

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **JENIFFER ALICIA AGUILAR DÁVILA**, con CC. 172182996-6, autora del trabajo de graduación intitulado: "RINITIS ALÉRGICA COMO FENÓMENO PSICOSOMÁTICO Y SU RELACIÓN CON LA HISTORIA DEL SUJETO". Estudio realizado desde la teoría psicoanalítica con mujeres entre 20 y 30 años de la PUCE en la ciudad de Quito en el período julio-septiembre del 2017, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, diciembre 2017

A handwritten signature in blue ink that reads 'Jeniffer Aguilar Dávila'.

JENIFFER ALICIA AGUILAR DÁVILA

CC. 172182996-6



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“RINITIS ALÉRGICA COMO FENÓMENO PSICOSOMÁTICO Y SU
RELACIÓN CON LA HISTORIA DEL SUJETO”**

**ESTUDIO REALIZADO DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA CON
MUJERES ENTRE 20 Y 30 AÑOS DE LA PUCE EN LA CIUDAD DE
QUITO EN EL PERÍODO JULIO- SEPTIEMBRE DEL 2017**

JENIFFER ALICIA AGUILAR DÁVILA

DIRECTORA: PAULINA BARAHONA CRUZ

QUITO, 2017

Tabla de contenidos

Resumen	III
Introducción	4
1. Fenómeno psicósomático, lectura desde la teoría psicoanalítica	6
1.1. Conceptualización del fenómeno psicósomático	6
1.1.1. El fenómeno psicósomático y la noción de sujeto	10
1.2. Elementos relevantes del Síntoma conversivo	12
1.3. Descripción y características de la Hipocondría	18
2. Rinitis alérgica	25
2.1. Definición de rinitis alérgica desde la perspectiva médica	25
2.2. Etiología y comorbilidad de la rinitis alérgica desde la perspectiva médica	29
2.3. Hipótesis de la rinitis alérgica desde la psicósomática con base analítica	32
3. Relación del fenómeno psicósomático con la historia de vida de mujeres diagnosticadas con rinitis alérgica.....	40
3.1. Población	43
3.2. Análisis de resultados	44
3.2.1. Análisis de entrevistas semiestructuradas	44
3.2.2. Análisis de láminas del test de apercepción temática	67
3.3. Discusión	73
Conclusiones	76
Recomendaciones	78
Bibliografía	79

Resumen

Lo psicossomático da cuenta de los acontecimientos que no se han podido simbolizar y se manifiestan como enfermedades en el cuerpo. El objetivo principal de la investigación fue analizar la relación entre la rinitis alérgica como fenómeno psicossomático con la historia del sujeto. Para cumplir con este objetivo se definió el fenómeno psicossomático, el síntoma conversivo y la hipocondría desde una revisión bibliográfica desde el psicoanálisis. Posteriormente, se presentó las diferencias entre estos conceptos.

En un segundo apartado se explica la rinitis alérgica en su etiología, clasificación y comorbilidad dentro del discurso médico, así como, la explicación psicológica que se relacionan con el apareamiento de la enfermedad.

A nivel metodológico, se hizo la presentación de seis casos. Las mujeres entrevistadas tenían entre 20 y 30 años y pertenecían de la Universidad Católica del Ecuador en Quito. La hipótesis de la investigación fue que: la rinitis alérgica como fenómeno psicossomático se relaciona con la retención de lágrimas en la historia del sujeto. Este estudio estuvo enmarcado en la lectura psicossomática con base analítica para sustentar la hipótesis. Dicho enfoque del psicoanálisis está sustentado en autores postfreudianos que ofrecen una comprensión de las enfermedades somáticas como expresiones de sucesos no expresados con la palabra. Los resultados fueron que hubo indicadores de mala relación con los padres o sentimientos de abandono por parte de un progenitor. Lo que influye directamente en su modo de relacionarse con sus pares y con sus parejas, evidenciándose dificultad para expresar afecto.

Introducción

Esta investigación es la rinitis alérgica como fenómeno psicosomático y su relación con la historia de vida del sujeto¹. Se entiende como historia de vida, a los acontecimientos que formaron parte de la biografía de una persona. La psicosomática permite entender una enfermedad desde los síntomas y evolución en relación causal con la biografía del paciente. Facilita una lectura del cuerpo físico y del cuerpo imaginario, es decir, cómo el sujeto percibe su cuerpo, que no se expresan con palabras, sino en el funcionamiento de órganos (Chioza, 2007). En cuanto a la rinitis alérgica (RA), afecta al 30% de la población de población de países desarrollados (Chivato, Colás, & Sánchez, 2012) y de ellos, el 62% son mujeres (Barnica, et al, 2015). Esta enfermedad se produce por factores hereditarios y ambientales. Sin embargo, cuando la respuesta médica no da cuenta de estos factores, es decir, no hay factores genéticos y agentes alérgenos que produzcan la enfermedad; resulta interesante preguntarse a qué corresponde esta afectación.

Los seres humanos son organismos vivientes que tienen una vinculación con varios aspectos de su vida. A nivel individual hay una correlación entre cuerpo y mente (Freud, 1986/2001). El cuerpo es entendido como lo físico, que se puede ver y del cual se encarga la medicina. En cambio, la psique, es la mente, junto con pensamientos, sentimientos y emociones. Asimismo, a nivel grupal, existe una influencia de la sociedad para que el sujeto adquiera una enfermedad específica, es decir en la psique y soma (Rodríguez, 2008). Además, la investigadora no encontró muchos estudios que relacionen la rinitis alérgica con la historia de vida. Los médicos cirujanos, Mayra Canelos e Iván Cárdenas (2015) compararon el nivel de satisfacción entre la medicina convencional y la medicina homeopática de pacientes con rinitis alérgica en consultorios privados de la ciudad de Quito. Los resultados obtenidos indican que hay mayores casos de rinitis alérgica en las edades comprendidas entre 27 y 35 años, con mayor prevalencia en el sexo femenino. Asimismo, hay un 19,3% de frecuencia de

¹ Historia de vida: Sucesos y acontecimientos de la biografía del sujeto donde se relacionó con otros individuos y tiene una carga afectiva y emocional.

efectos secundarios (somnolencia, resequedad de las mucosas) en la medicina homeopática con relación al 58% en la medicina convencional.

Entonces, la pregunta de investigación es: ¿qué relación tiene la rinitis alérgica como fenómeno psicosomático con la historia de vida de las mujeres? Para responder la pregunta, el objetivo general es analizar la relación entre la rinitis alérgica como fenómeno psicosomático con la historia del sujeto. La hipótesis de la disertación es: la rinitis alérgica como fenómeno psicosomático se relaciona con la retención de lágrimas en la historia del sujeto. En este tenor, se conceptualiza el fenómeno psicosomático desde la teoría psicoanalítica postfreudiana en el primer capítulo y se elabora la diferencia con el síntoma conversivo y la hipocondría. En el segundo capítulo se define la rinitis alérgica desde la perspectiva médica. Se explica su etiología y comorbilidad. Luego, se presentan todas las hipótesis que expliquen las causas de esta enfermedad desde la psicosomática con base analítica.

El último capítulo refiere a la parte aplicada de la investigación. Con base a lo teórico se busca relacionar el fenómeno psicosomático con la historia de vida de mujeres diagnosticadas con rinitis alérgica. En este punto, se explica la metodología utilizada así como se presenta el análisis de resultados para finalizar con una discusión de éstos. La metodología es un estudio exploratorio, descriptivo. Lo que significa que se va a indagar sobre la relación de la rinitis alérgica con la biografía de las mujeres entrevistadas, luego se describirá a nivel cualitativo los resultados obtenidos. Para ello, se utilizará como instrumentos la entrevista semiestructurada y el test de apercepción temática. En los resultados obtenidos se encontró sentimientos de abandono y falta de cariño de parte de algún padre de las entrevistadas. Por lo que se pudo concluir que, existe relación entre la RA y la historia de las mujeres como fenómeno psicosomático en cuanto presentan la rinitis alérgica como retención de lágrimas por la percepción de pérdida de cariño por alguna figura parental, lo que repercute en su modo de relacionarse con sus pares y sus parejas. Esta hipótesis se confirmó en todos los casos investigados, sin embargo, también cada caso da cuenta de su singularidad.

1. Fenómeno psicossomático, lectura desde la teoría psicoanalítica

El presente capítulo se abordará el concepto de fenómeno psicossomático desde la teoría psicoanalítica postfreudiana. Alfredo Eidelsztejn, Jorge Ulnik y Juan David Nasio, serán los autores mencionados para acercarse a la definición. Luego, se relacionará el fenómeno psicossomático con la historia del paciente en la noción de sujeto. En noción del sujeto se expone cómo la historia de vida repercute sobre el fenómeno psicossomático. En los siguientes subcapítulos se hablará con mayor detalle sobre el síntoma conversivo y la hipocondría, para establecer diferencias con el fenómeno psicossomático.

1.1. Conceptualización del fenómeno psicossomático

El fenómeno psicossomático pone en evidencia la ruptura entre mente y cuerpo, como un corte en lo real del cuerpo. Aparece como una enfermedad orgánica que respeta las leyes de la biología, sin embargo, no hay saber médico que explique su etiología porque se encuentra relacionado con la biografía del sujeto. Se parece a la pulsión en cuanto tiene en el cuerpo una misma fuente y objeto que genera goce. Pero se diferencia de ella, dado que el fenómeno psicossomático causa una lesión que no había. También, ante una falta de simbolización, el significante marca al cuerpo por la masificación de significantes.

El fenómeno psicossomático no ha sido definido desde Sigmund Freud; sin embargo, el autor hace mención de la influencia de lo psicológico, como emociones, afectos y el discurso del otro sobre las enfermedades médicas. Él afirma que la palabra es capaz de enfermar como de encontrar curación (Freud, 1986/2001). En este tenor, Juan David Nasio (2006) expone que existen dos anatomías, una real y otra psíquica, el soma y la psique, de la cual, lo real es el objeto real, del que se hace cargo la medicina, y la psíquica, que es la percepción interna del sujeto, la imagen psíquica con valor afectivo fantasmático que crea modificaciones en el cuerpo representado.

Asimismo, la medicina hace uso de lo psíquico para dar cuenta de los factores subjetivos que participan de una enfermedad. Jacques Lacan (1966/2002) hace una diferencia entre lo psíquico y el inconsciente freudiano: “Sólo por un abuso del término confunde pues psíquico e inconsciente en este sentido y se clasifica así de psíquico un efecto del inconsciente sobre lo

somático por ejemplo” (pp. 494-495). Por lo que la palabra psicósomática queda restringida bajo ciertas circunstancias que difieran de la conversión histérica o de enfermedades idiopáticas. La definición del síntoma conversivo y la diferencia con el fenómeno psicósomático serán explicadas en el subcapítulo consecutivo.

Jorge Ulnik (2008) atribuye el uso de fenómeno en lo psicósomático a Lacan (1973/1997), dado que no todos los fenómenos psicósomáticos son iguales y se diferencia del síntoma neurótico, en cuanto no posee lenguaje, y se encuentra en el cuerpo físico, pero no es una estructura psíquica aparte. El autor también aclara que la psicósomática psicoanalítica estudia los factores conscientes e inconscientes que actúan sobre la etiología, evolución y tratamiento de enfermedades somáticas con la particularidad de analizar el momento en que se desencadena la enfermedad y el lugar donde se manifiesta en el cuerpo (Ulnik, 2008).

Para Juan David Nasio (2006), los fenómenos psicósomáticos son una masificación del significante² uno (S_1) y el significante dos (S_2) sin represión primordial, es decir, sin Nombre del Padre. No hay un significante externo y se vuelven realidad de órgano. La “holofrase” es un término que Lacan (1955/2009) toma de la lingüística, en el cual se unen dos palabras, en el caso de psicoanálisis dos significantes. Entonces, la holofrase es lo que provoca retornos que se cierran sobre sí mismos y da cuenta de lo imaginario que deja de ser simbólico, perdiendo la propiedad de separar el cuerpo del goce (Fuentes, 2012). De este modo, la libido se localiza sobre una parte del yo, en un órgano específico.

Para ello, Nasio (2006) considera que el fenómeno psicósomático es una formación del “objeto a”³. El autor caracteriza el objeto a como corte, deseo y goce, corte porque es lo que separa, deseo como falta, como agujero y en físico que condensa el goce respectivamente:

Distinguimos dos tipos de formaciones: las del inconsciente –donde el Nombre del Padre define la consistencia- y las formaciones del objeto a, entre las cuales habría dos

² Significante: Es la unidad constitutiva del orden simbólico, son palabras, frases que forman parte de un sistema de significantes. El lenguaje es un sistema de significantes. El significante remite a otro significante (Evans, 2007).

³ Objeto a: Elemento que no puede alcanzarse y es causa de deseo y angustia (Evans, 2007).

subtipos: aquellas donde la condición del Nombre del Padre se mantiene –la fantasía- y aquellas donde la condición del Nombre del Padre no se mantiene. He dado tres ejemplos: la alucinación, la lesión de órgano y el pasaje al acto (p. 69).

Así, el fenómeno psicósomático es una lesión de órgano que se encuentra como un tipo de objeto a, cuya fuente es un tejido (Nasio, 2006). Y la masificación de S1 y S2 operan en el registro de lo simbólico e imaginario, donde se percibe la distorsión de la imagen corporal (Verón, 2013) y la afectación del cuerpo físico.

Por otro lado, Alfredo Eidelsztein (2008) menciona que hay tres factores a ser considerados en los fenómenos psicósomáticos: la lesión, la falta de etiología médica y la biografía. La lesión es visible e implica un corte o discontinuidad real de un órgano. La falta de etiología médica radica en que no se encuentra la “noxa biológica” (p. 283). En otras palabras, cuando un médico supone que las causas de la enfermedad no competen a su campo específico. Precisamente, los pacientes con la enfermedad como marca suplente, tienden a consultar varios especialistas sin que alguno de ellos sepa más de la enfermedad que ellos mismos. Por ello, desconfían de los médicos y abandonan el tratamiento (Ulnik, 2008).

En cuanto a la biografía, dicha lesión corporal tiene que estar asociada a sucesos de la vida del sujeto: “Debe aparecer, desaparecer, empeorar, mejorar, desplazarse, o cualquier otro cambio significativo, en función de fechas o períodos importantes desde la perspectiva de la subjetividad” (Eidelsztein, 2008, p. 283). Jorge Ulnik (2008) propone: “un trastorno hereditario, una enfermedad infecciosa, cualquier enfermedad cuya etiología orgánica sea indudable puede ser desencadenada por una situación vital determinada [...], en el cual tenemos que incluir su posición subjetiva y su deseo.” (p. 197). Entonces, una situación vital es entendida como aquella que genera reacciones biológicas en el sujeto. Cada individuo elige un órgano acorde al significado de éste por los sucesos que le acontecieron.

El fenómeno psicósomático está influenciado por los afectos no simbolizados. Justamente, Sigmund Freud (1986/2001) expone: “En ciertos estados anímicos denominados <<afectos>>, la coparticipación del cuerpo es tan llamativa y tan grande que muchos investigadores del alma dieron en pensar que la naturaleza de los afectos consistiría sólo en

estas exteriorizaciones corporales suyas” (p. 118). De este modo, lo somático es el vehículo para las representaciones. Entonces, el fenómeno psicósomático es una respuesta a una situación sin elaboración de la palabra puesta como una enfermedad en el cuerpo y por lo tanto carece de simbolización.

Los fenómenos psicósomáticos se caracterizan por carecer de simbolización:

Las dificultades para simbolizar el tiempo y el espacio se compensan mediante enfermedades que a veces los obliga a organizarse temporalmente mediante rutinas obligatorias debido a las dietas o la toma de medicación.

En cuanto al [la simbolización del] espacio, sus dificultades simbólicas se pueden apreciar en la carencia de límites con los demás que se manifiesta mediante uniones simbióticas, o en la falta de nociones de continente y contenido que se acompañan de fragmentación o desorganización corporal de las que permanentemente se están defendiendo (Ulnik, 2008, p. 203).

El fenómeno psicósomático es la incapacidad de poner límites en lo abstracto como el tiempo así como a nivel corporal, y esa dificultad se manifiesta en la enfermedad orgánica. Hay un desajuste entre las ideas y los afectos, una ruptura entre lo que el paciente comprende y piensa con lo que necesita afectivamente. Por lo tanto los afectos no se simbolizan, atraviesan el lenguaje y directamente lesionan en el cuerpo. Ante una situación que implica un cambio para el sujeto y no se tiene los recursos simbólicos para enfrentarlos, es probable que la enfermedad aparezca para solucionarlo aunque no sea simbólico (Ulnik, 2008).

