

---

## ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS EN NEUMOLOGÍA

---

*Carmen Morales Miranda*

### Resumen

*La Psicósomática es disciplina que estudia las interrelaciones entre la mente (psique) y el cuerpo, y busca responder a las preguntas ¿Cómo los procesos mentales (psíquicos) afectan al cuerpo? ¿De qué manera los procesos físicos se manifiestan a nivel mental psíquico?*

### Abstract

*The psychosomatic discipline is dedicated to the study of the interrelationships between the mind, the psyche, and the body, and offers an answer to the question: How do the mental, and psychic processes are the focus of study or in which form the physical processes are manifested at a mental or psychic level ?*

CLAVES: Psicósomática, Neumología.

KEYWORDS: Psychosomatic, Neumology.

---

### Reseña de la Autora:

CARMEN MORALES MIRANDA. Psicóloga Clínica, UNIFÉ. Miembro fundadora de la Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica. Miembro fundadora de la Asociación Peruana de Medicina Psicósomática. Docente UNIFÉ.

## EL APARATO RESPIRATORIO

La Psicopatología proviene directamente del psicoanálisis, sus orientaciones y sus descubrimientos importantes son obra de psicoanalistas clásicos interesados en los enfermos somáticos. El psicoanálisis constituye una referencia permanente para la psicopatología, pues Freud aportó sus conocimientos acerca de las organizaciones mentales y de su construcción de las peripecias del funcionamiento psíquico, de la naturaleza de las relaciones psico-afectivas interhumanas.

Hablar de psicopatología es hablar de las interrelaciones entre la mente (psique) y el cuerpo, responder la pregunta ¿Cómo los procesos mentales (psíquicos) afectan al cuerpo, de qué manera los procesos físicos se manifiestan a nivel mental (psíquico)?

Se dan reacciones psicopatológicas en circunstancias vitales de mucho aprieto. Valgan los siguientes ejemplos: las palpitaciones de los enamorados; el mareo tras un accidente sin mayores consecuencias; la pérdida de apetito en casos de duelo. Tales síntomas suelen desaparecer cuando se ve modificada la situación desencadenante del estímulo. Las reacciones psicopatológicas pueden manifestarse en *cualquier persona; en modo alguno* requiere su aparición desarrollos anímicos aberrantes.

Cualitativamente, otros son los trastornos psicopatológicos, que podemos subdividir en dos grupos :

1.- Los desarreglos funcionales psicopatológicos -neurosis de órganos- son dolencias en las que sólo se da un trastorno funcional en un órgano, sin que esté afectado ni denote lesiones físicas la totalidad de éste (por ejemplo: el estómago o el intestino).

Pero el órgano trabaja irregularmente a consecuencia de un trastorno anímico, como pueden ser la hiperacidez gástrica o el estreñimiento atónico.

2.- Las afecciones psicopatológicas en sentido estricto -psicopatosis- son aquellas en que ya existen lesiones físicas. Trátase, pues, de las llamadas enfermedades psicopatológicas clásicas. Se las deslinda con respecto a otras afecciones somáticas en virtud de que las alteraciones morfológicamente demostrables tienen una raíz emocional, por cuanto en su causación intervienen factores psíquicos.

Cuando sufrimos una enfermedad que se denomina “Neurosis”, es por que hemos necesitado defendernos de un afecto hacia una determinada persona o situación, que hubiera sido penoso experimentar conscientemente, de modo que preferimos desplazarlo o transferirlo sobre la representación de otra persona o de otra escena.

Cuando enfermamos, de otra manera como en la “Psicosis”, para evitar el desarrollo de un afecto penoso, necesitamos alterar nuestro “juicio de realidad”.

En ambos modos del enfermar, Neurosis y Psicosis, ocurre que los afectos se desarrollen o no se desarrollen, continúan manteniendo la coherencia de sus claves de inervación.

