



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA MATANZA

SECRETARÍA DE POSGRADO

TESIS DE

MAESTRÍA EN PSICOANÁLISIS

TÍTULO DE TESIS

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE
FACTORES DE RIESGO SOMÁTICO Y
PSÍQUICO Y DESARROLLO DE UN
PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN
PSICOSOMÁTICA.**

Autor: DR. ALFREDO V. MALADESKY

Directores: DR. SERGIO LABOURDETTE

DR. RODOLFO D´ALVIA

Buenos Aires, Noviembre 2004

INDICE

INDICE

	<u>Pág.</u>
1. Introducción	1 – 2
2. Planteo del problema	3 – 4
2.1. Formulación de preguntas que dieron lugar a esta investigación	5
2.2. Objetivos	6 – 7
3. Investigación teórica	8 – 28
4. Marco teórico propuesto	29 – 31
4.1. Prevención	32 – 33
4.2. Prevención en Psicología	34
5. Hipótesis	35
6. Metodología y plan de trabajo	36 – 37
6.1. Confección de un Cuestionario de Indicadores de Vulnerabilidad Psicológica (CIVP)	38 – 45
6.2. Confección de un Cuestionario de Indicadores de Salud (CIS)	46 – 49
6.3. Definición del universo y selección de la muestra piloto	50
6.4. Recolección de los datos	51
6.5. Procesamiento de los datos obtenidos	52 – 56
6.6. Algunas conclusiones acerca de los datos obtenidos	57 – 58
6.7. Inferencias y propuestas para posibles Programas de Prevención	59 – 60
7. Conclusiones generales	61
8. Bibliografía	62 – 70

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La práctica clínica del psicoanálisis con pacientes con manifestaciones orgánicas ha permitido el hallazgo de un tipo de funcionamiento psíquico específico distinto del funcionamiento neurótico.

Caracterizado por manifestaciones de recursos funcionales que no evidenciaban el conflicto neurótico clásico; propio de un aparato que podría haber llegado a su integración funcional o a niveles funcionales y empleo de recursos propios de la conflictiva propia de las pulsiones y su tratamiento yoico y teniendo en cuenta las intrincaciones y desintrincaciones pulsionales libidinales y agresivas y su interacción con las distintas instancias del aparato psíquico.

Se trataría en estos casos de signos que hacían pensar en fallas en la integración de dichas instancias o de alteraciones funcionales del Yo y su relación con otras instancias como el Ideal del Yo; con el objeto primario, la realidad externa, etc.

Dicho ésto en otras palabras, lo que estaba en juego, en estos casos era una especie de fallas en la integración, o vicios de construcción, o defectos en el desarrollo del aparato psíquico y atribuibles en la mayoría de los casos a situaciones traumáticas primarias o arcaicas en la evolución del individuo.

Las alteraciones consistían en dificultades en el desarrollo de la representatividad y sus consecuencias en el pensamiento y la simbolización, la posibilidad de discriminar los afectos y manifestarlos o verbalizarlos y las fallas en la relación con el objeto y la realidad externa.

La tarea que se plantea, entonces, es si es posible que la detección de estas hipotrofias o hipertrofias funcionales, debidamente detectadas, comprendidas y sistematizadas, puedan ser utilizadas como indicadores válidos y eficaces de factores de riesgo en el proceso de enfermar orgánico.

Si ésto es así, entonces estos indicadores podrían ser utilizados como elementos componentes de lo que se ha dado en llamar vulnerabilidad psicopatológica.

Asimismo se plantea si esta vulnerabilidad cualificable y cuantificable en forma de indicadores de riesgo podría implicarse para una posible intervención anticipatoria en las distintas etapas del enfermo orgánico, tomado en este caso como proceso.

Como corolario de estas consideraciones, resulta importante, trascendente y novedosa la consideración de estos elementos como signos o factores propiciatorios del enfermar, ya que proporcionarían al analista de mayores recursos en sus intervenciones durante las diversas curas o procesos psicoanalíticos, como así también darían lugar a la posibilidad de que una adecuada evaluación y sistematización de estos hallazgos permitan la confección y empleo de estrategias anticipatorias.

2. PLANTEO DEL PROBLEMA

2. PLANTEO DEL PROBLEMA

La experiencia clínica y la investigación psicoanalíticas realizadas durante muchos años me ha permitido evidenciar la incidencia de los factores emocionales en la etiología, modulación y evolución de las manifestaciones somáticas.

Es sobre todo el estudio del funcionamiento psíquico de un individuo el camino regio para la detección de estos factores.

Sabemos que en la evolución de la criatura humana el desarrollo del aparato psíquico es posterior al desarrollo somático. Es decir que dicho desarrollo cumpliría un camino somato-psíquico.

El no cumplimiento de este desarrollo dado por alteraciones en el funcionamiento psíquico, debido sobre todo a vicisitudes en la adquisición de funciones psíquicas, secundariamente adquiridas, dejaría al individuo en condiciones desfavorables para la tramitación y transformación de la energía pulsional somática.

Estos modos de funcionamiento alterados, sobre todo en los primeros años de la vida, determinarían hipotrofias o hipertrofias funcionales que condicionarían un modelo de funcionamiento psíquico caracterizado sobre todo por la inorganización funcional del aparato psíquico.

Es propósito de esta investigación, la detección y sistematización de estas alteraciones funcionales del desempeño psíquico y su posible organización en representantes eficaces que actúen como indicadores de factores de riesgo en el proceso de enfermar.

Debidamente sistematizados y codificados estos indicadores darían como resultado posible el constructo de "Vulnerabilidad Psicosomática", que se definirá conceptualmente durante la investigación.

Asimismo es posible considerar que estos factores podrían dar lugar a establecer indicadores preventivos de dicho proceso de enfermar, hecho que haría posible el diseño de programas de Prevención en Psicología

2.1. Formulación de preguntas que dieron lugar a esta investigación

2.1. Formulación de preguntas que dieron lugar a esta investigación

- 1) ¿Es posible la existencia de indicadores que permitan la detección previa y/o temprana de alteraciones del funcionamiento psíquico que tengan incidencia en el proceso de enfermar orgánico?
- 2) ¿Habría un modo de validación de estos indicadores?
- 3) ¿Cuáles serían estos indicadores?
- 4) ¿Sería posible sistematizar estos indicadores como formando parte del constructo Vulnerabilidad Psicopatológica?
- 5) ¿Cuál sería el método eficaz para su detección, y sobre todo en una población numerosa?
- 6) ¿Estos indicadores harían posible la implementación de estrategias anticipatorias?

2.2. Objetivos

2.2. Objetivos

Evaluar los distintos modelos de funcionamiento psíquico apelando a la metapsicología y teorías psicoanalíticas.

Tener en cuenta las distintas funciones tanto del Yo como sus interacciones con las distintas instancias del aparato psíquico y la realidad externa.

También considerar los niveles de exigencia y valoración personal, las variaciones en los estados de ánimo, recursos personales en el cuidado responsable de sí mismo, los modos de afrontamiento del estrés o situaciones traumáticas y la tensión crónica.

Estos elementos constitutivos del funcionamiento psíquico y su influencia conductual permitirán confeccionar y sistematizar una serie de valores indicadores que considerados debidamente constituirán un perfil individual de lo que llamamos "vulnerabilidad psicósomática".

Concomitantemente con estos valores, se evaluará el estado físico actual de un individuo, junto a los factores hereditarios personales; su historia, la red vincular con el medio familiar, social y laboral, su calidad de vida y tipos de hábitos, así como la existencia de pérdidas objetales recientes y pasadas.

Esta investigación se propone, entonces, tres objetivos principales

1) Estudio psicoanalítico del funcionamiento psíquico de un individuo priorizando las funciones de pensamiento, elaboración y expresión de los afectos, representabilidad, transformación de la energía pulsional, procesos primario y secundario, adaptación a la realidad externa, desarrollo de las funciones de los intero y exteroceptores, representación del cuerpo, etc. Todos ellos valorados en interacción con factores hereditarios, congénitos y/o biológicos intervinientes en el proceso de enfermar.

Evaluación de los datos obtenidos y confección de indicadores validados como factores predisponentes incluidos en el constructo "Vulnerabilidad Psicopatológica".

2) Evaluación y sistematización de los indicadores que, plasmados en cuestionarios adecuados, permitirían diferenciar y evaluar distintos niveles de vulnerabilidad Psicopatológica.

3) Estos datos obtenidos habilitarían la confección de estrategias preventivas en los distintos niveles del proceso de enfermar.

3. INVESTIGACIÓN TEÓRICA

3. INVESTIGACIÓN TEÓRICA

Freud dijo "nuestra intervención terapéutica ha de ampliar considerablemente su campo de acción en un futuro próximo".

Desde el comienzo del Psicoanálisis en nuestro medio, se manifestó el interés de su aplicación teórica y clínica a las enfermedades médicas y a la Medicina.

Los psicoanalistas en esa época contaban para esta aplicación con la teoría de la psiconeurosis vigente entonces como cuerpo conceptual.

Es así como el acento fue puesto en los mecanismos de conversión propios de los cuadros histéricos y donde se evidenciaban los síntomas propios del cuerpo libidinal.

Fueron descriptas, entonces, fantasías inconscientes específicas de cada patología en particular y este modelo teórico fue empleado en el abordaje terapéutico de las manifestaciones somáticas.

