

---

# PSICOANÁLISIS Y SALUD: LAS TRINCHERAS PSICOSOCIALES

Rubén Zukerfeld  
y Raquel Zonis Zukerfeld

“Aún no estoy tan débil como para ceder a las  
imaginaciones del miedo [...] de engañarme  
preferiría el camino de la confianza; no perdería  
más por ello y sufriría menos”

*Marguerite Yourcenar, Memorias de Adriano.*

## **Introducción: el bienestar en la cultura**

El contexto sociocultural actual posee —a nuestro modo de ver— características y potencialidades enfermantes que se manifiestan en dos niveles distintos: a) el macrocontexto de profundización de la desigualdad social asociado a la economía de mercado con sus efectos de desocupación y expulsión social, y b) la apología del eficientismo individualista producto de las condiciones económico-políticas citadas. Existen así definidos efectos sobre una subjetividad propia de la globalización y de lo que Lewkowicz denomina estados técnico-administrativos, en los cuales más que derechos del ciudadano se ha construido un centro jerárquico en los derechos del *consumidor*. Es así que se dan las condiciones de construcción de un sujeto que es principalmente demandante de *servicios* y muy secundariamente protagonista de *procesos*. No es casual entonces que la abundante y variada producción científica del psicoanálisis en los últimos veinte años gire —en gran medida— alrededor de conceptos tales como “nuevas patologías”, “cambios en la demanda de análisis”, “límites

de analizabilidad”, etcétera.

Surgen entonces diferentes hipótesis explicativas acerca de por qué cambiaron los modos de enfermar: a) porque existen profundos cambios culturales y por tanto son diferentes los problemas planteados y sus diversas soluciones psicosomáticas; b) porque en función de la evolución psicosocial se modifica la constitución subjetiva y la representación social de la enfermedad; c) porque también se han modificado los dispositivos de abordaje e investigación y con ello se ha ampliado el campo de observación.

Pero también es útil preguntarse cuáles son los modos en los que un sujeto sostiene su salud en las condiciones socioculturales actuales, hecho que a veces resulta sorprendente en función de las hipótesis patogénicas tradicionales. Es decir qué recursos psicológicos pone en juego espontáneamente que funcionan como objetos protectores de su estado físico y mental, a pesar justamente de aquellas condiciones. En este sentido sería de interés para el psicoanálisis actual poder comprender cuáles son y cómo operan los recursos psicosociales que pueden estar al servicio de cierto *bienestar* en la cultura. Por otra parte, como señala agudamente Fiorini (1993), “el psicoanálisis tiene cierto problema de fábrica: se ha creado más fuerte como psicopatología que como una teoría de la salud” y por lo tanto —agregaríamos nosotros— sus categorías tienden a dar cuenta más de los obstáculos que de las soluciones.

### **Vulnerabilidad somática y salutogénesis**

En otra parte hemos definido la vulnerabilidad no solo como una condición intrapsíquica sino como una noción que incluye necesariamente dimensiones vinculares y ambientales. Fue así que en ella relacionamos a conceptos hoy en día clásicos de la psicosomática como depresión, ansiedad difusa, tendencia a la descarga, pensamiento operatorio, sobreadaptación y alexitimia, con otros como la capacidad de afrontamiento y la interiorización de una red vincular de sostén, y luego los operacionalizamos en una escala (EVS-25) con la intención de elaborar un instrumento útil de contrastación con otros paradigmas científicos. Este instrumento —como todos los de su género— plantea al entrevistado un sistema Likert de respuestas a frases-reactivos, que van desde la respuesta



entendida como “máxima sintomática” a la “máxima asintomática”, que es la que da las puntuaciones para detectar la presencia del constructo que entendemos como “vulnerabilidad”.

La implementación de la escala realizada en grupos con diferentes condiciones de edad, salud, socioeconómicas y culturales nos permitió evaluar distintos niveles de vulnerabilidad y sus asociaciones con distintos factores. En otro trabajo hemos señalado aquellos que con mayor frecuencia se asociaban a la presencia de enfermedad somática y que pueden ser entendidos como *factores de riesgo*. Por otra parte fuimos estudiando cuáles eran las respuestas a las frases de la escala que se daban con mayor frecuencia en las personas *no* sintomáticas y presumiblemente sanas y que por tanto correlacionaban negativamente con la vulnerabilidad somática, porque en ellas se encontraría una base empírica para definir factores psicosociales *protectores* de la salud.