Pero también podemos enfermar de otra manera. El desplazamiento de la investidura, puede realizarse dentro de la misma clave de inervación de los afectos, de modo que algunos elementos de esa clave reciban una carga más intensa, en detrimento de otros. Cuando el proceso se descarga a partir de esa clave “deformada”, al servicio de mantener inconsciente el significado emotivo, la conciencia ya no registra un afecto, sino que percibe una afección, un fenómeno que interpreta como “somático”, precisamente por que la cualidad psíquica, el significado afectivo de ese fenómeno permanece inconsciente. Podemos decir entonces, que la enfermedad somática “oculta” un afecto, pero no se trata de un afecto cualquiera, sino que cada enfermedad diferente se constituye como un desarrollo que representa o equivale a un particular afecto inconsciente, específico de esa enfermedad, enraizado en una historia que ha hecho crisis configurando un “capítulo” particular en la biografía del enfermo.

Aquello que ocurre en lo psíquico como padecimiento condujo muchas veces al examen del cuerpo como parte de la necesidad de encontrar las “causas”. El cuerpo llega a ser durante una época (que finaliza con el descubrimiento del psicoanálisis), la fuente genética del malestar que llamamos enfermedad. Fue también durante años, el objeto principal de la medicina como actividad destinada a restablecer la salud.

A partir del psicoanálisis, a través del estudio de la histeria, se examina lo psíquico para comprender por lo menos una parte de lo que suele ocurrir en el cuerpo. El interés por el padecer condujo hacia el examen del cuerpo y el interés por el cuerpo llevó nuevamente hacia el examen de lo psíquico.

Así, entre la articulación recíproca entre psiquis y soma, nació, junto con el psicoanálisis, la medicina psicosomática. **Psique y Soma**, se hallan íntimamente unidos.

En la filosofía griega, el aire fue considerado el principio de la vida (Anaxímenes, S. VI a.c.).

El aire ha significado así, el elemento constitutivo esencial de cada cosa, hasta la representación del “soplo divino!, del Espíritu Santo, creador y ordenador del mundo (Ferrarer Mora, 1954).

El relato bíblico dice que “...Dios modeló al hombre de la arcilla y le inspiró en el rostro aliento de vida, y fue así el hombre ser animado” (Génesis II).

En la mitología brahmánica, se vincula el aire con el espíritu y la creación. Para los hindúes la propiedad vitalizadora de la respiración se extiende a la creación universal. En los rituales, la repetición de la voz sacrística “Om”, remeda el acto por el cual Brahma creó al mundo; es una larga espiración con la cual se hace participar al ser íntimo en el conjunto de las fuerzas del universo (Elstade 1955, 1964). Wyss (1947) dice, “La respiración es la primera experiencia (postnatal) de nuestra ligazón con el mundo exterior y del encuentro con una resistencia externa. Es la primera comunicación postnatal que establecemos con el medio, comunicación que verifica involuntariamente y rítmicamente, por un imperio de una necesidad apremiante”.

Weizsaecker (1950 B), plantea que la respiración comprende un trato con una sustancia del medio ambiente que tiene forma de gas, es decir, el aire (oxígeno); y que ese trato consiste en un intercambio que se lleva a cabo a través de una función rítmica. Cuando esta actividad de ingreso y egreso, de inspiración y espiración se altera, como en el caso de la disnea, da lugar a una ansiedad de muerte. Esta ansiedad, que emerge rápida e intensamente, sólo se mantiene alejada a través de aquella actividad rítmica respiratoria.

Desde una perspectiva simbólica, el espíritu que nos mancomuna anímicamente quedaría representado por el aire, al ser éste un elemento compartido por todos. La relación con el aire sería el símbolo privilegiado de la conveniencia. Un intercambio social adecuado, que implique la vivencia de una buena relación con los otros,

puede estar simbolizado por la acción eficaz de una respiración armónica, de un rítmico interjuego entre el espirar (Obstfeld y Colab. 1975, 1983 A y B).

Señalan también que la función pulmonar, que implica compartir algo común (el aire), se conecta con la capacidad de empatía y el deseo de comunión. Encontraron en algunos personajes que padecieron trastornos respiratorios pulmonares (Dostoievsky, Bolívar, Schereber, el “Che” Guevara), una situación similar: la dificultad de cumplir con un ideal social.