Para recapitular, la rinitis alérgica puede considerarse fenómeno psicósomático porque es una lesión de órgano, que se evidencia en el cuerpo físico. Si al acudir al médico no se encuentra la etiología y su aparición está en relación con un suceso vital en la biografía del paciente, es posible que, la enfermedad manifieste esos afectos no simbolizados de su historia de vida. Pero el paciente no encuentra esta relación, enfermedad somática y afectos están masificados.

1.1.1. El fenómeno psicossomático y la noción de sujeto

A continuación se expondrá con mayor detalle cuál es la relación entre el fenómeno psicossomático y el sujeto. Se tomará en cuenta la historia de vida del sujeto. La historia de vida es aquella biografía que está cargada de afectos y en la cual el sujeto está en relación con los otros en una época determinada. Se puede acudir al fenómeno psicossomático para resolver la falta de simbolización de una situación vital acorde al lugar de nacimiento. También se tomará en cuenta la estructura psíquica del sujeto. El fenómeno psicossomático no es una estructura como la psicosis, a pesar de que la psicosis tampoco tiene simbolización.

El psicoanálisis a diferencia de la medicina, toma en cuenta varios aspectos de la vida del paciente, como su infancia, los eventos que para el sujeto han sido importantes; así como, el significado de su enfermedad. Todo ello, es analizado desde el discurso del sujeto y cuando habla de un síntoma, se puede descubrir el goce que en él satisface. Sin embargo, el fenómeno psicossomático es un extraño para el sujeto, que no puede subjetivarse (Fuentes, 2012). Esto quiere decir que el sujeto no encuentra la relación entre la enfermedad somática y los afectos que la produjeron.

De la misma forma que el fenómeno psicossomático corresponde a la época; es decir, no es lo mismo padecer de una enfermedad en el presente siglo como en el pasado, la imagen psíquica del valor afectivo es diferente en cada sujeto. Así, hay enfermedades como la rinitis alérgica, que se producen con mayor frecuencia que otra enfermedad respiratoria.

En el proceso de desarrollo del sujeto, éste se encuentra en relación con otros individuos, lo que genera cambios en su psiquismo. Juan Nasio (2006) expone que: “la imagen psíquica del sujeto la que investida afectivamente crea modificaciones en el cuerpo del sujeto habitado por ella” (p. 13). Entonces, Nasio (2006) plantea una hipótesis donde la imagen del cuerpo es también simbólica: “habría en los pacientes psicossomáticos una correspondencia entre zonas de destrucción en la imagen del cuerpo y zonas de destrucción en la estructura familiar” (p. 98). Al decir que hay correspondencia entre la imagen del cuerpo y la estructura familiar, evidentemente el autor hace una referencia a la historia del sujeto. El discurso de otros como familiares y personas cercanas, influye en la concepción que tiene el sujeto sobre su propio

cuerpo a nivel imaginario, lo que a su vez repercute en el cuerpo físico. Por eso, en la presente investigación se pretende indagar sobre la estructura familiar en las diferentes etapas de desarrollo del sujeto.

Asimismo, Juan Nasio (2006) expone: “Una lesión directa en un paciente remite a otra lesión directa en otro miembro de la familia, por ejemplo, izquierda- izquierda. [...] La inscripción corporal reproduce, definitivamente, la historia del cuerpo del otro [...]” (p. 117). Entonces, el fenómeno psicossomático funciona como un órgano de otro con el cual se goza, como si fuese de aquel otro. De acuerdo a la biografía del sujeto, “la fijación somática puede durar meses o años, y desaparecer también por meses y años” (Eidelsztein, 2008, p. 333). Por lo que todo análisis atañe a la biografía y está en relación con los miembros de la familia.

La lesión en el cuerpo tiene que ver con la historia del sujeto. Sigmund Freud (1916/2000) presenta que en la enfermedad hay una ganancia secundaria. Lo que Freud postula es que las enfermedades que perduran en el tiempo, son más difícil de interpretación. También habla de las enfermedades que son síntomas y que, por no ser elaboradas, se reprimen. A pesar de tener ganancia secundaria, un fenómeno psicossomático no es un síntoma porque carece de lenguaje dado que la lesión corta la carne y no hay articulación de significantes (Eidelsztein, 2008). Es decir, que “el inconsciente no opera como tal en el efecto psicossomático” (p. 332).

La historia del sujeto fortalece estructuras psíquicas como la neurosis y la psicosis que se expresan a lo largo de la vida. Pero el fenómeno psicossomático no es psicosis. Ahora bien, es importante distinguir el fenómeno psicossomático de la neurosis y la psicosis. La diferencia con la neurosis se la realizará en los acápites siguientes, donde se trabaje el síntoma conversivo y la hipocondría. A continuación, se expondrán las discrepancias entre fenómeno psicossomático y psicosis. Porque a pesar de que el fenómeno psicossomático tiene estructura holofrástica, no es psicosis. Juan David Nasio (2006) menciona que la forclusión es parcial en las enfermedades psicossomáticas:

[...] puede haber forclusión del Nombre del Padre que provoque una lesión de órgano, lo que no excluye que haya represión, denegación, etcétera. En otros términos, hablar

de la forclusión como mecanismo local es un modo de decir que la realidad que abordamos y la realidad de la lesión de órgano son realidades locales (pp. 87-88).

Entonces, en los fenómenos psicossomáticos a nivel imaginario, la libido retorna sobre el yo como autoerotismo, pero de forma parcial, se absorbe la imagen del otro. Mientras que, en la paranoia, una forma de psicosis, la libido retorna al yo de forma total, no hay otro, ni siquiera hay imagen virtual del otro (Nasio, Los gritos del cuerpo, 2006).

En conclusión, el fenómeno psicossomático se relaciona con la historia del sujeto. Existe la posibilidad de que el individuo genere una enfermedad psicossomática acorde a una situación que no ha sido apalabrada. No es síntoma, dado que el fenómeno está explicado en lo real del cuerpo. Justamente, por ello no es psicosis, porque en el psicótico la realidad se ve afectada y la vive como real pero su cuerpo no tiene una enfermedad orgánica. En cambio, el fenómeno psicossomático es una enfermedad que los médicos no encuentran etiología pero lesiona el cuerpo en lo real, y puede aparecer, empeorar o desaparecer sin que la persona sea consciente de ello.

1.2.Elementos relevantes del Síntoma conversivo

A continuación, para explicar la manifestación del síntoma conversivo se expondrá el concepto de la histeria desde Sigmund Freud, Jacques Lacan y Juan David Nasio. Luego se enunciarán las diferencias del síntoma conversivo con el fenómeno psicossomático.

En primer lugar, desde el inicio de su obra, Sigmund Freud define a la histeria. La ubica dentro de las neurosis y explica cómo antes, se catalogaba de simulación o de posesión demoníaca. Se vincula la estructura histérica con la sexualidad y el diagnóstico se extiende a los hombres (Freud, 1886/1992). También expone la sintomatología, como los ataques convulsivos, las parálisis y las contracturas en relación a las zonas histerógenas. Las zonas histerógenas son “lugares hipersensibles del cuerpo cuya estimulación leve desencadena un ataque” (Freud, 1886/1992, p. 47) y tienen perturbaciones de la sensibilidad y de la actividad sensorial o motora. Así, el individuo refiere un dolor intenso pero no tiene razón biológica.

Luego, el psicoanalista encuentra factores desencadenantes de la afección histérica que se relacionan con un trauma infantil sexual que se reprime (Freud, 1893/1991). Precisamente, el mecanismo de defensa de las neurosis es la represión y el evento en la edad adulta revive la represión anterior: “ningún síntoma histérico puede surgir de una vivencia real sola, sino que todas las veces el recuerdo de vivencias anteriores, despertado por vía asociativa, coopera en la causación del síntoma” (Freud, 1893/1991, p. 196). Con síntoma histérico el autor se refiere a síntoma conversivo. En otras palabras, hay un punto donde ambas vivencias se anudan y esta relación se expresa en el relato del sujeto. De este modo, el sentido del síntoma es subjetivo y la vivencia sexual es fantaseada, lo que genera una ganancia secundaria.

En cuanto a la trayectoria de la histeria, Freud presenta a la niñez como la etapa donde se origina el trauma y a las etapas de desarrollo posteriores, como períodos de evidencia del malestar:

Como se sabe, el período de la juventud, desde los quince años en adelante, es aquel en que de preferencia se manifiesta vivamente las neurosis histéricas en las mujeres. [...] Los hombres parecen particularmente proclives a la histeria a edad inmadura, por trauma e intoxicación (Freud, 1886/1992, p. 57).

Entonces, la histeria es entendida como una anomalía del sistema nervioso que se manifiesta en el cuerpo, por representaciones conscientes o inconscientes (Freud, 1886/1992). A diferencia de una parálisis motriz, en la histeria, una parte específica del cuerpo se encuentra más paralizada que otra.

Es decir, hay una significación para que una parte del cuerpo se encuentre afectada. Sigmund Freud (1886/1992) explica:

[...] esta alteración puramente funcional (con integridad de la concepción misma) que esté causada por la fijación de dicha concepción en una asociación subconsciente con el recuerdo del trauma, que esta concepción no devenga libre y accesible hasta que el valor afectivo del trauma psíquico no haya sido eliminado por la reacción motriz adecuada o por el trabajo psíquico conciente (p. 210).

Así, la parte del cuerpo utilizada por la histeria está en relación con una situación vital, la cual, al no ser apalabrada se manifiesta en el cuerpo. En este sentido, esta fijación en el cuerpo tiene una carga afectiva que genera el síntoma conversivo. Por lo tanto, los sucesos de vida que no han sido apalabrados pueden generar un síntoma que tenga significado para el paciente.

Justamente, Jacques Lacan (1989) retoma los estudios realizados por Freud y puntualiza que los síntomas tienen un sentido:

[...] Si Freud aportó algo es eso. Que los síntomas tienen un sentido y que sólo se interpretan correctamente -correctamente quiere decir que el sujeto deja caer alguno de sus cabos- en función de sus primeras experiencias, a saber, en la medida en que encuentre lo que hoy llamaré la realidad sexual (p. 126).

De acuerdo con estos términos, el síntoma está en función de la posición subjetiva (Lutereau, 2014). Asimismo, Jacques Lacan expone que la estructura histérica necesita del Otro para constituirse:

El sujeto encuentra una falta en el Otro, en la propia intimación que ejerce sobre él el Otro con su discurso. En los intervalos del discurso del Otro surge en la experiencia del niño algo que se puede detectar en ellos radicalmente – *me dice eso, pero ¿qué quiere?* (Lacan, 2002, p. 221).

Por esta vía, la posición del sujeto en las neurosis, entre ellas, la histeria, genera un síntoma para un otro. Así, la cura del síntoma conversivo radica en poder hacerlo metáfora:

[...] el sujeto que, alternativamente, se muestra y se esconde, según las pulsaciones del inconsciente [...] como tal está en la incertidumbre debido a que está dividido [...] irá encontrando su deseo cada vez más dividido, pulverizado, en la cernida metonimia de la palabra (Lacan, 1973/ 1997, p. 195).

Esta última indicación conduce, entonces, a dar un valor significante a la palabra de quien lo dice (Lutereau, 2014). El síntoma como metáfora, símbolo o goce, implica Otro. De este modo, el síntoma conversivo no se elimina, se reemplaza por otro síntoma más llevadero.

Una vez esclarecido los hilos asociativos del síntoma en el cuerpo, es posible ir más allá del goce en el cuerpo. Jacques Lacan (1966/2005) explica:

Hacer que se vuelva a encontrar en él como deseante, es lo inverso de hacerlo reconocerse allí como sujeto, porque es como en derivación de la cadena significante como corre el arroyo del deseo y el sujeto debe aprovechar una vía de tirante para asir en ella su propio *feed-back* (p. 603).

Entonces, el sujeto histórico puede encontrar el sentido a su síntoma expresado en el cuerpo (Torres, 2005).

El síntoma al ser recogido por una escucha activa revela el sentido oculto y el síntoma conversivo desaparece. Juan David Nasio (1991) lo expone:

En resumen, es como si la escucha del psicoanalista funcionara como una familia de representaciones que da acogida a la representación inconciliable, hasta entonces reprimida por el yo histórico. El exceso de sobrecarga se reparte así entre los diferentes miembros de esa familia auxiliar que es el yo simbólico haciendo las veces de escucha (pp. 37- 38).

El síntoma conversivo se manifiesta en el cuerpo a diferencia del fenómeno conversivo, su sentido está dirigido hacia otro. Cuando hay una escucha activa sobre ese síntoma, desaparece del cuerpo y se simboliza. En concordancia con Sigmund Freud (1893/1991), Juan David Nasio (1991) explica que los síntomas históricos son transitorios e implican un “gocce inconsciente e intolerable en sufrimiento corporal” (p. 22). La representación psíquica del trauma tiene una carga de afecto y una imagen sobreactivada por la acumulación de energía sexual:

[...] el trauma que el niño sufre no es la agresión exterior, sino que la huella psíquica que queda de la agresión; lo importante no es la naturaleza del impacto, sino la señal que deja, impresa sobre la superficie del yo. Esta señal, esta imagen altamente investida de afecto, aislada, penosa para el yo, debe ser considerada la fuente del síntoma histórico e incluso,

generalizando, la fuente de cualquier síntoma neurótico, sea el que fuere (Nasio, 1991, p. 27).

Entonces, la representación inconsciente sobreinvertida se manifiesta en el cuerpo. Cuando el mecanismo de la represión falla, la carga sexual provoca un sufrimiento somático: “Así pues, la conversión se define, desde el punto de vista económico, como la transformación de un exceso constante de energía que pasa del estado psíquico al estado somático.” (Nasio, 1991, p. 21).

En cuanto a la elección del órgano, Nasio (1991) menciona que: “Precisamente, la región somática afectada por el síntoma de conversión corresponde a aquella parte del cuerpo alcanzada antaño por el trauma, y que pasó a construir así una imagen determinada” (p. 33). A la sazón, el órgano elegido es aquella parte del cuerpo que recibió con más intensidad el trauma psíquico. Se pasa de energía sexual reprimida a un sufrimiento corporal y de afección imaginaria a órgano conversivo. Sólo cuando cobra un valor simbólico el síntoma conversivo desaparece.

Del mismo modo, el síntoma conversivo es simbolizado. En la infancia, cada experiencia vivida en el cuerpo pulsional, es de por sí un trauma:

Para Freud –y en el presente para nosotros- el vocablo trauma ya no se refiere esencialmente a la idea de un acontecimiento exterior, sino que designa un acontecimiento psíquico cargado de afecto, verdadero microtrauma local, centrado en torno a una región erógena del cuerpo y consistente en la ficción de una escena traumática que el psicoanálisis llama fantasma (Nasio, 1991, pp.39-40).

Precisamente, el fantasma del sujeto histérico está fundado en la amenaza de castración. El fenómeno histérico se expande por todas las partes del cuerpo exceptuando la zona genital, inconscientemente, erotiza el cuerpo no genital (Nasio, 1991). Por lo que la rinitis alérgica que se presenta en las entrevistadas de la investigación no podría considerarse síntoma conversivo, porque no tiene significado para otro.

En base a estos aspectos del síntoma conversivo, se entiende que el fenómeno psicossomático está ubicado fuera de las neurosis. Dado que no toda enfermedad somática es un fenómeno psicossomático, se debe reconocer la posibilidad de una ruptura de lo simbólico o de un síntoma conversivo (Nasio, 2006) (Ulnik, 2008). Es decir que no todas las enfermedades que se expresan en el cuerpo son fenómenos conversivos. La diferencia con el síntoma conversivo es que el fenómeno está en lo real del cuerpo, no hay palabra que exprese el afecto, sino que se encuentra en la dimensión del engaño. Entonces, el término fenómeno psicossomático se distingue del síntoma conversivo en cuanto el último es “un síntoma del inconsciente con estructura de lenguaje” (p. 281) y por ello, es un síntoma interpretable a través del lenguaje (Sandoval, 2005). Así, el síntoma conversivo tiene significado y puede ponerse en palabras.

En cambio, en el fenómeno psicossomático, “se manifiesta un goce en un corte anómalo en el cuerpo que funciona como respuesta a una manifestación del deseo del Otro” (Eidelsztein, 2008, p. 333). Es decir, el paciente psicossomático no es consciente de esa fijación, sino que es una respuesta que tiene relación con la biografía.