Luego de la evaluación estadística observamos que en un grupo de 330 sujetos<sup>1</sup> sin enfermedad somática significativa, con rango de edades de 18 a 25 años ingresantes a la Universidad de Buenos Aires, existían cinco frases donde las respuestas sintomáticas alcanzaban solo un máximo del 3%. En la tabla 1 puede observarse que para cada frase la suma de las respuestas sintomáticas “siempre-casi siempre” en las frases 4,10 y 25 y “nunca-casi nunca” en las frases 7 y 13 cumplen esa condición. (Ver pág. sigte.)

Como contrapartida se puede afirmar que: a) el 86.1% de sujetos sanos respondían que “nunca o casi nunca carecían de proyectos o ambiciones”; b) el 66.8% de sujetos sanos respondían que “siempre o casi siempre se sentían contentos”; c) el 80.7 % respondían que “nunca o casi nunca frente a las situaciones dolorosas solían enfermarse”; d) el 91.7% respondían que “siempre o casi siempre tenían personas que lo ayudaban si lo necesitaban”; e) el 87 % respondían que “nunca o casi nunca sentían que perdían fácilmente el control de sus actos”.

Entendemos entonces que el contenido conceptual de las frases que más eran respondidas asintomáticamente por sujetos sanos físicamente, permitía inferir que la ausencia de patología somática en ellos estuviera vinculada con aquellos contenidos que interpretamos entonces como probables *factores protectores psicosociales de la salud*.

TABLA 1.  
 FRECUENCIA DE RESPUESTAS  
 EN POBLACIÓN JOVEN UNIVERSITARIA ASINTOMÁTICA (N:330)

Frase*	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
4 "Carezco de proyectos o ambiciones"	1.2	2.1	10.7	19.0	67.1
7. "Me siento contento"	8.9	57.9	31.2	1.5	0.6
10. "Frente a situaciones dolorosas suelo enfermarme"	0.3	1.8	6.3	27.1	64.6
13. "Tengo personas que me ayudan si lo necesito"	58.2	28.8	11.3	1.2	0.6
25. "Siento que pierdo fácilmente el control de mis actos"	0.3	1.5	17.5	37.7	43.0
• Se seleccionaron las cinco de mayor frecuencia de respuestas asintomáticas.					

## Factores protectores y trinchera psicosocial

Veamos entonces qué es lo que expresarían las frases que planteamos como manifestación de factores protectores, teniendo en cuenta que tres de ellas corresponden en la escala de vulnerabilidad somática al factor que fue definido como “déficit vincular y de autoestima” (frases 4, 7 y 13).

### a) “Tengo proyectos”

La ausencia de *proyecto vital* suele ser propia de una modalidad depresiva pero además va paralela a la falta de posibilidades que la sociedad brinda. En ese sentido entendemos que estamos en un contexto sociocultural que no contiene, que expulsa, donde no hay posibilidad de anticipar imaginariamente un espacio exterior porque cambian reglas que inclusive son desconocidas. Green sostiene que en situaciones donde prima el desengaño y la ausencia, la lógica que impera es la lógica de la desesperanza, que es una lógica diferente respecto del conflicto, el deseo y la prohibición. En cambio la lógica de la *esperanza* implicaría la presencia de un objeto-sociedad contenedor que daría la noción de continuidad y temporalidad que posibilita la organización de proyectos. De todos modos es importante diferenciar proyecto de fantasía, ya que aunque la posibilidad de fantasear revele que la capacidad funcional del preconscious (ligadura) está preservada, el proyecto implica la inclusión de la realidad externa como instancia organizadora para desarrollar acciones transformadoras. En ese sentido el proyecto actuaría como un objeto reparador, porque se asociaría a la esperanza de un bienestar posible y constituiría un factor protector de la salud.

