

ADOLESCENCIA

ALGUNAS PATOLOGÍAS PSICOSOMÁTICAS: ANOREXIA - BULIMIA - ACNÉ JUVENIL

Ana M. Spagnuolo de Iummato

Las temáticas relacionadas con la adolescencia han despertado en todas las épocas un gran interés tanto entre legos como profesionales de la salud o la educación, ya que todos hemos atravesado esa etapa y hemos sido espectadores de la crisis vital de nuestros familiares. También sabemos que del mayor conocimiento que dispongamos acerca de ese período, mayor será nuestro éxito en la instrumentación de recursos para lograr que su recorrido sea más saludable y con menor patología desencadenada por los avatares desventajosos propios de su transcurso.

La mayor cantidad de problemas que se producen es esta etapa son fruto de una sociedad con grandes crisis y stressores que los adultos encargados de los jóvenes tenemos dificultad para afrontar y solucionar eficazmente.

La transición que constituye este periodo etario se caracteriza por un sinnúmero de trastornos al punto que llevaron en la década de 1970 al Dr. Mauricio Knobel (1971) a describir el “síndrome normal de la adolescencia” con los siguientes síntomas que lo conformarían:

- 1) búsqueda de sí mismo y de la identidad;
- 2) tendencia grupal;
- 3) necesidad de intelectualizar y fantasear;
- 4) crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso;
- 5) desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características de pensamiento primario;
- 6) evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta;
- 7) actitud social reivindicatoria con tendencias anti o asociales de diversa intensidad;
- 8) contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período de la vida;
- 9) una separación progresiva de los padres, y
- 10) constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

Las somatizaciones en la adolescencia

Anorexia y bulimia

Las somatizaciones de las consultas de adolescentes suelen ser manifestaciones despertadas ante determinadas situaciones emocionales que reeditan aspectos de la historia vivida, los sucesos traumáticos y las conflictivas nunca sepultadas. Entre los síntomas más frecuentes son comunes observar los síntomas de ahogo ("siento como nudo en la garganta que no me deja respirar"), los síntomas cardiocirculatorios, como taquicardias, sensaciones de "galopes" cardíacos o de percepción de los latidos. Otras manifestaciones clínicas son los dolores, sobre todo abdominales, las cefaleas y las artralgiás; acompañados en ocasiones de signos de tipo neurovegetativo como sudoración, palidez, escalofríos, náuseas con o sin vómitos acompañantes. Las pruebas de laboratorio e imágenes que suelen realizarse para su esclarecimiento, frecuentemente se encuentran en los límites clínicos normales.

Actualmente podemos añadir cuadros psicossomáticos de importancia como los trastornos de la conducta alimentaria, la anorexia y la bulimia¹, hechos que podemos relacionar con las primeras etapas de separación-individuación.

En los inicios de la enfermedad se observa en los jóvenes, sobre todo en las adolescentes un gran incremento de la actividad física, que conlleva la reducción de la masa adiposa y muscular, lo que le brinda a poco de iniciarse, un aspecto

¹ Aunque su gran divulgación pertenece a nuestra época, los historiadores médicos informan que antes de fines del siglo XIX ya se encontraron descripciones de enfermedades semejantes a la anorexia: el caso de un Buda que trataba de alcanzar la iluminación en el S.III, el de un joven príncipe que sufría de melancolía del S. XI; el de una jovencita francesa en 1613 que hizo un ayuno durante tres años. En 1689 se registraron también varios casos en Inglaterra y Francia. Para esa época, Richard Morton describía un cuadro clínico que denominaba "**consunción nerviosa de la constitución corpórea**" que coincide básicamente con este tipo de trastornos. Posteriormente, en Francia en 1873, Lasègue describió un cuadro como l'anorexie hysterique que ya es mucho más semejante al cuadro clínico actual, y que denominó de este modo por considerar que su etiología era histérica. En 1874, Sir William Gull describe con gran minuciosidad un cuadro clínico caracterizado por presentarse sobre todo en mujeres jóvenes y adolescentes, con edades comprendidas entre los 16 y 25 años, que cursaba con una extrema delgadez, una disminución o falta total de apetito, sin que existiera una causa física demostrable y se acompañaba de amenorrea, bradicardia, estreñimiento, astenia e hiperactividad psicomotriz y social. Otro francés, Henri Huchard, desestimó esto último y recomendó el término "anorexie mentale", con el que se conoce desde entonces en Italia y Francia. En Alemania se la llama Pubertatsnagerscht (emaciación puberal compulsiva). (L. Kaplan 1991).

exterior no atractivo, que contraría desde lo manifiesto, el propósito con el que se comenzó en apariencia el intento embellecedor del adelgazamiento. El cabello se torna opaco, la piel áspera y macilenta, el tronco, brazos y piernas se cubren de vello, siendo frecuentes los dolores abdominales, amenorrea, y constipación (Kaplan, 1991).

El cuerpo adolescente configura esa zona limítrofe donde el recurso del comportamiento alimentario le permitirá expresar la conflictiva con el mundo adulto y una forma de manifestar su autonomía será rebelarse a la incorporación de dicho mundo simbolizado en el alimento que se le brinda.

Así fantaseará con una autonomía en muchos casos suicida, rebelándose contra la dependencia infantil aun no resuelta, haciéndose dueño y tirano de un cuerpo que se convierte en el escenario de dicho intento independentista, símbolo de un área privada recientemente inaugurada en la pubertad. En este clima, la comida ofrecida por los padres se vive como el instrumento para dominarlo, el comer se carga así de un contenido de sometimiento ante los padres que intentarían domeñar su voluntad, imponiendo la de ellos.

Por lo tanto el control de su cuerpo, sea a través de la asepsia anoréxica como del rechazo vómico de lo incorporado, se convierte en afirmación de su libertad, en confrontación con lo parental, reclamo vengativo de lo no recibido primariamente, de carencias vivenciadas en etapas muy primarias.