Posteriormente se agregó el modelo de las neurosis actuales que Freud distinguió de las psiconeurosis por no generarse en los conflictos infantiles sino en el presente y porque los síntomas no constituían una expresión simbólica, sino que resultaban directamente efectos de la falta o inadecuación de la satisfacción sexual.

La palabra "actual" se interpreta por lo tanto sobre todo en el sentido de una actualidad en el tiempo.

Por otra parte esta etiología era somática dado que la fuente de excitación, el factor desencadenante del trastorno se hallaba en la esfera somática, a diferencia de la histeria y neurosis obsesiva que se encontraba en la esfera psíquica.

El mecanismo de formación de síntomas sería somático, transformación directa de la excitación en angustia y no simbólico.

Actual significa también ausencia de la mediación (desplazamiento, condensación) propia de la formación de los síntomas psiconeuróticos.

Desde el punto de vista terapéutico estos puntos conducen a la idea de que las neurosis actuales no son susceptibles al psicoanálisis, puesto que en ellas los síntomas no proceden de una significación posible de ser aclarada.

Freud nunca abandonó estos puntos de vista acerca de la especificidad de las neurosis actuales, es como si este terreno lo hubiera dejado en manos de la Medicina.

Sin embargo el modelo de las neurosis actuales volvió a resurgir y con éste la consideración del punto de vista económico y las alteraciones del procesamiento de la energía psíquica.

Esto posibilitó la consideración del papel que juegan las alternativas del desarrollo del aparato psíquico en la patogenia de dichas manifestaciones, jerarquizándose así la importancia del narcisismo por encima de la causalidad fantasmática sostenida hasta ese momento. Se agregó además el papel que desempeñan las crisis vitales y las situaciones traumáticas, sobre todo tempranas.

La noción de estructura psicósomática cobró valor y fue utilizada en

un principio para conceptualizar la expresión de un funcionamiento psíquico específico compuesto por alteraciones del pensamiento (pensamiento operatorio) de las expresiones de los afectos (alexitimia) y de la adaptación a la realidad externa (sobreadaptación); acompañantes, estos elementos, de las manifestaciones somáticas.

En algunos casos se podía admitir la idea de que este tipo de funcionamiento psíquico podía tratarse de un funcionamiento psíquico normal en la evolución del individuo en momentos previos a la integración entre lo psíquico y lo orgánico y vigente aún sin manifestaciones somáticas.

Es posible considerar a esta construcción teórica para describir un modelo de funcionamiento que afecta a distintas áreas del aparato psíquico y que evidencia su falta de integración, produciendo fallas en la constitución del pensamiento, simbolización, tramitación de los afectos y en la adaptación a la realidad externa.

Estas fallas fueron atribuidas por distintos autores a las vicisitudes del vínculo con el objeto primario, privilegiando la función de éste como constitutivo y estructurante del aparato psíquico.

Pierre Marty dice que la psicopatología trata de estudiar los procesos económicos inconscientes, no sólo desde su aspecto mental, sino en su incidencia sobre lo somático.

Toda somatización, cualquiera sea su aspecto, leve o dramático, debe ser considerada como un testimonio regresivo y que sólo tiene valor dentro del contexto económico.

Denomina Orden psicopatológico (en el sentido de organización) a un conjunto de experiencias diferenciadas que forman, sin embargo, una totalidad centrada alrededor de un sistema coherente que llama orden o estructura.

Este orden parte de la noción de desarrollo evolutivo que se va estructurando en una serie de etapas y que debe ser estudiado como una integración de funciones y experiencias que van construyendo una organización progresiva.

En el terreno de la patología esta organización se pierde y da lugar a la actuación de fenómenos de desorganización que son los movimientos contraevolutivos.

Esta organización se ve interferida por diversas situaciones traumáticas y se constituyen entonces puntos de fijación que a la manera de palieres de fijación que indican los efectos del trauma y detienen al mismo tiempo el movimiento contraevolutivo.

Considera este autor que el "núcleo del inconsciente" rige los movimientos evolutivos. Son sistemas de integración entre el orden psíquico y somático.

Dos principios regulan estos movimientos; el de automatización y el de programación. El primero funcionará acorde a un programa genético y el segundo abre la vía evolutiva a las distintas vinculaciones y asociaciones funcionales que dependen de experiencias personales e individuales.

Plantea que la expresión estructura psicopatológica alude en realidad a las neurosis de comportamiento o a los estados operatorios aunque mal estructurados con el fin de mantener la comparación con las otras estructuras neuróticas mentales y de carácter.

Con respecto a lo que Marty llama neurosis de comportamiento, neurosis de carácter, neurosis mal mentalizadas, neurosis de mentalización incierta, etc., es necesario diferenciarlas de las neurosis mentales que Freud llama psiconeurosis.

Aquellas presentan fallas en la mentalización, término que emplea para describir el funcionamiento del preconscious. Este es un reservorio de representaciones, recuerdos, afectos, símbolos, a los que se apela para representar situaciones vitales que se debe afrontar.

En cuanto a la intervención terapéutica Marty tiene en consideración los niveles de mentalización, pérdidas significativas y si éstas desencadenaron o no el proceso elaborativo de duelo.

Joyce Mc Dougall describe una tendencia a somatizar (somatosis) cuando ciertas circunstancias externas o internas sobrepasan o exceden los modos habituales de respuesta.

Cuando los conflictos y el sufrimiento concernientes no pueden tramitarse en los "teatros de la mente" se manifiestan en lo que llama "teatros del cuerpo".

Establece una diferencia entre las manifestaciones que afectan el cuerpo real y aquellas expresiones histéricas que tienen como soporte un cuerpo con significado simbólico inconsciente.

A partir de esto, se iniciará la búsqueda del "eslabón perdido" entre expresiones histéricas y expresiones somáticas, considerando fundamental el significado inconsciente de la manifestación somática, en términos de economía libidinal arcaica.

El sentido es de orden presimbólico e interfiere en la representación de la palabra; está impedido el acceso a un orden simbólico, sucediendo un salto hacia el cuerpo real, donde no cabe hablar de símbolos.

Las ansiedades y angustias que se gestan en los vínculos preedípicos primitivos, le permiten a la autora proponer el concepto de "histeria arcaica".

Su función es la preservación, no de la sexualidad, sino del cuerpo real, de la vida misma.

Dicha histeria se constituye a partir de vínculos somatopsíquicos preverbales arcaicos en una experiencia de fusión que sustenta la fantasía de un solo cuerpo y psique en una unidad indivisible. Este contexto posibilita la constitución de una "matriz somatopsíquica original" a partir de la cual se irá produciendo la diferenciación del niño con su madre; su identidad irá adquiriendo forma y se producirá además la distinción entre lo psíquico y lo somático.

Su conceptualización de la desafectivización (alexitimia) no se refiere a una incapacidad de sentir emociones, sino a una incapacidad de contener un exceso de experiencia afectiva y por lo tanto de reflexionar sobre la misma.

En otro contexto David Liberman intentó trazar un puente de interacción entre la nosología psicoanalítica y la teoría de la comunicación, llegando a establecer patrones de personalidad relacionados con las cualidades diferenciales de la comunicación.

A uno de esos patrones lo denominó "personalidad infantil", caracterizada por la utilización del cuerpo como medio de expresión de los conflictos.

La comunicación se establece, en estos casos, a través del código somático y, consecuentemente, la expresión de emociones se da mediante funciones fisiológicas y no de otra manera. Esta comunicación regresiva deviene de ciertas particularidades del desarrollo evolutivo, por incentivación en la niñez de los procesos adaptativos e intelectuales y no de la vida afectiva.

Como consecuencia de ello, se produce una incongruencia entre el desarrollo de las capacidades operativas en el mundo y el genuino self emocional.

No se trata de una verdadera comunicación en sí misma, sino de una incapacidad de manifestar los conflictos en niveles simbólicos.

Este código somático, regresivo, exiguo, no es un símbolo, sino un signo precario, el cual expresa, justamente, la ausencia de símbolos.

La inserción realista en el mundo, sustentada en una pseudo-simbolización y en una pseudo-normalidad, le permite ya en los últimos años de su vida, definir el concepto de "sobreadaptación" o de "padecimiento de cordura".

En el artículo "Sobreadaptación, trastornos psicósomáticos y estados tempranos del desarrollo" escrito junto a colaboradores, describe este cuadro en virtud de ciertas características comunes:

- a) Son personas que llegan a la consulta psicoanalítica enviadas por un médico y no por su propia iniciativa, ya que su descompensación se manifiesta primariamente en el área corporal.

- b) Despiertan en el profesional consultado la idea de grave accidente potencial en el cuerpo.

- c) Se encuentran en una situación de riesgo de la que no tienen registro.

- d) En general son líderes productivos exigidos y exigentes. No conciben ni disfrutan del ocio. Crean problemas de lealtad mutua en su medio laboral.

- e) No experimentan sufrimiento ni sensaciones de alivio. Tienen perturbaciones en el dormir.

- f) Adjudican a la entrevista psicoanalítica una significación similar a la de la consulta médica habitual.

- g) Definen su identidad a partir de lo que hace y desde el lugar en que lo hacen.

- h) Conciben la vida como una cuestión de principios formales con obligaciones a cumplir. Todo es trabajo para ellos; tienen temor al ocio sin reglas.