Otra de las diferencias propuestas por Iván Sandoval (2005) entre el síntoma conversivo y el fenómeno psicossomático es que en el síntoma conversivo yace la afectación en la musculatura voluntaria, no deja una lesión detectable, tampoco respeta las causas de la enfermedad, por lo que afecta el cuerpo imaginario. En cambio, el fenómeno psicossomático es una enfermedad en relación con el sistema nervioso autónomo, deja una marca en el cuerpo y sigue procesos biológicos. Está vinculado con la investidura libidinal intraorgánica, como autoerotismo; por ello, se sitúa en lo real y no en lo imaginario o simbólico. Como no se relaciona con otros significantes, no es analizable.

En conclusión, el síntoma conversivo expresa el afecto de un conflicto psíquico en una parte del cuerpo. Tiene un significado y puede ser interpretado por otro en cuanto se apalabre. El síntoma conversivo tiene un evento anterior que genera displacer y se reprime. No sigue las reglas del cuerpo biológico, sino que guiado por el inconsciente, hace que el cuerpo hable con la parte del cuerpo afectada. Por ello, se diferencia del fenómeno psicossomático, porque en la histeria el síntoma conversivo remite a otro, en cuanto se interpreta, el síntoma desaparece.

Las mujeres con rinitis alérgica no son entendidas desde el síntoma conversivo porque esta enfermedad afecta musculatura involuntaria y sigue procesos biológicos propios de la rinitis alérgica. Por esto afecta el cuerpo físico y la enfermedad es detectable con pruebas diagnósticas médicas. Los síntomas y signos no son subjetivos como en los pacientes con síntoma conversivo.

1.3.Descripción y características de la Hipocondría

Desde la época de los griegos, Hipócrates usaba el término “hypocondros” para hacer mención a las molestias que se formaban bajo las costillas, “debajo del cartílago” (Domínguez, Fernández-Argüelles, García, & García, 2011). En la actualidad, la hipocondría puede referirse “al miedo de padecer una enfermedad somática grave o bien a la convicción de que ya se tiene” (Domínguez, Fernández-Argüelles, García, & García, 2011, p. 1). Ahora bien, el psicoanálisis la define de un modo diferente a la psiquiatría y se inclina hacia la escucha del paciente. En seguida, se expondrán las concepciones sobre la hipocondría, así como, las diferencias con el síntoma conversivo.

En primer lugar, Sigmund Freud (1911/1991) alude a los síntomas hipocondríacos en un caso de paranoia: Paul Emil Flechsig era el psiquiatra que definió el estado del doctor Schreber como un ataque de hipocondría grave, también se hace relato del informe de entrada de Schreber al hospital: “Al comienzo de su estadía allí, el exteriorizó más ideas hipocondríacas, se quejaba de padecer un reblandecimiento del cerebro, decía que pronto moriría, etc.” (p. 14). En un comienzo, su hipocondría se encontraba dentro de la neurosis porque no presentaba alucinaciones o delirios pero luego sus síntomas se mantienen cuando desarrolla la paranoia (Cotrino, 2012).

También, Jacques Lacan (1955/2009) explica que no se puede tomar la hipocondría de forma superficial: “No hablo aún de hipocondría, que por otra parte es un término demasiado vago en nuestro vocabulario, esbozo las grandes líneas” (p. 156). Más adelante, el psicoanalista concuerda que Schreber tiene delirios hipocondríacos y agrega que los síntomas de Schreber son psicóticos: “Lo que vemos desde el inicio son síntomas, primero

hipocondríacos, que son síntomas psicóticos” (Lacan, 1955/2009, p. 445). Si bien, no es psicosis hasta que se presenta delirios y alucinaciones.

También, Sigmund Freud (1914/1992) utilizó el término hipocondría cuando hablaba del narcisismo: “No obstante, para aproximarnos al conocimiento del narcisismo nos quedan expeditos algunos otros caminos que describiré en el siguiente orden: la consideración de la enfermedad orgánica, de la hipocondría y de la vida amorosa de los sexos” (p. 79). Él menciona que la hipocondría se exterioriza en sensaciones corporales dolorosas que coinciden con la distribución de la libido: “El hipocondríaco retira interés y libido- esta última de manera particularmente nítida- de los objetos del mundo exterior y los concentra sobre el órgano que le atarea” (p.80). Así, la hipocondría tiene una mayor investidura libidinal en un órgano.

En esta vía, la libido retirada sobre el yo, hace surgir el delirio de grandeza o la hipocondría de la parafrenia. Asimismo, el autor diferenció las neurosis actuales en las que se encuentran la hipocondría, las neurosis de angustia y la neurastenia; de las psiconeurosis de defensa en las que están la histeria, la obsesión y la fobia (Freud, 1914/1992). Asimismo, Freud menciona los mecanismos de defensa de la parafrenia, expone que, de la frustración de la formación de la fantasía en la neurosis nace la hipocondría de la parafrenia:

Puesto que la parafrenia a menudo (si no la mayoría de las veces) trae consigo un desasimiento meramente parcial de la libido respecto de los objetos, dentro de su cuadro pueden distinguirse tres grupos de manifestaciones: 1) las de la normalidad conservada o la neurosis (manifestaciones residuales); 2) las del proceso patológico (el desasimiento de la libido respecto de los objetos, y de ahí el delirio de grandeza, la hipocondría, la perturbación afectiva, todas las regresiones), y 3) las de la restitución, que deposita de nuevo la libido en los objetos al modo de una histeria (*dementia praecox*, parafrenia propiamente dicha) o al modo de una neurosis obsesiva (paranoia) (Freud, 1914/1992, p. 83).

Cuando el autor menciona la parafrenia, lo hace para aludir a lo que Bleuer denomina esquizofrenia y Krepelin, demencia precoz. Entonces, como desenlaces de la psicosis, la

demencia precoz se exterioriza en la hipocondría o puede surgir en la paranoia como el delirio de grandeza (Cotrino, 2012).

Además, Sigmund Freud (1893/1992) utilizaba el término neurasténico para referirse a un “hipocondríaco, aquejado de neurosis de angustia” (p. 152) donde el lenguaje para el hipocondríaco es escaso para expresar lo que siente:

[...] el lenguaje es demasiado pobre para prestarle palabra a sus sensaciones, y estas mismas son algo único, algo novedoso que uno no podría describir de manera exhaustiva, y por eso no cesa de ir añadiendo nuevos detalles; cuando se ve precisado a interrumpirlos, seguramente lo domina la impresión de no haber logrado hacerse entender por el médico (p. 152).

Justamente, a pesar de que la hipocondría se pareciera a los síntomas conversivos: “una partícula de hipocondría es, por lo general, constitutiva de otras neurosis” (Freud, 1914/1992, p. 83), en tanto se excita una zona corporal y se siente dolor; hay una distinción entre el síntoma conversivo e hipocondríaco. Sarge André (2002) propone que en la hipocondría hay un defecto de simbolización y de sexualización:

Llevemos ahora estas distinciones a lo esencial, es decir a la estructura. Las consideraciones que preceden indican que la hipocondría expresa una falta de simbolización (falta la palabra para designar aquello que el cuerpo escapa a la lengua) y una falta de sexualización (el sufrimiento hipocondríaco está vinculado al cuerpo real), mientras que la conversión histérica manifiesta un exceso de simbolización (el significante aquí se apropia del cuerpo hasta el punto de quitarle su función orgánica) y un exceso de sexualización (los órganos o partes del cuerpo apropiados por el síntoma, son llevados a desempeñar un papel de zona erógena al cual no están destinados) (pp. 132-133)

De este modo, se diferencia en tanto las palabras en el lenguaje de la hipocondría son tratadas como cosas.

En este sentido, Sigmund Freud (1914/1992) expone el caso de esquizofrenias brindadas por el doctor Víctor Tausk, donde una de las enfermas se queja después de una discusión con

su marido: “*Los ojos no están derechos, están torcidos {verdrehen}*” (p. 194). Respecto a esto, el autor acota: “El dicho esquizofrénico tiene aquí un sesgo hipocondríaco, ha devenido *lenguaje de órgano*” (p. 195). Así, el lenguaje hipocondríaco y el lenguaje de órgano son lo mismo.

A la par, Luis Chiozza (2008) menciona que el lenguaje de órgano ocurre en la hipocondría:

A esto podemos añadir que cuando la representación de un determinado órgano es elegida para recibir una determinada transferencia, como ocurre en la hipocondría, y más aún cuando esta transferencia se manifiesta en forma de una alteración corporal, como es el caso de las llamadas organoneurosis, es porque tal representación del órgano constituye un símbolo universal de estas fantasías inconscientes (p. 79).

Entonces, el lenguaje hipocondríaco se manifiesta en el órgano con sufrimiento en forma de una enfermedad: “Inversamente cuando hablamos de *la* enfermedad somática, es decir cuando esta enfermedad es disociada del resto del yo, o sea, cuando hay conciencia de enfermedad *hay una situación persecutoria hipocondríaca*, aunque esté negada o encubierta (Chiozza, 1963/2008, p. 188). También, la hipocondría puede ser una adquisición proveniente del desarrollo de la culpa inconsciente: “[...] la relación del contenido con el órgano [...] se ha constituido en la subrogación de todo el contenido [de sus pensamientos]” (Freud, 1914/1992, p. 195). Es decir, la historia del hipocondríaco influye en el desarrollo de la enfermedad.

Otra diferencia con el síntoma conversivo radica en la formación sustitutiva:

Si nos preguntamos qué es lo que confiere a la formación sustitutiva y al síntoma de la esquizofrenia su carácter extraño, caemos finalmente en la cuenta de que es el predominio de la referencia a la palabra sobre la referencia a la cosa” (Freud, 1914/1992, p. 197).

En la histeria, los síntomas están asociados a una vivencia traumática que simboliza la localización del síntoma mientras que “[...] en la hipocondría, el cuerpo, como real, queda sin el recurso a la fantasía que le permita dirigir su libido a un objeto” (Cotrino, 2012, p. 228). El

síntoma tiene un significado simbólico mientras que la hipocondría “atestigua con su queja que encuentra en su cuerpo un imposible de simbolizar y de sexualizar” (André, 2002, p. 133)

Por esta vía, el hipocondríaco queda fijado en lo real del cuerpo. Serge André (2002) explica: “La problemática hipocondríaca puede ser ubicada en la intersección de los registros de lo real y lo simbólico, mientras que la conversión histérica se juega entre lo simbólico y lo imaginario (la imagen corporal)” (p. 133). De parte de los médicos, el hipocondríaco no demanda su saber: “Demuestra la necesidad de un innombrable y refuta cualquier poder simbólico sobre este punto” (p. 134), sino que, quiere demostrar que el médico es incapaz saber de su malestar para garantizar su sufrimiento (André, 2002). El riesgo del hipocondríaco es no tener límites en lo simbólico y puede delirar con la enfermedad.

La hipocondría sería un punto medio entre la neurosis y la psicosis (López, 2010). La libido que regresa hacia sí mismo en el paciente hipocondríaco puede dejar de lado la investidura de objetos. Myriam Cotrino (2012) expone:

El paciente hipocondríaco puede parecer un neurótico o un paranoide y de esta manera confundir la perspectiva de la cura. Su carácter de esquizofrénico es difícil de precisar. Tal vez, no sin prejuicio, podemos ubicarlo en un estado de mayor alienación, olvidando que puede, incluso, llevar en apariencia una vida normal; sin embargo, ante la oportunidad de dirigir a otro su queja esta se desnudará en su peculiaridad narcisista revelando cómo ha alejado su libido del mundo exterior (p.280).

Por ello, al hipocondríaco no le interesa obtener una cura, él goza de su enfermedad con el peligro de no tener simbolización. La diferencia con la psicosis, es que, en la hipocondría la libido inviste al órgano y no al yo.

En resumen, la hipocondría es una fijación de la libido narcisística sobre el órgano, que genera malestar al paciente, pero él goza de su sufrimiento. Un enfermo hipocondríaco puede pasar de una enfermedad a otra con la dimensión de persecución. En este sentido, Sigmund Freud ubica a la hipocondría en el lado de las neurosis de angustia y no en las neurosis de transferencia porque el hipocondríaco no quiere una cura para su enfermedad. Eso lo diferencia del síntoma conversivo, el cual tiene un significado que busca ser interpretado. En

la hipocondría, la angustia se manifiesta en el cuerpo que no se puede ligar a un trauma, pero que existe sin simbolización. Es por ello que puede presentarse como un escalón previo a la paranoia (López, 2010), porque a pesar de no tener alucinaciones y delirios, puede caer en la imposibilidad de simbolizar la angustia y quedar en lo real.

Con este razonamiento, la diferencia de la hipocondría con el fenómeno psicossomático radica en la percepción de la enfermedad. El fenómeno psicossomático es una enfermedad que se presenta en lo real del cuerpo, es observable; mientras que, la hipocondría es una manifestación subjetiva de tener una enfermedad. Asimismo, al igual que el sujeto con síntoma conversivo, el hipocondríaco tiene algo que decir acerca de su enfermedad, aunque no espera la interpretación del otro, como lo hace un paciente histérico, tiene un significado. Pero el paciente psicossomático no encuentra la relación entre su enfermedad y algún significante, su expresión está en lo real del cuerpo, como si éste fuera en sí el signo sin un significante. Es decir, su corte en el cuerpo no está dirigido a otro.

También, un paciente conversivo, se interroga sobre su síntoma, algo que puede llegar a hacer un hipocondríaco, pero un paciente psicossomático no menciona en su discurso alguna relación con la enfermedad. Sin embargo, algunos casos que remiten a psicoterapia desde la medicina dan cuenta del malestar emocional o psicológico (Rocío & Edna, 2014), que ante la falta de antecedentes en la historia familiar, se hace necesario anudar con otros aspectos de la vida del paciente como el aspecto psicológico. A continuación se incluye un cuadro explicativo de las diferencias entre fenómeno psicossomático, síntoma conversivo e hipocondría:

Tabla 1

Diferencias entre fenómeno psicossomático, síntoma conversivo e hipocondría:

	Fenómeno psicossomático	Síntoma conversivo	Hipocondría
Definición	Enfermedad funcional u orgánica evidente en el cuerpo que aparece luego de un evento que no ha sido tramitado correctamente (Contreras & Hernandez, 2014).	Síntoma que aparece en el cuerpo pero no tiene un origen orgánico (Contreras & Hernandez, 2014).	Percepción subjetiva de padecer una enfermedad somática grave sin que la enfermedad sea evidente (Domínguez, Fernández-Argüelles, García, & García, 2011).
Simbolización	Ausencia de lo simbólico que puede remitir a otra cosa pero está fuera de la conciencia del sujeto (Contreras & Hernandez, 2014)	Exceso de simbolización que remite a lo sexual (André, 2002), puede dar cuenta de la metáfora de la enfermedad (Contreras & Hernandez, 2014).	Defecto de simbolización (André, 2002) en el que se podría decir algo sobre la enfermedad.
Con relación al cuerpo físico	Hay una lesión evidente en un órgano (Nasio, 2006)	No hay lesión evidente, el órgano es representación (Nasio, 1991)	No hay lesión evidente
Con respecto a lo real, imaginario y simbólico	Corte en lo real (Eidelsztein, 2008).	Entre lo simbólico y lo imaginario (imagen corporal) (André, 2002).	Entre lo real y lo simbólico (André, 2002).
Estructura psíquica	Puede estar dentro de cualquier estructura, dado que es fenómeno no estructura psíquica (Ulnik, 2008).	Dentro de la neurosis (Freud, 1914/1992).	Punto medio entre la neurosis y la psicosis (López, 2010).

Entonces, la rinitis alérgica puede ubicarse dentro del fenómeno psicossomático porque afecta un órgano en el cuerpo físico, en el cuerpo real; y del cual la medicina no da cuenta de su etiología. Cuando existen eventos en la historia del sujeto que por su carácter intenso y traumático, no se apalabre; un sujeto puede llegar a simbolizar a través del síntoma o plasmarse a nivel de lo real, como en el caso del fenómeno psicossomático.

2. Rinitis alérgica

En el presente capítulo se abordará todo lo concerniente a la rinitis alérgica, la definición de la rinitis alérgica, su clasificación, diagnóstico y su tratamiento; así como, su etiología, comorbilidad y estadísticas, desde el enfoque médico. Posteriormente, se dará paso a las hipótesis psicósomáticas con base analítica que hagan mención a la rinitis alérgica desde el enfoque psicoanalítico a partir de autores como Luis Chiozza, Guillermo Ferrari, Thorwald Dethlefsen y Rüdiger Dahlke.

