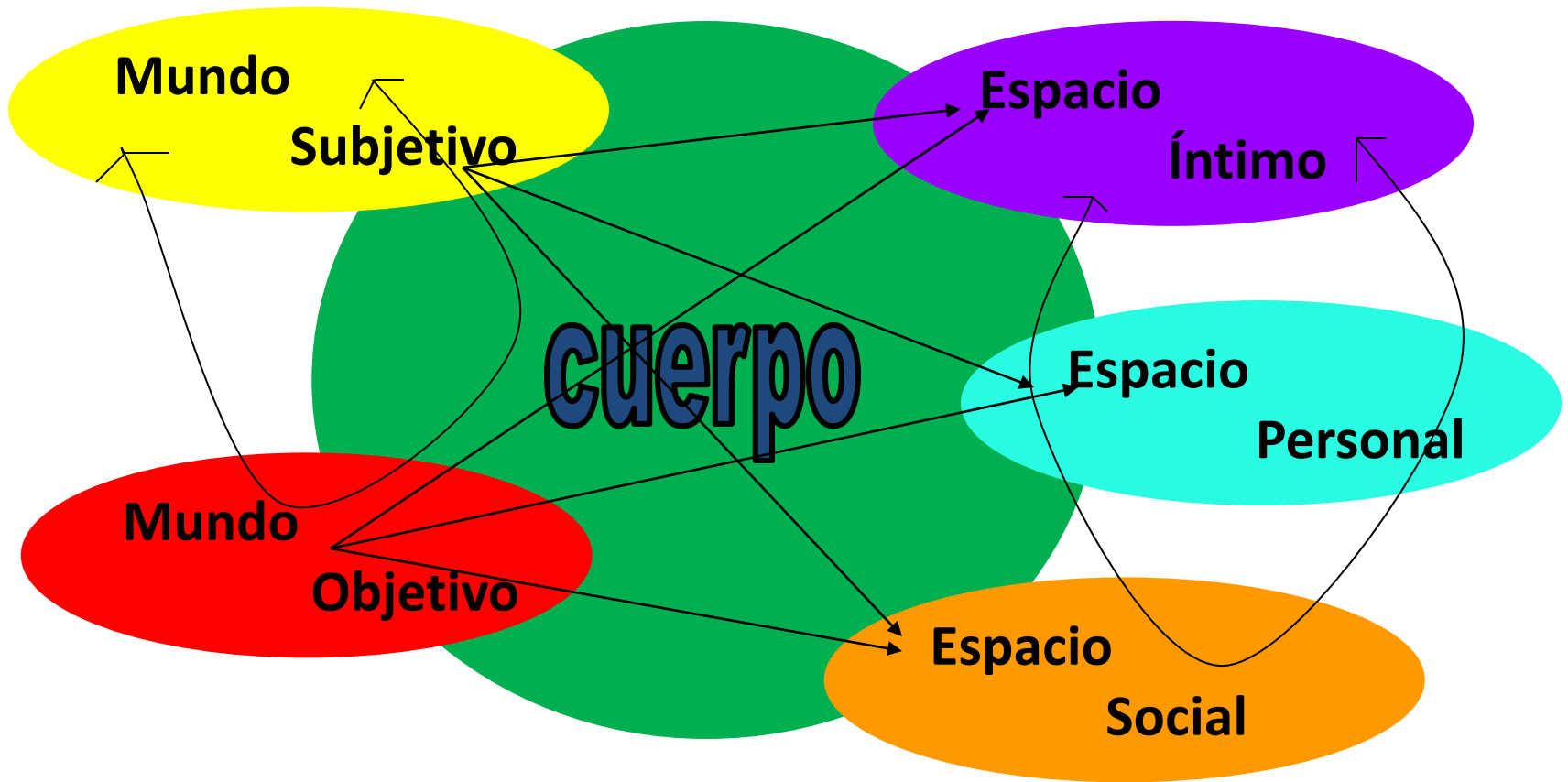
**sistema
del you**

**Psico-
fisiologia**

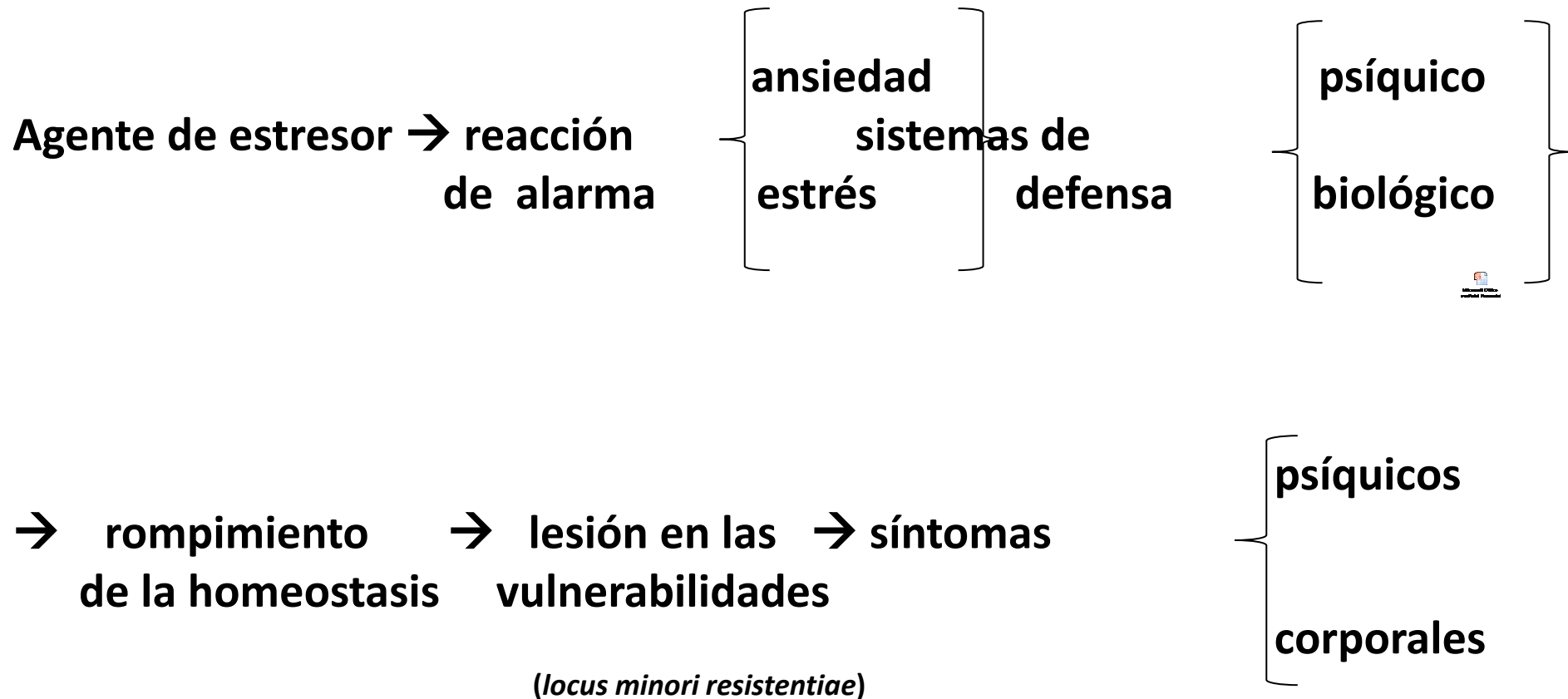
Estar en el mundo



Estar nel mundo



Sistemas de defensa y enfermar



Lenguaje Corporal

- **Reacciones emocionales transitorias:** alteraciones fisiológicas transitorias (hiperemia localizada, vasoconstricción localizada etc.)
- **Conflictos psicológicos inconscientes:** cuerpo como palco de un conflicto psicológico (conversión, anorexia etc.)
- **Fragilidades del ego derivadas de fallas en el desenvolvimiento:** demandas psicológicas funcionando como agentes estresores en el órgano de choque
- **Desorganización del ego:** (alopecia, acné, psoriasis, síndrome del colon irritable) utilización del cuerpo, el reconocimiento de los límites, de las características y propiedades corporales se presentan perturbadas (alucinaciones negativas y cenestésicas de partes del cuerpo, alucinaciones y delirios de transformaciones corporales etc.)

Enfermar y estrés

- **Como factores psicológicos pueden influir en la causación de enfermedades orgánicas**
 - **Crisis (trauma) como factor de estrés agudo**
 - **Psicodinámica como factor de estrés crónico**

Psicofisiología como causa de enfermedad

Estrés psicológico (alta reactividad al estrés + presencia de estrés en la vida diaria)



alteraciones fisiológicas

**predisposición
genética o biológica**

(locus minoris resistentiae)

enfermedad

Situaciones de mayor exigencia egoica

- **Pérdida de una relación significativa:**
por reeditar el rompimiento diádico.
- **Reyección dentro de una relación significativa:**
por instalar una contradicción en la mente
(“presencia enloquecedora”).
- **Realización cultural o biológica:**
por desencadenar ampliaciones o cambios en la
identidad

Factores predisponentes

- **Intensidad de lo factores constitucionales**

Poca o ninguna tolerancia a la frustración; fijación a los objetos originales, intensidad de la agresividad; índices séricos de alguna sustancia; alteraciones genéticas etc.