- i) No sienten cansancio ni fatiga. Sus receptores cenestésicos no lo registran.

- j) No sienten disposición a realizar un proceso sino a que el analista les haga una especie de "service" que los readapte rápidamente.

- k) La normalidad pasa a ser un síntoma.

- l) Crean relaciones tiránicas de interdependencia mutua.

Lo que impresiona como lo más normal, en estas personas, en realidad corresponde al área psicótica de la personalidad, la sobreadaptación a la realidad externa.

Su somatización tomada como señal de alarma es la denuncia adecuada de sus necesidades renegadas.

El cuerpo expresa emociones que aún no han encontrado su inscripción mental. Se debería considerar la somatización como un intento de detener el desenfreno adaptativo.

Describen una constelación familiar infantil caracterizada por una falta de concordancia entre los padres. Se potencian los rasgos de actividad-pasividad. Madre predominantemente activa - hiperexigente, intrusiva y empujadora con ideales imposibles de alcanzar -, padre con características pasivas, ausente y desvalorizado.

Los mecanismos básicos descriptos son:

- Sobreadaptación a los aspectos formales de la realidad.
- Renegación de la percepción interoceptiva cenestésica.
- Splitting masivo cuerpo-mente que sustenta esta renegación.

Los estadios tempranos se caracterizan por:

- Destete con características catastróficas que pueden llevar a fenómenos psicóticos.
- Huida del trauma del destete mediante una separación precoz que lleva a una sobreadaptación a la realidad externa

También describen trastornos en el proceso de pensamiento caracterizados por un estado de planificación constante que dista de un proceso real de pensamiento.

Se observa en estos casos una constante "fuga en la salud", evitación permanente de situaciones frustrantes tanto internas como externas.

Esta predominancia del "código somático" necesita ser escuchado y decodificado por el analista, ya que para el paciente, ocupa en algunos casos el lugar equivalente a la angustia señal, de la cual no tienen ningún registro.

En términos tradicionales, la psicopatología psicoanalítica se expresa según la noción de conflicto psiconeurótico intersistémico: deseo

pulsional edípico, represión, regresión y formación de síntomas. Este tipo de encadenamiento da por resultado un tipo de patología llamada por Bjorn Killigmo "Patología del conflicto".

La investigación teórica y la acumulación de experiencia clínica, nos lleva a una ampliación de este enfoque clásico, agregando la llamada por este mismo autor "Patología del déficit", debido a fallas intrasistémicas es decir alteraciones en la estructuración y desarrollo del Yo, hecho que se manifiesta en falta de constancia objetal, difusión de la identidad, predominio de los mecanismos de escisión y renegación, incapacidad de relacionarse afectivamente con los objetos, falta de acceso a la subjetividad.

Killigmo afirma que la práctica psicoanalítica contemporánea cubre también un espectro mucho más amplio de la psicopatología que aquél de las neurosis clásicas.

Las dos últimas décadas de experiencia clínica y del entendimiento de la psicopatología hacen más razonable tener en cuenta la irregularidad del desarrollo también en las así llamadas buenas neurosis.

Desde un punto de vista estructural, es esperable encontrarnos con fallas de desarrollo y conflictos intrapsíquicos combinados en una multitud de formas.

Adopta la posición que sostiene que los síntomas somáticos se pueden ver desde la perspectiva del afecto no mentalizado y que en general la así llamada excitación afectiva de los pacientes psicósomáticos no se asocia con una representación significativa del sí-mismo experimentada emocionalmente.

Debido a la incapacidad que estos pacientes tienen para expresar en palabras y en símbolos las experiencias emocionales que hacen al sí mismo, el discurso verbal psicoanalítico tradicional no llega a abordar el problema de la experiencia subjetiva de estos pacientes.

La falta de mentalización como déficit psicológico da cuenta de fallas en la capacidad de feedback (retroalimentación) emocional del cuidador del infante que provocan incapacidades estructurales en su aparato psíquico.

Se puede hablar de tres fallas:

- 1) la falta de estimulación;
- 2) la sobreestimulación;
- 3) la estimulación mal orientada.

El concepto de mentalización se refiere a la manera como las excitaciones somáticas, motrices o intersubjetivas "sufren una transformación cualitativa que las transforma en contenidos mentales dentro de una matriz humana intersubjetiva y personal".

Debido a esta capacidad deficiente de mentalización, el individuo no puede:

- 1) Representar en forma de símbolos y palabras los estados emocionales de forma significativa.
- 2) Experimentar los afectos como propios.
- 3) Relacionarse consigo mismo como agente.

Es en base a estos conceptos que Killigmo propone un abordaje complementario y distinto basado en intervenciones afirmativas además de la estrategia interpretativa.

Hugo Bleichmar extiende el concepto de patología por déficit desarrollado por Killigmo y así diferencia: a) patología por déficit del objeto externo, b) patología por trauma, y c) inscripción patológica primaria.

Establece la diferencia entre el déficit de ciertas funciones como resultado del conflicto psíquico, de aquél otro déficit debido a fallas en el aporte del objeto externo primario en la constitución de funciones como: sostén de la autoestima, capacidad de autoapaciguamiento de la angustia, estructuración de la función deseante, investiduras narcisísticas tróficas primarias, etc.

En los casos en que el objeto externo atemorizó, culpabilizó en exceso o agredió tanto física como psíquicamente, habla de patología por trauma; y describe la patología por inscripción patológica originaria como aquellos casos en que el sujeto se encuentra identificado –con los aspectos patológicos de los objetos significativos–.

D. W. Winnicott se ocupa principalmente de los estados de no integración de la criatura humana y previos a lo que se entiende clásicamente como funcionamiento psiconeurótico.

Describe tres áreas en el desarrollo: el mundo interno totalmente aislado e incommunicable (self verdadero), el mundo externo que es el de la sobreadaptación absoluta a los elementos de la realidad (falso self) y el área intermedia que es la que privilegia, la del objeto transicional, de los fenómenos transicionales, de la cultura, juego y creatividad. Es el camino que se recorre entre el objeto subjetivo y el objeto objetivo en forma paradójal.

Si estos dos mundos tan distintos y tan separados no encuentran un puente de unión entre ellos lo que se mantiene es un estado de disociación entre lo somático y la mente. Esta falta de puente está representada en la enfermedad por el guión existente en lo psicósomático.

El acento está puesto en el clivaje de la organización yoica del individuo, entendido como disociación o falta de integración, producido en el curso del desarrollo temprano y debido a una falla en la relación madre-hijo, con la consecuente estructuración de un yo débil.

Este clivaje, este guión, que une y separa la mente y el cuerpo es considerado por Winnicott como fundamental y decisivo en la patología psicósomática.

La falla en la "preocupación materna primaria" y el holding necesario que debería otorgar la madre para la contención de los excesos de excitación del niño, trae como consecuencia alteraciones en las funciones yoicas de transformación de la cantidad energética en cualidad y significación de las experiencias emocionales.

En otro contexto W. Bion permite esbozar un modelo capaz de descubrir el significado de las perturbaciones del funcionamiento somático. No es posible comprender las diferentes fases de su desarrollo sin hacer referencia al modelo de la mente, como un aparato para pensar.

Sugiere la existencia de un estado de organización primitiva de la mente que no encuentra una forma de representación mental: el

nivel "somato-psicótico" de la vida mental, equivalente a su formulación anterior del "aparato protomental". Las operaciones de este aparato se corresponden estrechamente con la descripción realizada por Freud del Proceso primario y la indicación de que "el yo es en primera instancia, un yo corporal".

Esto quiere decir, que en este nivel primitivo, el yo no realiza representaciones mentales de las experiencias emocionales, sino que las traduce como estados corporales y, al mismo tiempo, reacciona frente a ellas con estados corporales y acciones.

Cuando una experiencia emocional impresiona a la mente, los diferentes elementos sueltos de los datos sensoriales internos y externos existen como "elementos beta" que deben ser procesados por la función alfa para producir elementos alfa, a partir de los cuales es posible crear símbolos que pueden ser organizados en la forma narrativa de los pensamientos oníricos, como el primer paso en el proceso del pensar.

Cuando esta transformación fracasa, en alguna medida, los elementos beta residuales deben ser tratados como "incrementos de artículos" que no pueden ser utilizados, ni tampoco almacenados como memoria.

Estos elementos beta tienden a ser evacuados mediante mecanismos diversos. Uno de los mecanismos de evacuación es la posibilidad de recurrir al aparato protomental, mediante la regresión a inervaciones somáticas.

En cuanto a la intervención terapéutica, Bion dice que en estos casos el terapeuta debe realizar la función alfa que el paciente es incapaz de realizar en esta área de la experiencia para introducir sentido

dentro de estos procesos y ayudar a que se eleven a la esfera de la formación simbólica de pensamiento, juicio y decisión.

Acentúa así el problema de los orígenes de los fenómenos psicopatológicos en los procesos que se halla fuera de la esfera de la formación simbólica y del pensamiento.

Propone también atender a la relación existente continente/contenido en un afán de constituir la función fallida de contención que pueda dar cabida a los contenidos (capacidad de reverie).

André Green por su parte, y en virtud de su extensa experiencia en la esfera del Narcisismo y los cuadros fronterizos, prefiere incluir los estados psicopatológicos junto a ellos dentro de una denominación más ampliada que da en llamar Estructuras no neuróticas encuadradas como una clínica ubicada en los límites de la analizabilidad o "estados fronterizos de la analizabilidad".