2.1. Definición de rinitis alérgica desde la perspectiva médica

La alergia es una reacción de hipersensibilidad del sistema inmunitario ante una sustancia tolerada por la mayoría de las personas que causa inflamación de la piel y las mucosas (Chivato, Colás, & Sánchez, 2012). La rinitis alérgica pertenece a las enfermedades asociadas a la hipersensibilidad inmediata (Fauci, et. al., 2013). Es decir, ante una sustancia alérgica, el sistema inmunitario reacciona liberando anticuerpos tipo inmunoglobulina E (IgE) que se fijan en las células de la piel denominadas mastocitos y en los basófilos, células circulantes del torrente sanguíneo (Chivato, Colás, & Sánchez, 2012).

La interacción del alérgeno con la IgE causa “un cambio conformacional en la superficie de estas células, que liberan una serie de mediadores proinflamatorios, responsables de los diferentes síntomas y signos de las enfermedades alérgicas.” (Chivato, 2012, p. 21). En este sentido, se activan las células del sistema inmunitario y la alergia que puede ser transitoria se convierte en enfermedad crónica. A la par, la enfermedad se manifiesta con estornudos, secreción nasal, picor de nariz y congestión nasal (Chivato, Colás, & Sánchez, 2012). Los síntomas deben presentarse “durante dos o más días consecutivos y a lo largo de más de una hora la mayoría de los días” (Chivato, 2012, p. 121).

Clasificación

De acuerdo a la medicina, la clasificación de la rinitis alérgica se da por los alérgenos que la producen, por la severidad o por su aparición. En cuanto a los alérgenos que ocasionan la enfermedad, pueden ser por la estación o perennes. Cuando se dan por la estación, es decir,

épocas del año, están en relación a la cantidad de árboles y de hierbas que producen suficiente polen para ser transportado por el viento (Austen, 2012). Así por ejemplo, en Estados Unidos, el roble es uno de los árboles implicados en la alergia, y se presenta de mayo a junio (Borish, 2013).

En el caso de ser rinitis alérgica perenne (RAP), se presenta en cualquier época del año: “La RAP puede ocurrir durante todo el año, pero el término se aplica a cualquier rinitis que no tenga un patrón estacional claramente definido” (Borish, 2013, p. 1626). Las sustancias que no tienen relación con la época del año, son pólenes de árboles o malezas, ácaros de polvo doméstico que se encuentran en almohadas, en la ropa, en la cama; epitelios de animales como del perro, el gato, los roedores, los pájaros; los hongos (Chivato, Colás, & Sánchez, 2012) que se relacionan con la humedad en lugares cerrados, y con los insectos como la cucaracha (Borish, 2013).

La rinitis alérgica también puede clasificarse por la severidad, en leve, moderada o grave; y por su aparición, en intermitente o persistente (Chivato, Colás, & Sánchez, 2012). Rinitis alérgica leve no presenta “alteración del sueño, deterioro de las actividades diarias, deportivas y/o de ocio, deterioro laboral o escolar o síntomas molestos” (Sánchez & Valero, 2012, p. 122). La existencia de dos de estos síntomas es moderada, y es grave cuando se presentan todos los ítems. En cambio, la rinitis intermitente “es aquella en la que la presencia de síntomas ocurre cuatro o menos días a la semana, o bien durante cuatro o menos semanas consecutivas” (p. 122). Los síntomas de la rinitis persistente son “más de cuatro días a la semana o más de cuatro semanas seguidas” (p. 122).

Diagnóstico

El diagnóstico lo realiza el alergólogo, un profesional especializado que identifica la etapa de la enfermedad alérgica mediante las pruebas. Las pruebas diagnósticas que se aplican son la historia clínica, la exploración física, pruebas cutáneas y de laboratorio. En la historia clínica se recoge información de los síntomas (Chivato, Colás, & Sánchez, 2012). Este modo de diagnóstico es necesario porque se indaga sobre la historia de exposición a potenciales

alérgenos ambientales, respuesta previa a medicamentos y a enfermedades coexistentes; así como la influencia del historial familiar (Arias, González, Juárez & Treviño, 2015).

En cuanto a la exploración física: la mucosa nasal debe estar eritomstosa, es decir, con acumulación de sangre en los capilares que produce enrojecimiento; y las conjuntivas inflamadas. Otra prueba es la cutánea a antígenos de sustancias inhaladas. El frotis de secreción nasal que al presentar gran cantidad de neutrófilos, sugiere infección. Las pruebas de inmunoanálisis evidencian la concentración sérica y específica de IgE (Fauci, et. al., 2013). Algunas de las pruebas se pueden realizar en la orina, en el suero de la sangre, en una lágrima o en las heces (Chivato, Colás, & Sánchez, 2012).

Por otro lado, la edad del diagnóstico es con frecuencia en la infancia. Jesús María Garde (2012) expone: “En los primeros años de vida, una alta proporción de niños, uno o dos de cada cinco, padecen síntomas respiratorios [...]” (p. 137). Por lo que las enfermedades respiratorias no suelen tener un nombre aceptado por los pediatras, suelen denominarse catarros o inflamación de la nariz temporal. Su diagnóstico se puede presentar en la primera infancia, es decir, en niños menores de cinco años. Es con la exploración física y la frecuencia con la que suele diagnosticarse de rinitis alérgica.

Tratamiento

El tratamiento de la rinitis alérgica incluye las medidas de control ambiental, tratamiento farmacológico, con vacunas, educación de la enfermedad (Chivato, Colás, & Sánchez, 2012) y cirugía (Sánchez & Valero, 2012). Las medidas de control ambiental radican en reducir la exposición a alérgenos responsables de la patología en el entorno del paciente. El tratamiento farmacológico depende “de la edad, de la severidad (leve moderada, grave) y del tipo de manifestaciones (intermitentes o persistentes)” (Chivato, 2012, p. 27). Los medicamentos pueden ser tópicos si se aplican sobre el órgano como la nariz o el ojo; y orales. Pueden ser antihistamínicos si los síntomas predominantes son el picor ocular y el lagrimeo, descongestionantes y corticoides intranasales, siendo estos últimos, los más eficaces para el tratamiento (Sánchez & Valero, 2012).

En cuanto al uso de medicamentos, se debe elegir el medicamento adecuado para cada paciente: “En la elección del tratamiento farmacológico se debe evaluar la eficacia, la seguridad, el coste, además de las preferencias de los pacientes, la intensidad de la enfermedad y la presencia de comorbilidades” (Palacios & Navarrete del Pino, 2016, p. 36). En efecto, cada paciente refiere a una individualidad ante los procesos de respuesta de los medicamentos y no todos los medicamentos son útiles para todos los pacientes.

Complicaciones de la rinitis alérgica

Al ser una enfermedad con procesos crónicos, la calidad de vida de los pacientes con rinitis alérgica se ve afectada.

En todas las edades, las enfermedades alérgicas mal controladas, incluida la rinitis alérgica, traen consigo alteraciones en el descanso nocturno y consecuente pérdida de la capacidad de concentración, y por lo tanto disminución de la producción escolar (dificultades de aprendizaje) y laboral” (Chivato, 2012, p. 25).

Por ello, las personas requieren visitas al médico, incluso hospitalizaciones más “que otras enfermedades crónicas como la hipertensión arterial” (Chivato, 2012, p. 25). Los pacientes con rinitis alérgica deben cambiar su trabajo, su lugar de residencia, dejar de usar productos, hasta abandonar a su mascota, si son los causantes de la alergia; dichas complicaciones generan cambios de humor y absentismo laboral.

Asimismo, la alteración del sueño por el uso de algunos medicamentos (Sánchez & Valero, 2012) y por ronquidos, micro-despertares y apnea obstructiva, repercuten sobre la calidad de vida de los pacientes (Arias, González, Juárez, Treviño, 2015).

En resumen, la rinitis alérgica es una enfermedad alérgica que se presenta en la primera infancia (antes de los cuatro años). Se produce por la presencia de agentes alérgenos como polvo, pelo de animal o por una época del año como el verano que se caracteriza por polen o la humedad. En la presente investigación, las jóvenes entrevistadas fueron diagnosticadas con rinitis alérgica después de su primera infancia y los alérgenos no son la única causa de su enfermedad. Es decir, que su enfermedad aparece sin la presencia de alérgenos.

2.2.Etiología y comorbilidad de la rinitis alérgica desde la perspectiva médica

Las enfermedades alérgicas tienen predisponentes genéticos, así como factores ambientales que desencadenan la enfermedad. Es decir, si uno de los progenitores es alérgico, la probabilidad de que su hijo tenga alergia es del 50%, y si los dos padres tienen la enfermedad, la probabilidad aumenta a 70% (Sánchez & Valero, 2012). Las causas están en relación con el antecedente familiar y personal. Dado que la rinitis alérgica es una progresión de la alergia que puede aumentar la sensibilidad a los aeroalérgenos depositados en la mucosa nasal y ocular, es necesario indagar sobre los antecedentes familiares:

La rinitis alérgica suele afectar a sujetos atópicos, es decir, personas con el antecedente familiar de un complejo sintomático similar o afín y el antecedente personal de alergia colateral expresada en la forma de dermatitis eccematosa, urticaria, asma o ambos cuadros (Austen, 2012, p. 2715).

Generalmente, si algún padre o abuelo tuvo reacción de hipersensibilidad, los síntomas se presentan antes de los cuarenta años con tendencia a disminuir. Sin embargo, existen casos que la enfermedad aparece sin antecedentes en la familia y las épocas del año o la región no representan la causa del padecimiento (Austen, 2012). Por lo que la rinitis alérgica es una enfermedad en la cual sus portadores reaccionan de forma distinta a la mayoría de la población.

Por otro lado, las alergias están asociadas con la presencia de alérgenos. Pueden ser exterior como polen y moho, condiciones climáticas interior como ácaros de polvo y animales domésticos o sustancias propias del ambiente laboral como la madera, harinas, sustancias químicas o el manejo de animales de laboratorio como ratas (Sánchez & Valero, 2012). El modo de vida en la ciudad con sedentarismo, malos hábitos alimenticios, contaminación ambiental, humo de carros, efecto invernadero, favorecen la sensibilización a sustancias (Chivato, Colás, & Sánchez, 2012). Es decir, la causa de esta enfermedad también se da por la exposición prolongada a aeroalérgenos en la ciudad, donde hay combustión de carburantes, dióxido de carbono y contaminación ambiental.

Asimismo, existe la hipótesis de la higiene (Sánchez & Valero, 2012) la cual postula: “[...] las infecciones y el contacto antihigiénico podrían ofrecer protección frente a la alergia, mientras que un entorno *estéril* fomentaría su aparición” (p. 123). En otras palabras, los ambientes demasiado limpios, baños corporales seguidos, antibióticos no indicados con receta médica, generan que el sistema inmunitario ataque a sustancias inofensivas como algún polen (Chivato, Colás, & Sánchez, 2012). Cuando el entorno favorece el apareamiento de virus y bacterias el sistema inmunológico favorece la formación de anticuerpos (Sánchez & Valero, 2012). Por ello, las alergias varían de acuerdo al grado de exposición y el ambiente.

Si bien, la rinitis alérgica existe por predisposición genética, la sensibilización ante los alérgenos no ha sido descubierta: “No se sabe por qué algunos antígenos introducen fuertes respuestas T_H2 y reacciones alérgicas mientras otros no.” (Abul, Andrew, & Shiv, 2012, p. 427). Por esta razón, las causas pueden remitir a casos que pueden ser abordados desde la psicología. Enfermedades atópicas como la rinitis alérgica dan cuenta de que existe algo más en su etiología.

Comorbilidad

La rinitis alérgica está asociada al asma. En el caso de los niños, las enfermedades alérgicas se pueden presentar en un inicio como dermatitis atópica, padecer de alergia respiratoria como la rinitis alérgica y terminar en asma alérgica (Chivato, Colás, & Sánchez, 2012). Entonces, la rinitis alérgica es una enfermedad coexistente y desencadenante del asma: “Incluso 40% de los individuos con rinitis manifiesta asma en tanto que ~70% de los asmáticos presentan rinitis” (Austen, 2012, p. 2715). También, coexiste con la conjuntivitis alérgica, la cual produce enrojecimiento de la conjuntiva del ojo, lagrimeo y picor de ojos (Chivato, Colás, & Sánchez, 2012). La conjuntivitis está asociada a la rinitis alérgica en 75% de los casos (Sánchez & Valero, 2012).

De igual forma, este padecimiento está asociado a la alergia de alimentos de origen vegetal, lo que complica el tratamiento. Así como, es frecuente el desencadenamiento de dermatitis atópica en enfermedad respiratoria alérgica (Alcántara & Palacios, 2016).

Epidemiología

La rinitis alérgica es la enfermedad alérgica más frecuente: “Afecta al 25-30% de la población de países desarrollados” (Chivato, 2012, p. 22). La incidencia de la rinitis alérgica en Estados Unidos es del 20%, con prevalencia en niños y adolescentes. En los adultos, afecta a entre el 10 y el 30% de dicha localidad (Austen, 2012). En España, la rinitis alérgica afecta en promedio al 21% de la población (Colás, 2012). El costo intangible como el dolor y el malestar físico como emocional, aumenta en la población y es un gasto para el Estado (Chivato, Colás, & Sánchez, 2012). El único estudio (Asher, et al., 1995) que representa el asma y alergias con una población significativa, se realizó con 2 millones de niños aproximadamente, incluyendo 10 países de todo el mundo. En América Latina, se reportó que la rinitis en niños de 13 y 14 años era 16,2% en los últimos doce meses (Asher, et al., 1995) y los factores asociados fueron las condiciones de pobreza más que la contaminación.

El 70% de las rinitis alérgicas son estacionales: “[...]comenzando su aparición sobre los 3-7 años siendo el pico de edad más prevalente entre los 15 y 24 años” (Alcántara & Palacios, 2016, p. 19). En general, el inicio de la rinitis alérgica ocurre antes de los 20 años y la gran mayoría de las mujeres con rinitis son del sexo femenino (Lieberman & Pstanaik, 2014). En otro estudio realizado sobre la rinitis alérgica estacional, la expone como enfermedad común en los jóvenes y explica que la influencia de los factores ambientales no es clara, dado que se puede presentar en lugares con bajas concentraciones de alérgenos (Gimenez, 2016).

También, Manuel Alcántara y Carmen Laura Cañada (2016) exponen que: “Las enfermedades alérgicas son propias de personas jóvenes, entre las que se encuentran un gran número de mujeres en edad fértil [...]” (Alcántara & Palacios, 2016, p. 243). En esta vía, Eleazar Macilla- Hernández, Miguel Medina, Raúl Barnica, Diego Soto, Rosario Guerrero y Yahvéh Zecua (2015) exponen que en varios estados de México (Cancún, Puebla, Tlaxcala, Tulacingo), la prevalencia de rinitis alérgica es mayor en mujeres que en hombres: “[...] El promedio general en las cuatro ciudades con diagnóstico de rinitis alérgica fue de 38% para el sexo masculino y de 62% para el sexo femenino” (Barnica, et al, 2015, p. 198).

En conclusión, la etiología de la rinitis alérgica puede ser genética y ambiental. Se presenta mayormente en niños y tiende a desaparecer con la edad. Su comorbilidad está asociada al asma, a la conjuntivitis, a otras alergias como las alimentarias y sinusitis. La historia del paciente es muy importante para el diagnóstico acertado de la enfermedad. Si los cambios estacionales, el ambiente y la genética no incurren sobre el diagnóstico se puede realizar una referencia a otra enfermedad o a su vez realizar un nuevo diagnóstico. Asimismo, la rinitis alérgica afecta a un tercio de la población mundial. Sin embargo, no se ha descubierto porque unos pacientes son más sensibles a la presencia de alérgenos que otros.

2.3.Hipótesis de la rinitis alérgica desde la psicossomática con base analítica

Para explicar la rinitis alérgica desde la psicossomática, se empezará exponiendo todo lo psicológico de la enfermedad. También es importante mencionar la influencia de la cultura latinoamericana en las enfermedades orgánicas sobre las mujeres que padecen rinitis alérgica. Con respecto a lo psicológico, se expondrá las hipótesis en la que los afectos repercuten en los trastornos respiratorios desde autores como Luis Chiozza y José de Jesús González que son psicoanalistas latinoamericanos; argentino y mexicano, respectivamente. Su enfoque es psicoanálisis postfreudiano.