- **Cualidad de la interacción ambiental**

Patologías de los vínculos; relaciones ambiguas, ambivalentes, contradictorias y paradoxales entre deseos, intenciones, discursos y comportamiento.

- **Períodos específicos del desarrollo**

Inicio de la adolescencia
Inicio de la vida adulta
Inicio de la vejez

} importancia de los factores constitucionales

- **Situaciones personalmente específicas**

Pérdidas o adquisiciones significativas → importancia del factor adaptativo

- Hemos observado que ciertas patologías somáticas con padrones inflamatorios típicos del Síndrome de Adaptación General (estrés) como asma y colitis están relacionadas con la patología del vínculo diádico.

Estrés y espacio de seguridad

- Hemos observado que ciertas patologías somáticas, como la anorexia, la psoriasis, el vitíligo, el prurito generalizado, la alopecia y el eczema, presentan un padrón psicológico semejante al de la histeria y están relacionadas con la patología del vínculo edípico.

**Estrés, identidad de género y
habilidades sociales**

Caso 1

Una mujer de poco más de treinta años, casada y con dos hijos, de fisionomía seria, de estatura alta y de apariencia un poco masculinizada. Está en tratamiento ambulatorio por presentar un cuadro de alopecia areata universalis y fue encaminada para tratamiento psicológico. Hija única de padres separados cuando aún era niña; su padre constituyó una nueva familia y no participó de su educación en ningún sentido; ella y su madre pasaron por serias dificultades. Actualmente hasta se relaciona razonablemente bien con su padre pero, no consigue olvidar el pasado. Relató que su madre siempre ha sido una persona rígida, exigente y posesiva y la golpeaba con frecuencia.

No le gusta cuando percibe que es parecida a ella. Informó que el primer episodio de su enfermedad ocurrió hace más de diez años, poco después del nacimiento de su primer hijo, fruto de un noviazgo que ya había terminado cuando supo que estaba embarazada. Hasta hoy, siente que tiene cierta dificultad de relacionarse con ese hijo por ser fisionómicamente muy parecido al padre. En la época mejoró cuando, por orientación médica, comenzó a frecuentar la misma iglesia que su médico. El segundo episodio de pérdida total de los pelos del cuerpo se inició hace aproximadamente un año cuando su marido le contó que se había envuelto con otra mujer.

Caso 2 Una mujer de treinta años, casada y sin hijos, portadora de esclerosis múltipla desde hace 5 años, fue encaminada para tratamiento por la Psicología Médica por estar presentando un desánimo al que su médica no le encontraba justificativa orgánica. En la entrevista inicial, relató haber perdido casi toda la motivación de vivir y, pocas semanas antes, había intentado expulsar al marido de casa “para no estorbar más en la vida de él”.

Era una joven bastante tímida y reservada, se casó al final de la adolescencia “para poder salir de casa”, donde nunca se sintió amada verdaderamente. Su enfermedad apareció en una época muy buena de su vida, cuando ella y su marido ya habían conseguido estabilizarse financieramente y estaban comenzando a crecer profesionalmente.

Caso 3 Un hombre de casi treinta años, soltero y el menor de sus tres hermanos, fue encaminhado para iniciar un acompañamiento psicológico en régimen ambulatorio con un miembro del equipo de Psicología Médica por ser portador de vitíligo.

Perdió a su padre al inicio de la adolescencia y desde pequeño su mayor deseo era mejorar de vida y salir del local donde vivía con su familia (chabola). Se sentía fracasado por no haber conseguido eso todavía, al mismo tiempo, se siente culpable por no querer vivir cerca de sus familiares.