Puede ocurrir que ellos desempeñaran en la clínica moderna el papel que tuvieron en la teoría freudiana las neurosis actuales, con la diferencia de que son organizaciones duraderas, las fronterizas, susceptibles de experimentar evoluciones diferentes.

Lo que caracteriza a estos cuadros clínicos, su común denominador, es la falta de estructuración y de organización, tanto en relación con las neurosis como con las psicosis.

Se trataría de estados en donde predomina la inorganización del funcionamiento psíquico, hecho que compartirían las estructuras narcisistas, fronterizas y psicopatológicas aún teniendo en algunos casos posibilidades de diferenciación entre ellas.

Green atribuye a estos casos características específicas:

- 1) Las experiencias de fusión primaria, dan testimonio de una indistinción, de una indiscriminación sujeto-objeto, con una confusión de las fronteras del yo.

- 2) El modo particular de simbolización, prisionero de la organización dual.

- 3) Necesidad imperiosa de la integración estructurante por parte del objeto.

Entre estos dos extremos, normalidad por un lado y regresión fusional por el otro, se sitúan una diversidad de mecanismos de defensa contra esta regresión.

Green los agrupa en cuatro polaridades fundamentales: las dos primeras constituyen mecanismos de corto-circuito psíquico y los dos últimos mecanismos psíquicos de base.

Los dos mecanismos de corto-circuito son:

Primero la exclusión somática; la defensa por la somatización, se produce aquí, en las antípodas de la conversión; la regresión disocia el conflicto de la historia psíquica, excluyendo al soma y no al cuerpo libidinal. Su resultado es una formación asimbólica, por la transformación de la energía libidinal en energía neutralizada

puramente somática, que llegado el caso puede poner en peligro la vida del sujeto.

Esta exclusión tiene el valor de un verdadero acting in dirigido hacia el cuerpo no libidinal.

Segundo: la expulsión por el acto, a lo que llama acting out y que es la contrapartida del acting in psicopatológico. Tiene el mismo valor de evacuación de la realidad psíquica. Las funciones del acto que consisten en transformar la realidad o en comunicar, se desvanecen ante su propósito expulsivo.

Estos dos mecanismos traen un doble efecto de ceguera psíquica, el sujeto se ciega sobre su realidad psíquica, sea en las fuentes somáticas de la pulsión, sea en su punto de desembocadura en la realidad exterior; hace corto-circuito, de todo el entre dos, de la elaboración.

El tercero es la escisión. Para el autor todas las defensas, la identificación proyectiva, introyectiva, la idealización, la omnipotencia, la defensa maníaca, etc., son secundarias respecto de la escisión.

Sus efectos son diversos; va de protección de una zona secreta de no contacto, donde el sujeto está absolutamente solo (se refiere al falso self y su self verdadero protegido (Winnicott), a los ataques sobre los procesos de ligazón en el pensamiento (Bion) y a la proyección de las partes malas del self y del objeto (Klein), sumada a una desmentida de la realidad.

Sería erróneo pensar que la escisión se produce sólo durante la sepa-

ración de lo externo, respecto de lo interno; de hecho también sobreviene la escisión y tal vez predominantemente, entre psique y soma y en consecuencia entre sensaciones corporales y afectos.

Esto hace también a las distintas fronteras tomadas por el autor: el Yo, la realidad exterior, el inconsciente y el preconscious, fronteras internas intrapsíquicas y fronteras externas al yo. Siempre está presente el juego de esta doble frontera entre lo intrapsíquico y lo intersubjetivo.

Esta escisión puede tomar formas sutiles, como el proceso que separa el afecto, la representación y el pensamiento.

La acción motora misma puede ser segregada del mundo psíquico.

Lo que destaca es nuevamente que las dos fronteras establecidas por la escisión, separan lo somático y el cuerpo libidinal por una parte y realidad psíquica interna y externa por la otra, que por supuesto incluye el campo libidinal y la acción.

Como consecuencia podemos suponer que el soma segregado hará intrusión en la esfera psíquica, en la forma de síntoma psicopatológico.

En síntesis: las reacciones somáticas o psicopatológicas y pasajes al acto tienen para Green la misma función de descarga defensiva frente a la realidad psíquica.

Dedica mucha atención a las diferencias existentes entre escisión y represión.

La escisión entre lo psíquico y lo no psíquico, soma y mundo externo está determinada por la constitución de un contenedor yoico, sostén o envoltura del yo, cuyos límites están delineados, pero no funcionan

como cáscara protectora. Es decir que en estos casos no hay confusión entre yo y no yo, sino que las funciones contenedoras o de paraexcitación no funcionan, hay falta de funcionamiento psíquico.

Esta frontera yoica se percibe como una pérdida de control, que no permite enfrentar la angustia de separación, de pérdida, la angustia de intrusión o de implosión, o ambas.

Esta escisión interna revela que el yo se compone de diferentes núcleos que no se comunican, lo que se ha dado en llamar "archipiélago", las islas no se comunican entre ellas, hay falta de cohesión, falta de unidad y, sobre todo, falta de coherencia y una impresión de contradictorios haces de relaciones.

La coexistencia de pensamientos, afectos, fantasías, pero además de sus subproductos contradictorios del principio del placer, del principio de realidad, de ambos están innominados.

Esto es lo que él llama falta de integración, y lo que prioriza en estos casos, más que las islas, es la falta de articulación, del tejido conectivo que pudiera unirlos y que denomina "el vacío".

El cuarto punto es la desinvestidura. Se refiere a la depresión primaria, casi en el sentido literal, físico, del término, que está constituido por una desinvestidura radical, que procura alcanzar un estado de vacío, de aspiración al no ser y a la nada.

Esto se relaciona con el concepto de lo negativo también como tendencia al vacío y la nada.

Este concepto de lo negativo se basa en tres elementos importantes:

- 1) Ausencia, o dificultad y alteración de la representación o de la representabilidad.

- 2) Un tipo de funcionamiento psíquico nocivo en la medida que es nocivo para la "salud"; es destructivo, es tanático.

- 3) Sensación de falta o de carencia (vínculo con la ausencia, lo negativo es mal; es el aspecto negativo de las relaciones descrito por Winnicott).

Lo negativo se ha impuesto, como una relación objetal organizada, independiente de la presencia o ausencia del objeto, es decir que acá la ausencia no puede ser representada.

Green describe una forma de negativa radical "límite", la que nos presenta la psicología. Es claro que para él la mayoría de las concepciones psicológicas contienen las referencias implícitas a la negatividad, que afecta al psiquismo.

4. MARCO TEÓRICO PROPUESTO

4. MARCO TEÓRICO PROPUESTO

Como vemos, la Psicopatología cuenta con numerosas y variadas teorías que incluyen ideas de la teoría freudiana: narcisismo, escisión del yo, desmentida, construcción de los ideales, jerarquía tópica de la realidad externa; como así también conceptualizaciones teóricas post-freudianas.

Todas ellas, así como también experiencias clínicas diferentes tratan de interpretar y conceptualizar este fenómeno complejo desde distintos puntos de vista.

Son formas de aproximación a campos complejos y dificultosos para la indagación. Sin embargo, el pasaje por distintas teorías revisadas pareciera evidenciar ciertas características comunes en ellas que actuarían a modo de común denominador, aún considerando conceptos divergentes planteados por cada una de ellas.

Un concepto compartido parece ser el de atribuir a estos tipos de funcionamiento psíquico cierto grado de inorganización estructural en el desarrollo evolutivo del aparato psíquico.

Cierto grado de alteración en el ejercicio de las funciones propias del yo y de otras instancias componentes de la psique.

Cierto grado de indiscriminación propio o dominante de estos casos que propugnaría un estado de caos o falta de orden que llevaría a la predominancia o hegemonía del "sin sentido" o ausencia de significación representable.

Es como si se evidenciara la ausencia de recursos adecuados para proveer a este funcionamiento psíquico de ciertos niveles de organización estructural.

La pobreza de significado y sentido nominables y la falta de articulación entre los distintos componentes es lo que resalta.

Una especie de ausencia de "cemento" que pueda interconectar o interrelacionar funcionalmente a estas distintas instancias del aparato psíquico. Esto hace que acontecimientos vividos, como experiencias emocionales, representaciones, afectos, no puedan encontrarse entre sí o relacionarse dialécticamente.

Podríamos acreditar estas características a la función ligadora de Eros? o también a la predominancia de la incidencia de un Tánatos no ligado.

Parecería desde otro punto de vista que estamos ante la presencia de distintos contenidos presentes dentro del sistema psíquico que no han encontrado un continente apto que los albergue, contenga y relacione entre ellos, dotándolos de algún orden sistematizado y así poder también ser reconocidos como partes integrantes del "sí mismo" (es como los personajes que deambulan a la búsqueda de un autor).

Este tipo de funcionamiento que adquiere características estables y que según algunos autores se manifiesta mediante signos de "pobreza psíquica", por el desempeño deficitario de funciones secundarias precariamente adquiridas, deja al individuo en un estado de déficit o carencia funcional necesaria para el afrontamiento de las experiencias vitales propias de la vida misma, y por ende en un estado de indefensión o vulnerabilidad.