Al continuar, gse expondrá sobre el significado psicossomático de la alergia y la piel desde el psicoterapeuta alemán Thorwald Dethlefsen, y el psicoterapeuta berlinés Rüdiger Dahlke, porque la rinitis de la investigación es un tipo de alergia que afecta la piel de la mucosa nasal. Posteriormente, con relación a la rinitis, se hablará del significado de la nariz desde Guillermo Ferrari Hardoy, psicoanalista argentino. Por último, se recopilará toda la información psicoanalítica que específicamente, haga mención a la rinitis alérgica.

En primer lugar, el ser humano se encuentra influenciado por la cultura y el medio social en el que se desenvuelve. De acuerdo a los factores sociales, económicos, familiares y sociales, el sujeto interacciona con el otro y desarrolla su lenguaje para expresar su malestar. En efecto, la cultura provee al ser humano la capacidad de comprender lo que “[...] ‘habita’ en cada uno de sus integrantes” (Chiozza, 2008, p. 92). Entonces, el cuerpo se simboliza desde

las nociones que se tienen alrededor de él, con respecto a su valoración social, así como, la relación que tiene con su género, la etnia, o el modo de vida en la urbe o en lo rural (Rodríguez, 2008).

Con respecto a la enfermedad, el modelo biomédico predomina en la cultura occidental: “Este modelo pretende entender la salud como un proceso biológico, un ‘hecho sanitario’ desligado de la realidad social, cultural, política, económica que la rodea.” (p. 8). También, en el caso de las mujeres existe una influencia de la cultura: “La salud de las mujeres no se explica por la biología, sino por la posición social, roles, identidad sexual, valores y normas que estructuran los significados del ser hombre y ser mujer” (Rodríguez, 2008, p. 9). Así, la cultura tiene el saber de la cura y de la satisfacción de deseos que se transmite con la interpretación de las experiencias, de los afectos y del malestar (Chiozza, 2008).

En esta vía, las formas en que socialmente se acepta las expresiones del ello, influyen en el cuerpo y el psiquismo del sujeto:

Decimos todo esto ahora porque solemos pensar que el alma se coloca frente a la cultura y al espíritu como lo hace el yo cuando contempla al superyó, pero es esencial comprender que una parte importante de la cultura y por ende del espíritu, provienen de las innumerables existencias anteriores del yo contenidas en ‘Ello’, las cuales precisamente, funcionan como disposiciones latentes (Chiozza, 2008, p. 94).

De este modo, la cultura se expresa en la función de un órgano. Este órgano cultural se somete a las tradiciones, religiones, y normas que la sociedad impone y que obstaculiza la satisfacción directa de los deseos (Chiozza, 2008). También, la cultura tiene una expresión individual, considerando los tiempos biográficos de una vida humana:

No existe, por ejemplo, en los términos de una vida humana, ‘camino de vuelta’ a la inocencia, porque la experiencia, que deshace a la inocencia, se integra de manera indisoluble en la memoria que define los límites ‘yoicos’ de esa existencia humana (Chiozza, 2008, p. 101).

En otras palabras, existe un equilibrio en las formas biológicas de los cuerpos, donde la cultura y el cuerpo interactúan de forma circular. Sin embargo, ante un cambio catastrófico, se rompe dicho equilibrio y se genera la enfermedad:

Durante el estudio, que llamamos patobiográfico, de los pacientes que nos consultan porque, acercándose al borde del caos, se encuentran inmersos en una crisis que se manifiesta como una enfermedad en el cuerpo, o como una forma del sufrimiento anímico que no logran evitar en la prosecución de sus vidas, hemos aprendido que su crisis se halla vinculada al significado que atribuyen a su historia, construida con recuerdos y proyectos (Chiozza, 2008, p. 103).

Así, la cultura humana permite dar significado a las crisis, en base a la palabra del otro y de su propia experiencia. Es decir, que la historia del sujeto influye en la obtención de una enfermedad específica como la rinitis alérgica. Sin embargo, coexiste un vacío de significación por donde atraviesa un evento que no es tolerable al psiquismo de un sujeto y son los afectos los que organizan la verdad biográfica (Chiozza, 2008).

En la cultura latinoamericana, las mujeres tienen un papel diferente al hombre y esto influye en la concepción de enfermedad (Rodríguez, 2008). En Ecuador, las mujeres son la mayor población que asiste al médico y al psicólogo (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010), lo cual significa que la cultura influye para que las mujeres asistan al médico. También, en la adultez el proceso cultural puede interrumpirse y deformarse en enfermedad “Debemos ahora señalar, aunque sea brevemente, la manera en que un trastorno en la adjudicación de valores llega a configurar una verdadera enfermedad de la cultura” (Chiozza, 2008, p. 105). Es por ello, que una enfermedad es diferente en cada cultura y se da con mayor frecuencia en un país que otro, lejos de los factores etiológicos que puedan tener.

También, la influencia del discurso médico de la enfermedad promueve un camino para el sujeto, quien elige el cuerpo para evitar el camino que no se puede tolerar y que atemoriza (Chiozza, 2008). Aquí el debate se centra en cómo la cultura latinoamericana influye sobre la obtención de una enfermedad como la rinitis alérgica en mujeres (Barnica-Alvarado, et. al., 2015).

Por último, los afectos influyen en la obtención de una enfermedad. Los afectos son una necesidad que precisa ser satisfecha en la naturaleza humana (Chiozza, 2008). Igualmente, las mujeres recuerdan lo pasado, con el anhelo de sentir lo perdido. Pero, la forma de satisfacción es un engaño: “También decíamos que, frente a la tarea interminable coexiste con la vida misma que intentará ser lo que aún no es y que lo intentará bajo la forma engañosa de querer ser lo que ya fue” (Chiozza, 2008, p. 110). De este modo, lo saludable es vivir con nostalgias y promesas incumplidas y de buscar una forma de responder a la falta, sin ser una enfermedad orgánica. Si los afectos no son expresados o causan malestar significativo en la persona, es probable que se manifieste en el cuerpo.

La rinitis alérgica se relaciona con el sentirse abatido y se manifiesta en la dificultad para respirar. La respiración es el símbolo de lo anímico y lo espiritual. La respiración “[...] impide que el ser humano se cierre del todo, se aíse [...]” (Dahlke & Dethlefsen, 2009, p. 81). En el proceso de inspirar aire, se puede considerar una permeabilidad con el ello: “[...] la represión de la vivencia de falta de inspiración para producir de modo creativo podría manifestarse, también en forma específica, como trastorno respiratorio” (Chiozza, 1981/2008, p. 200). Entonces, los afectos están involucrados en la respiración y en la rinitis alérgica, la respiración está alterada.

También la respiración pulmonar representa al aliento y ser alentado: “[...] la *función respiratoria* normal se acompaña de la vivencia de ‘estar alentado’.” (Chiozza, 1981/2008, p. 208). Un trastorno respiratorio representa una forma de desaliento:

[...] suele simbolizarse por medio de la falta de un ‘aire’ que ha sido ‘quitado’, tal como lo testimonia la elección de la palabra ‘desaire’ para referirse a este tipo de rechazo o desprecio [...] no recibir el apoyo o el estímulo para emprender una acción (Chiozza, 1981/2008, p. 209).

Así, el anhelar es “respirar con dificultad” (Chiozza, 1981/2008). Por lo tanto, el respirar representa el sentirse animado y el anhelar el cariño materno puede ser una respuesta para esa dificultad para respirar.

En este sentido, la respiración está en relación con las emociones: “Los estados emocionales intensos modifican la regulación de la respiración pulmonar” (González, 2001, p. 164). Todo lo que produce angustia, como la separación, la pérdida y situaciones de vergüenza y culpa tiene repercusiones en los trastornos respiratorios. Dado que los mecanismos yoicos son incapaces de tolerar la angustia, el organismo genera una respuesta psicósomática como la rinitis alérgica (González, 2001) que aparece en la dimensión corporal.

Por otro lado, los trastornos corporales ocultan afectos. Pero no es represión entendida como mecanismo de defensa de la histeria porque es lenguaje de órgano. En la rinitis alérgica, las mucosas y la piel son zonas erógenas que se estimulan con el tocarse. La sensación de contacto proporciona placer, asociada a las sensaciones de suavidad y calor en las primeras experiencias de la vida fetal con la madre. Los sentimientos de desprotección pueden expresarse en la piel y las mucosas (Chiozza, 2008). Asimismo, las mucosas rechazan los cuerpos extraños como el polen, lo que manifiesta: “[...] diferencias individuales considerables y que éstas permiten distinguir a los demás como objetos de atracción o rechazo y, al mismo tiempo, permiten afirmarse a sí mismo, como un individuo que reconoce la individualidad de su piel” (Chiozza, 2008, p. 177).

En efecto, la relación de sensibilidad de alguien ante otras personas se manifiesta en la piel de las mucosas, cumpliendo la función del sistema inmunitario (Chiozza, 1981/2008). Así, la piel lleva a tener contacto con el otro, y manifiesta la forma de ser: “La piel no sólo muestra al exterior nuestro estado orgánico interno sino que en ella y por ella se muestran también todos nuestros procesos y reacciones psíquicos” (Dahlke & Dethlefsen, 2009, p. 113). En consecuencia, la piel proyecta lo que el sujeto reprime en su interior y la forma en como establece contacto con otros (Dahlke & Dethlefsen, 2009).

Con respecto a la alergia, el sujeto construye una lista de todo lo que pueda ser nocivo y los carga de simbolismo: “Al pelo del gato (y a cualquier pelo) suelen asociarse las caricias y los arrumacos: es fino, sedoso, blando, y, no obstante <<*animal*>>. Es un símbolo del amor y tiene connotación sexual (véanse los animales de felpa que los niños se llevan a la cama)” (Dahlke & Dethlefsen, 2009, p. 77). También, el alérgico puede percibir su entorno como

tiránico; y con la eliminación de la suciedad y de polvo, satisface sus agresiones reprimidas (Dahlke & Dethlefsen, 2009).

A la inversa, los alérgenos sugieren vitalidad, sexualidad, agresividad y suciedad:

Pero precisamente esta vitalidad que exige una expresión infunde miedo en el alérgico. Y es que su actitud es contraria a la vida. Su ideal es una vida estéril, sin gérmenes, exenta de sensualidad y agresiones: estado que apenas merece el nombre de <<vida>> (Dahlke & Dethlefsen, 2009, p. 78-79).

Por esta razón, la acción de limpiarse la nariz lleva al sujeto a alejarse del mundo exterior, a reprimir su sexualidad y su agresividad (Dahlke & Dethlefsen, 2009). En este sentido, la nariz tiene el atributo psíquico de la energía, el orgullo y la sexualidad.

En la rinitis alérgica, el frío es un agente que produce alergia. El frío puede representar el miedo a la soledad, el temor a perder un ser querido, como el cariño de la madre. En el caso de las mujeres, la acción del frío puede revivir represiones vinculadas a la homosexualidad con la madre, que se liberarían con la estimulación de la nariz, análogo a la masturbación. Las mujeres al no tener pene, pueden utilizar la nariz para representarlo (Ferrari, 1944). Si bien la rinitis alérgica necesita de los cambios climáticos o alérgenos para aparecer, no es razón suficiente para creer que es la única causa. Por ejemplo, la mayoría de las personas con exposición a mucho frío, o que están en contacto con alérgenos como el polen, el polvo y el humo; no desarrollan rinitis alérgica (Ferrari, 1944).

Asimismo, la nariz es un órgano de expresión del conflicto: “El origen de ese conflicto es una situación afectiva reprimida que será despertada o recordada por cualquier estímulo biológico: frío, calor, sol, cambios meteorológicos, polvos, alérgenos, etc., que actúan como un reflejo condicionado, en su doble significación, como desencadenantes somáticos y como símbolo inconsciente” (Ferrari, 1944, p. 534). Por esta vía, la magnitud de la enfermedad está en relación con la situación afectiva reprimida. El frío y el rechazo a sustancias extrañas, representan la dificultad de separarse de la madre, de estar muy pegados a ella, o estar expuestos al peligro de una situación traumática (Ferrari, 1944).

Otra hipótesis propuesta por Thorwald Dethlefsen y Rüdiger Dahlke (2009) con respecto a la rinitis alérgica como fenómeno psicossomático es que, si la nariz está tapada, se hace imposible la comunicación, dado que la respiración es contacto y los estornudos pueden reforzar la actitud defensiva (Dahlke & Dethlefsen, 2009): “El estornudo es una descarga respiratoria brusca después de una sensación anhelosa que va creciendo” (Ferrari, 1944, p. 551). Simultáneamente, el estornudo produce placer cuando se provoca y expresa una repulsión de carácter agresivo. Así, la represión en la nariz puede expresarse como la congestión de los cornetes. En este caso, las emociones hacen cambiar la reacción de las secreciones nasales. Es por ello, que los factores psíquicos causantes del asma, de la rinitis y el resfrío, son similares (Ferrari, 1944).

Por último, otra hipótesis que está a la par con lo que dice Thorwald Dethlefsen y berlinés Rüdiger Dahlke (2009), es que la rinitis alérgica es una respuesta depresiva “[...] que disminuye la repuesta inmunitaria.” (González, 2001, p. 165). Ella tiene componentes de varias enfermedades como la alergia y la psoriasis en la piel y el asma en los trastornos respiratorios. Ello manifiesta el deseo de fusionarse con el otro: “[...] la búsqueda de una madre idealizada, con gran necesidad de revivir la relación simbiótica con la madre” (p. 165). De este modo, la rinitis alérgica es una expresión depresiva de buscar el cariño materno.

Justamente, ante el temor de perder el cariño materno, la rinitis alérgica representa la retención de lágrimas. Luis Chiozza (1963/2008) propone que cada vez que aparece una situación traumática, se reprime la tendencia a llorar:

Observaciones similares hemos leído en otro estudio sobre rinitis (Wolf, 1966). El sujeto a quien se le habla de situaciones penosas de su vida retenía las lágrimas, pero esto le producía un ataque de rinitis con enrojecimiento y congestión de la mucosa nasal. (p. 92)

Entonces, la retención de lágrimas se entiende como aquellos eventos que no se pudieron apalabrar. Es decir, hay afectos contenidos que no se han simbolizado. En el caso de la rinitis alérgica, el afecto no expresado está en relación con el sentimiento de pérdida. Así, las lágrimas toman el camino de la rinitis para expresarse (Chiozza, 1963/2008). También, las

lágrimas representan otros líquidos corporales como el semen o la sangre, lo sexual y agresivo, que al no poder manifestarse se acompaña de una enfermedad como la rinitis alérgica para poder hacerlo.

A continuación, se presentará un resumen de un caso, donde se evidencia la rinitis alérgica como fenómeno psicossomático. Patrick Morinbot (s/f) expone el proceso de análisis lacaniano de un hombre de 25 años que sufre una rinitis alérgica desde su adolescencia. En el primer tiempo de la enfermedad, él era niño y vio a su madre curar el pene del padre: “En el marco de la puerta, él percibe a su madre arrodillada y atenta, curando el pene herido del padre, que está sentado entregado a las manos maternas” (Morinbot, s/f). En el segundo tiempo, después de un encuentro sexual precoz desarrolla rinitis alérgica severa.

La rinitis persiste a pesar del tratamiento médico. Su rinitis empeora cuando se entera que va a ser padre. Pero ello le permite hacer asociaciones con la escena primitiva: El uso de mercurocromo para limpiar el pene del padre tenía un valor de holofrase “mère (ma-dre), cure (cura), ocre (ocre), homme (hombre)” (Morinbot, s/f). Es fenómeno psicossomático porque hubo “memorialización del encuentro de goce” (Morinbot, s/f). El paciente se cura de la rinitis alérgica porque se lee esa escritura del cuerpo y se posibilita el cambio de escritura, pasando del fenómeno al síntoma (Morinbot, s/f). Se entiende la metonimia de significantes que no hacían sentido.

En definitiva, la cultura define la concepción de enfermedad, la identificación y selección de una parte del cuerpo con un valor de significados. La enfermedad permite interactuar con otros individuos, así como, tener una actitud para enfrentarse a situaciones no apalabradas. También, algunos orificios de la piel son zonas de erotización, y en el caso de la rinitis alérgica se erotizan los cornetes nasales que se intentan reprimir y que expresan conflictos. Los autores postulan que la rinitis alérgica está en relación con la retención de lágrimas ante situaciones de dolor no apalabraas (Chiozza, 1963/2008) (González, 2001).

3. Relación del fenómeno psicossomático con la historia de vida de mujeres diagnosticadas con rinitis alérgica

En el presente capítulo se pretende analizar la relación del fenómeno psicossomático con la historia del sujeto⁴ en seis mujeres con rinitis alérgica. Para ello, se expondrán la hipótesis y los pasos seguidos en la metodología. Así como, las características de la población. Posteriormente, se realizará el análisis de los resultados obtenidos, para, finalmente, hacer una discusión de ellos.