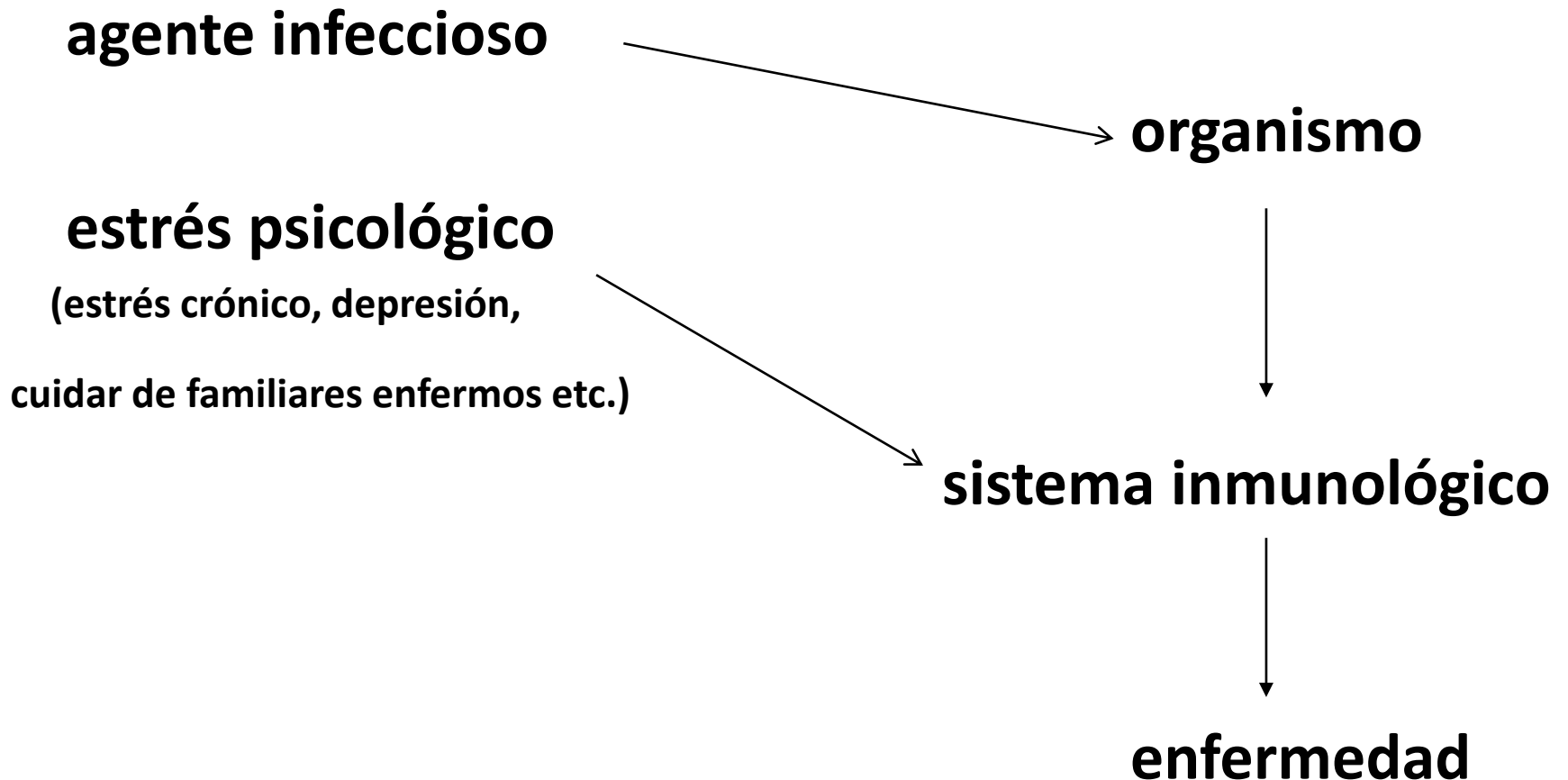
Las primeras lesiones surgieron hace aproximadamente un año, un poco después de haber conseguido concluir su formación profesional y pasar en un concurso público.

Caso 4 Una adolescente de 15 años fue encaminhada para tratamiento ambulatorio por presentar cuadro de psoriasis desde la infancia, además de conflictos familiares, principalmente con su padre. La paciente prácticamente no conseguía convivir con su padre “porque él es grosero y siempre está gritando”. El ambiente en casa quedó mucho mejor cuando él se fue de la casa”.

La paciente tuvo apenas un noviazgo que ella terminó abruptamente cuando sintió repulsión por el contacto de la saliva al besar al novio.

Según la paciente, la crisis psoriásica actual se inició durante un trabajo escolar, en el cual se desentendió con los colegas, pero también fue el primer trabajo en el que su padre participó activamente. La paciente se siente interiormente presionada por no haber definido su profesión y sobrecargada por la aproximación del examen de ingreso a la universidad.