Vulnerabilidad que está condicionada por la incapacidad funcional de la psique en su tarea de transformación de la energía psíquica primordial.

Es entonces donde advertimos la presencia de situaciones donde lo que reina es la energía pulsional no ligada ni transformada; un predominio del sin sentido que propicia un reinado de las leyes del proceso primario; la cantidad sin logros de transformación en cualidad y significación, tendiente a la descarga pura ya sea en manifestaciones implosivas o sintomáticas en el cuerpo o como explosiones conductuales en la realidad externa.

Es entonces que el psiquismo en estos casos, al no funcionar como procesador y/o transformador de las experiencias emocionales vitales y situaciones traumatogénicas de la vida deja al soma librado a tener que tramitar esa energía no transformada.

Pienso, en virtud de estas consideraciones y de las experiencias clínicas observadas a través de años, que se impone un cambio en el funcionamiento psíquico del analista y por ende de su proyecto terapéutico. El cambio psíquico planteado por siempre como objetivo del Psicoanálisis tiene en este momento un sentido más amplio que el de hacer consciente representaciones inconscientes. Incluye la consideración de las funciones psíquicas estructuralmente alteradas y la construcción de funciones psíquicas no desarrolladas naturalmente en el desarrollo evolutivo individual.

En virtud de estas consideraciones y a los efectos de esta investigación hemos definido el constructo Vulnerabilidad Psicosomática como "la expresión de un soma que, ante las alteraciones psíquicas funcionales anteriormente detalladas, se encuentra desprotegido y librado a recibir y descargar los incrementos de excitación por los canales de menor resistencia, condicionados por factores biológicos, genéticos o hereditarios".

4.1. Prevención

4.1. Prevención

La Prevención puede definirse como "preparación y/o disposición que se hace anticipadamente para evitar riesgos antes de la ejecución de algo" o "conocer de antemano o con anticipación un daño o perjuicio" (Salvat).

En su libro "Prevención y Psicoanálisis" Cecilia Moise propone definir como concepto psicoanalítico de prevención, "el intento de obtener un rescate autorreflexivo, una recuperación consciente de aquellas situaciones que, determinadas inconscientemente, provocan su repetición y que en algunos casos se cristalizan como síntomas".

Desde este punto de vista el concepto de salud remite hoy a un estado que contempla la mayor reducción posible de los riesgos de enfermar psíquicamente.

Esto se logra a través de la restricción, reducción o eliminación de hábitos, prácticas y experiencias vividas como peligrosas en una población afectada o vulnerable. La actitud preventiva consistiría en lograr la transformación de estas situaciones generadoras de malestar.

Considera también que un modelo psicoanalítico, no tiene como objetivo posible la aparición de una enfermedad o síntoma, pero sí sostiene que una situación específica puede generar consecuencias en determinado psiquismo. También considera la necesidad de establecer criterios preventivos en la labor médica, proveyendo al equipo asistencial de una completa información y formación respecto

de las reacciones emocionales esperables o no en los pacientes y familiares.

Marcos Meeroff en su artículo "Medicina Antropológica, base ética de la Medicina actual" rescata la afirmación popular "más vale prevenir que curar", objetivo principal de la prevención primaria.

La Medicina Antropológica es medicina integral, "medicina de la persona", simbiosis de la medicina científico-natural con la concepción socio-psicopatológica.

Hace referencia en general a los buenos resultados obtenidos en la población con los planes de prevención en vacunación, y de educación para la salud, tendientes a un adecuado cuidado de la misma, acentuando la responsabilidad del Estado en proveer la infraestructura necesaria para el logro de dicho cuidado.

La prevención terciaria resultaría de utilidad en los casos en que la enfermedad ya se haya instalado.

4.2. Prevención en Psicopatología

4.2. Prevención en Psicología

Es posible definirla como "el conjunto de conocimientos tanto teóricos como los provenientes de la experiencia clínica que pueden utilizarse para determinar indicadores hábiles de niveles de riesgo de enfermar conceptualizados como estados de vulnerabilidad psicológica que puedan utilizarse para planear y llevar a cabo programas tendientes a reducir, en una población determinada, la duración e intensidad de los trastornos que se presentan y así disminuir el deterioro que pueda resultar de estos trastornos.

5. HIPÓTESIS

5. HIPÓTESIS

Coherentemente con lo manifestado en el planteamiento del problema, en esta investigación pretendo demostrar la existencia de factores psíquicos que pueden ser considerados como predisponentes, perpetuantes y comórbidos de y con las manifestaciones somáticas.

Estos factores sí caracterizados como "predisponentes" del proceso de enfermar y debidamente evaluados y sistematizados configurarían lo que se denomina "Vulnerabilidad Psicósomática" y así entonces ser tomados como "factores de riesgo" desencadenantes de trastornos funcionales y/o enfermedades somáticas pasajeras o crónicas.

Asimismo, entiendo que la posibilidad de evaluación y sistematización de estos factores, devendrían en "indicadores" hábiles y eficaces para la confección de programas de prevención, es decir anticipadores del proceso de enfermar y también capaces de modular las condiciones de agravamiento y cronificación en las enfermedades ya declaradas.

Por último, planteo recursos y procedimientos para alcanzar los objetivos propuestos, es decir la detección de estos indicadores, su evaluación y un modelo de sistematización y cuantificación que permitirían establecer distintos niveles de vulnerabilidad psicósomática, empleables en la confección de un posible modelo de Prevención en Psicología en sus versiones primaria, secundaria y terciaria.

6.- METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

6. METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, ya se está en condiciones de afrontar la etapa de la aplicación de métodos y técnicas de investigación que permitan obtener y evaluar la información pertinente.

El conjunto de los procedimientos metodológicos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos, resolver el problema planteado y someter a contrastación la hipótesis formulada, se fue desarrollando mediante un plan y un cronograma de trabajo cuyos pasos se exponen a continuación:

- a) Obtención de indicadores.
- b) Formulación y confección de cuestionarios.
- c) Demarcación del universo y muestras.
- d) Recolección de datos.
- e) Confección de cuadros.
- f) Sistematización de la información. Cruce de datos.
- g) Resultados. Conclusiones.
- h) Propuestas de Programas de Prevención.
- i) Bibliografía

Es propósito de este trabajo de investigación la creación de cuestionarios de preguntas, debidamente sistematizadas para efectuar la recolección de datos que permitan evaluar los indicadores mencionados anteriormente:

a) Cuestionario de Indicadores de Vulnerabilidad Psicosomática (CIVP)

b) Cuestionario de Indicadores de Salud (CIS)

En base a la aplicación de estos cuestionarios a una población determinada, llevar a cabo un diagnóstico preventivo de distintos niveles de vulnerabilidad psicología en dicha población y poder así establecer modelos para la posterior aplicación de estrategias preventivas específicas.

Esta aplicación, como etapa piloto, permitiría establecer la validez y confrontabilidad del instrumento empleado.

6.1. Confección de un Cuestionario de Indicadores de Vulnerabilidad Psicopatológica (CIVP)

6.1. Confección de un Cuestionario de Indicadores de Vulnerabilidad Psicosomática (CIVP)

Contiene preguntas formuladas en lenguaje popular y simple para facilitar el autollenado, destinadas a la detección del grado de desarrollo o alteración de ciertas funciones del aparato psíquico tales como: pensamiento, afectividad, adaptación a la realidad externa, desarrollo de los propioceptores e interoceptores, imaginación, vida onírica, actividad fantasmática, etc.

Pensamiento: Sabemos que hay ciertas alteraciones del pensamiento caracterizados por una tendencia a la planificación de actos dirigidos hacia la realidad externa, es decir conductas a seguir que sustituyen al real "proceso de pensar", que requiere el tiempo necesario para la búsqueda y encuentro de una adecuada experiencia de satisfacción. Es lo que en otros términos se ha denominado "Pensamiento Operatorio" por la Escuela Psicología de París.

Afectividad: Se ha detectado en algunos individuos una disminución o baja capacidad de ligar los distintos tipos de afectos a representaciones adicionales adecuadas para la diferenciación y nominación de estos afectos. Esto conduciría a una dificultad en representar las experiencias emocionales vividas y su posibilidad de ser expresadas verbalmente. Se trataría de una disociación existente entre la experiencia emocional y la repercusión subjetiva de la misma. Es lo que se denomina como alexitimia.

Propiocepción y exterocepción: Hallamos en algunos casos alteraciones en el equilibrio logrado entre los interoceptores cenestésicos y los exteroceptores sensoriales. Las variaciones en este equilibrio dan lugar a una hipertrofia funcional de los exteroceptores en detrimento del funcionamiento de los interoceptores.

Esto conduce a dificultades en el manejo de la realidad interna y de las fantasías propias de la subjetividad, con una excesiva adecuación a la realidad externa y sus demandas, o sea excesos de sumisión y cumplimiento de los deseos del otro significativo en detrimento del deseo propio, que se encuentra renegado o desinvertido. Es lo que se ha llamado Sobreadaptación a la realidad externa

Asimismo este Cuestionario y la evaluación de las respuestas a las preguntas formuladas permite evaluar los niveles de exigencia (ideales), valoración personal (investiduras narcisísticas), modalidades de variación de los estados de ánimo (tolerancia a la frustración), recursos personales para el cuidado de sí mismo (representación del cuerpo, fatiga, etc.) y los modos de afrontamiento de los incrementos de excitación producidos por la vida misma (afrontamiento del estrés y la tensión crónica).