Lo que en un principio constituye como método resolutivo, un gran esfuerzo, ahora pasa a convertirse en una meta atractiva, un desafío: mientras que su familia se somete a la comida y sucumben frente una dieta, ella se siente elevada por encima de la tentación carnal, triunfando sobre las necesidades elementales.

La imagen corporal distorsionada que apreciamos en estas patologías alimentarias se halla fuertemente ligada a su historia y constituye un eje gravitacional de la estructuración narcisista. Esto es observable desde la clínica en el papel fundamental que los jóvenes con esta problemática atribuyen a la mirada, tanto la propia (y su relación definitoria con el

espejo) como la mirada del otro, que les genera ansiedades de tinte persecutorio y vivencias acerca de la denigración supuesta que sobre ellos ejerce ese otro que observa.

Winnicott indica como el reconocimiento que el niño hace de sí mismo a partir de poder mirarse en el rostro de la madre, donde una de las funciones de la madre, del padre y de la familia es proporcionar un espejo, figurativamente hablando, en el cual el niño pueda verse. Winnicott asume el espejo como un elemento significativo en la estructuración subjetiva y por lo tanto podemos pensar que el cuerpo será el lugar de privilegio para verificar niveles de amor propio, de vacíos existenciales, de no reconocimiento, de sensaciones de mismidad o por lo contrario, de ser amados. Por lo tanto en los trastornos alimentarios uno de sus puntos de partida debe ser buscado en las primeras relaciones objetales, y posteriormente como patología del proceso de separación –individuación, por lo cual los adolescentes pendularían entre la vivencia de alejamiento como sensación caótica de destrucción –aniquilamiento, y el acercamiento vincular como engolfante, simbióticamente asfixiante.

Podemos preguntarnos por el sentido simbólico del comer, escenario donde se despliega la conflictiva manifiesta y partiremos básicamente de que el comer es hacer propio, materializar algo ajeno en el propio cuerpo y representa el vínculo más primario de la supervivencia que desde lo psíquico constituye la identificación.

Habitualmente se intenta explicar esta sintomatología remitiéndose a un esquema de fijaciones post-natales que concuerda con la postura de la psicopatología clásica. A través de los desarrollos de Chiozza, acerca de las vicisitudes primarias del psiquismo temprano se produjo un giro conceptual relevante. Este autor afirma que todo proceso de identificación compromete un duelo al que llama primario y que consiste en el abandono de aquellas posibilidades que no han de materializarse, "su desenlace normal es narcisista y ocurre manifestándose en un particular crecimiento del yo" (Chiozza, 1963).

Según Alicia Amato² “la anoréxica, parecería posicionarse como si ella fuera el ideal, viéndose así perturbada la posibilidad de conformar una actitud de renuncia o de abandono. A medida que la enfermedad se despliega, la joven va perdiendo poco a poco todos los lazos con el entorno, en su encierro narcisista y omnipotente se endulza pensando que no necesita de nada ni de nadie para seguir viviendo, todo es despreciable y no está a su altura, pero como contrapartida de esto paradójicamente se torna cada vez más endeble, se desmorona. Comienzan las dificultades para ponerse de pie, pierde el equilibrio con facilidad, la acompaña un estado de debilidad continua y requiere ser asistida permanentemente, situación que confirma, una vez más, la regresión fetal del cuadro. En sus relatos se esmeran por mostrar que provienen de "familias perfectas", donde "todo funciona excepcionalmente bien" y pareciera que ellas son las que "patean el tablero". Quieren impresionar como "chicas diez", capaces y realizadas, salvo en su ideal estético. Son "debidamente", escrupulosas y con una profunda insatisfacción. Ante el ofrecimiento de comida se vuelven expertas del disimulo "no quiero, ya comí", pero a pesar de esto muchas veces, ante la insistencia familiar, que lo único que desea es "que coma", encuentran en la bulimia³ una salida alternativa de solución enferma.

La enfermedad es en palabras de Weizsäcker (1950) "un falso orden vital". Para este autor el "no comer nada no significa otra cosa que no querer vivir, el no poder -querer- tomar alimento debe interpretarse igualmente como el no poder - querer seguir viviendo. Todo ello no es mas que una negación al paso hacia la madurez, una oposición a la vida misma: es el temor melancólico de la pubertad".

Esta patología coincidiría el espíritu de esta época, en la que se asiste a una crisis axiológica tan profunda, donde coexisten, mezclándose y oponiéndose entre sí, valores actuales y

² “Apuntes sobre anorexia” Simposio del CIMP de 1998. Buenos Aires

³ Etimológicamente significa "hambre de buey" y es utilizado internacionalmente desde 1980 para describir un cuadro patológico que se caracteriza por: a) episodios recurrentes de voracidad, consumo rápido, en grandes cantidades y en corto período, b) consumo de alimentos con muchas calorías durante la comilona, c) terminación de la ingesta y vómito autoprovocado, d) intentos repetidos de perder peso con dietas estrictas, vómitos, empleo de laxantes y diuréticos, e) frecuentes oscilaciones de peso, superiores a cinco kilos, debido a la alternancia de banquetes y ayunos. Si bien la bulimia se presenta con una estructura psicopatológica propia, en ocasiones se admite como un cuadro alternativo junto a la anorexia. (Zückerfeld 1992)

anacrónicos, al mismo tiempo que prospera el individualismo, máscara de un narcisismo excedido, en el cual la exasperación materialista genera una carencia de espiritualidad, desoyendo esta perentoria necesidad de convivir, creando en el hombre medio de nuestros días un vacío existencial de fondo y un goce solitario sin trascendencia. (Chiozza, 1982).

Las enfermedades de los hijos en vinculación a la familia.

La idea que desarrollaremos en este apartado, responde a observaciones de nuestra práctica clínica. Para el adecuado planteo del tema es necesario puntualizar con qué postura teórica lo abordaremos.

La medicina psicosomática actual, a partir de desarrollos de Freud, Groddeck, Weizsaecker y de Luis Chiozza en la Argentina, enriqueció la visión de la enfermedad al considerarla como un lenguaje de órganos con el cual se expresa una determinada conflictiva.