### b) “Me siento contento”

En este tipo de factor es fundamental tener en cuenta tanto los rasgos caracterológicos como los procesos de evaluación que el sujeto hace de las situaciones. El primer aspecto se debe pensar en términos de autoestima conservada que permite el mantenimiento del *buen humor*. Este estado de ánimo incluye la capacidad de reír y reírse de sí mismo y ha sido estudiado inclusive en sus beneficiosos efectos fisiológicos. El segundo aspecto incluido en el “sentirse contento” implica lo que Lazarus llama evaluaciones benigno-positivas de los acontecimientos. En este sentido la actitud optimista es un tema clásico de la salud mental y hoy en día se ha

estudiado su vinculación con el sistema inmunitario. El sujeto contento o de buen humor expresa una relación de cierto acuerdo intersistémico entre el ideal del Yo y el Yo que ha sido un indicador terapéutico para la corriente psicoanalítica que puso el énfasis en la disminución de la culpa persecutoria y del sadismo del superYo. En general el sentirse satisfecho con lo que se hace y la capacidad de disfrutar de situaciones vitales variadas, suele asociarse a un estilo de vida saludable.

c) “*Frente a situaciones dolorosas no suelo enfermarme*”

Este factor protector se define como tal pues se presupone que el sujeto responde mentalmente y en su conducta a los stressores que han sido percibidos como generadores de sufrimiento. En principio, esto implica que la situación además ha sido investida adquiriendo así *nivel representacional* y que se han desarrollado procesos de *afrontamiento* medianamente exitosos. Estos procesos se pueden dirigir hacia las respuestas emocionales —es decir hacia la manera de vivir la situación— reduciendo la sensación de amenaza y desvalimiento, con actitudes de evitación, supresión, minimización o transformación del defecto en virtud. También pueden dirigirse hacia el problema en sí desarrollando estrategias para resolverlo que, por lo general, implican evaluar la situación más bien como desafiante que como amenazadora. En todos los casos el dolor psíquico es acusado como tal y desarrolla evoluciones variables con todo tipo de respuestas que implican distintos niveles de angustia. Para entender este factor conviene recordar que el “enfermar” aquí tiene claramente el sentido de enfermedad somática, permitiendo comprender cómo el sujeto saludable diferenciaría —por ejemplo— el duelo normal del duelo patológico, que con asiduidad aparece asociado a manifestaciones orgánicas.

d) “*Tengo personas que me ayudan si lo necesito*”

Consideramos la *percepción subjetiva de sostén* que expresa la frase, como un factor de importancia para la constitución de valores y proyectos, la elaboración de duelos, la regulación de la autoestima y el afrontamiento de situaciones traumáticas. Ya en la década del 80 el estudio de Alameda County (Berkman, Syme, 1979) demostró que un bajo índice de red social era tan importante factor de riesgo de enfermarse, como el tabaquismo o el colesterol elevado. En nuestros estudios con la escala de Duke (Zukerfeld, Zonis Zukerfeld, 1997-1998) observamos como suje-

tos enfermos y sujetos desocupados percibían menor sostén que los grupos control. Y por otra parte aquellos enfermos que participaban de dispositivos grupales autogestivos recuperaban la percepción de sostén pero no solo por recibir ayuda, sino también por la posibilidad de brindarla. Esto hace pensar en el valor de la *solidaridad* como factor protector de la salud. En ese sentido es útil tener en cuenta la revisión que hace Hugo Bleichmar del instinto de autoconservación cuando señala que “el sujeto no solo tiene una tendencia a la autoconservación, sino a la conservación del otro (heteroconservación), al cuidado del otro, a la protección de la vida del otro”. Además la existencia de un objeto interno protector y la función maternizante posibilitará la búsqueda de objetos externos sostenedores y acciones de autocuidado que favorecen el enfrentamiento de situaciones traumáticas.

e) “*No pierdo fácilmente el control de mis actos*”

