



## **TODO MI PENSAMIENTO ESTÁ EN MI CUERPO**

Julia Moreno Osuna Capocasa

Cintia Romina Capocasa

Miguel Angel Soriano Lechuga

[Krpd1em@yahoo.es](mailto:Krpd1em@yahoo.es)

Dolor, angustia, impotencia, subjetividad.

## **RESUMEN**

Mujer de 50 años, atendida interdisciplinariamente en un dispositivo de hospitalización durante un periodo de 6 meses. El ingreso fue voluntario y programado, motivado por un incapacitante cuadro de angustia y miedo generalizado, vinculante a sintomatología física que le acompañaba desde hacía unos cinco años y que había ido creciendo en intensidad y complicaciones cada vez mayores en las esferas laboral, social, familiar y personal: cefalea holocraneal, hiporexia, estreñimiento, insomnio, mialgias generalizadas, lumbalgias e hipersensibilidades, siendo los ojos uno de los principales focos del malestar físico.

Se descartaron enfermedades orgánicas a la base del cuadro. Se realizó el diagnóstico diferencial oportuno, que se detallará en la exposición del caso. Además del tratamiento farmacológico, se realizaron 3 sesiones semanales de psicoterapia durante todo el periodo de ingreso. En la discusión del caso, se tratará de reflexionar sobre el que nos parece un aspecto fundamental del dolor físico, más allá de los efectos eficaces del fármaco o de la posible lesión en el organismo: la forma en la que la subjetividad opera sobre su padecimiento y manejo por parte de los pacientes.

## **INTRODUCCIÓN**

Se trata de una paciente de 50 años, mujer, atendida interdisciplinariamente en un dispositivo de hospitalización privado durante un periodo de 6 meses. El ingreso fue voluntario y programado, aunque la demanda se planteaba con tono de urgencia.

# TODO MI PENSAMIENTO ESTÁ EN MI CUERPO

## BREVE HISTORIA CLÍNICA

### Motivo de consulta

El ingreso viene motivado por un incapacitante cuadro de angustia y miedo generalizado (a la vida), que vincula a la sintomatología física que le acompaña desde hace años: cefalea holocraneal, hiporexia, estreñimiento, insomnio, mialgias generalizadas, lumbalgias e hipersensibilidades. La paciente expone que el inicio de todos estos síntomas comienza hace 5 años, con una complicación cada vez mayor que le produce serias dificultades en las esferas laboral, social, familiar y personal.

### Antecedentes personales

- SOCIALES: Tercera de 4 hermanos. Casada desde hace 19 años, en proceso de separación (tras 33 años de relación). Un hijo de 20 años. Profesión sanitaria (vocacional). Personalidad extrovertida y sociable, con potenciación del rol de cuidadora de otros en gran parte de su vida, lo que contrasta con aislamiento social de los últimos años. Incapacidad absoluta temporal desde hace dos años, con derecho a prórroga de otros dos. Buen apoyo familiar. Ayuda en domicilio por parte de una trabajadora interna.
- SOMÁTICOS: Ningún antecedente médico relevante hasta hace cinco años, cuando comienzan a aparecer síntomas de carácter psicosomático, atendida por diversos especialistas médicos que realizan un completo despistaje orgánico. Informes con múltiples diagnósticos: colon irritable, alteraciones en la piel, intolerancias. Hace dos años y medio tiene una intervención quirúrgica de ambos ojos por diagnóstico de cataratas, de la cual refiere mal resultado: queratitis y enfermedad del ojo seco severo evaporativo, que le produce mareos, diplopía y una limitación funcional importante.
- SALUD MENTAL: Primera consulta con psiquiatra hace cuatro años por lo anteriormente expuesto, quien sigue siendo su referente. Varios ingresos en unidad de hospitalización de psiquiatría. Diversas consultas con psicólogos a lo largo de los últimos 2 años.

### Antecedentes familiares

- Depresión en padre (aplicación de TEC).
- Ambos progenitores fallecidos: padre hace 5 años y madre hace 17 años.
- Un hermano fallecido por hemorragia cerebral con 38 años.
- Una hermana con diagnóstico de demencia prefrontal.
- Antecedentes oncológicos en familiares de primer y segundo grado.

## TODO MI PENSAMIENTO ESTÁ EN MI CUERPO

### Enfermedad actual

Los síntomas descritos en la introducción se intensificaron especialmente tras el problema de visión, "salieron todos los miedos que tenía desde pequeña". Es ahí cuando su pareja (con quien mantenía un vínculo desde la adolescencia -"siempre una relación de amor-odio; sabíamos que no funcionaba pero no podíamos separarnos"-) le anuncia que está con otra persona. Se suceden los ingresos de la paciente, en los que él da mensajes ambivalentes, con retiradas y cuidados intercalados; hace tres meses, le dice que no quiere estar con ella definitivamente.