Psicofisiología como inhibidor de la respuesta del hospedero



Psicofisiología como modulador del transcurso de la enfermedad

El estrés psicológico interfiere en el transcurso de la enfermedad para agravar el cuadro, las recaídas y lo pronóstico (más común en las enfermedades autoinmunes)

**Principales Aportes Psicoanalíticos a la
Medicina Psicosomática,
Psicología Hospitalaria,
Psicología Médica**

29º Congresso FEPAL

Decio Tenenbaum

San Pablo, outubro/2012

decio@tenenbaum.com.br

3ª aula

- Las principales contribuciones psicoanalíticas a la asistencia al paciente somático
 - Medicina psicosomática
 - Psiquiatría de enlace
 - Psicología Hospitalaria
 - Psicología Médica
 - El clínico como psicoterapeuta:
 - Psicoterapia explícita e implícita
 - El diálogo entre profesionales: la interconsulta
 - Asistencia al paciente internado
 - Asistencia al paciente ambulatorio

Medicina Psicosomática

- Estudio de las relaciones mente-cuerpo en Medicina.
- Estudio psicoanalítico de las enfermedades psicosomáticas.
- Psicogénesis (sociogénesis) de las enfermedades somáticas (patología).
- Estudio de la relación médico-paciente y de las acciones psicológicas en la práctica médica en general (Psicología Médica).
- Intervención terapéutica del psicólogo en el hospital general (Psicología Hospitalaria).
- Humanización de la práctica médica (Filosofía Médica/Antropología Médica).
- Medicina.

Psicoanálisis Medicina Psicología Psicosomática Médica

| | | | |
|--------------------------|---|---|---|
| Propuesta | Instrumento de investigación de la mente | Asistencia Integral | Asistencia Integral |
| Objeto de Estudio | Psicología del Inconsciente | Relación cuerpo-mente c/ énfasis explicación psic. de la patolog. som. | Proceso Terapéutico |
| Campo | Transferencial | Asistencial | Asistencial |
| Foco | Funcionamiento mental | Patogenia | Tratamiento |
| Método | Hermenéutico | Hermenéutico | Hermenéutico |
| Instrumento | Palabra → relación | Relación → palabra | Relación → palabra |
| Diagnóstico | Psicodinámico | Psicodinámico y Fenomenológico | Psicodinámico y Fenomenológico |
| Objetivo | Transformación psíquica | Transcripción psicológica de los síntomas corporales | Desirracionalización campo asistencial |

Actividades asistenciales

- **A pacientes internados**
- **A pacientes ambulatorios**
 - **Pacientes con patología orgánica**
 - **Paciente con síntomas funcionales (fenómenos psicossomáticos)**

Actividades asistenciales a pacientes internados

- **Psiquiatría de enlace**

Basada en la investigación sobre los aspectos psiquiátricos del paciente internado.
Medicina fenomenológica y farmacológica.
Campo de acción: el cerebro del paciente.
- **Psicología Hospitalaria**

Basada en la investigación sobre los aspectos psicológicos del paciente internado.
Campo de acción: el psiquismo del paciente.
- **Psicología Médica**

Basada en la investigación sobre los aspectos psicodinámicos de las relaciones asistenciales.
Medicina antropológica.
Campo de acción: el espacio intermediario de la asistencia.

Asistencia hospitalaria por la Psicología Médica - bases conceptuales

- **Balint** Estudio de la relación médico-paciente; psicoterapia explícita
- **Luchina** Interconsulta
- **Perestrello/Eksterman** Estudio de la relación médico-paciente como instrumento para la optimización del tratamiento y prevención de la iatropatogenia; psicoterapia implícita

Psicología Médica

- **Definición: Estudio de las relaciones asistenciales**
- **Objetivo: Prevención de la iatropatogenia**
- **Foco de la intervención psicológica: Irracionalidad abierta por la crisis biológica en el paciente, en todos los envueltos con la asistencia, en la familia** (Psicodinámica de las expresiones corporales, de las relaciones asistenciales y de las relaciones sociales relacionadas al campo terapéutico)
- **Metodología: “Historia de la Persona ”**

Psicología Médica: principal objetivo

- **Optimización de los procedimientos clínicos**
 - **Área de observación clínica**
 - **Área de observación quirúrgica**
 - **Unidad de terapia intensiva**
 - **Ambulatorio** → **atendimiento en separado**
→ **atendimiento en conjunto**

Psicología Médica: objetivos

- **Organizar la relación terapéutica**
- **Disminuir el estrés hospitalario**
- **Disminuir algunos conflictos emergentes**
- **Elaboración de algunas experiencias existenciales emergentes**
- **Estimular el desarrollo del ego**

Instrumento del diagnóstico psicodinámico


— Historia de la Persona

- **Anamnesis no dirigida**
 - **Biografía del enfermo**
 - **Circunstancias del enfermar**
 - **Examen de la relación con el profesional**

Historia de la Persona

- **Relato biográfico espontáneo** Individualiza al enfermo y no la patología
- **Circunstancias del enfermar** Evita la repetición de las circunstancias mórbidas en la relación asistencial
- **Examen de las relaciones asistenciales** Favorece una alianza terapéutica criteriosa y armoniosa y la construcción de una estrategia asistencial individualizada