En otras palabras: el funcionamiento respiratorio normal, que implica el intercambio de gases con el medio ambiente, se arroja la representación simbólica del buen intercambio socio-espiritual, con los objetos del entorno. Por este motivo se utiliza una misma palabra, atmósfera, para referirse al ámbito común, tanto aéreo como social compartido.

A partir del nacimiento, el niño deja de servirse de la madre para respirar y asume esa función en forma autónoma. La respiración postnatal puede adjudicarse, por ese motivo, la representación simbólica de la ruptura de la simbiosis materno-filial y del acceso a un nuevo orden, es decir, que como consecuencia del nacimiento, la madre y el niño se “independizan”, al mismo tiempo que se diferencian las funciones respiratorias y digestivas.

T. French y F. Alexander (1960), sostienen que dado que la respiración constituye la primera función postnatal, representa la independencia biológica del niño respecto de su madre. De ahí, que en el acceso disneico se expresen simultáneamente un pedido de amparo y la protesta contra la relación de excesiva dependencia. Los determinantes del ataque se asocian a situaciones de temor y rabia, a situaciones que amenazan la relación de dependencia y la seguridad basada en ella, y a conflictos sexuales. La separación temida de la madre, que amenaza la dependencia y la seguridad, no es una verdadera separación física sino el peligro de alejamiento de la madre debido a alguna tentación a la que el paciente está expuesto; el ataque parece significar un grito suprimido y una confesión sofocada dirigidos a la madre. Los autores remarcan que la situación precipitante la constituye la indecisión y el conflicto entre adherirse y separarse de la madre. Los motivos de la inhibición del grito son atribuidos a la exigencia materna de actitudes independientes y autosuficientes prematuras, así como a la tendencia que se opone a la dependencia excesiva materna. El ataque de asma expresaría también una protesta frente a la

separación y contra la necesidad de procurarse independientemente el oxígeno, como así también la protesta contra el deseo de restablecer llorando (o gritando) la dependencia con la madre.

Weizsaecker (1950 A) encuentra, como rasgo caractereológico en los pacientes asmáticos, una terquedad vengativa. Considera que esta terquedad surge frente al miedo a la pérdida de seguridad. Dice: "el ataque asmático es una especie de escena de llanto que tiene lugar en los pulmones, como expresión de miedo, terquedad y de aquella amenaza de enfermedad y muerte". Refiriéndose a lo que diría un psicólogo acerca de una paciente, describe que su "imago-madre" recibió un duro golpe que la hirió en ánimo. Agrega que en el asma se llora y se grita en lo más profundo de los pulmones y concluye diciendo que "las funciones fisiológicas en el asma reflejan algo de las fuerzas apasionadas que en el espíritu son más eficaces que las lógicas e intelectuales".

H. Racker (19948) dice que el nacimiento marca el momento de la primera función puesto que rompe la identidad entre sujeto y objeto; desde entonces el objeto y lo malo quedarán equipados. En varios pacientes asmáticos encontró que se inhibían para amar porque lo vivían como un desprendimiento de libido del yo, equivalente a la muerte. Estos pacientes experimentan el peligro de ser absorbidos (amados, comidos, matados) por la madre - Moloc, y ante ese peligro se tienen que defender.

Surge entonces :

I. Un conflicto entre incorporar (amar, comer, tener dentro, estar unidos, salvarse de la muerte) y no incorporar (evitar lo malo, la muerte y también morir por falta de seno) a la madre.

II. Una lucha entre la madre que quiere entrar por sus vías respiratorias y el paciente. La defensa consiste en cerrar los bronquios.

III. Otra defensa que consiste en incorporar al objeto, y que instala un conflicto entre retener a la madre o expulsarla.

IV. Ante el temor de ser absorbido, búsqueda (en la angustia de muerte) tanto de llenarse de nuevo, como al mismo tiempo eliminar al objeto peligroso. El asmático trata de conseguir ambas cosas, inspirando al objeto. Como es un objeto malo se lo tiene que agredir. El ataque asmático se constituye entonces en un "proceso melancólico" en el aparato respiratorio, según lo describe Pichon Riviere.