La interacción de estos elementos y su evaluación permitiría usarlos como indicadores de distintos niveles de lo que se ha dado en llamar Vulnerabilidad Psicopatológica (constructo definido anteriormente).

El Cuestionario de Indicadores de Vulnerabilidad Psicopatológica (CIVP) cuenta con veinte preguntas formuladas, como se ha dicho anteriormente, en lenguaje popular, simple y comprensible, que posibilite fácilmente su autollenado, es decir llevado a cabo por el individuo encuestado.

Para ello, cada pregunta que tiende a la detección de los elementos definidos consta de cuatro posibilidades a elegir:

Siempre - Casi siempre - A veces - Nunca

A estas distintas respuestas posibles le han sido adjudicados los términos correspondientes de:

4 - 3 - 2 - 1

La suma del total de las respuestas obtenidas en términos numéricos posibilita la obtención de una cifra, y su división en tres diferentes categorías o puntajes que corresponden a distintos niveles de Vulnerabilidad Psicopatológica:

Nivel bajo	20 a 40
Nivel medio	40 a 60
Nivel alto	más de 60

Preguntas que contiene el Cuestionario y algunos indicios de los objetivos de los cuales son utilizados como indicadores:

- 1) ¿Practica con regularidad alguna actividad que le guste, que no sea laboral –baile, coro, deporte, etc. –?

(Intereses o deseos vinculados a la subjetividad. Empleo y/o existencia de tiempo libre u ocioso. Sobreadaptación)

- 2) ¿Puede diferenciar fácilmente estados de enojo, miedo o tristeza?

(Capacidad de sentir y diferenciar distintos estados afectivos).

- 3) ¿Le gusta que las cosas sean o le salgan perfectas?

(Intervención de exigencias e ideales. Ideal del Yo)

- 4) ¿Le resulta fácil compartir sus emociones con otras personas?

(Discriminar, sentir y posibilidad o capacidad de nominación. Comunicación con el otro).

- 5) ¿Se siente fatigado, o cansado, aunque no haya realizado ningún esfuerzo?

(Funcionalidad interoceptiva; índices de estrés o tensión crónica).

- 6) ¿Acostumbra tener fantasías, imaginaciones o soñar despierto?

(Representabilidad, pensamiento, función fantasmática y onírica).

- 7) ¿Se esmera en satisfacer los pedidos de otras personas?
(Niveles de sobreadaptación al deseo del otro o de la realidad externa).
- 8) ¿Deja tareas pendientes sin terminar?
(Exigencias y cumplimiento de demandas. Ideal del Yo).
- 9) ¿Trabaja más de 60 horas semanales?
(Niveles de adaptación al cumplimiento y la obligación, y medida del tiempo libre).
- 10) Cuando tiene dolores o molestias físicas:
- a) ¿Consulta al médico?
(Nivel de tolerancia. Autoabastecimiento. Tolerancia a la dependencia).
 - b) ¿Recurre a alguna medicación conocida?
(Nivel de contención y/o dependencia).
 - c) ¿Sigue con su tarea habitual esperando que se le pase?
(Niveles de registro y atención del cuerpo o renegación).
- 11) ¿Puede estar sin hacer nada?
(Tolerancia a la ausencia del acto. Contacto con la subjetividad. Reflexión).

12) ¿Tiene sueños mientras está durmiendo?

(Existencia o no de actividad onírica).

13) ¿Le interesa averiguar porqué le ocurren las cosas?

(Intereses sobre el sí mismo. Curiosidad o indiferencia).

14) ¿Toma algún medicamento para la ansiedad, insomnio/nerviosismo?

(Capacidad de tolerancia y continencia. Ansiedad, desvalimiento).

15) ¿Cuando algo le sale mal se defrauda y abandona?

(Tolerancia a la frustración; intervención de las exigencias de los ideales. Narcisismo).

16) ¿Se siente con tensión, agitado, nervioso o irritado?

(Indagación sobre la tensión crónica y el estrés. Incrementos de excitación).

17) ¿Tiene sensaciones en su cuerpo que no logra describir, entender o reconocer?

(Representación del cuerpo. Interoceptores e interpretación de las manifestaciones corporales. Significación. Indiferencia. Renegación).

18) ¿Cuando se va a acostar a la noche se duerme inmediatamente?

(Tolerancia al momento hipnagógico de fantasías, pensamiento, etc. Contacto con la subjetividad).

19) ¿Tiene dolores de cabeza, estómago, cervicales y/o lumbares?

(Expresiones habituales en relación con emociones. Tensión crónica. Manifestaciones corporales).

20) ¿Siente apatía, desinterés o indiferencia, falta de energía frente a lo que le toca vivir?

(Investiduras, pulsiones vitales, desesperanza, depresión, desinvestiduras. Elaboración emocional frente a experiencias vitales).

Cuestionario de Indicadores de Vulnerabilidad Psicopatológica C.I.V.P.		
1.	¿Practica con regularidad alguna actividad que le guste, que no sea laboral –baile, coro, deporte, etc. –?	1. <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca
2.	¿Puede diferenciar fácilmente estados de enojo, miedo o tristeza?	2. <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca
3.	¿Le gusta que las cosas sean o le salgan perfectas?	3. <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca
4.	¿Le resulta fácil compartir sus emociones con otras personas?	4. <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca
5.	¿Se siente fatigado, o cansado, aunque no haya realizado ningún esfuerzo?	5. <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca
6.	¿Acostumbra tener fantasías, imaginaciones o soñar despierto?	6. <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca
7.	¿Se esmera en satisfacer los pedidos de otras personas?	7. <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca
8.	¿Deja tareas pendientes sin terminar?	8. <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca
9.	¿Trabaja más de 60 horas semanales?	9. <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca
10.	Cuando tiene dolores o molestias físicas: a) ¿Consulta al médico? b) ¿Recurre a alguna medicación conocida? c) ¿Sigue con su tarea habitual esperando que se le pase?	10. <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca
11.	¿Puede estar sin hacer nada?	11. <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca
12.	¿Tiene sueños mientras está durmiendo?	12. <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca
13.	¿Le interesa averiguar porqué le ocurren las cosas?	13. <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca
14.	¿Toma algún medicamento para la ansiedad, insomnio / nerviosismo?	14. <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca
15.	¿Cuando algo le sale mal se defrauda y abandona?	15. <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca
16.	¿Se siente con tensión, agitado, nervioso o irritado?	16. <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca
17.	¿Tiene sensaciones en su cuerpo que no logra describir, entender o reconocer?	17. <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca
18.	¿Cuando se va a acostar a la noche se duerme inmediatamente?	18. <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca
19.	¿Tiene dolores de cabeza, estómago, cervicales y/o lumbares?	19. <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca
20.	¿Siente apatía, desinterés o indiferencia, falta de energía frente a lo que le toca vivir?	20. <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Nunca

6.2. Confección de un Cuestionario de Indicadores de Salud (CIS)

6.2. Confección de un Cuestionario de Indicadores de Salud (CIS)

Este cuestionario contiene preguntas, también formuladas en lenguaje popular, simple, y comprensible, para facilitar el autollenado, destinadas al conocimiento de los datos personales, datos clínicos o de laboratorio, antecedentes de enfermedades, hábitos, accidentes ocurridos, estudios, desempeños laborales, pérdidas objetales o situaciones dolorosas que padece o padeció, todas ellas al alcance del encuestado.

Las preguntas son:

- 1) Sexo
- 2) Edad
- 3) Ocupación
- 4) Estado civil
- 5) Escolaridad
- 6) Nacionalidad
- 7) Peso
- 8) Altura
- 9) ¿Se ha practicado algún examen clínico en los últimos 5 años?
¿Cuál?
- 10) ¿Cuál es su presión sanguínea? (Si no la sabe exactamente,
señale si es alta, normal o baja)

11) ¿Cuál es su nivel de colesterol en sangre?

12) ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad específica o
síntomas repetidos?

¿Cuál?

a) Diabetes

b) Cáncer

c) Hipertensión arterial

d) Problemas cardíacos

e) Problemas renales

f) Problemas gastrointestinales

g) Problemas óseo-musculares

h) Úlcera

i) Alergias

j) Enfermedades infecciosas

k) Trastornos ginecológicos (infecciosos / hormonales /
oncológicos)

l) Trastornos prostáticos

m) Otros

- 13) ¿Sus padres o hermanos han padecido o padecen de alguna enfermedad específica o síntomas repetidos?
¿Cuál?
- 14) ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos por día?
- 15) ¿Consume bebidas alcohólicas? ¿De qué tipo y qué cantidad diaria?
- 16) ¿Está tomando alguna medicación? ¿Cuál y en qué dosis?
- 17) ¿Ha tenido algún tipo de accidente en los últimos años?
¿Cuál?
- 18) ¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica? ¿Cuál?
- 19) ¿Ha tenido o tiene problemas odontológicos? ¿Cuáles?
- 20) ¿Ha sufrido alguna pérdida importante, o algún acontecimiento doloroso en los últimos 5 años? (muerte, despido, mudanza, separación, etc.)
- 21) Frente a situaciones dolorosas o difíciles, ¿recurre a la ayuda o compañía de otras personas?