No se trata ya de una psicogénesis del enfermar como tampoco de una somatogénesis, enfoques representativos de un dualismo que persiste desde hace siglos, cuerpo – alma, psique – soma, separaciones que deben ser atribuidas sólo al modo en que percibe nuestra conciencia.

Lo somático no es una realidad primaria sobre la que se asienta todo lo demás y lo psíquico no es un emergente de la materia que aparece secundariamente sino que, psíquico y somático constituyen dos caras de la misma moneda (Chiozza, 1980).

Dentro de este enfoque, comprendemos que toda enfermedad expresa o simboliza las vicisitudes del momento biográfico que la persona atraviesa y ocurre en lugar de afectos y sentimientos que se prefieren ignorar.

Del mismo modo que Freud nos habla por ejemplo, de fantasías orales correspondientes a la actividad de la zona erógena boca, Chiozza plantea la existencia de fantasías inconscientes específicas propias y particulares de cada proceso corporal y sus correspondientes patologías.

Este concepto de fantasía específica presupone la existencia de un sujeto significativo inconsciente que posee la capacidad de manifestarse a través de un lenguaje que utiliza como medios tanto a la palabra o el gesto, como el síntoma, la forma, la función o el desarrollo (Chiozza, 1980).

En sus trabajos de psicoanálisis de niños, Arminda Aberastury nos muestra como el niño percibe distintas situaciones del ambiente familiar que no le son comunicadas conscientemente: conflictos psíquicos, enfermedades orgánicas, embarazos, abortos, condiciones de nacimiento y muerte. También se ha observado que el niño percibe las características y alcances de su enfermedad, (Aberastury, 1971) así como las fantasías inconscientes materializadas en su afección orgánica. (Rosmaryn, 1975).

Siguiendo esta misma línea de pensamiento, creemos que en la enfermedad orgánica del niño o del adolescente, se escenifican sus fantasías inconscientes y las fantasías inconscientes de sus padres; el hijo enfermo se constituye así en el “fusible”, eslabón más débil, que denuncia el conflicto familiar.

Creemos que de la comprensión del mensaje oculto en el síntoma se abre un espectro terapéutico de mayor alcance que la mera “cura” de la enfermedad del hijo, ya que su padecimiento está “hablándonos” de una dramática específica de ese momento histórico familiar.

De nuestra pericia clínica en su “traducción” depende nuestra eficacia terapéutica.

Creemos que es importante asimismo, atender a la percepción del hijo de las fantasías implícitas en la enfermedad orgánica de los padres ya que constituirían la base de presentes y futuras identificaciones que se expresarían como rasgos de carácter o trastornos somáticos de idéntico contenido.

Mostraremos este enfoque a través de un caso clínico que ilustra esta idea de la enfermedad del hijo como emergente representativo simbólico de una determinada problemática familiar.

Caso clínico.

Ernestina se separa de su marido luego de 23 años de matrimonio, debido a las continuas peleas y maltratos incluso físicos que habían caracterizado al vínculo que los unía.

De esta unión nacieron Sabrina, de 18 años actualmente y Fernando de 9, que permanecieron, luego de la separación viviendo junto a su madre.

Por el horario de trabajo del padre (20 a 24hs.) y el de su madre (8 a 18hs.), Sabrina desde que nació, conoció cotidianamente los cuidados paternos, que sustituían los de su mamá, vinculándose por este motivo, ambos muy estrechamente.

El era el encargado de sus comidas, de su higiene, de sus paseos. Esta dedicación afectuosa de su papá sólo se vio interrumpida por el nacimiento de su hermano.

El sentimiento de exclusión, producto de los celos que embargaron a Sabrina, se reactualizó, luego de la separación de sus padres, cuando, al comenzar su padre un nuevo vínculo de pareja, Sabrina no lo acepta y por lo tanto su papá se distancia de ella, dedicando su visita semanal exclusivamente a Fernando.

Ernestina ingresa en análisis por la depresión consecuente con la separación matrimonial. Transcurrido alrededor de un año en el cual se dedicó a la elaboración de su desunión marital y el duelo consecuente, conoce a Pedro, hombre del que se enamora y con quien, después de un noviazgo de aproximadamente un año, deciden vivir juntos. Pedro se muda a la casa de Ernestina, asumiendo con gusto un rol paternal frente a los hijos de ella.

En ningún momento, Ernestina y Pedro les manifestaron “oficialmente” a Sabrina y Fernando su decisión de unirse, dado que creyeron que el modo “progresivo” (primero Pedro se quedaba a dormir los fines de semana, y luego fue haciéndolo también los días de semana) de inclusión de Pedro, hacía innecesaria dicha comunicación.

Pasados pocos días de este acontecimiento, Sabrina comienza a manifestar rechazo a alimentarse, alternado con ocasiones en los que se atiborra de dulces y golosinas, a escondidas de su familia. Esta negativa a comer incluye el no aceptar compartir la mesa familiar.

Aproximadamente al mes de la aparición de los síntomas de Sabrina, Fernando comienza con una dificultad para conciliar el sueño donde llama reiteradamente a su madre para que lo

acompañe en su cuarto y con vómitos en el caso de que ella no acepte permanecer a su lado.

Intentaremos la interpretación de las manifestaciones orgánicas de los hijos de Ernestina.

Creemos que la actitud de Ernestina fue vista por sus hijos como “egoísta” dado que en su intento de ser feliz no preservaba al hogar de la inclusión del “extraño” (forma en que vivieron a Pedro, inconscientemente, por no mediar una “presentación oficial” que hubiera quedado adecuadamente simbolizada en la puesta en palabras de la decisión de la pareja de iniciar la convivencia matrimonial).

Sintieron que ella “solucionó” su soledad con su nuevo marido pero que ellos no recuperaron a su papá y que en cambio la perdieron en parte a ella también, al tener que compartirla con Pedro. Sabrina incluso siente que ella perdió a su papá por las peleas que tenía con su mamá, luego se puso de su lado, en su fantasía, no aceptando a la nueva pareja del padre y ahora interpreta como una traición de Ernestina al vínculo que las unía, la presencia de Pedro en su casa.