Historia de la Persona

- **Biografía do paciente**
 - **Relato espontáneo de las experiencias vividas (y no de los hechos)**
 - **Vicisitudes do desenvolvimiento personal** 
 - **Experiencias traumáticas**

Historia de la Persona

- **Circunstancias del enfermar**



- **Crisis**



- **Enfermar**



Historia de la Persona

- **Comprensión de la relación terapéutica**
 - **Campo asistencial**
 - **Relación** 
 - **Campo transferencial**
 - **Vínculo** 

Campo Asistencial

**Espacio virtual formado a partir de la interacción
entre las personas involucradas,
directa e indirectamente,
con la efectivación de la asistencia**

Campo Asistencial

- **Plano Personal** **Relación entre 2 personas**
(preceptos éticos, morales, carencias, etc.)

- **Plano Psicológico** **Relación de ayuda**
(reacciones y defensas ante el sufrimiento)

- **Plano Profesional** **Relación técnica**
(conocimiento y límites profesionales)

Campo Asistencial

sufrimiento

Aquel que está
coaccionado por
imperativos profesionales
(éticos e sociales) a
intervenir en el sentido de
aliviar o curar

Aquel que está
coaccionado por el
imperativo de la
enfermedad para recibir
ayuda

amenaza de muerte

Elementos constituyentes de las relaciones

**Dimensión
afectiva**

**Afectos
Emociones
Sentimientos**

Vínculos

**Evolutivos
Regresivos**

Intereses

**Económicos
Políticos
Poder
Etc.**

Tipos de vínculos

- **Evolutivos**
 - Diádico o dual
 - Edípico o triangular

- **Regresivos**
 - Transferencial
 - Simbiótico o fusional

Vínculos

- **Experiencia afectiva**
- **Elemento psicológico que caracteriza y especifica las relaciones**
- **Las relaciones humanas se constituyen a partir de los vínculos afectivos y de los intereses que une a las personas.**

Vínculos e Relações

- **Son fundamentales para establecerse y vivir las situaciones de dependencia y de confianza, para el desarrollo del sentimiento de seguridad y, en el proceso de separación-individuación, la construcción de la identidad e da habilidades sociales.**
- **Organizan dos tipos de experiencias fundamentales para el proceso de humanización: las experiencias diádica y edípica.**

- **Experiencia diádica:** conjunto de elementos psicológicos resultantes de la conjugación del desempeño de la función materna con las necesidades, anhelos y deseos del niño, cuyo resultado puede ser observado en el desarrollo de las capacidades egóicas y en la calidad de la experiencia afectiva del adulto.
- **Experiencia edípica:** conjunto de elementos psicológicos resultantes de la conjugación del desempeño de la función paterna con las necesidades, anhelos y deseos del niño, cuyo resultado puede ser observado en el desarrollo psicosexual y en las habilidades sociales del adulto.

Transferencia

- **Proceso a través del cual los deseos inconscientes se actualizan en determinadas relaciones personales (Laplanche, J.; Pontalis, J.-B. *Vocabulário da Psicanálise*; Ed. Moraes, Lisboa, 1976);**
- **Repetición de prototipos infantiles vividos con una sensación de actualidad acentuada (Laplanche, J.; Pontalis, J.-B. *Vocabulário da Psicanálise*; Ed. Moraes, Lisboa, 1976);**
- **Desplazamiento para determinada persona de la necesidad que alguien tiene de un determinado tipo de relación que quedó deficiente en su pasado (Moore, B.E.; Fine, B.F. *Termos e Conceitos psicanalíticos*; Ed. Artes Médicas, PA, 1972)**

Campo transferencial

- **Campo en el que se desarrolla el tratamiento: su instalación, sus modalidades, su interpretación y su resolución son los que caracterizan el tratamiento psicoanalítico.**
- **Constituido por el binomio transferencia-contratransferencia, fenómenos regresivos que denotan incapacidad en lidiar con la situación actual.**
- **Ocurre debido a una característica del funcionamiento mental, denominada por Freud como “Compulsión a la Repetición”, que es la de presentar nuevamente las situaciones históricas traumáticas con el fin de ser elaboradas (Freud, S. (1914) “Recordar, Repetir e Elaborar”, S.E., vol. XII, Ed. Imago, R.J.).**



Factores que interfieren en el trabajo asistencial

- **Ignorancia profesional**
- **Conflicto institucional**
- **Impregnación irracional del campo asistencial**

Impregnación Irracional del Campo Asistencial

- **Por parte del enfermo**

- **Por parte de los profesionales de la asistencia al paciente**

Impregnación Irracional del Campo Asistencial

- **Por parte del enfermo:**

a) La enfermedad se expresa con síntomas deformados y exagerados. Las correlaciones con el cuadro mórbido físico parecen absurdas e incompatibles.

b) El enfermo excluye la realidad objetiva y está fijo en los síntomas. Todo su contacto con el mundo se realiza a través de ellos.

c) El enfermo vive la relación con los profesionales de la asistencia de manera regresiva.