Del entrecruzamiento y valoración cuantitativa y cualitativa de los datos obtenidos en los dos cuestionarios (CIVP + CIS) es posible diseñar diferentes niveles de vulnerabilidad psicopatológica y trazar cuadros comparativos con distintas posibilidades de entrecruzamiento.

CUESTIONARIO DE INDICADORES DE SALUD – C.I.S.	
1. Sexo:	2. Edad:
3. Ocupación:	4. Estado civil:
5. Escolaridad:	6. Nacionalidad:
7. Peso:	8. Altura:
9. ¿Se ha practicado algún examen clínico en los últimos 5 años? ¿Cuál?	
10. ¿Cuál es su presión sanguínea? Si no la sabe exactamente, señale si es alta, normal o baja	
11. ¿Cuál es su nivel de colesterol en sangre?	
12. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad específica o síntomas repetidos? ¿Cuál? a) Diabetes b) Cáncer c) Hipertensión arterial d) Problemas cardíacos e) Problemas renales f) Problemas gastrointestinales g) Problemas osteo-musculares h) Ulcera i) Alergias j) Enfermedades infecciosas k) Trastornos ginecológicos (infecciosos / hormonales / oncológicos) l) Trastornos prostáticos m) Otros	
13. ¿Sus padres o hermanos han padecido o padecen de alguna enfermedad específica o síntomas repetidos? ¿Cuál?	
14. ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos por día?	
15. ¿Consume bebidas alcohólicas? ¿De qué tipo y qué cantidad diaria?	
16. ¿Está tomando alguna medicación? ¿Cuál y en qué dosis?	
17. ¿Ha tenido algún tipo de accidente en los últimos años? ¿Cuál?	
18. ¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica? ¿Cuál?	
19. ¿Ha tenido o tiene problemas odontológicos? ¿Cuáles?	
20. ¿Ha sufrido alguna pérdida importante, o algún acontecimiento doloroso en los últimos 5 años? (muerte, despido, mudanza, separación, etc.)	
21. Frente a situaciones dolorosas o difíciles, ¿recurre a la ayuda o compañía de otras personas?	

6.3. Definición del universo y selección de la muestra piloto

6.3. Definición del universo y selección de la muestra piloto

El universo elegido consiste en "sujetos que consultan a Instituciones de Asistencia Sanitaria para realizar controles de salud".

La "muestra" fue seleccionada de manera aleatoria y representativa del universo mencionado.

Consta de 103 personas, 95 del sexo femenino y 8 del sexo masculino, pertenecientes a un espectro socio-económico bajo y medio-bajo y cuyas edades oscilan entre 20 y 80 años.

Dicha muestra está conformada por 2 grupos:

a) Consultantes de un Servicio de Ginecología de un Hospital Público

Motivo de consulta: control ginecológico

Sexo: femenino

Edad: entre 20 y 60 años

n; 54 casos

b) Consultantes de un Centro de Salud semipúblico

Motivo de consulta: control clínico general

Sexo: masculino y femenino

Edad: entre 20 y 80 años

n; 49 casos

6.4. Recolección de los datos

6.4. Recolección de los datos

La recolección se llevó a cabo mediante la aplicación de los cuestionarios CIVP y CIS (anteriormente detallados) a cada uno de los integrantes de la muestra.

6.5. Procesamiento de los datos obtenidos

6.5. Procesamiento de los datos obtenidos en la aplicación de los cuestionarios a la población determinada, como prueba piloto.

Se han podido elaborar los siguientes cuadros:

1) Aplicación del Cuestionario de Indicadores de Vulnerabilidad Psicopatológica (CIVP)

Niveles	Nº de casos	Porcentajes
Alto	11	10,5 %
Medio	75	73,0 %
Bajo	17	16,5 %
Totales	103	100,0 %

2) Datos obtenidos mediante el CIS (Cuestionario de Indicadores de Salud)

Categorías	Nº de casos	Porcentajes
Sin sintomatología	39	38,0 %
Con sintomatología variada	30	29,0 %
Con cuadros clínicos definidos	34	33,0 %
Totales	103	100,0 %

3) Del entrecruzamiento de los datos obtenidos con los dos cuestionarios, el CIVP y el CIS, se obtuvo el siguiente cuadro de porcentajes en los niveles "alto", "medio" y "bajo" de vulnerabilidad psicopatológica en cada una de las categorías descriptas:

Categorías Niveles	Sin sintomatología		Con sintomatología variada		Con cuadros clínicos definidos	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Alto	2	5,0 %	2	6,6 %	7	21,0 %
Medio	25	64,0 %	23	76,7 %	27	79,0 %
Bajo	12	31,0 %	5	16,7 %	0	0,0 %

En los casos "sin sintomatología" se evidencia un bajo porcentaje de "nivel alto" de vulnerabilidad, un predominio del "nivel medio" y en segundo término del "nivel bajo".

En los casos "con sintomatología variada" es evidente el amplio predominio del "nivel medio" de vulnerabilidad, siguiendo en segundo término el "nivel bajo" y en último término el "nivel alto".

En los casos "con cuadros clínicos definidos" es evidente la ausencia de "nivel bajo" de vulnerabilidad y el predominio del "nivel medio" con pocos casos de "nivel alto".

6.6. Algunas conclusiones acerca de los datos obtenidos

6.6. Algunas conclusiones acerca de los datos obtenidos

Como se puede ver en los cuadros precedentes, en la muestra total hay una gran cantidad de casos en el "nivel medio de vulnerabilidad", siguiendo en segundo término el "nivel bajo de vulnerabilidad".

De acuerdo a lo observado, se puede inferir que los niveles elevados de vulnerabilidad psicopatológica se deben al predominio de los indicadores de: sobreadaptación, patología del ideal, fallas en la mentalización y estrés.

En los casos "sin sintomatología" se observa un manifiesto descenso de los indicadores de estrés, en comparación con la presencia del mismo indicador en las otras categorías.

Es, entonces, posible inferir que en los casos con predominio de los indicadores anteriormente mencionados, cualquier factor de estrés incrementa los niveles de vulnerabilidad.

En los casos "con cuadros clínicos definidos", es decir con evidencia clínica de enfermedad, se observa un aumento de los "niveles medio y alto" de vulnerabilidad y ausencia del "nivel bajo". Es decir que podemos inferir que la enfermedad declarada incrementa la vulnerabilidad psicopatológica.

Es de hacer notar, también, que en el análisis cualitativo de los datos, tomando la "edad" como una variable interviniente, se observa que, con el aumento de la misma, aumentan los índices de vulnerabilidad psicopatológica.

Esto se correlaciona con el aumento en los indicadores de "patología del ideal" y de los de "fallas en la mentalización", así como con una disminución en los indicadores de "sobreadaptación".

Es importante señalar y advertir que si bien las conclusiones obtenidas permitieron establecer hipótesis provisionales aplicables a los objetivos planteados en esta investigación, es necesario continuar con esta investigación con el propósito de agregar nuevas muestras y arribar a conclusiones que se sumarán a las ya obtenidas.

6.7. Inferencias y propuestas para posibles Programas de Prevención

6.7. Inferencias y propuestas para posibles Programas de Prevención

Los datos obtenidos permiten diseñar estrategias para llevar a cabo abordajes en los distintos niveles de Prevención:

- a) **Prevención Primaria**: Llevada a cabo en sujetos asintomáticos que presentan indicadores de diferentes niveles de vulnerabilidad psicopatológica.

Una posible estrategia sería la aplicación de actividades grupales tendientes a la información y concientización de los factores que actúan como factores de riesgo del enfermar, tanto en el plano físico como psíquico. Entendemos que ésto sería "trabajar en salud" apuntando a la anticipación de la influencia que pudieran tener los distintos elementos predisponentes del proceso de enfermar.

- b) **Prevención Secundaria**: Aplicación de estrategias de abordaje a sujetos con sintomatología temporaria, cuyos niveles de vulnerabilidad psicopatológica intervengan como indicadores de riesgo que los exponen a una facilitación de la eclosión de la enfermedad.

Aquí se trataría de abordajes terapéuticos específicos grupales o individuales, de acuerdo con la sintomatología predominante, tendientes a un mayor conocimiento, concientización, significación y elaboración acerca del padecimiento orgánico y de los factores predisponentes que inciden sobre la vulnerabilidad psicopatológica.

c) **Prevención Terciaria**: Es la orientada a pacientes que presentan cuadros clínicos ya manifiestos en quienes se detectan factores específicos que actúan como indicadores que propician el mantenimiento (cronicidad) y evolución de la enfermedad.

Se trataría en estos casos de estrategias con intervenciones individuales específicas según sus características predominantes de su funcionamiento psíquico y de los indicadores específicos de vulnerabilidad psicopatológica y el grado de su patología somática, con el propósito de mitigar la incidencia de estos factores intervinientes en la enfermedad, su afrontamiento y su agravamiento,

7. CONCLUSIONES GENERALES

7. CONCLUSIONES GENERALES

En base a la bibliografía presentada en el marco teórico conceptual, distintas teorías enfocadas de diferentes puntos de vista y a la experiencia clínica obtenida, es posible confirmar la hipótesis de que los factores emocionales predisponentes y condicionantes del proceso de enfermar somático se vinculan con fallas en la integración de funciones psíquicas en el desarrollo emocional primitivo de la criatura humana, ya sea ésto debido a situaciones traumáticas tempranas o a vicisitudes del vínculo primario.