También siente remordimientos inconscientes frente a su madre, dado que Pedro le despierta sentimientos intensos: Pedro es un hombre apuesto, de apariencia juvenil y con marcados rasgos de caballerosidad que en la fantasía de Sabrina reabren la vieja herida edípica, actualizada por el abandono afectivo de su padre.

Con su belleza adolescente compite inconscientemente con su madre, alimentando así dichos remordimientos.

El resentimiento inconsciente unido a los remordimientos se dramatizarían en el síntoma que nos ocupa: su rechazo a los alimentos nutritivos, poniendo en escena distintos significados:

- 1) Con su no participar en la mesa de la cena, único momento compartido por los cuatro integrantes de la familia, estaría manifestando en su fantasía el desprecio hacia Pedro. Sumando a esto, el hecho de no ingerir alimentos en su presencia, sería como una ecuación simbólica hecha carne: “a vos no te trago” (circunstancia reforzada por el hecho de que los alimentos los provee, generalmente, Pedro).
- 2) Siente que la madre la obliga a incorporar a su vida (“comerse”) algo intolerable. La función gástrica sería adecuada para representar el modo de incorporación de lo

exterior que al ser normalmente metabolizado, se transforma en propio para mantenernos vivos. El deseo de Pedro de ocupar con su actitud paternal, el lugar de su padre biológico, le resulta a Sabrina “intragable”.

- 3) El no ingerir los alimentos nutritivos adultos que la ayudarían a crecer, e incorporar compulsivamente dulces y golosinas (comida infantil) estarían simbolizando su rechazo a la genitalidad y su deseo de continuar siendo niña, época en que los conflictos de separaciones y pérdidas para ella no existían, y sí en cambio los mimos paternos.
- 4) La hostilidad que le despertaban sus padres con sus peleas, Sabrina la fue volcando sobre sí misma como un modo de preservarlos del sentimiento agresivo hacia ellos y así proteger a los que también y pese al maltrato, eran los seres a quien ella amaba y la amaban. Pero el resentimiento que fue acumulando hacia su familia por la tensión permanente, por el hermano que la destronó, por la madre que lo erigió en el preferido (desde su percepción celosa), por el padre que la vuelve a excluir eligiendo una nueva pareja, le fue generando remordimientos intensísimos que la hicieron sentir culpable de odiarlos. En su negarse a incorporar alimentos nutritivos vemos escenificados ambos impulsos: al no incorporar por el resentimiento, muestra su negativa a albergar dentro de sí a aquellos que la rodean y que siente que la hacen sufrir. Simultáneamente, por sus remordimientos, la no ingesta constituiría un modo de castigarse, desnutriéndose, abandonándose (con una fantasía inconsciente de suicidio) como un modo de calmar su sentimiento de culpabilidad por el odio hacia sus seres más queridos.

Con respecto a la sintomatología de Fernando interpretamos distintos contenidos que creemos ver expresados en sus síntomas:

- 1) Ernestina, debido a su dolorosa relación matrimonial por una parte y al alejamiento afectivo de su hija (por los celos del nacimiento del hermano) por otra, se refugió en el vínculo con su hijo Fernando estimulándole un apego patológico a través de conductas tales como colecho ante su llanto nocturno, llevarlo al toilette mientras ella se duchaba o realizaba su higiene diaria por temor a que se golpeará mientras no lo veía, postergar su ingreso al Jardín de Infantes por considerarlo pequeño, renunciar al ejercicio de su profesión para

permanecer más tiempo a su lado, etc. Estas situaciones sumadas al momento en que se produce el divorcio (Fernando estaba atravesando el apogeo de su vínculo edípico) configuraron en el niño un intenso ligamen incestuoso, manifestado en una importante erotización del vínculo con su madre.

En el insomnio vemos representados sus temores hacia la posible emergencia de sueños hostiles en relación a Pedro ya que según distintos autores (Freud, 1916-18; Fenichel, 1966; Pichón Riviére, 1971; Ey, 1975) el insomnio es un mecanismo destinado a eludir la angustia, dado que al dormir, con el relajamiento de la censura, se podría soñar con deseos inconscientes muy temidos, con situaciones reprimidas por su contenido doloroso, largo tiempo atrás.

Jones incluso considera que la intensidad del temor al soñar es proporcional a la culpa que provocan los deseos incestuosos reprimidos, que están luchando por una gratificación (Jones, 1967).

Entendemos que la debilidad del yo inmaduro de Fernando, estimulado precozmente por la actividad maternal que lo hizo objeto de un “excesivo” amor producto de sus conflictos familiares, lo llevó a quedar fijado a una imago materna que a la vez que seduce, frustra por la misma naturaleza del tabú incestuoso.

El insomnio, aunque antieconómico, sería el recurso para lograr cierto equilibrio psíquico, adquiriendo la connotación de un estado de guardia, de alerta, que intentaría impedir la aparición de las imágenes oníricas temidas, imágenes que habrían sido alentadas por las desavenencias matrimoniales por una parte como por la hiperestimulación materna por otra.

Creemos que este síntoma posee su punto de fijación en las primeras etapas postnatales del vínculo materno – filial dado que es la función de rêverie materna, ⁴ de ensoñación (Bion, 1975) aquella que otorga un cimiento al ensueño reparador donde las tensiones físicas y emocionales que sufre el lactante, se ven, gracias a la capacidad de contención, metabolizadas y así posibles de ser toleradas. De este modo, en estos primeros

⁴ La capacidad de rêverie es, según Bion, aquella posibilidad de la madre de funcionar como un continente efectivo de las sensaciones del lactante y con su madurez transformar exitosamente el hambre en satisfacción, el dolor en placer, la soledad en compañía, el miedo a estar muriendo, en tranquilidad (GRINBERG, 1972)

encuentros trascendentales se tendería, a nuestro entender, a la configuración de una situación básica de confianza que permitiría entregarse a un dormir reparador semejante al logrado en el abrazo materno. Esta capacidad de rêverie, creemos que funciona como un aparato digestivo externo que ayudaría al bebé a hacer más fácilmente digeribles los aspectos más “duros” o “pesados” de la realidad que lo rodea.