Impregnación Irracional del Campo Asistencial

- **Por parte de los profesionales :**

acciones iatropatogénicas

Iatropatogenia

Un hombre de aproximadamente 60 años fue internado con un cuadro de psoriasis que había iniciado tres meses atrás. Casado, usuario de bebidas alcohólicas durante muchos años y recién jubilado; fue llevado al hospital por su esposa para ser internado alegando que no lo podía cuidar más en casa. En el sala de observación, el paciente se mostraba alegre y comunicativo, hacía varias bromas y contaba chistes pero, desde el inicio, los profesionales estaban escépticos respecto a su adhesión al tratamiento. El paciente tuvo tres atendimientos con uno de los profesionales de Psicología Médica, durante los cuales quedó evidente su distanciamiento conyugal y su culpa por la vida extra-conyugal que tuvo desde el inicio del matrimonio y que interrumpió abruptamente hace 12 años, época en la que presentó el primer y único episodio de su enfermedad y en la que fue internado en esta mismo lugar.

Iatropatogenia (cont.)

Aunque juguetón con todos, en sus conversaciones con el miembro del grupo de Psicología Médica parecía estar despidiéndose de la vida cuando decía estar satisfecho con la vida que había tenido, que desde su jubilación ya no veía más ninguna perspectiva de vida, que la muerte estaba cerca y por eso se había enfermado. Su único proyecto era volver para su ciudad natal, aun sin su mujer y sus hijos y vivir allá el resto de sus días solo.

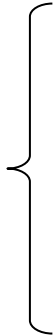
No habiendo ninguna indicación para mantenerlo internado y valorando que sería arriesgado iniciar el tratamiento con fármacos inmunosupresores (utilizados actualmente en el tratamiento de la psoriasis) porque exigen mayor control médico y tienen varias restricciones, inclusive en cuanto al uso de bebidas alcohólicas y por lo tanto, mayor adhesión del paciente al tratamiento, el equipo médico resolvió iniciar apenas el tratamiento tópico y encaminar al paciente para atendimento ambulatorio.

Situaciones que inducen la iatropatogenia


- **Elaboración de la experiencia infantil dentro del campo terapéutico**
- **Historia del enfermo mal entendida por el médico**
- **Necesidades masoquistas del enfermo**
- **Composición sado-masoquista médico-paciente**
- **Reacción terapéutica negativa**
- **Utilización de la acción médica para objetivos mórbidos inconscientes**