3.1. Hipótesis y metodología

La hipótesis del presente estudio, dice:

La rinitis alérgica como fenómeno psicossomático, se relaciona con la retención de lágrimas en la historia del sujeto.

Con retención de lágrimas se refiere a un fenómeno psíquico que se caracteriza por no expresar del sentimiento de pérdida, el sustento de la hipótesis se encuentra en la bibliografía utilizada en el segundo capítulo de la presente investigación. La rinitis alérgica es una enfermedad psicossomática que se encuentra marcando lo real del cuerpo (cuerpo físico) (Eidelsztejn, 2008). La hipótesis está determinada desde la psicossomática con base analítica (Chiozza, 1981/2008) (Dahlke & Dethlefsen, 2009) (González, 2001), que propone varios significados para la rinitis alérgica. En lo que respecta a la rinitis alérgica como la retención de lágrimas, se expone de esta forma para poder dar cuenta de los eventos no apalabrados⁵ que se dieron en la infancia, la adolescencia y la adultez.

Si bien existen varias hipótesis sobre lo que se expresa en los órganos como enfermedad, la lógica del “No todo” (Lacan, 1973/1997) también es aplicable en estos casos. Es decir, que el análisis de caso por caso, permite dar cuenta de la vida de la persona en su individualidad.

4 Historia del sujeto: historia de vida, sucesos y acontecimientos de la biografía del sujeto donde se relacionó con otros individuos y tiene una carga afectiva y emocional.

5 Eventos no apalabrados: Situaciones que no se ha podido hablar sobre ello, no se ha podido simbolizar.

En la hipótesis planteada, la retención de lágrimas no es una metáfora porque el organismo y el cuerpo están juntos en holofrase “organismo-cuerpo” (Morinbot, s/f), es un postulado contingente que se pretende considerar en las entrevistas semiestructuradas.

Si existe algo que se manifiesta en el cuerpo en forma de retención de lágrimas, se clasificará en las categorías de padres o cuidadores primarios, pares y pareja en las respectivas etapas de las entrevistadas. Dado que los eventos no expresados con palabras se pueden entender desde la historia de vida del sujeto, se describirá la relación que ha tenido con figuras parentales durante toda su vida, porque estas figuras al igual que los pares y la pareja forman parte de la historia del sujeto en su relación con los otros.

Tabla 2

Hipótesis, variables, indicadores y técnicas de la investigación

Hipótesis	Variables	Indicadores	Técnicas
La rinitis alérgica como fenómeno psicossomático se relaciona con la retención de lágrimas en la historia del sujeto.	Independiente: La retención de lágrimas en la historia del sujeto	Información de la relación con figuras parentales o cuidadores primarios y pares en la infancia, así como, la relación con figuras parentales, pares y pareja en la adolescencia y la adultez.	Entrevista semiestructurada. Test de apercepción temática (láminas 1, 3 BM, 5).
	Dependiente: Presencia o ausencia de rinitis alérgica como fenómeno psicossomático.	Diagnóstico establecido por un médico especialista	Entrevista semiestructurada

La variable independiente es la retención de lágrimas en la historia del sujeto. Retención de lágrimas son aquellos afectos que no fueron simbolizados. Esto hace mención a los acontecimientos en la vida de las mujeres que pueden ser el causante de retención de lágrimas, todos esos momentos tristes en su vida. Los indicadores de esta variable son los cuidadores primarios o padres en la infancia, así como, la relación con los pares. En la adolescencia y adultez, se incluye la relación con la pareja. Los instrumentos utilizados para medir los indicadores son la entrevista semiestructurada y la aplicación del test de apercepción temática. Con respecto a la variable dependiente de la hipótesis, es la presencia o ausencia de rinitis alérgica como fenómeno psicossomático. Se refiere a la rinitis alérgica como enfermedad de las

personas entrevistadas. Para ello, el diagnóstico debe ser establecido por un médico especialista. Esta información se recopila en la entrevista semiestructurada.

Por otro lado, la metodología inicia con:

- La comprensión bibliográfica del fenómeno psicossomático, el síntoma conversivo y la hipocondría desde el psicoanálisis, contenido en el primer capítulo.
- Revisión teórica de la rinitis alérgica desde el enfoque médico.
- Planteamiento de hipótesis de la rinitis alérgica como fenómeno desde la psicossomática con base analítica. Todo lo concerniente a la rinitis alérgica se recopila en el segundo capítulo.
- Se realiza una guía de entrevista semiestructurada (Anexo 1).
- Se formaliza el consentimiento informado (Anexo 2).
- Se ejecuta un pilotaje para establecer el tiempo de la entrevista y la aplicación del test.
- Con base a esto, se hacen cambios en el consentimiento informado y el tiempo estimado de duración se define a una hora y media, aproximadamente.
- Al final, la entrevista semiestructurada queda dividida en 6 secciones. Ésta contiene los datos generales, la historia de salud, la historia vital en relación con figuras parentales o cuidadores primarios, pares en la infancia; y de figuras paternas, de pares y de pareja en la adolescencia y en la adultez.

En la última parte de la entrevista, se propone aplicar un test proyectivo, el test de apercepción temática, donde se seleccionan 3 láminas que faciliten encontrar relación con la hipótesis planteada. Con este test se analiza según Brinkmann (2002) lo siguiente:

Lámina 1: Esta lámina permite proyectar las actitudes ante las metas propias o impuestas.

Lámina 3: Dicha lámina permite manifestar las culpas, o contenidos depresivos.

Lámina 5: Permite analizar expectativas con relación a la madre.

Estas láminas permiten recolectar mayor información sobre las actitudes ante situaciones tristes y de soledad, la relación con los otros, específicamente con la madre, dado que según la

teoría el afecto no expresado es el temor de perder el cariño materno. Las láminas aplicadas son 1,3 (BM), 5. La lámina 1 es un niño contemplando un violín. En la lámina 3 (BM) se observa a una persona inclinada en un sofá, visto desde espaldas. La figura da a interpretarse como una mujer o un hombre. Por último, la lámina 5 se observa una mujer con expresión de asombro, con la mano en la perilla de una puerta abierta. La mujer es ambigua en cuanto la edad (Brinkmann, 2002).

El tipo de investigación es descriptivo-exploratorio, por lo que el análisis es categorizado a partir de los datos obtenidos. Para recolectar la información de los dos grupos se hace grabación de voz y se toma apuntes mientras se realiza la entrevista. Se crean varias tablas para explicar las partes de la entrevista y del test proyectivo en cuanto a las temáticas que se repitan: relación con los padres, los pares y la pareja.

3.1.Población

La población o universo son mujeres de 20 a 30 años de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en Quito (PUCE). La muestra en el plan aprobado es 5 mujeres con rinitis alérgica pero se realizó a 6 mujeres, las cuales son seleccionadas a través de muestreo no probabilístico de tipo intencional y discrecional, que cumplan los siguientes criterios de inclusión: Mujeres entre 20 y 30 años, que hayan sido diagnosticadas con rinitis alérgica y que sean o hayan sido parte de la PUCE. Esta muestra es pertinente porque se realiza un análisis cualitativo de entrevistas semiestructuradas lo más profundo posible para encontrar las variables y proporcionar información fiable y organizada.

A continuación, se presenta un cuadro con la información de las entrevistadas:

Tabla 3

Población participante en la investigación

Participante	Entrevista n° 1	Entrevista n° 2	Entrevista n° 3	Entrevista n° 4	Entrevista n° 5	Entrevista n° 6
Edad	26 años	22 años	22 años	23 años	23 años	29 años
Ocupación	Psicóloga	Estudiante	Estudiante	Estudiante	Estudiante	Estudiante
Duración de entrevista	69 minutos	62 minutos	33 minutos	29 minutos	91 minutos	46 minutos

En la tabla se observa que las mujeres tienen entre 22 años a 29 años. Cinco de las entrevistadas están estudiando, una ya es graduada de Psicóloga. El promedio de duración de las entrevistas fue de 55 minutos. Entre ellas, el menor tiempo de duración fue 29 minutos en la cuarta entrevista y el mayor tiempo de 91 minutos en la quinta entrevista.

3.2. Análisis de resultados

3.2.1. Análisis de entrevistas semiestructuradas

Para facilitación del lector, se presenta un resumen de cada entrevista en el Anexo 3. A continuación, se hará análisis de la entrevista, pregunta por pregunta:

Tabla 4

Pregunta 2: ¿A qué edad se realizó el diagnóstico?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
A los 16 años para la rinitis alérgica.	Cuando tenía... creo que unos 8 años.	De que me hayan dicho que tengo rinitis fue hace unos 3 años (19 años)	Sí me diagnosticaron cuando estaba en la escuela, o sea, ya como en el colegio, en segundo curso (14 años).	Desde mis 10 años, yo sufrí un proceso alérgico como asma.	Creo que a los 18, creo.

Se evidencia que la rinitis alérgica se diagnostica con frecuencia en la adolescencia. A diferencia de la frecuencia de diagnósticos médicos que se inician en la primera infancia (Garde, 2012), por lo que no coinciden con la población común. En el caso de las entrevistas, puede que la reacción alérgica sí se presentara en la infancia pero no fue diagnosticada a tiempo o puede que se relacione con una situación no simbolizada, sino que realizó un corte en el cuerpo en forma de rinitis alérgica.

Tabla 5

Pregunta 3: ¿Quiénes estuvieron con usted cuando tuvo el diagnóstico?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Su abuelito me acompañó para pagarle la cita médica y de ahí sola.	Mi mamá	Con mi mamá.	Mi mami.	Mi mamá y mi papá.	Mi papá, primero mi papá y de ahí todo sola.

La presencia de la madre en el diagnóstico médico puede deberse a la cultura de nuestro país, donde ella es el centro de la familia y es quien se ocupa de los hijos. Y también puede dar cuenta de la relación con la madre, que está pendiente de la salud de la entrevistadas y que le acompaña en varias ocasiones como se observará en las siguientes preguntas.

Tabla 6

Pregunta 4: ¿Cuándo empezó el malestar de la rinitis?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Desde niña tuve malestares para respirar.	Creo que unos ocho años.	No sabía que pasaba. Dicen que tengo rinitis desde muy chiquita.	Siempre me daba alergia al perro. Yo nunca podía tener perro de niña.	Mi niñez siempre fue normal hasta los 10 años, y de pronto llegué a la casa y empecé a quedarme sin aire.	Yo personalmente, me sentí un poco mal, cuando yo busqué ayuda. Más o menos a los 24 años.

Esto puede entenderse, en el caso de las entrevistadas, que hubo rinitis alérgica en la primera infancia pero no fue diagnosticada. También puede entenderse que al decir “tuve malestares para respirar”, “empecé a quedarme sin aire” está en relación a la hipótesis de la respiración Luis Chiozza (1981/2008) que es tener malestares para sentirse animada, a quedarse sin aliento.

Tabla 7

Pregunta 5: ¿Qué consecuencias ha tenido en su vida a partir del diagnóstico?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Me dieron medicación, pero no la compré porque no tenía dinero. Me molesta para cantar.	Tener más cuidado en hacer las cosas.	A más de los dolores de cabeza, amanezco tapada la nariz como tuviera gripe, ronca. Estornudo con frecuencia.	No podía hacer cosas que los demás niños podían... no poder compartir tanto como cualquier niño que se moja y hace tonteras. Yo tenía que estar al margen.	No podía ser una niña normal... mis papás tuvieron que comprarme nebulizador. Cuando me enojaba y me ponía full histérica, empezaba a brotar. He tenido problema por los medicamentos.	La convivencia en las noches... cuando yo salgo a un campamento o comparto habitación con alguien, casi no duermo.

Todas las mujeres han sentido afectación en su rutina diaria, lo que puede hacer que perciban que llevan una vida diferente a los demás y se sientan excluidas. Coincide con la hipótesis del satisfacer agresiones no expresadas (Dahlke & Dethlefsen, 2009), haciendo que

los sujetos se “cuiden para hacer las cosas”, “estén al margen”, “no compartir lo que los otros niños hacen” y se alejen de sus pares, eliminen mascotas y suciedad como si esto representara algo más. Los autores proponen que los alérgenos son la sexualidad (Dahlke & Dethlefsen, 2009) y los sujetos pretenden alejarse de ello.

Tabla 8

Pregunta 6: ¿Usted tiene alguna enfermedad importante?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Asma de niña, desde los 4 años...	Asma al principio... A los diez años.	Tengo hipotiroidismo ...sinusitis... colon irritable, gastritis	Yo tenía depresión... hasta hace como unos tres añitos que dejé de tomar pastillas.	Alergia a los medicamentos de la familia “ainex”.	tengo hipotiroidismo

Dos entrevistadas refieren haber tenido asma en la niñez. Una mujer tuvo depresión en su adolescencia. Y en la actualidad, dos mujeres tienen hipotiroidismo. Una joven además de tener hipotiroidismo tiene colon irritable y gastritis. Se puede evidenciar, que todas las mujeres tuvieron otras enfermedades. El asma y la alergia a los alimentos son enfermedades esperables, puesto que existe un 70% de probabilidades que los niños que sufrieron de asma, puedan padecer de rinitis en edades más avanzadas (Austen, 2012). Así como, presentar otras alergias. Con respecto a la depresión, está en relación con la hipótesis de la investigación de José González (2001) quien propone que la rinitis es una respuesta depresiva.

Tabla 9

Pregunta 7: ¿Algún miembro de su familia tiene una enfermedad importante?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Mi papá tuvo depresión diagnóstica y falleció por cáncer de piel.	No. Sólo yo con la nariz.	Tengo hipotiroidismo... mi papá y mi mamá tienen, mi abuelita materna tienen. Presión alta tienen mi mamá y mi abuela materna. Mi mamá estuvo tomando pastillas, tuvo un micro infarto. Está tomando para la depresión. A mi hermano le dio un cuadro psicótico por abuso de sustancias.	Con la depresión, yo creo que mi papá pero nunca ha tomado una pastilla ni nada. Ni se ha hecho ver de un médico. Mi abuelita tenía osteoporosis, mi mamá osteoporosis.	Mi mamá también tiene alergia y toma pastillas para la presión. Si tengo familia que ha fallecido de diabetes, de la presión, mi abuela falleció por un tumor.	Mi papá creo que es alérgico. Eh, mi mamá tiene hipotiroidismo, yo también tengo hipotiroidismo. Eh...la familia de mi mamá tiene un historial muy grande de cáncer, y la familia de mi papá, una historia muy grande de hipertensión, pero directamente a mi mamá y a mi papá, ningún problema.

Es relevante mencionar el antecedente de depresión en las entrevistadas porque estas respuestas están en relación con la hipótesis en cuanto la depresión también puede expresarse en las entrevistadas como rinitis alérgica (González, 2001). Asimismo, hay antecedentes de otras enfermedades como hipotiroidismo, que se manifiestan en las entrevistadas. Lo llamativo también remite a la forma en que hablan de sus figuras paternas, como se confirmará en otras preguntas, la relación con los padres no es muy cercana porque no están al tanto del diagnóstico: “creo que mi papá...”, “mi papá creo que es alérgico”; a diferencia de la madre que la investigadora percibió mayor cercanía inclusive para saber con mayor detalle el historial médico de la madre, así como la madre acompaña a la hija al diagnóstico médico de la rinitis. Lo que da a entender una relación distante con respecto al padre más que con la madre.

Tabla 10

Pregunta 8: ¿Con quién vivía cuando era niña?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Vivía con sus padres y su hermano... tres años mayor que yo.	Vivía con mis padres y mi hermano menor.	Desde pequeña mi papá siempre ha estado ausente por cuestión de trabajo. Mi hermano mayor...tengo otro hermano.	Con mis dos papás.	Con mi papá, mi mamá y mi hermana menor.	He vivido con mi mamá, mi papá y mi hermana.

Existe una relación con los pares, a través de los hermanos. Independientemente de la calidad de la relación, todas las entrevistadas tienen un hogar conformado por ambos progenitores, lo que da cuenta de la conformación de la familia en la primera etapa de la vida, donde los niños necesitan de figuras paternas.

Tabla 11

Pregunta 9: ¿Dónde vivía en la infancia?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
En el norte de Quito.	En Manabí.	Siempre he vivido toda mi vida... en mi casa.	Siempre he vivido por aquí, en este barrio.	Vivía en la costa toda mi niñez. 17 años viví allá.	Desde que yo nací hasta el 2009, yo vivía en el sur de Quito.