Pensamos que esto explicaría la secuencia sintomatológica de Fernando de insomnio – vómitos dado que con el fracaso de la posibilidad de entregarse confiado al sueño por los temores antes descritos, intentaría sacar hacia fuera, violentamente, expulsando, los contenidos de la realidad desagradable que siente que le toca vivir y que han quedado sin digerir en su estómago.

Suponemos que si Ernestina hubiese podido desarrollar más adecuadamente su capacidad de rêverie, de continencia afectiva, tanto Sabrina hubiese tolerado incorporar (“tragar”) la nueva pareja de su mamá, sin desarrollar el rasgo anoréxico, como Fernando se podría haber dormido en paz sintiendo la presencia protectora de la figura sustituta paterna en vez de la rivalidad y hostilidad edípicas que lo torturan.

2) El insomnio también constituiría un deseo de “velar” por su madre y protegerla del “acoso” del “extraño” en su cama (pudiendo sólo conciliar el sueño cuando lograba atraerla a su lado).

Nos resulta descriptiva la representación de intruso que adquirió Pedro en el hogar de Ernestina, que suponemos se ha debido en parte a la no adecuada explicitación por parte de la pareja de la nueva situación conyugal. Representación que se le hacía dolorosamente presente a Pedro cuando al intentar poner límites, en ocasiones Fernando le contestaba “vos no sos mi papá”. Para las fiestas navideñas Sabrina mostró esta misma fantasía de “intruso” al colgar del arbolito regalos solamente para su madre y hermano.

3) La madre “velando”, cuidando su sueño, sería simbólicamente, la protección necesaria para evitar la aparición de los temores escenificados en las pesadillas. El silencio⁵ de la habitación donde se halla, es interpretado por

⁵ A tal punto el silencio es muchas veces interpretado como indiferencia afectiva, como muestra de desamor, que la madre que mece a su bebé, instintivamente, le tararea tiernas canciones de

Fernando como abandono afectivo y el oír a lo lejos, en la intimidad del dormitorio conyugal dialogar a Pedro y a su mamá, lo sumerge aun más celosamente, en su sensación de soledad.

4) Fernando con sus gritos demanda la compañía materna como un modo de reeditar el colecho de su primera infancia, fallido sustituto de la *rêviere* que le hubiera proporcionado el amparo y el cobijo de los cuales se sintió carenciado. También, inconscientemente, intenta por sus celos, de este modo, interrumpir cualquier acercamiento amoroso de Pedro y su mamá.

5) Este imaginar a su mamá con Pedro le produce una sensación “revulsiva”, nauseosa, asco que dramatiza en su vómito posterior al intento fracasado, de conseguir retener a su mamá a su lado.

Vómito que también representa la expulsión del “extraño” (con el modelo gástrico de intolerancia a lo dañino) a quien no tuvo mas remedio que incorporar, debido por una parte a su indefensión infantil (y su necesidad de una figura protectora) y la tranquilidad que para sus fuertes tendencias edípicas representa la presencia de alguien que se interponga entre él y su mamá.

Comprendemos ambos síntomas, el rechazo a comer de Sabrina y los vómitos de Fernando, como distintas manifestaciones gástricas ante una misma realidad difícil de “tragar”, “indigerible” por lo “pesado” de sus “ingredientes” y la forma abrupta de ser “servida” por Ernestina a sus hijos.

Acné juvenil

La fisiología considera que la piel normal es un "órgano frontera" que cumple funciones de delimitación e intercambio entre el medio interno y el ambiente. Además de constituir una verdadera coraza protectora, sin la cual la vida se torna imposible, tiene características de órgano sensorial, ya que sus terminaciones nerviosas son mediadoras para cuatro modalidades de sensaciones: tacto, dolor, frío y calor.

Su origen embrionario es mixto (ecto y mesodérmico) y está constituida por tres capas histológicas: epidermis, dermis e hipodermis.

La epidermis es un epitelio multiestratificado compuesto fundamentalmente por dos capas: la capa de Malpighi, germinativa, y la capa córnea, producto final del proceso de queratinización. La capa córnea está formada por elementos amorfos en continua descamación. Sus hileras más profundas constituyen la "zona barrera", que regula la transferencia de sustancias químicas y agentes infecciosos hacia la dermis, y previene la rápida pérdida de agua de la epidermis hacia el medio ambiente. En las mucosas y semimucosas no hay capa córnea.

Una de las funciones más importantes de la epidermis es producir queratina, proteína que se encuentra en las células muertas de la capa córnea. La epidermis representa un verdadero sistema cinético, en el cual la célula se divide, emigra, se diferencia y muere. Se ha estimado que el tiempo de recambio epidérmico en el ser humano es de aproximadamente 30 días. El proceso de descamación y renovación es imperceptible y continuo.

La dermis es un tejido eminentemente fibroso, mucho más grueso que la epidermis; contiene los anexos cutáneos, que son de dos tipos: córneos (pelos y uñas) y glandulares (glándulas sebáceas y sudoríparas). También desempeña una función protectora y provee las vías y el sostén necesario para el sistema vascular cutáneo.

La hipodermis, o grasa subcutánea, desempeña varias funciones: aislante del calor, amortiguador de traumas y depósito de calorías⁶.

La piel es el más relacional de todos los sistemas del organismo humano, zona privilegiada de contacto con el otro, carta de presentación ante los otros y reflejo de muchas de nuestras emociones. También en la medicina resulta ser el sistema que más se ve, el que más y mejor se describe y del que no conocemos aún todo lo que deseáramos.

Una patología que es característica de la pubertad y la adolescencia, lo constituye con frecuencia, el acné⁷ vulgaris o juvenil. El acné afecta, en mayor o menor grado, a un 85% de los adolescentes. La prevalencia de este trastorno tiene su máximo entre los 14 y los 16 años en las mujeres y entre los 16 y los 19 en los varones. Puede ser devastadora para la apariencia e imagen corporal del adolescente. La cara, la parte superior del tórax y de la espalda, son los sitios de preferencia para el desarrollo de las lesiones características: eritemas, pápulas, pústulas, comedones (espinillas), quistes verdaderos y costras.