• **sentimientos inconscientes de culpa**

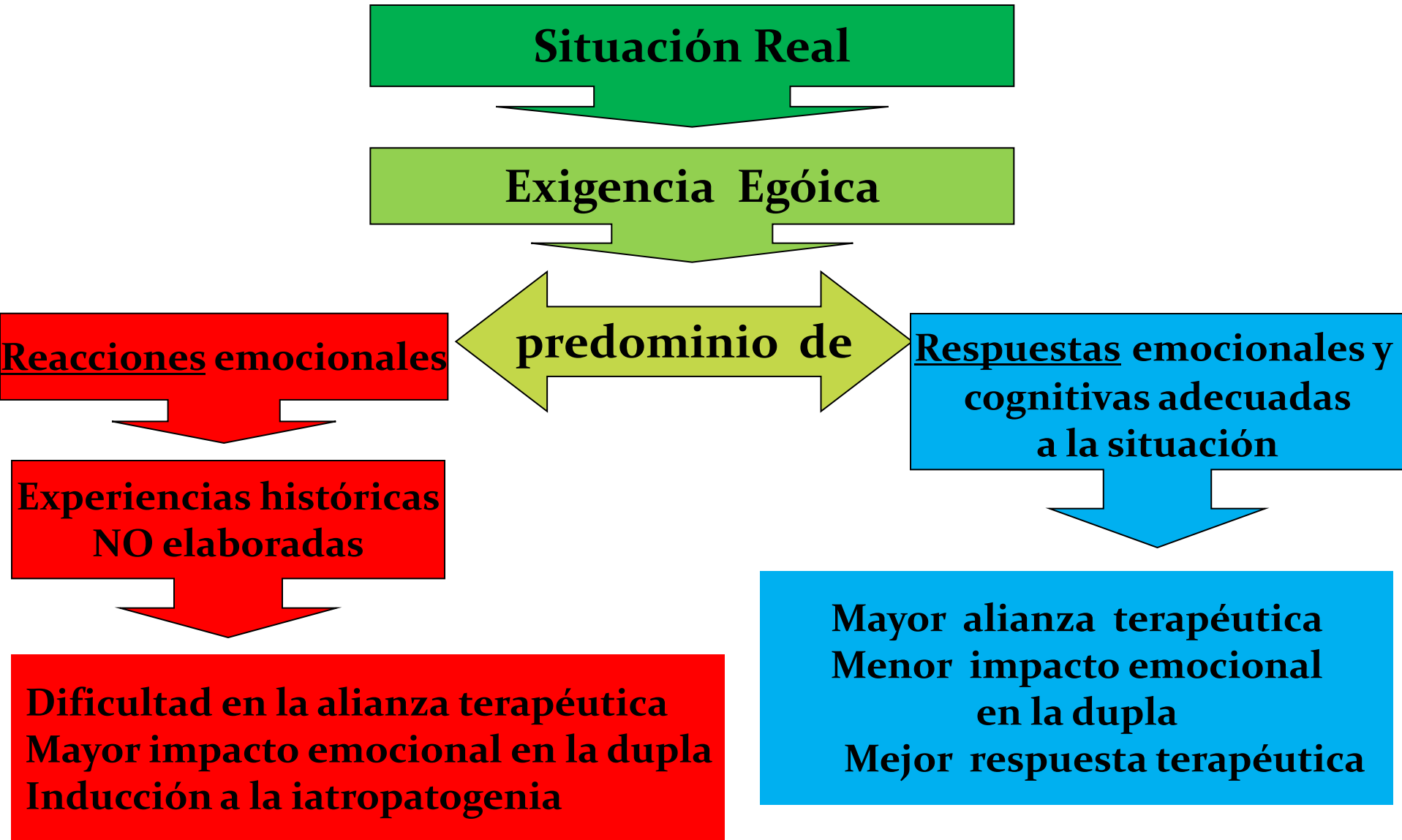
Prevención de la iatropatogenia

- Oír
- Presencia
- Holding 
 - médico como ansiolítico
 - rescate de la díada materno-infantil
- La función de la palabra esclarecedora
- Confianza
- Encuentro verdadero

Principales tensiones asistenciales

- Tensiones ante las limitaciones profesionales
- Tensiones de aniquilación 
 - desorganización del ego
 - miedo de morir
- Tensiones ante el sufrimiento y desamparo
- Tensiones regresivas

Tensiones Regresivas



Procedimientos críticos con pacientes internados

| | |
|-------------------------|--|
| Internación | interrupción de la curva existencial amenaza de quiebra de los vínculos amenaza de muerte |
| Ciertos exámenes | invasivos cierran el diagnóstico |
| Diagnóstico | qué decir cómo decir a quién decir |
| Alta | desamparo retomar la vida |

Asistencia al paciente ambulatorio

– Pacientes con patología orgánica

– Paciente con síntomas funcionales (fenómenos psicósomáticos)

Asistencia al paciente ambulatorio con patología orgánica

- **Disminuir conflictos emergentes**
- **Elaboración de los elementos psicodinámicos relacionados con la experiencia de enfermar**
- **Estimular el desarrollo del ego**

Asistencia al paciente ambulatorio con patología funcional

- **Creación del “espacio de seguridad”**
- **Diagnóstico de los elementos psicodinámicos que funcionan como agentes estresores**
- **Resolución de conflictos**
- **Elaboración de experiencias traumáticas**
- **Desobstrucción del desenvolvimiento individual**
- **Organización de las experiencias vividas**
 - **Estimulación del habla**
 - **Uso de informaciones**
 - **Uso de interpretaciones**

Asistencia al paciente ambulatorio con patología funcional

- **La transformación del proceso primario de pensar en proceso secundario de pensar corresponde a una intervención en los procesos adaptativos con repercusiones en:**
 - **Conducta**
 - **Comunicación**
 - **Procesos homeostáticos y alostáticos básicos**
- **La enfermedad mental corresponde a un fracaso adaptativo que lleva a la utilización de soluciones anacrónicas: soluciones infantiles e inmersión en la fantasía**

Asistencia al paciente ambulatorio con patología funcional

- Nuevas informaciones = sobrecarga mental
- Señales de sobrecarga mental:
 - Episodios álgicos, malestares vagos, angustia neurótica } existencial
psicótica
 - Estados agudos de desorganización mental:
 - Amplia: surto psicótico
 - Parcial } de la identidad: despersonalización

Gracias

- decio@tenenbaum.com.br
- www.medicinapsicossomatica.com.br
- www.tenenbaum.com.br