Toda su vida como "la solucionadora de problemas" (graves) de los otros, y ahora "es como si me negara a salir de este cuerpo enfermo". Bloqueo generalizado que le impide incluso llorar.

Tiene una parálisis facial durante el ingreso que le asusta mucho; se realiza interconsulta a especialistas, pero nada orgánico está a la base. Aunque con gran rechazo al principio, van apareciendo eventos relacionados (básicamente, conversaciones telefónicas con su marido en las que él "me trata de forma déspota"). "No es solo la cara, todo el cuerpo me está diciendo que pare desde hace cuatro años". Ahondamos en todo lo que está en juego y en lo que "no quiero ver", llora en consulta. Llega a localizar al inicio de los síntomas en el cuerpo la muerte del padre ("pilar fundamental, mi último eslabón... Me daba la seguridad de que no me iba a pasar nada"), y sorprendiéndose a sí misma al escucharse decir que quería que su pareja le sustituyera en esta vivencia de seguridad. La parálisis desaparece progresivamente.

Aunque hay ciertos pasos hacia atrás, consigue desubicarse de la posición fija de "objeto al que le pasan cosas" y empieza a tomar ciertas decisiones sobre la compleja situación que le espera al alta. Si bien la negación de la influencia psíquica en sus síntomas fue algo difícil de movilizar, en cierto punto llega a expresar el haberse darse cuenta de que "todo mi pensamiento está en mi cuerpo".

## TODO MI PENSAMIENTO ESTÁ EN MI CUERPO

### Exploración física

Se realiza exploración neurológica con parámetros dentro de la normalidad, a excepción de parálisis facial autolimitada, sin correlación orgánica. Pares craneales conservados sin alteraciones. Se aprecia síndrome de ojo seco con queratitis de larga evolución.

Exploración abdominal: sin puntos dolorosos, abdomen blando, no masas ni megalias en cuadrantes. Ruidos hidroaéreos conservados. Sin globo vesical.

Exploración cardio-torácica: murmullo vesicular conservado, no ruidos patológicos respiratorios. No arritmias ni soplos. Tensión arterial y frecuencia cardíaca dentro de parámetros normales.

Exploración miembros inferiores, superiores y cutáneos: sin alteraciones, salvo despigmentaciones inespecíficas a nivel del tronco superior.

### Exploración funciones psíquicas

Consciente y orientada. Colaboradora y abordable. Aspecto cuidado. Atención conservada. Ansiedad flotante generalizada. Hipotimia subjetiva. Discurso espontáneo sin alteraciones del curso o del contenido, aunque con bloqueos a nivel emocional. No alteraciones sensorio-perceptivas ni otras de la esfera psicótica. Lenguaje adecuado en tasa y tono. No ideación autolítica estructurada, sí ideas pasivas de muerte. No heteroagresividad. Alteraciones de la marcha de probable origen funcional. Insomnio global de larga duración. Hiporexia. Juicio de realidad conservado.

## INFORME DEL LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

**Analítica sanguínea**: bioquímica, hemograma y gasometría venosa sin alteraciones. Perfil tiroideo dentro de parámetros de la normalidad.

**Analítica de orina**: sedimento urinario anodino, no nitritos ni signos de infección urinaria. Negativo para tóxicos.

**TAC cráneo sin contraste**: no se aprecia alteración a nivel de sustancia blanca, no se observa efecto masa ni desplazamiento de la línea media. Surcos conservados, sin signos de atrofia cerebral. No se objetivan lesiones micro-infarto ni isquémico-degenerativas. No alteraciones a nivel de cerebelo.

**Electrocardiograma (ECG)**: ritmo sinusal, sin alteraciones en la repolarización, frecuencia normal, no alargamiento QT.

## TODO MI PENSAMIENTO ESTÁ EN MI CUERPO

### Diagnósticos diferenciales

Según los criterios diagnósticos de la clasificación DSM-IV-TR, se tuvieron en cuenta los siguientes diagnósticos diferenciales:

- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)
- F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia (300.21)
- F34.1 Trastorno distímico (300.4)
- F44.7 Trastorno de conversión (300.11) de presentación mixta.

### DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Finalmente se consideró que los diagnósticos prioritarios eran los siguientes:

#### **F44.7 Trastorno de conversión (300.11) de presentación mixta**

**A.** Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.

**B.** Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.

**C.** El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).

**D.** Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.

**E.** El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.

**F.** El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

- Código basado en el tipo de síntoma o déficit: *7. De presentación mixta.*

## TODO MI PENSAMIENTO ESTÁ EN MI CUERPO

### F 41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)

**A.** Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

**B.** Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

**C.** La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia

2. fatigabilidad fácil

3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

4. irritabilidad

5. tensión muscular

6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

**D.** El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

**E.** La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**F.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

## **TODO MI PENSAMIENTO ESTÁ EN MI CUERPO**

### **TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS**

Se realizaron 2-3 sesiones semanales de psicoterapia de orientación psicodinámica durante los 6 meses de ingreso, a lo largo de las cuales se pudieron ubicar pérdidas vivenciadas como traumáticas y miedos intrínsecos de gran impacto emocional para la paciente, que se sitúan como detonantes del cambio a lo largo de los últimos años de su funcionamiento global: mujer luchadora e identificada al lugar de "poder con todo", que acaba derivando en una dependencia muy fuerte de sus otros cercanos y el sentimiento de minusvaloración absoluta de sus cualidades y capacidades.

Tratamiento psicofarmacológico:

- Paroxetina 30mg: 1-0-0.
- Bromazepam 3mg 1-1-1
- Trazodona 100 mg 0-0-1
- Lormetazepam 2mg si insomnio.

### **EVOLUCIÓN**

La evolución psicológica fue oscilante, si bien podemos hablar de un aprovechamiento importante del tratamiento, en términos de un inicio de subjetivación del doloroso malestar corporal y, por tanto, un no rechazo tan absoluto a su acontecer del cuerpo, que comienza a dejar de ser algo vivido como totalmente ajeno a su persona. En las semanas cercanas al alta, se produce una reagudización de la sintomatología física en relación a la intensa angustia con marcado componente somático ante la vuelta a su domicilio (por las circunstancias vinculares asociadas). Si bien el alta (pospuesta en varias ocasiones) se efectúa con pleno consentimiento de la paciente por la necesidad de resolver cuestiones personales importantes.

Se recomienda encarecidamente un seguimiento psicológico continuado, así como la continuación de sus revisiones periódicas por parte de su psiquiatra. En la medida de lo posible, elucidar la elección de alguna actividad al margen de las consideradas necesarias, esto es, algo más vinculado a la elección propia y que ayude a su reconexión social (ella plantea posibilidad de voluntariado).

## TODO MI PENSAMIENTO ESTÁ EN MI CUERPO

### ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

Uno de los elementos más significativos para comprender las relaciones mente-cuerpo es el dolor, con localización en el cuerpo pero con conexión directa a la subjetividad del doliente. Puede tener bases lesionales indiscutibles (traumatismos, lesiones neurológicas, etc...), pero eso no impide que al volverse insoportable, sea el origen de una desorganización del aparato psíquico del enfermo, aumentando las dificultades en curso. Por otro lado, hay ocasiones en las que el dolor no tiene esa base física, sino que se encuentra dentro del campo de la conversión, constituyendo entonces un objeto de investidura afectiva al que el sujeto se aferra (como sustituto del objeto perdido en ciertas ocasiones). Entre estos dos extremos se sitúan un gran número de manifestaciones dolorosas. Algo importante a este respecto es no hacer una división entre "verdadero" o "falso" según tenga una causa física o psíquica, pues se contribuye con esto a la concepción dualista del ser humano, y además así se pierde de vista que todo dolor es real. La psicoterapia estaría ligada al análisis de los conflictos que han producido a lo largo del tiempo. En concreto, si en la relación transferencial el dolor puede convertirse en síntoma, siendo esto lo más particular de un sujeto, iremos en la buena dirección: hacia la dialectización del sufrimiento.

Sigmund Freud inicia toda una subversión con su teoría al hacer énfasis en el riesgo que se corre al renunciar al poder de la palabra, pues no todo puede ser explicado por la biología. Y también marcó una diferencia fundamental en el trato a determinadas pacientes, al dejar de considerar que fingían de manera intencional, con la introducción del inconsciente como trasfondo del acontecer psíquico.