Estos factores considerados como "factores de riesgo", debidamente evaluados y sistematizados, dan lugar al constructo "Vulnerabilidad Psicopatológica" (definido anteriormente en el curso de la investigación).

Asimismo, una adecuada evaluación y sistematización de este constructo, permite la confección de indicadores hábiles y eficaces para establecer distintos niveles de vulnerabilidad psicopatológica que actúan, como dijimos, como factores de riesgo a ser considerados en el proceso de enfermar somático.

La detección de estos indicadores y su interrelación con los factores hereditarios, congénitos y biológicos permitiría establecer estrategias anticipatorias y preventivas de dicho proceso.

Es entonces que es posible en base a su sistematización, confeccionar "programas de prevención" con abordajes terapéuticos anticipatorios y concomitantes a las manifestaciones orgánicas.

8. BIBLIOGRAFIA

8. BIBLIOGRAFÍA

- BALINT, Michael The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Regression.
Tavistock Publications. Londres y Nueva York.
Trad.: Ediciones Paidós Ibérica S.A. – Barcelona – España – 1979.
- BION, W. R. Second Thoughts – William Heinemann Medical Books Ltd.
Trad.: Ediciones Horme S.A.E. – Buenos Aires – Argentina – 1972.
- BLEGER, José Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico.
Revista de Psicoanálisis – Asociación Psicoanalítica Argentina.
Tomo XXIV/21- 1967 – Buenos Aires – Argentina.
- BLEICHMAR, Hugo Avances en psicoterapia psicoanalítica.
Hacia una técnica de intervenciones específicas.
Ediciones Paidós Ibérica S.A. – Barcelona – España – 1997.

- CHEVNIK, Mauricio La interconsulta médico-psicológica entre la medicina y el psicoanálisis.
Lecturas de lo psicossomático- Editorial Lugar -Buenos Aires - Argentina - 1991.
- CHEVNIK, Mauricio La obra de Pierre Marty y su relación con la Psicossomática.
Relatos de autores en Psicossomática - Rev. Nº 3 del Instituto Psicossomático de Buenos Aires -1997.
- D'ALVIA, Rodolfo Actualidad y formas de enfermar.
Ponencia del panel de cierre de las 3as. Jornadas Anuales Continuas del I.P.B.A. - Noviembre 1999.
- D'ALVIA, Rodolfo; MALADESKY, Alfredo Modelos de abordaje en psicossomática.
Lecturas de lo psicossomático.
Editorial Lugar - Buenos Aires - Argentina - 1991.
- ETCHEGOYEN, Ricardo H. Los fundamentos de la técnica psicoanalítica.
Editorial Amorrortu- Buenos Aires - Argentina - 1986.

- FREUD, Sigmund
The Standard Edition of the Complete Psychological Works.
The Hogarth Press Ltd. - London - England - 1961.
Trad.: Obras Completas - Amorrortu Editores S.A.- Buenos Aires - Argentina - 1976
- GRINBERG, León;
SOR, Darío;
TABAK de BIANCHETTO, Elizabeth
Introducción a las ideas de Bion.
Editorial Nueva Visión - Buenos Aires - Argentina - 1972.
- GREEN, André
Narcissisme de Vie, Narcissisme de Mort.
Editions de Minuit - 1983 - París - France.
Trad.: Narcisismo de vida, narcisismo de muerte.
Amorrortu Editores S.A.- Buenos Aires - Argentina - 1986.
- GREEN, André
On Private Madness -
1972/74/75/77/78/79/80/81/1986.
Por acuerdo con Mark Paterson & Associates - Colchester - Inglaterra.
Trad.: De locuras privadas.
Amorrortu Editores S.A.- Buenos Aires - Argentina - 1990.

- GREEN, André
Propedeutique. La Metapsychologie
revisitée.
Editions Champ Vallon – 1995 – París –
France.
Trad.: La metapsicología revisitada.
Editorial Universitaria de Buenos Aires –
1996 – Buenos Aires – Argentina.
- GREEN, André
Diálogos clínicos con André Green.
Revista Psicoanálisis – Asociación
Psicoanalítica de Buenos Aires.
Volumen XVII- 1995 – Buenos Aires –
Argentina.
- KLEIN, Melanie
Contributions to Psycho-Analysis.
The Hogarth Press Ltd. – London –
England.
Trad.: Contribuciones al psicoanálisis.
Ediciones Horme S.A.E. – Buenos Aires –
Argentina – 1964.
- KLEIN, Melanie
Developments in Psycho-Analysis.
The Hogarth Press Ltd. – London –
England.
Trad.: Desarrollos en psicoanálisis.
Ediciones Horme S.A.E. – Buenos Aires –
Argentina – 1962.

- KILLINGMO, Bjorn Conflicto y déficit: Implicancias para la técnica.
Libro Anual de Psicoanálisis.
International Journal of Psychoanalysis – Londres – 1989.
- KILLINGMO, Bjorn Una defensa de la afirmación; en relación con los estados de afectos no mentalizados.
Trabajo inédito.
- LIBERMAN, David Lingüística: interacción comunicativa y proceso analítico.
Editorial Nueva Visión - Buenos Aires – Argentina – 1976.
- LIBERMAN, David;
AISEMBERG, Elsa R. de;
D'ALVIA, Rodolfo;
DUNAYEVICH, Julia B.
de; FERNANDEZ
MOUJAN, Octavio;
GALLI, Vicente;
MALADESKY, Alfredo;
PICOLLO, Augusto. Sobreadaptación, trastornos psicopatológicos y estadios tempranos del desarrollo.
Revista de Psicoanálisis – Asociación Psicoanalítica Argentina.
Tomo XXXIV/5- 1982 – Buenos Aires – Argentina

- MALADESKY, Alfredo La transferencia desvitalizada.
Revista Psicoanálisis – Asociación
Psicoanalítica de Buenos Aires. Volumen
XV/2 – 1993 – Buenos Aires – Argentina
- MALADESKY, Alfredo Acerca del cambio psíquico y la
intervención del psicoanalista en la
actualidad.
Revista de la Asociación Argentina de
Psicoterapia para Graduados, N° 27 –
2001 – Buenos Aires.
- MALADESKY, Alfredo Perspectivas Psicopatológicas desde André
Green.
Relatos de autores en Psicopatología –
Rev. N° 3 del Instituto Psicopatológico de
Buenos Aires – 1997.
- MARTY, Pierre La psicopatología del adulto.
Ammorortu Ed. – Buenos Aires – 1992.
- MARTY, Pierre El orden psicopatológico.
Ed. Promolibro – Buenos Aires – 1995.

- McDOUGALL, Joyce Théâtres du Je.
Editions Gallimard – París – France.
Trad.: Teatros de la mente – Ilusión y
verdad en el escenario psicoanalítico.
Tecnicpublicaciones S.A. – Grupo Editorial
Julián Yébenes – Madrid – España - 1987.
- Mc DOUGALL, Joyce Théâtres du Corps.
Editions Gallimard – París – France -
1989.
Trad.: Teatros del cuerpo.
Editorial Julián Yébenes S.A. – Madrid –
España – 1991.
- Mc DOUGALL, Joyce Plaidoyer pour une certaine anormalité.
Editions Gallimard – París – France.
Trad.: Ediciones Petrel S.A. – Barcelona –
España – 1982.
- MEEROF, Marcos Medicina antropológica.
Compilación : A. Horovitz. Ed. Catálogos
– Buenos Aires – 1998.

- MELTZER, Donald Implicaciones psicopatológicas en Bion.
Revista Psicoanálisis – Asociación
Psicoanalítica de Buenos Aires.
Volumen XV/2 – 1993 – Buenos Aires –
Argentina.
- MELTZER, Donald Metapsicología ampliada. Aplicaciones
clínicas de las ideas de Bion.
Palia Editorial – Buenos Aires – 1990
- MOISE, Cecilia Prevención y Psicoanálisis.
Paidós – Buenos Aires – 1998.
- ROUSILLON, René Paradoxes et situations limites de la
Psychanalyse.
Presses Universitaires de France – 1991 –
París – France.
Trad.: Paradojas y situaciones fronterizas
del psicoanálisis.
Amorrortu Editores – 1995 - Buenos Aires
– Argentina.

- WINNICOTT, Donald W. *Playing and Reality.*
Tavistock Publications – London –
England –1971.
Trad.: Realidad y juego.
Gedisa – Barcelona –España – 1978.
- WINNICOTT, Donald W. *Human Nature – Free Association Books –*
London – England – 1988.
Trad.: La naturaleza humana.
Editorial Paidós S.A.C.I.F. - Buenos Aires
– Argentina – 1993.
- WINNICOTT, Donald W. *The Maturation Processes and*
Facilitating Environment.
Karnac Books – London – England –
1965.
Trad.: Los procesos de maduración y el
ambiente facilitador – Estudios para una
teoría del desarrollo emocional. Editorial
Paidós S.A.C.I.F.
- Buenos Aires – Argentina – 1996.
- WINOGRAD, Benzion *Cambios psíquicos en relación a la teoría*
de la técnica.
Revista de Psicoanálisis – Asociación
Psicoanalítica Argentina. Tomo XLVI/1-
1990 – Buenos Aires – Argentina.