Este cuadro dermatológico ha sido conocido desde antiguo por los médicos griegos con el nombre de "Ionthoi" ("apuntar de la barba") (Laborde, 1974). En aquella época el acné fue considerado estigma de pecado e ignominia. Desde el siglo III Teócrito lo relacionaba con la mendacidad y posteriormente en la Europa cristiana se atribuyó su causa al onanismo, a la impureza corporal y mental. Jean Jostan en 1648 escribió que los vari, nombre latino que designa las lesiones del acné, afectaban a los jóvenes propensos a las pasiones venéreas. También Von Plenck acuñó su indicación terapéutica "matrimonium varus curat", a la cual aún hoy algunos dan crédito.

⁶ El texto de la presente descripción de la piel, pertenece a un trabajo realizado en el Departamento de Investigación del Centro Weizsaecker de Consulta Médica, presentado el 12/10/1990, por sus autores: Dr. Luis Chiozza, Lic. Susana Grinspon, Lic. Elsa Lanfri.

⁷ Etimológicamente acné deriva de una alteración de Acmé – del gr. Akmé – ("punta", "cima", "período de mayor intensidad de una enfermedad", "mezcla explosiva") y significa "película", "eflorecencia" (erupción). (Real Academia Española, 1970; Salvat, 1972).

La palabra acné, data del 600 a.C., deriva de la voz griega akme y por su etimología es notorio que se buscaba indicar la mayor incidencia de esta afección en los púberes. Un acto fallido cometido por el copista Aetius de Amida, médico del emperador Justiniano de Constantinopla (Braier, 1968) consagra la denominación acné en lugar de su antiguo nombre acmé. Esta casualidad que enmascara su verdadera denominación y la complicidad de las generaciones médicas posteriores, pone en evidencia la acción de la censura que trató de deformar el significado profundo de la enfermedad, quizás intuido por los antiguos.

Desde entonces el vocablo sufre una serie de variaciones en su terminología por influencia grecolatina, hallándose traducido como "acnas", "acnæ", "acmas" y "acme". La palabra cae en desuso hasta el siglo XIX, en que reaparece en los textos ingleses para designar "manchas pequeñas y aisladas". Posteriormente la escuela francesa acuña el término, con la división clínica entre acné simple o vulgar y acné rosácea. El concepto de acné queda establecido en forma aparentemente definitiva, designando el cuadro dermatológico producido por reacción obstructiva del conducto excretor de la glándula sebácea con o sin inflamación localizada.

El acné juvenil tiene una involución espontánea, pero la edad de esta involución es poco precisa. Hay casos de persistencia hasta después de los cuarenta años, circunstancia más frecuente en mujeres, lo que se debería a factores de provocación cosméticos. Aunque un 85% de los jóvenes pueden hacer durante la adolescencia formas leves de acné, sólo un 10% van a tener una forma "patológica", y de éstos, sólo un 2% tendrá una forma severa.

Desde estos tiempos antiquísimos que describimos en la historia del concepto, los jóvenes que padecían el acné, fueron vistos y catalogados como impuros, onanistas y propensos a pasiones ocultas.

Desde la histología y la fisiopatología el acné es una afección de la unidad pilosebácea resultado de la obstrucción de la secreción sebácea y de las alteraciones de origen inflamatorio y microbiano que suceden en la glándula, caracterizado por

lesiones polimórficas; comedones cerrados y abiertos (llamados también espinillas y barritos o puntos negros respectivamente), pápulas, pústulas, nódulos de tamaño variable y cicatrices.

La función principal del sebo es lubricar el pelo y la piel. Actúa como una crema natural, formando una película protectora y suavizante, que ayuda a mantener la plasticidad cutánea. En la pubertad, la estimulación proveniente de las hormonas sexuales aumenta sustancialmente el tamaño y la cantidad de secreción de las glándulas sebáceas favoreciendo así la aparición del acné. (Robbins, 1974).

Según Rosenfeld las personas con trastornos en la piel presentan dos conflictos básicos sin resolver; los relacionados con las experiencias tempranas de suavidad y calor, y los relacionados con las experiencias de sostén y organización del self. (Rosenfeld, 1975).

Según las Lics. Liliana C. de Grus y Elsa E. Lanfri (1991) la historia de estos enfermos muestra la falta de una madre cariñosa, que no logra brindarle suficientes caricias, abrazos y besos como para dejar satisfecha su necesidad de contacto. En los primeros encuentros con su madre y durante la mamada, la cara del bebé entra en contacto con el pecho, su pecho con el cuerpo de la madre, así como su espalda con el brazo que lo sostiene. Quizás el niño que no pudo recibir suficientes caricias, o cuyo contacto de “piel a piel” fue apresuradamente interrumpido, al llegar a la pubertad, cuando debe salir a la búsqueda de un nuevo objeto amoroso, teme reeditar aquella vieja historia de sufrimiento.

Es en esta edad que las modificaciones estructurales en la cara, tanto en el varón como en la mujer, señalan en esa región del cuerpo, la presentación de su identidad sexual ya definida. “Dar la cara” en el púber significa “en-frentar” y “en-carar” el conflicto que implica la superación de sus vínculos endogámicos, orientándose hacia nuevos objetos amorosos.

Sabemos que en la pubertad las hormonas sexuales determinan un aumento de la secreción sebácea. Este desarrollo parece remedar aquel momento de la vida intrauterina en el cual el feto necesita cubrirse de un barniz o

película, el vermix caseoso que proteja su piel del contacto macerante con el líquido amniótico. Parece posible interpretar dicha hipersecreción sebácea como la necesidad de aumentar la producción de esta “crema natural” en el intento de protegerse del encuentro con un objeto sexual al que imagina como peligroso.