Nos parece terrible seguir escuchando en lugares de práctica clínica en la actualidad la descalificación a este tipo de pacientes, y creemos que es responsabilidad de los profesionales cuestionarse sobre el tipo de reacciones que les producen para no actuarlas directamente; del mismo modo, tener presente que un sujeto puede tener una enfermedad sin sufrir, pero también sufrir de algo que no es en sí mismo una enfermedad. Ningún profesional de la medicina ni de la salud mental está al margen de la propia relación que se establece con cada paciente, pero no él como persona (que es la confusión habitual) sino como figura que viene a representar un lugar fundamental en esa relación y ante lo que hay que estar advertidos.

Por último, nos gustaría introducir el trabajo que hace Juan David Nasio (1) en relación a qué se pierde al perder a una persona amada, por lo interesante en relación al caso que presentamos. En "Duelo y Melancolía", Freud expone que "*el doliente sabe a quién ha perdido pero no sabe qué perdió*" (hablamos de ser amado como alguien con quien se ha mantenido un vínculo de apego importante, sea la relación del tipo que sea).

## TODO MI PENSAMIENTO ESTÁ EN MI CUERPO

El Yo funciona como un espejo psíquico compuesto por una miríada de imágenes, cada una de las cuales refleja una parte de nuestro cuerpo o un aspecto de los seres o cosas a las cuales estamos apegados afectivamente. Nasio establece una similitud entre lo que en medicina se conoce como "miembro fantasma" y lo que él llama "fenómeno del amado fantasma", pues si la sobreinvestidura afectiva de la imagen genera dolor, la maximización de este proceso provocará una alucinación del objeto perdido: habría una sobreinvestidura tan desmesurada que la imagen termina por ser eyectada fuera del Yo. De esta forma se refiere a la persona amada como un órgano interno del Yo tan esencial como pueden ser un brazo o una pierna. Nasio también emplea el término fantasma para referirse a la construcción psíquica habitual que media en la relación entre dos personas mediante la que se transforma a la persona viva del amado en un doble interno. El amado es, a la vez: una fantasía construida con su imagen, espejo de nuestras propias imágenes (imaginario), atravesada por la fuerza del deseo (real), la cual tiene un ritmo (simbólico), todo ello en un cuerpo vivo y exterior (también real). De esta forma, expone cómo no sería la ausencia del otro lo que hace sufrir, sino los efectos que provoca en la persona esa ausencia: dolor como reacción a la fractura del fantasma fundamental que nos apegaba a la persona amada. Al perder a quien amamos se pierde con él el objeto de nuestras propias proyecciones imaginarias y el ritmo de nuestro deseo común. El Yo trata de salvar la unidad de un fantasma que se desmorona concentrando toda la energía que dispone en una pequeña parcela de la imagen del otro, la cual se sobresaturará de afecto, intensificándose el dolor. Esto es lo que ocurre en el proceso de duelo, no exclusivamente ante una muerte. Si bien habitualmente la hipertrofia de ese fragmento de imagen disminuye con los meses y consecuentemente el dolor se atenúa poco a poco, también es habitual en la clínica que la persona se aferre a la no desaparición de dicha imagen, de forma que la omnipresencia psíquica del otro que no está se mantiene y se acaba considerando un 'duelo patológico'. En el trabajo terapéutico, se tratará de desinvertir poco a poco la representación saturada del amado perdido, de forma que pueda llegar a ser conciliable con el conjunto de la red de representaciones del yo. Vemos como esta paciente sostenía con su propio cuerpo la relación, a pesar de saber que ya había caído.... Poder trabajar esto dio paso a permitirse una posible separación a un nivel psíquico.

---

(1) Nasio, J.D, 1998.

## TODO MI PENSAMIENTO ESTÁ EN MI CUERPO

“El dolor es como una gran autovía por la que el ser humano se ve obligado a circular en muchas ocasiones aunque el origen del recorrido sea diferente y el destino también. A veces, por diferentes razones, no sabemos salir de esa autovía una vez que entramos, o no salimos por el camino adecuado y volvemos al mismo lugar”. (2)

### BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association, APA. 2002. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado, Massons, Barcelona.
- Castellanos, S. 2009. El dolor y los lenguajes del cuerpo, Grama Ediciones, Buenos Aires.
- Freud, S. 1890. “Del tratamiento psíquico (tratamiento del alma)” en Obras Completas (Vol. I), Biblioteca Nueva, Buenos Aires.
- Freud, S. 1917. “Duelo y Melancolía” en Obras Completas (Vol. XIV), Biblioteca Nueva, Buenos Aires.
- Gómez Estéban, R. 2002. El médico como persona en la relación médico-paciente, Ed. Fundamentos, Madrid.
- Nasio, J.D. 1998. El dolor de amar, Gedisa, Barcelona.

□

---

(2) Castellanos, 2009, p.18