En este sentido, la influencia del medio ambiente es un factor importante para ser tomado en cuenta para el diagnóstico de la rinitis alérgica (Austen, 2012) (Borish, 2013). Se puede evidenciar que sólo tres entrevistadas han cambiado su lugar de residencia, y dos de ellas tuvieron el diagnóstico en la infancia. Lo que puede dar a entender que el ambiente sí influyó en dos jóvenes para adquirir la enfermedad. Sin embargo, en el caso de las demás mujeres, el ambiente físico siempre fue el mismo, por lo que se puede dar la apertura a considerar otros aspectos como el antecedente familiar (Austen, 2012). Pero, en la pregunta sobre enfermedades adquiridas, dos mujeres sospechan que sus padres tenían alergia, pero no han sido diagnosticados. Entonces, al parecer existe otro factor que produce la rinitis alérgica en las entrevistadas a más del ambiente y la herencia.

Tabla 12

Pregunta 10: Respecto a su infancia ¿Qué personas fueron las más importantes en su vida?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Me llevaba bastante bien con mi papá... luego con mis abuelos maternos con los que viví luego de que mi papá se fuera de casa.	Mi papá.	Yo a mi mamá era muy pegada porque sólo hemos sido las dos.	Con mi mamá súper bien, con mi papá no... para todo era mamá...	Mejor con mi papá que con mi mamá.	Creo que lo normal la verdad. Probablemente mi mamá trabajaba mucho, eh, sí. Lo normal... mi hermana menor es un pilar fundamental de mi vida.

En todos los casos se observa que alguna de las figuras parentales fue el referente de afecto en la infancia, en tres de ellas refieren que es el padre, dos indican que es la madre y una afirma que fue su hermana. Esto indica que sí existió un referente paterno de importancia en su infancia

Tabla 13

Pregunta 11: ¿Cómo se llevaba con sus compañeros de la escuela?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Me llevaba bien con mis amigos. Me consideraba extrovertida.	Sólo me acuerdo que comían goma.	Buena de pequeña era muy amigüera... era muy machona.	Nunca fui como que muy sociable. Tenía dos que tres compañeros. No más.	Realmente no recuerdo haber tenido muy buena amistad con ellos... yo sentía como que siempre me vieron como que: "¡ah! Es una recontra híper mimada".	Yo me llevaba full bien, me sentía líder igual que en la escuela.

A la par de la rinitis alérgica, las mujeres que tuvieron el diagnóstico a temprana edad, tuvieron relación distante a nivel emocional con los pares de la escuela. A diferencia de las mujeres que su diagnóstico fue en la adolescencia. Ellas recuerdan tener una buena relación con sus compañeros de la escuela.

Tabla 14

Pregunta 12: ¿Recuerda a algún amigo de su infancia?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Tenía dos amigas del colegio. Con ellas iba a la casa y jugaban en el parque.	Si recuerdo una amiga de sexto grado que era de acá de Quito y se cambiaban siempre... ya tuvo que cambiarse y se vino a vivir en Quito... otra, ella le gustaba cantar, a mí también me gustaba cantar...nos llevábamos súper bien con ella.	Yo me acuerdo que jugaba con MaFer, Carito, Maru. Me llevaba muy bien con mis hermanos y jugábamos.	Me acuerdo la de mi barrio... Siempre venía a mi casa, jugábamos, nos peleábamos, pero ahí estábamos todos los días. Es que no tenía más.	Mis mejores amigos nunca pudieron ser chicos de mi edad que eran mis compañeros en el curso, a pesar de que eran mayores a mí con un año. Siempre tuve mejor relación con amigos de mis padres, con mis tíos.	Tuve una muy buena amiga y seguimos en contacto. Y la hermana de ella, era amiga de mi hermana y sigue en contacto. Entonces, probablemente sean una amistad de familia.

A pesar de que en la anterior pregunta, mencionaran tener una relación distante a nivel emocional, aquí se expone que la calidad de la relación con los pares es significativa en cuanto es vivida como personal y en la mayoría de casos, fueron varios amigos con los que pudieron compartir su infancia. También, se evidencia en los casos que fueron diagnosticados con RA en la infancia, sus amigos eran personas adultas, que existe una separación con el par, en cuanto se va a vivir a otra ciudad.

Tabla 15

Pregunta 13: ¿Recuerda algún momento feliz que ha marcado su infancia?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Cuando salía con sus amigas.	Cuando iba a la finca con mi papá. Ver los animalitos y el río y eso.	Cuando me trajeron a mi "puchita", mi perrita. Ella, me dieron cuando yo cumplí cuatro años. Mi "puchui" era bien bonita.	Los domingos eran mis días felices... Me acuerdo clarazo que nos íbamos al playzone, yo única hija, me demoraba toda la tarde jugando. Salíamos en familia.	Cuando me iba a la playa con ellos, cuando salía a comer con ellos, cuando viajábamos siempre mis papás, con dinero, sin dinero...	Cuando íbamos a jugar con mis primos eh... en la casa de mi abuelita.

Las jóvenes remontan el momento feliz con la convivencia con los padres y con los pares. Esto da cuenta de que pueden existir eventos asociados con la rinitis alérgica, como el

alejamiento físico de los padres y de los pares como primos y amigos, pero no específicamente en la infancia, sino luego.

Tabla 16

Pregunta 14: ¿Recuerda algún momento triste?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Cuando su papá se fue de la casa. El papá tenía problemas de depresión y consumía alcohol.	Mis pas tenían problemas, en el hogar así, que se peleaban, que a mi papá le gustaba tomar y que mi mamá era full enojada siempre.	Cuando me mordió el perro y estuve tres meses sin verme al espejo..., tenía unos amigos en el conjunto que se burlaban y me decían que era gorda. Y desde ahí tengo problemas con mi imagen.	Fue las dos cosas, feliz y triste: cuando mi papá se fue a España.	Cuando falleció mi abuelita ...	En mi cumpleaños..., mis hermanos están de visita, no sé por qué no los invitamos a la fiesta, pero estábamos de visita... yo creo que 9 años.

La partida del padre de casa es un momento triste de la infancia. Otras mujeres recuerdan que sus padres tenían problemas porque su papá bebía alcohol, fallece su abuela, sus medios hermanos fueron excluidos de su fiesta de cumpleaños y cuando tiene un accidente con un perro, y a raíz de ello, tienen problemas de relacionarse con los pares. Lo que se agrega es el fallecimiento de una figura materna, que es la abuela. De este modo, se expone que todas las entrevistadas han tenido lo que Jorge Ulnik (2008) denomina sucesos vitales, lo que puede generar enfermedades orgánicas. Con sucesos vitales se hace relación a todos los eventos no expresados con palabras que pueden causar que los afectos no se simbolicen, en estos casos son el alcoholismo del padre, la separación con el padre y los pares y la pérdida de un ser querido como la abuela.

Tabla 17

Pregunta 15: ¿Cómo resumiría su infancia?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Tuve una buena infancia. Con muchos cambios. Fue bastante difícil cuando papá se fue de la casa.	Un poco turbia al inicio... y luego como se fue tomando estabilidad.	...bien. Con problemas y todo pero divertida, algo que extraño mucho y añoro también.	Ahorita yo diría que fue algo muy feliz.	Una infancia muy libre, en cuanto haberme podido expresar artísticamente, en todos los escenarios que te puedas imaginar.	Full activa, me encantaban los deportes... Cualquier cosa que había yo me metía por hacer deporte. Por estar en grupo. En equipos de grupo.

Las resumen su infancia con calificativos positivos: “feliz”, “libre” y “activa”. Dos mujeres dicen que estuvo bien, pero con cambios o difícil. Una, la recuerda turbia, pero fue tomando estabilidad. Así, la infancia de las personas entrevistadas ha tenido episodios tristes que son significativos para cada una. En cuatro casos, las mujeres son capaces de identificar aspectos relacionados con la madre. Dos de ellas expusieron que su madre era distante cuando su padre también se distanció de ellas.

Tabla 18

Pregunta 16: ¿Qué personas fueron las más importantes en su adolescencia?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Mis amigas del colegio.	Dependiend o el tema. Por ejemplo, algo de chicos, con mi mejor amiga, con Fifi. Eh... algo de mi familia, con mi abuelita.	Siempre, mi mamá es muy estricta, "muy chapada a la antigua", pero... Por eso son las peleas, pero nos entendemos.	Sólo ha sido mi mami y yo para todo... Toda la vida, como que mi papá se ha querido meter en ese círculo familiar, y está bien pero no tenía esa costumbre de incorporar uno nuevo a un núcleo de amor.	Todo eso se lo debo al apoyo de mi mamá, perdón, al apoyo de mi papá, a la alcahuetería de mi papá de decirme anda, tienes una oportunidad, corre. Pero también a la disciplina de mi mamá.	Me metí a este grupo que era de la iglesia, que igual me marcó sobre todo una asesora, que se llamaba Sor Mary Rommel. . Ella falleció, justo un año antes de que yo salga como voluntaria.

Tres mujeres dicen que la persona más importante fue su madre. De ellas, una mujer menciona también a su papá. Las otras tres mujeres refieren a sus amigas. Entre ellas, una menciona a su abuela y otra a una monja, una mujer mayor. Así, la relación que se establece

con la madre es significativa. En todas las entrevistas, las jóvenes refieren a una figura femenina: madre, amigas, abuela, una monja.

Tabla 19

Pregunta 17: ¿Con quién vivía cuando era adolescente?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Mamá, hermano y abuelos maternos luego del divorcio de mis padres a los 11 años. A los 15 años, mi mamá se va con su pareja a Estados Unidos.	Vivía con mis padres y mi hermano al principio. Y después ya me vine a vivir acá en Quito.	Yo vivo ahorita con mi mamá, las dos...y mi abuelita, perdón, materna...	Siempre he vivido con padres.	Igual, con mis papás y mi hermana hasta los 17.	Porque mis papás se separaron después de la crisis económica...Y vivía solamente con mi hermana y mi mamá. Igual a los dos años, ya regresaron juntos.

En esta pregunta, la dinámica de la familia cambia con respecto a la infancia. Su padre se ausenta de su adolescencia y otras dos se separan de los padres en la adolescencia tardía. La decisión de separarse del padre no es esperable. Se debe a un divorcio o por el trabajo. En cambio, de las entrevistadas cuyos padres se separaron, admitían llevarse mejor con el padre, por lo que el grado de afectación puede ser más significativo.

Asimismo, la mitad de las entrevistadas admite tener una mala relación con la madre, dos de ellas se llevaban mejor con el papá y él se va. Una de ellas tuvo el diagnóstico de la rinitis alérgica, un año después de que su madre se fuera de viaje y también la abandonara. Lo evidente, es que cuatro de las entrevistadas tienen mala relación con algunos de sus padres y la relación con los padres cambia en la adolescencia

Tabla 20

Pregunta 18: ¿Cómo se llevaba con sus padres cuando era adolescente?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Mi papá se mudó por el tema de las drogas y mi mamá se comportaba como una adolescente. Me decía: “tu verás”.	No le quería yo a mi mamá, para nada, no le quería. Después ella se disculpó conmigo y todo eso. Y la relación como que se fue re estableciendo.	Mi papá no se lleva con Juan y eso marca mucho en la relación. Entonces, no, no, siempre ha habido una mala relación.	Mi mamá era súper parca, desde que yo ya no sentía el cariño que me daba antes. De ahí, ya nos llamó a las dos, y de ahí me contó eso que lloraba por las noches.	Ya empecé a tener complicaciones ahí, no muy fuertes pero si tuve complicaciones en mi adolescencia con mi mamá. Porque mi mamá, era súper dura, siempre fue súper dura, quizá esa dureza logró fomentar disciplina en mí.	Tuve muchos problemas con mi mamá obviamente, porque mis papás se separaron después de la crisis económica. Pero la relación con mi mamá fue tremenda.

Las mujeres admiten tener una mala relación con la madre. Sentían que se comportaba como una adolescente, que no le quería, no sentía su cariño, que la relación fue una guerra. También, dos de ellas han tenido mala relación con su papá. La pérdida del cariño materno como un factor para tener rinitis alérgica propuesta por José González (2001), se hace evidente en la vida de las entrevistadas.

Tabla 21

Pregunta 19: ¿Recuerda algún momento feliz que ha marcado su adolescencia?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Cuando mi mamá vino a mi graduación.	Pasaba leyendo, pasaba full en la iglesia, leyendo libros de la iglesia (risas), cantado en la iglesia, haciendo programas de radio, pasaba con mis amigos que eran sanos.	Conocer a Juan. A mi novio actual. A él le conocí a los dieciséis años. O sea, eso fue algo muy bonito. E irle a visitar a mi Hermano a los doce años.	Cuando terminé el colegio.	Generalmente eran mis presentaciones ... ensayábamos todos los días, madrugábamos, nos quedábamos hasta tarde, comíamos juntas, viajábamos para algún concierto.	Es que es chévere porque yo fui nombrada coordinadora general de la zona. Bueno realicé un congreso y tenía 15 años... y fue bacán porque empecé a entender la responsabilidad.

Con respecto a un momento feliz, se remite a los logros personales como graduarse, ser nombrada para realizar un congreso y tener conciertos. Una de ellas recuerda que su graduación estuvo vinculada con el cumplimiento de la promesa de la madre de visitarle.

Asimismo, tres mujeres relacionan la convivencia con los pares como momento feliz. Pasar con los amigos, viajar y ensayar con ellos y visitar al hermano que vive en el exterior. También una entrevistada vinculó el conocer a su novio. De este modo, tener logros personales y estar con pares, es lo que estas jóvenes, en su adolescencia, consideraron como positivo.

Tabla 22

Pregunta 20: ¿Tuvo pareja?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
No tuve pareja hasta que tuve 21 años.	Tuve un novio a los 16 años, mi primer novio. Era de la iglesia, mis pas no le querían porque era músico.	Yo he tenido antes de Juan, está José, unos dos novios antes pero un año duré con José y con otro, Juan ha sido mi relación más larga, seis años.	De adolescente tuve hasta que empecé a tomar pastillas, dos. Pero de ahí no más.	No. O sea, tuve como que el típico vacile y uno que otro vacile por ahí. Si me enamoré, pero, no es algo que haya influenciado mucho realmente.	No. No. No. Era sólo un crush, no éramos pareja.

Dos personas reconocen haberse enamorado de alguien a quien ellas no le dan importancia: “típico vacile”, “sólo era un crush”. Dos personas mencionan que tuvieron dos parejas pero sus relaciones no terminaron bien, por la influencia de los padres. Por otro lado, una mujer menciona que tuvo tres parejas de los cuales, la última sigue con ella. Y otra mujer no tuvo pareja en su adolescencia. Así, la relación con la primera pareja está marcada por un carácter intenso en algunas jóvenes o de desinterés en otras chicas.

Tabla 23

Pregunta 21: ¿Cómo se llevaba con ella?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
No tuve pareja hasta que tuve 21 años.	No era una relación muy sana, digamos. O no sé tal vez sí, ahora soy diferente. Yo no soy expresiva, sentimental, y esas cosas que en ese tiempo sí.	Yo siempre he llevado relaciones largas. A mí me cuesta estar coqueteando con uno y con otro... no sé yo no me siento muy mujer, o sea me siento mujer a mi manera... No soy muy amorosa, no me gusta expresar mi cariño en público.	Es que verás, sentía que las cosas no estaban bien en el hogar. Entonces, sentía que mi mamá necesitaba de mi cariño, no tenía cariño... no le puedo defraudar a mi mamá y sólo les corté.	Sí sufrí mi momento, como que un año sufrí por un chico, pero ahora ni le recuerdo, ni nada que ver. No es algo que me haya causado estragos.	Andaba con este muchacho que no fue mi pelado pero fue un crush súper fuerte. O sea, súper intenso, sentí que se puede vivir, al límite.

Las mujeres que han tenido pareja reconocen que su primera relación afectiva estuvo marcada por la emotividad. Les afectó de tal forma que en la actualidad su forma de ser ha cambiado. Asimismo, hay una separación de esta pareja por la disposición de los padres. En la búsqueda de una pareja externa, sus figuras parentales siguen siendo importantes en estas decisiones.