El sebo condiciona, igual que para el plumaje de las aves y los pelos de los animales, la lozanía del cabello y de la piel, formando parte del atractivo sexual que despierta el interés del objeto. En esta edad “los afeites y los aceites” y el cuidado de la belleza, adquieren un papel preponderante. El acneico, a través de la secreción sebácea aumentada, parecería expresar un deseo de atraer y de ser bello que, al mismo tiempo, siente que no debe hacerse evidente. Así, en lugar de aparecer bello, se muestra feo, pero en su misma fealdad retorna lo reprimido: con sus granos causa rechazo y a la vez atrae las miradas. (Groddeck, 1923). Entre el deseo de poseer mayor atractivo y belleza, y el temor al encuentro con el objeto de amor, se gestaría el conflicto que Grus y Lanfri intentan describir.

Podemos pensar que en el acneico el deseo de lograr protección para su piel está tan exacerbado que, en lugar de producir una película que permita conservar la plasticidad de la epidermis, la endurece “acribillándose” con queratina. La piel se vuelve entonces rígida, dura, áspera y ruda al tacto.

La sexualidad en la pubertad entraña la reactivación de la conflictiva edípica y es el momento en que, al mismo tiempo, se produce una distancia en el contacto corporal entre padre e hijos, un pudor mutuo que surge como defensa ante el incremento de los impulsos incestuosos inconscientes (Laborde, 1974). Esta distancia, en el joven acneico, aumentaría la frustración ya existente desde su temprana infancia y exacerbaría al mismo tiempo, su deseo de un contacto afectivo del que es carente. Frente a quién colmara esta necesidad de caricias se encontraría ante una situación imposible de resolver; si lo tiene lejos, lo vive como frío y abandonante y si se le acerca, mostrando interés, le despierta horror.

El objeto sexual actual no sólo arranca al joven del vínculo endogámico regresivo, que implica una satisfacción pregenital incestuosa, sino que muestra como posible una relación genital con un objeto que se siente prohibido, porque recibe todavía – por transferencia – una carga incestuosa.

Laborde (1974) se refiere a la relación del acné con fantasías sexuales de carácter infantil, perversas⁸ y masturbatorias; señala la satisfacción de este tipo de pacientes en el “andarse siempre tocando” la cara y sacarse los barritos o apretarse los granos, en el intento de descargar aquellos impulsos que quedan retenidos⁹. Nos parece también que con el uso de jabones, cremas y lociones especiales intentarían proporcionarse a sí mismos las caricias que hubieran deseado recibir en su cara: la suavidad de la mano y el beso en las mejillas, el pellizco amoroso allí o en el mentón, el roce mejilla a mejilla en un momento de encuentro íntimo o de necesidad de sosiego.

En relación a las lesiones, pensamos que los barritos o puntos negros¹⁰, cuya pigmentación está determinada por la presencia de melanina¹¹, revelarían precisamente en la cara, región que suele quedar al descubierto, la excitación sexual que “acribilla” al joven acneico.

Por constituir una reacción inflamatoria y por su etimología – punta, erupción, exacerbación- el acné mostraría un proceso defensivo contra un impulso sexual “inflamado”, “exacerbado”, “volcánico”¹². Un paciente acneico refiriéndose a su

⁸ En su trabajo sobre el acné, Laborde (1974) estudiando uno de los derivados de grano, “granuja”, “pilluelo”, “bribón”, “pícaro”, observa que en la literatura aparecen estos términos referidos a jóvenes pillos, “conocedores de lo sexual”, testigos de la escena primaria, del coito promiscuo y agentes promotores de rameres, pero que casi nunca ejercen la sexualidad y viven socialmente segregados.

⁹ Freud, a raíz de un paciente que gozaba extrayéndose sus espinillas, interpreta este acto como sustitución del onanismo y como cumplimiento de una fantasía punitiva de castración, representada por el agujero que simboliza el genital femenino (Laborde, 1974)

¹⁰ Los cosmetólogos describen la apariencia de suciedad de la piel acneica y la manía de estos pacientes de lavarse continuamente la cara. Llamam a los barritos “impurezas” y recomiendan una “limpieza” de cutis para su eliminación. Encontramos también en esta enfermedad contenidos anales. (Pichón Riviére, 1948), que aludirían a una sexualidad vivida como “sucia” a “impura”.

¹¹ La sexualidad excita el sistema melanocito-estimulante y en condiciones normales se observa hiperpigmentación en las zonas vinculadas con el ejercicio de la sexualidad (Real Academia Española, 1970)

¹² Las erupciones aparecen en la piel o en la superficie de la tierra: volcanes. (Real Acad. Española, 1970)

temperamento expresa esto mismo diciendo: “Tranquilo por fuera y un volcán por dentro”. Las pústulas representarían dicha sexualidad que, acumulada, “se pudre”.

Para Laborde las cicatrices parecen estar vinculadas con la dificultad del adolescente para duelar y resignificar los deseos de caricias y de unión con los padres, duelo que, al quedar impedido, le “cuesta un pedazo de piel”. Agrega que aludirían también al quedar “marcado” por los sentimientos de culpa resultante de sus impulsos incestuosos.

Dada la morfología vesicular de la glándula de secreción que se enquistaba formando “granos”, el acné podría considerarse como un caso particular de la fantasía general ampollar (Chiozza, Grus, Dayen, 1985). Al retener el sebo, el acnéico expresaría la necesidad de “depositar” sus deseos de belleza y de contacto piel a piel¹³ en espera de que las condiciones de relación con el objeto se tornen más favorables.

Estas “ganas” que se acumulan sin poder materializarse, “hinchán” la glándula e “inflaman” la piel. Frente a la difícil moratoria que impone la pubertad (por la asincronía entre madurez biológica y psicosocial) y a la dificultad para discernir entre los deseos incestuosos de caricias y aquellos que no lo son, el joven acnéico expresa con su “depósito sebáceo” una perturbación en su capacidad de esperar, moderar y contener los impulsos, que le impide entonces lograr una descarga adecuada.