V. El enfermo introyectó al objeto y éste lo ataca, lo mata desde adentro. En este sentido, el asma sería una conversión somática de un delirio de ahogamiento. El hecho de que el objeto sea “inspirado” representa la tentativa de incorporarlo evitando la agresividad oral. El estornudo sería un rechazo del objeto por la nariz y el “deseo de salud”, un apoyo externo.

En los asmáticos la madre es equiparada al aire. Tanto la inspiración como la espiración son mortales y el enfermo “se ahoga, muere” en este conflicto. Ahogarse equivale a la falta de aire y a haber perdido a la madre. La contradicción entre la independencia y la pasividad se comprende en un plano más profundo : el del nacimiento. Nacer es separarse de la madre y morir. Pero nacer es también vivir. No nacer es también la muerte, pero es estar unido a la madre y, por lo tanto, vivir. Es esto lo que elige finalmente el asmático.

O. Fenichel (1957) se refiere al asma bronquial como una órgano-neurosis del aparato respiratorio. En el asma bronquial es especialmente un anhelo (pasivo-receptivo) de la madre lo que expresan las alteraciones patológicas de la función respiratoria. El ataque asmático es, ante todo, un equivalente de angustia; ésta es percibida como un temor de asfixia, es un grito en pedido de ayuda, dirigido a la madre, a quien el paciente trata de introyectar por la respiración para estar permanentemente protegido. La orientación anal de los pacientes, por regla general, ha evolucionado de un interés de oler a un interés de respirar.

Arminda Aberastury (1951) observó que los niños asmáticos construyen las casas con gran cantidad de ventanas, pequeñas y colocadas en lo alto, para simbolizar la dificultad respiratoria.

Abadi habla de la imagen de una madre esfinge que retiene al hijo y no le permite el nacimiento, y que amenaza así con ahogarlo. Habla de la ausencia de un buen padre partero que ayude al hijo a nacer y lo rescate del encierro materno. Siguiendo estas ideas, entiende el drama del ataque asmático como la repetición de la situación traumática del nacimiento impedido. Según este autor, el asmático se siente encerrado y ahogado por esa madre-esfinge.

Según Cagnoni “...respirar es tener alma porque es nacer y esto equivale a salir de la muerte, a la que condena una madre que lo dificulta”.

N. Canteros (1979), siguiendo el método de investigación de las fantasías específicas, plantea que en el asma se hallan presentes fantasías exudativas, alérgicas y espasmódicas y que ese mosaico comprende también una fantasía pulmonar.

La autora sostiene que “el asmático, en su ataque de disnea espiratoria, se niega con terquedad a realizar un intercambio múltiple que lo asusta, y trata, a través del aire retenido y de sus secreciones y exudados, de cumplir con el deseo de conservación del vínculo simbiótico remedando la situación prenatal. Lo que intenta evitar a través de este cumplimiento de deseos es el sentimiento de susto, de soledad y de responsabilidad que acompaña al proceso de nacimiento-individuación”.

Subraya la vinculación existente entre el ataque de disnea y la angustia catastrófica. Señala que este sentimiento no aparece en la conciencia del asmático, y que en su lugar, aparece la disnea. Afirmo que los pacientes asmáticos repiten en el ataque, a partir del modelo del acto de nacer, un momento retentivo simbiótico, a la manera de un útero que no estimula el desprendimiento, y en un segundo momento, de corte brusco, que lleva a la vivencia de un desamparo extremo y al desarrollo de una angustia catastrófica. Considera que el estrechamiento bronquial y la retención del aire son la expresión de un cumplimiento de deseos: el de recrear el primer momento del acto de nacer, o sea, el de la simbiosis prenatal, retentiva. Si el asmático, en su ataque, cumple también con el deseo de no haber nacido, evita sentir la angustia traumática que el nacimiento trae aparejada.

De acuerdo con nuestras investigaciones (Chiozza y Colab. 1987) todos los trastornos de la respiración pulmonar son la expresión del afecto “desaliento”, que, al no poder hacerse consciente, se ha deformado en su clave de invención.