Por lo general los episodios de desborde emocional alteran mecanismos neurovegetativos y no implican verdaderas transformaciones de la realidad. Existe cierto nivel de descarga que en toda la tradición psicosomática fue considerada como protectora, pero que siempre se la evalúa así en la medida que se produzca bajo condiciones de seguridad para el sujeto (“descontrol controlado”). Por otra parte la cualidad de la emoción en juego también es importante ya que no es igual el llanto descontrolado, que el insulto violento como expresión por ejemplo de la ira. En términos generales impresiona como protector para el sujeto tener la *sensación de control* de las situaciones, aun siendo éstas desagradables u hostiles. La idea de dominio del cuerpo —en especial de la musculatura— suele tener un particular valor regulador que se subjetiviza como saludable. En términos metapsicológicos la existencia de un Yo que desarrolla acciones aprobadas por su Ideal es correlativa a la existencia de objetos protectores e inversa a la de un Yo que percibe actos escindidos, es decir fuera de control. El descontrol en determinados contextos es asociado a destructividad y en otros contextos a expresión de libertad, pero en definitiva su valor para la percepción subjetiva de salud estaría dado más bien por su ubicación dentro del principio del placer-realidad diferenciada de lo que implica como manifestación más allá del principio del placer. De todos modos, existen controversias acerca de la función protectora del *control* frente al suceso traumático donde hay que diferenciar la eficacia de la respuesta en sí, de la de su eventual secuela ulterior: así es que la

calma inicial puede ser la mejor respuesta del aparato psíquico o el preludio de tormentas posteriores. Pero donde claramente se percibe la valoración de salud para el autocontrol es justamente en las patologías del acto: todo adicto percibe una elevación de su autoestima proporcional al grado de control que logra sobre su impulso.

En base a los resultados obtenidos definimos como “trinchera psicosocial” *al conjunto de modos de pensar, actitudes y comportamientos que construye un sujeto, en base a la existencia de proyectos personales, buen humor, enfrentamiento adecuado de situaciones, solidaridad y autocontrol, que lo protege de enfermar y/o de agravar enfermedades o tendencias preexistentes*. Obsérvese que varias de estas actitudes corresponden a lo que el saber popular atribuye como saludable o protector (“al mal tiempo, buena cara”, “tener algo por lo que vivir”, “hablar con un buen amigo”, “bajar las vueltas”). Por otra parte la metáfora alude a una posición subjetiva que socialmente puede correlacionarse con lo que E. Pavlosky denomina micropolíticas de resistencia y que entendemos psicológicamente como de “defensa activa”. Esto significa —como expresa el modelo bélico de trinchera— una modalidad de defensa y de lucha donde esta última se manifiesta en acciones que procuran realizar cambios. Además esta noción implica que los factores protectores de la salud se reconstruyen permanentemente, requiriendo protagonismo del sujeto en detectar la singularidad de su padecimiento sin perder de vista el origen global del mismo, como sucede por ejemplo en el problema de la desocupación. Por otro lado obsérvese que el modelo de “trinchera” es distinto y opuesto al de “bunker” o a todo lo que represente defensa por acorazamiento o aislamiento porque lleva implícito la noción de agrupamiento e intercambio entre sujetos en condiciones similares. De allí que toda concepción que ponga énfasis en la perspectiva vincular implica la condición de posibilidad para el desarrollo de factores protectores de la salud.

## Conclusiones

Creemos que el estudio de las *trincheras psicosociales* y sus cinco factores protectores constitutivos, puede ser útil tanto para el desarrollo de abordajes terapéuticos en las patologías actuales, como para el diseño de políticas de salud y cambio social. En relación al primer aspecto pensamos que para los terapeutas se imponen esfuerzos creativos para desarrollar estos elementos protectores. Green sostiene que el analista completa-

rá lo que le falta al paciente respetando una medida que denomina “distancia útil y diferencia eficaz” en la formulación de un sentido ausente. Es así que el vínculo terapéutico —además de la reedición de relaciones objetales primitivas— también implica la construcción de una relación de objeto y de un sentido nuevo. Esta nueva experiencia —en la cual el terapeuta realiza intervenciones y se ofrece como modelo de identificación— permite la creación o el fortalecimiento de factores protectores de la salud. Se plantean aquí distintos problemas que tienen que ver con la convicción y el desarrollo de esos mismos factores en los terapeutas involucrados y especialmente que posición se adopta frente al psicoanálisis como método terapéutico atravesado por la interdisciplina.