Finalmente y a modo de síntesis, las autoras citadas piensan que en esta afección se pueden comprender significados que aluden a conflictos con los deseos sexuales que caracterizan el período pubertad – adolescencia; a la modalidad de retención y enquistamiento que indica una dificultad en la capacidad de esperar, contener y moderar dichos impulsos; a la lucha contra el deseo de atraer y embellecerse, así como también al intento de protegerse, poniendo la piel áspera y dura, del contacto con un objeto amoroso cuyas caricias teme y desea.

¹³ Dado que la cara, el pecho y la espalda del bebé entran en contacto íntimo con el pecho materno durante la mamada, es posible pensar que estas partes del cuerpo se arroguen la representación del contacto piel a piel con el objeto.

Nosotros pensamos que además de las tradicionales fantasías masturbatorias halladas en el tratamiento de sus granos que ejecuta el adolescente, tenemos que enfatizar que la adolescencia es una etapa vital donde las caricias suelen faltar: no encuentran las de los padres, que las evitan ante los cambios corporales abruptos y que inician reviviscencias edípicas y todavía no está presente la pareja que suple este vacío.

Desde nuestro enfoque psicoterapéutico pensamos que es indispensable una intervención eficaz en la adolescencia, tomando en cuenta que actualmente es la única franja de edad con aumento de la mortalidad, y que los trastornos menos graves como el acné o los de mayor importancia por el compromiso vital como la anorexia y la bulimia, son el germen de patologías adultas, que pueden prevenirse con un abordaje integral médico y psicológico.

BIBLIOGRAFIA

- Bion, W. R.* (1975) *Aprendiendo de la experiencia.* Ed. Paidós. Bs. As. 1975
- Braier, L.* (1968) *Diccionario enciclopédico de Ciencias Médicas.* Ed. P Pan., 1968
- Chiozza, L.* (1963) *Psicoanálisis de los Trastornos Hepáticos.* Ed. de CIMP. Biblioteca de C.C.M.W. Bs.As 1984.
- Chiozza, L.* (1969) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos.* CIMP. Bs. As. 1984
- Chiozza, L.* (1980) *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar.* Ed. Paidós. Bs. As. 1980
- Chiozza, L.* (1982) *Psicoanálisis Presente y Futuro. Cap.1, Convivencia y Trascendencia en el tratamiento Analítico.* Paidós. Bs.As.
- Chiozza, L.* (1986) *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo.* Alianza Ed. Bs. As. 1986
- Chiozza, L.* (1991) *Los afectos ocultos en...* Alianza Ed. Bs. As. 1991
- Chiozza, L.* (1993) *Los sentimientos ocultos en...* Alianza Ed. Bs. As. 1993
- Chiozza, L. y col.* (1981) *¿Azar o acción terapéutica? Evolución de un paciente con melanomas malignos. III Encuentro Argentino – Brasileño y I Encuentro Latinoamericano.*
- Chiozza, L.; Grus, R. y Dayen, E.* (1981) "Esquema para una interpretación psicoanalítica de las ampollas". CIMP.
- Chiozza, L. y col.* (1968) "Una idea de la lágrima" en *Un estudio del hombre que padece.* Ed. CIMP-Kargieman Bs. As. 1970
- Ey, Henry y col.* (1975) *Tratado de psiquiatría.* Ed. Toray Mason. Barcelona. 7^a. Edición. 1975
- Fenichel, O.* (1966) *Teoría psicoanalítica de las neurosis* Ed. Paidós. Bs. As. 1966
- Freud, S.* (1968) *Introducción al psicoanálisis.* Ed. Biblioteca Nueva, 1968
- Grinberg, L.* (1972) *Introducción a las ideas de Bion.* Ed. Nueva Visión. Bs. As. 1972
- Groddeck, G.* (1923) *El libro del Ello: Taurus* Ed. Madrid. 1981
- Grus, L. y Lanfri, E.* (1991) *Simposio de FEPSEO. 3as. Jornadas científicas del CCMW, Bs. As.*
- Jones, E.* (1972) *La pesadilla.* Ed. Paidós. Bs. As. 1972

- Kaplan, L.* (1991) *Adolescencia el adiós a la infancia*. Editorial Paidós.
- Knobel, M. y Aberastury, A.* (1971) *La adolescencia normal*. Paidós. Bs. As.
- Laborde, V.* (1974) "El acné. Aproximación al conocimiento de su fantasía específica". VI Simposio CIMP.
- Pichón Riviére, E.* (1948) "Aspectos psicósomáticos de la Dermatología", *Del Psicoanálisis a la Psicología Social*. T.I. Edit. Galerna Bs. As. 1971
- Pichón Riviére, E.* (1971) *Del psicoanálisis a la psicología social*. Tomo I. Ed. Galerna, 1971
- Real Academia Española* (1970) *Diccionario de la lengua Española*. Real Academia Española. 1970
- Robbins, S.* (1974) *Patología Estructural y Funcional*. Ed. Interamericana, México, 1975
- Rosenfeld, D.* (1975) "Trastornos en la piel y el esquema corporal". *Rev. de la Ps.* T. XXXII Nro.2, 1975
- Rosmaryn, Ada D. de* (1976) *La enfermedad somática en el análisis de niños*. Eidón N° 6. *Rev. del CIMP*. Paidós. Bs. As.
- Rosmaryn, Ada D. de* (1980) *Percepción del niño de las fantasías específicas implícitas en las enfermedades orgánicas de los padres*. Eidón N° 12 *Rev. del CIMP*. Paidós. Bs. As.
- Salvat* (1972) *Enciclopedia Salvat Diccionario*. Salvat. Barcelona, 1972
- Spagnuolo, Ana M.* (1989) *Algunos contenidos inconscientes en la relación madre – hijo*. Cuaderno de apuntes psicoanalíticos. Circulación interna de EPSI. Bs. As. 1989
- Viglioglia, P. y Rubin, J.* (1972) *Cosmiatría. Fundamentos científicos y Técnicos* E.C. Bs. As. 1979
- Weizaecker, V.* (1950) *Casos y problemas clínicos*. Ed. Pubul. Barcelona. España.
- Zukerfeld, R.* (1992) *Acto Bulímico, Cuerpo y Tercera Tópica*. Editorial Bergara.