El afecto puede expresarse simbólicamente de dos maneras distintas. Una de ellas, de predominio inspiratorio, y la otra, de predominio espiratorio. Esta última configura el sentimiento de ahogo, sofocación, o estrangulamiento, que se experimenta en un vínculo estrecho, de características simbióticas, que coarta el desempeño de las actividades vitales y de la creatividad, vínculo que solemos llamar “asfixiante”.

La existencia de una disnea asmática depende, en cambio, de que se establezcan las siguientes condiciones :

**1.- Una frustración actual en el nivel de desarrollo tánatolibidinoso alcanzado y la regresión a un punto de fijación respiratorio neonatal.**

En ese nivel el funcionamiento respiratorio pulmonar normal, que implica un adecuado intercambio de gases (aire) con el medio ambiente, y el buen intercambio socio-espiritual con los objetos del entorno (“atmósfera”), pueden presentarse recíprocamente mediante el aliento, ya sea el físico o el anímico, usados como símbolo.

Cuando existe una regresión respiratoria la frustración actual de una demanda se experimenta con una perentoriedad similar a la de la necesidad de oxígeno y el vínculo con el objeto adquiere características semejantes a las que han sido descriptas en la simbiosis.

La ausencia de un entorno social bueno es experimentada, entonces, como la ausencia de un objeto alentador y anhelado, equiparada, siempre, a la presencia de un entorno hostil que “desalienta”.

**2.- Un vínculo “simbiótico” con un objeto que, en la vivencia del sujeto, lo amenaza continuamente con el abandono y, al mismo tiempo, debe satisfacer una necesidad perentoria.**

En un nivel respiratorio el abandono se experimenta como el “desaire” de un objeto desalentador, y la fase espiratoria de la respiración normal puede confundirse, en el inconsciente, con una forma de arriesgarse al abandono.

**3.- Un intento de retener a ese objeto del anhelo, intento que aumenta, en la vivencia del sujeto, su carácter frustrante, ya que la retención no disminuye “el desaliento”.**

Así como el aire retenido pierde su contenido de oxígeno e impide obtención de un aire nuevo, oxigenado, al objeto retenido en un nivel de regresión respiratoria se lo experimenta como un objeto malo, que coarta el desempeño de las actividades vitales y la creatividad del sujeto.

Debido a la regresión respiratoria, un vínculo semejante es sentido como una forma particular, espiratoria, del afecto desaliento : la ausencia de un objeto alentador equiparada, en lo inconsciente, con la presencia de un objeto que ahoga, asfixia o estrangula.

**4.- La imposibilidad de que el afecto desaliento acceda a la conciencia.**

**5.- La desestructuración de la clave de inervación del desaliento y su representación simbólica por uno particular entre los elementos de esa clave de inervación : la disnea;** que atrae sobre sí la intensidad total de la investidura y penetra en la conciencia como un fenómeno somático privado de su significado afectivo. Adquiere, de este modo, el carácter de un desarrollo equivalente al afecto desaliento.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abadi, Mauricio (1968) Conferencia en el CIMP, Buenos Aires, 1968. Citado por Noemí Canteros en *“Contribuciones al estudio del asma bronquial”*, CIMP, Buenos Aires, 1979.
- Chiozza, Luis (1991) “Organsprache : Una reconsideración actual del concepto freudiano” en *Los afectos ocultos en ... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas, accidentes cerebro vasculares*. Alianza edit., Buenos Aires.
- Chiozza, Luis y Colab. (1991) *Los afectos ocultos en ... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas, accidentes cerebrovasculares*. Alianza Madrid-Buenos Aires.
- French, T. Y Alexander, F. (1960) *Psicología y Asma Bronquial*, Paidós, Buenos Aires.
- Luban - Plozza y Colaboradores *“El Enfermo Psicossomático en la Práctica”*  
*“El Enfermo Psicossomático y su Método Práctico de Servicio Científico”* (Servicio Científico Roche)
- Racker, Enrique (1948) “Un caso de impotencia, asma y conducta masoquista”, en *Revista de Psicoanálisis*. N.3, APA, Buenos Aires.