El segundo aspecto significa tener en cuenta el séptimo postulado de Gregorio Baremlitt para pensar una estrategia de supervivencia en las condiciones actuales, que jerarquiza “las fuerzas inventivas y vitales de las redes sociales”. Esta noción es importante desde el momento que Robert Castel entiende que estar protegido en el Tercer Mundo, depende más bien de “las redes informales más o menos espontáneas que suplen la ausencia o las carencias de los servicios públicos”. Estas redes —como señala C. Slutzky— en la medida que sean estables sensibles, activas y confiables” son *salutogénicas*, es decir protegen a la persona de las enfermedades, aceleran los procesos de curación y aumentan la sobrevivencia”.

Podemos entonces decir que la construcción de lo que llamamos *trinchera psicosocial* puede darse con un terapeuta de actitud optimista que ayude a desarrollar proyectos, proponga descargas adecuadas y construya nuevos sentidos. Pero también con un terapeuta que jerarquice el valor de la solidaridad y adquiera inclusive cierto liderazgo en la reconstrucción de redes sociales y en el aprovechamiento de los recursos propios de la comunidad. De este modo se incrementará la esperanza de bienestar y el camino de la confianza —a diferencia del Adriano de Yourcenar— disminuirá el sufrimiento sin necesidad de engaño alguno.

### Bibliografía

- Baremlitt, G. F., Diez postulados para pensar una estrategia de supervivencia a nivel de las redes sociales. En Dabas, E.; Najmanovich, D. *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Paidós, Buenos Aires, 1995
- Berkman L.F. & Syme, S. L., *Social networks, host resistance and mortality. A nine-year follow-up study of Alameda County residents*. Am. J. Epidemiol. 109 (2) 186–204,



1979.

- Bleichmar, H., "Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular-transformacional." *Aperturas Psicoanalíticas*, 1,1 [www.aperturas.org](http://www.aperturas.org). Internet, abril 1999.
- Castel, R., "¿Qué significa estar protegido?" En Dabas, E.; Najmanovich, D. *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Paidós, Buenos Aires, 1995.
- Fiorini, H., *El Psiquismo Creador*. Paidós, Buenos Aires, 1995.
- Green, A., *De locuras privadas*. Amorrortu, Buenos Aires, 1990.
- Lazarus, R. & Folkman, S. *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca, Barcelona, 1986.
- Lewkowicz, I. *Subjetividad controlada*. Asociación Argentina de Psicoterapia de Grupo. Comunicación personal, 1999.
- McDougall, J. *Alegato por una cierta anormalidad*. Ediciones Petrel, Barcelona, 1982.
- Pavlosky, E. "Pensar en escenas". En Dabas, E.; Najmanovich, D. *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Paidós, Buenos Aires, 1995.
- Sluzki, C., "De cómo la Red Social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta la Red Social". En Dabas, E.; Najmanovich, D. *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Paidós, Buenos Aires, 1995.
- Yourcenar, M. *Memorias de Adriano*. Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1987.
- Zukerfeld, R., "Realidad psíquica y social: psicoanálisis de la obediencia". XXXIX Congreso Internacional de Psicoanálisis, IPA, San Francisco, 1995.
- Psicoanálisis Actual, Tercera Tópica y Contexto Social, *Mención Especial III Congreso Argentino de Psicoanálisis*, Córdoba, 1998.
- Psicoanálisis actual: Tercera Tópica, Vulnerabilidad y Contexto Social, *Aperturas Psicoanalíticas*, 1, 2, [www.aperturas.org](http://www.aperturas.org). Internet, julio 1999
- Salud mental y enfermedad crónica: dispositivos grupales y autogestión. *Vertex*, Revista Argentina de Psiquiatría, 10 (36) 91-99, 1999
- Zukerfeld, R. Zukerfeld, R. Z., "Vulnerabilidad Somática, Red Vincular y Calidad de Vida". II Diálogo Psicoanalítico Interinstitucional, Buenos Aires, 1997
- Vulnerabilidad Somática, Red Vincular, Calidad de Vida y Psicoanálisis Actual, *Rev. del IPBA*, Nº 5, 119 –155; 1998
- *Psicoanálisis actual: Tercera Tópica y Vulnerabilidad Somática*. Lugar Editorial, 1999 (en prensa).

#### Notas

<sup>1</sup> Agradecemos la base de datos aportada por la Dra. Susana Quiroga y el estudio realizado por el Lic. Roberto Muiños, en el ámbito de la Dirección de Salud y Acción Social de la UBA.