Tabla 24

Pregunta 22: ¿Cómo se llevaba con sus compañeros del colegio?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Muy bien. Pero era la chica “rara”, hasta que me comencé a llevar con una chica “popular” quien se separó de sus amigas y comenzó a llevarse conmigo.	Éramos las tres a todo lado, el mismo zapato, la misma cartuchera, lo mismo todo.	Bien. Eso bien... Yo me llevaba más con hombres que con mujeres.	Igual, toda la vida he sido dos o tres. Con el resto, o sea, siempre me llevaba con todos pero siempre con la Ariana que era mi mejor amiga.	Tengo muy buenos amigos allá. En el colegio no éramos muchos. Pero de los 9, panas, panas, panas, siempre tuve a Mariela. Como que yo misma me aplaqué. Como que dije no, no me interesa realmente.	Bien, con estas dos chicas que eran mayores a mí. Pero me molestaban y todo bien, yo les molestaba y todo pero una relación súper cortés pero no íntima.

Cuatro mujeres prefieren llevarse con personas del mismo sexo, inclusive dos de ellas eligen figuras mayores a ellas. Estas mujeres pueden buscar el cariño de la madre en otra

mujer. Asimismo, en el polo opuesto, hay dos mujeres que reconocen tener mala relación con las personas del sexo femenino. Esto puede evidenciar un conflicto con la figura femenina.

Tabla 25

Pregunta 23: ¿Recuerda algún momento triste de su adolescencia?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
A mis 16 años, mi mamá se fue a vivir a Estados Unidos con esta pareja, quien no me agrada mucho. No hablaba con mi mamá pero me había dicho que regresaría para mi graduación del colegio y así lo hizo.	Cuando yo le terminé porque mis papás no querían. Lloré full.	Puede ser la enfermedad de mi Hermano. Cuando igual hubo esa separación de mi Hermano, cuando tuve que viajar a Chile, porque Manuel no podía venir solo. Tuvo una enfermedad, eso fue bien triste.	Cuando me cogió la depresión, si pucha, tomaba pastillas, tenía que lidiar con el sueño.	Cuando mi papá en algún momento le engañó a mi mamá. Entonces, como descubrir eso, debí haber llorado como unos seis meses seguidos. 15 años tenía.	Cuando se separaron mis viejos. Justo murió mi abuelita y salieron los problemas de herencias.

Una persona recuerda que el momento triste de su adolescencia fue cuando su madre se fue a vivir en el exterior. Esta mujer fue diagnosticada de rinitis, en la misma edad que su madre se va. Asimismo, en un comienzo, otra persona remite cuando su hermano se fue a estudiar al exterior y tuvo un episodio psicótico por abuso de sustancias. Pero, cuando se indaga más a través de otras preguntas, ella remite que lo que más le dolió es la separación de la madre. Ella nunca se había separado de su hija y tuvo que hacerlo cuando su hermano se enfermó. Otra mujer recuerda que el momento más triste fue cuando le dio depresión a los 16 años, lo que afectaba su rendimiento en el colegio y posteriormente, afectó la relación con la madre.

Otras mujeres remiten cuando su padre se fue temporalmente de la casa a los 15 años y 13 años respectivamente. Ellas tenían malestar desde niñas y una de ellas obtuvo el diagnóstico tres años después de que su padre se fuera. Aquí existe la posibilidad de que su diagnóstico se haya realizado con retraso. Dado que ella sentía malestar desde niña, pero se hizo la identificación de la rinitis cuando ella quiso irse de casa por un voluntariado.

Por último, una mujer recuerda que su momento triste de la adolescencia fue al terminar una relación con su pareja porque ésta no agradaba a sus padres. La joven consideraba que con él, ella podía ser cariñosa. En la actualidad, ella al igual que otras mujeres no puede expresar su afecto con facilidad. Este argumento coincide con los postulados propuestos por Luis Chiozza (2008) el cual hace referencia a la relación entre los afectos y los trastornos corporales.

Tabla 26

Pregunta 24: ¿Cómo resumiría su adolescencia?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Difícil. Tuve que ser adolescente cuidando de otra adolescente.	Súper tranquila, con principios full centrados, con una...como que en una burbuja.	Con muchos cambios. Cambios que tuve que hacer para continuar, no sé, sobrevivir. Lo que sí añoro, es ser como antes. Esa chica más alegre sin duda, más expresiva. Y ahora ya no.	El campo académico que fue la mejor etapa de mi vida, porque disfrutaba de estudiar, que era lo único que me llenaba en la vida. Y de la etapa familiar, yo diría que fue una de las peores.	Crecí con un montón de depresiones, un montón de tristezas. Era como que me volví muy sensible, muy dura en muchas cosas y a la vez muy sensible. Eso, yo me di cuenta que a mis 15 años mis alergias que había tenido de niña se me había vuelto psicológicas.	Intensamente vivida...Nunca me metí en problemas de drogas, nunca me metí en problemas de alcohol.

La mitad de las entrevistadas califican su adolescencia con adjetivos positivos, como intensamente vivida, súper tranquila, como en una burbuja, en lo académico, la mejor etapa de su vida. Sin embargo, una de ella hace una distinción entre lo académico y lo familiar. Y en lo familiar tiene connotación negativa: “lo peor”. Por otro lado, otra joven menciona que su adolescencia tuvo muchos cambios para sobrevivir y que añora ser cariñosa como lo era en esa época. Por último, otras dos jóvenes mencionaron que la adolescencia fue una etapa difícil porque tenía que lidiar con su madre como si esta última fuera una adolescente y porque estuvo llena de depresiones. La última joven se da cuenta que sus alergias son psicológicas, es decir, que se presentan cuando hay emociones.

Tabla 27

Pregunta 25: ¿Con quién vive ahora?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Con mis abuelitos maternos.	Sola en Quito.	Con mi mami y mi abuelita y mi "tomy", mi perrito.	Con mis padres.	Con mi hermana.	Mi papá, mi mamá y mi hermana.

En la actualidad, dos jóvenes viven con sus dos padres y una de ellas tiene una hermana. Otra joven menciona que vive con sólo con su mamá, su abuela y su mascota, a pesar de que su padre sí viva con ellas. Esto puede dar cuenta de la mala relación que tiene con su padre. Por otro lado, las demás chicas se han separado de sus padres y viven con su hermana menor, con sus abuelos maternos, o sola. En la mitad de las jóvenes su madre no está presente en su hogar.

Tabla 28

Pregunta 26: ¿Cómo se lleva con sus padres actualmente?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Mi papá falleció hace dos años. Mi mamá no pudo venir al entierro porque su pareja no le dio dinero. Mi mamá logró conseguir dinero y vino a pasar la navidad con nosotros.	No es que haya recibido full cariño de mi madre y... igual de mi papi tampoco. O sea sí, pero ahora, más que antes.	Con mi papá no te puedo decir regular, va mal hasta ahorita. Mi mamá bien, bien, bien	Nunca le hemos incorporado a mi papá y a mí sí me cuesta.	Cuando me boté de la carrera, al principio sí, no se enojaron pero si me presionaron un poco.	Bien.

Dos jóvenes dicen tener una buena relación con sus padres. Las demás se llevan mal con algún padre. La mala relación con los padres da cuenta de la inadecuación en la expresión de afectos con las primeras figuras de contacto. Las mucosas son zonas de contacto que dan cuenta de la aceptación o el rechazo ante los demás (Chiozza, 2008). En este sentido, la mala relación con algún padre puede llevar a manifestarse en el cuerpo.

Tabla 29

Pregunta 27: En general, ¿Cómo se ha llevado con sus padres?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Tenía mucho miedo visitar a mi papá. Con mi mamá nunca me llevé bien, ella era desapegada.	Mi papá es súper cariñoso, mi mami no (risas). Entonces, mi papá es como que siempre “¡ay mijita, no sé qué, no sé cuánto!”. Mi mami no, pocas veces conmigo, más con mi hermano es cariñosa.	Mi mamá bien, mi papá mal.	Sólo ha sido mi mami y yo para todo.	La verdad tengo una buena relación con ellos.	Igual bien. Tuve que volver a pedir ayuda en la casa y regresé a la universidad, en el 2015, 14, 13.

Se evidencia la importancia de las figuras parentales en las entrevistadas. En algunos casos, la edad del diagnóstico coincidió con algún evento que la entrevistada sintió abandono, ya sea de parte del padre o de la madre. Aunque en el relato se menciona el alejamiento físico del padre, también existe referencia de alejamiento de la madre, a pesar de que ella viviera con ellas. La percepción de la pérdida del cariño en las entrevistadas concuerda con la hipótesis planteada por José González (2001) y Luis Chiozza (1963/2008) al decir que, la rinitis alérgica se manifiesta como retención de lágrimas ante eventos de alejamiento en el cariño materno.

En las entrevistas la retención de lágrimas aparece como todos aquellos momentos tristes que no se expresaron con palabras y los afectos quedaron contenidos, específicamente se evidencia en la relación con los padres. Ellas sintieron sentimientos de abandono y al momento de la entrevista este discurso estuvo expresado sin carga afectiva y se describe como una situación cotidiana. Sin embargo, se repite en varias preguntas. Por lo que da cuenta de la importancia que tiene en las entrevistadas.

Tabla 30

Pregunta 28: ¿Tiene pareja?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Conocí a un chico durante 3 meses. Nos comprometimos para casarnos. Estuve con él 2 meses pero el matrimonio no se realizó. Este chico le conocí porque era amigo de mi hermano y era mayor a mí. Luego de dos meses de haber terminado, comencé a salir con otro chico y sentía asco.	No, les gustaba otra chica, me decían como: “no te quiero lastimar”. O no sé, siempre algo respecto a chicas, que no me quieren lastimar y... ajá. Yo siempre estoy predispuesta a lo que sea. No puedo abrazar a alguien... mis relaciones afectivas también, es como que hasta un punto.	Sí. Bien, o sea con él ahorita puedo ser yo. O sea, es una de las pocas personas con las que puedo ser yo. Pocas personas con las que puedo abrazar.	Cristian. No me controla para nada... siempre está pendiente de mí, siempre me busca para salir. Yo no he tenido relaciones sexuales...	Sí. Siempre hablando con la verdad, sabe qué, no me gustó eso, me sentí mal por esto, siempre tratando de no ser hipócrita, de no guardarme nada.	Actualmente no, pero sí. Si he tenido algunas parejas en la universidad. Me gusta tener el control (risas).

Actualmente, la mitad de las entrevistadas tienen pareja. Una de ellas ha estado con la misma persona desde su adolescencia y siente que puede ser cariñosa con él. Otra joven menciona que su pareja está pendiente de ella y que no le controla y otra joven hace referencia que siente que puede hablar con su pareja porque ella desconfiaba de los hombres, dado el incidente de la infidelidad de su padre. Las mujeres que actualmente no tienen novio, expusieron cómo se sintieron con la última pareja que tuvieron. Una de ellas dijo que le daba asco estar con esa persona, pero no le terminaba porque no le quería lastimar, al final, él le terminó.

Otra joven reconoció que sus pretendientes le decían que lo le querían lastimar a ella y optaban por alejarse. Otra mujer mencionó que le gustaba tener el control y que ella había elegido terminarles porque sentía que no quiere detenerlos. Esta persona no se siente de acuerdo con seguir estudiando la universidad después de trascendido mucho tiempo. Lo llamativo de su discurso es la imposibilidad de manifestar cariño a su pareja. Algunas han optado por no tener pareja, pero el tenerla no implica que sean afectivas. Por lo tanto, en los casos analizados, existe una imposibilidad de expresar cariño, lo que concuerda con la propuesta de Luis Chiozza (2008) sobre los afectos.

Tabla 31

Pregunta 29: ¿Tiene compañeros de universidad o de trabajo?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Son pocas las amigas a quien le he contado mi vida. Estar en una agrupación me ha permitido estar con gente más joven y siento que eso me permite ayudar.	Desde segundo semestre era mi amigo, hasta que nos egresamos. Prácticamente, era tres años y medio mi mejor amigo...eh, bastante confianza.	Tuve un cumpleaños anterior, fueron pocas personas. Esas son las personas que importan en mi vida.	Dos o tres amigas.	Si tuve grandes amigos en la facultad, a pesar de que me retiré. No me gustaba lo que estudiaba, pero tuve dos grandes amigas que siempre estuvieron ahí, a capa y espada.	Sí.

Todas las mujeres reconocen tener amigos. Ellas recuerdan que no han sido muchas las personas con quienes han compartido. La relación ha sido con una o dos personas, de las cuales ya no tienen contacto. Eso da a entender que en el caso de algunas chicas, la relación con los pares no ha sido duradera. Esto da cuenta de la forma de relacionarse desde la adolescencia, la manera de relacionarse con lo pares ha sido más distante acorde son más adultas.

Tabla 32

Pregunta 30: ¿Cómo se lleva con ellos?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Con la mayoría de mis amigas he sido una persona con quien se desahogan. Pero yo no con cualquiera.	No creo que tenga un amigo pero tengo varios amigos. Mi vida creo que le cuento a todo el mundo.	Nada, o sea, lo fácil no es bueno, te cuesta lo que vale la pena.	Eso sí fue difícil para mí porque estaba rodeada de personas muy alcohólicas, fumadores muy patanes.	Otro director el Carlos Andrés, a mí desde que me conoció me dijo, tú eres música, no eres nada más que no sea música. Fueron gente que siempre me apoyó.	Bien, full bien. No tengo problema en las relaciones interpersonales.

Lo que se pone en evidencia es el distanciamiento con los pares a excepción de una entrevista. A medida que las entrevistadas se hicieron más adultas, ellas redujeron el número de lazos significativos, a tal punto, que sienten que no a todas las personas que se relacionan con ellas son amigos, y que no todos sus amigos están al tanto de su vida personal. Según David Myers (2005) las mujeres desde la adolescencia se destacan por el fortalecimiento de

las relaciones interpersonales. Si una adolescente tiene un mal emparejamiento entre sus necesidades y la relación en el hogar y con los pares, es posible que influya negativamente sobre la conducta y el desarrollo psicológico (Coleman & Leo, 2003). Esto permite manifestar perturbaciones psicológicas a nivel del cuerpo, con problemas de salud.

Tabla 33

Pregunta 31: ¿Cómo se siente con su vida en general?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Considero que he pasado por muchos cambios pero eso me ha servido para ser una persona que ayuda a los demás.	Actualmente, desde que pasó eso en noviembre, he salido con cuatro chicos más, pero no... no siento lo mismo y por último hasta pienso en el Marlon más. Es como que: "cierra los ojos y piensa que es él"	Llena de cambios, adaptaciones . . . No me gusta la soledad. Odio estar sola. Me gusta estar mucho con gente, que quiero. Y divertirme.	La resumiría como una vida no tan feliz, (silencio) no sé. No me quejo tampoco mi papi también, siempre complicaciones. Pero bien, bien.	20 años de felicidad y 3 de infelicidad. Los tres de la carrera. Inclusive desde hace algunos años, desde la misma carrera me metí en la cabeza, de las enfermedades, que lloré mucho en la carrera. Entonces, todo eso me hizo madurar un montón.	Yo creo que hasta dos años, buena, intensa. Los dos últimos años me siento un fracaso, un asco

Entonces, sus vidas se resumen en éxitos o fracasos académicos y amorosos, relación con pares, pares y parejas. Hay una separación entre el ideal del pasado y el presente. El pasado es concebido como intenso, de felicidad. Ahora los cambios que han suscitado les han llevado a dar un esquema global donde se limita el contacto con los demás y en ocasiones se percibe como fracaso.

Tabla 34

Pregunta 32: ¿Usted qué piensa de la influencia de la mente en el cuerpo?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
Sí existe.	Yo creo que sí creo que está full relacionado ... el aspecto de las enfermedades con la mente.	Sí, sí. De la gastritis, todos los momentos porque es mi forma más visible de manejar el malestar y de lo que me siento mal y de lo que me he estado guardando.	Definitivamente , cuando o sea yo te digo hay cosas que pienso en mi cabeza y no puedo desarrollar ahorita en mis manos. Definitivamente , más con lo que me pasó.	El escenario para ti es como una medicina. Definitivamente, eso me pasó algunas veces en mi adolescencia. Yo subía al escenario y enronchada. Agitada. Y sacaba fuerzas de donde no tenía, y lo lograba. Entonces, la gente... los aplausos llovía.	La mente tiene mucha incidencia en el cuerpo. Pero también la mente tiene influencia del exterior. Y el cuerpo lo sufre.

Todas creen que existe relación entre la mente y el cuerpo. Ellas mencionan que la influencia viene del exterior, y dan ejemplos con sus vidas. Ellas exponen que las enfermedades como la gastritis y las alergias tienen un componente psicológico: “las enfermedades con la mente”, “es mi forma visible de manejar el malestar”, “hay cosas en mi cabeza que no puedo desarrollar ahorita con mis manos”, “subía al escenario y enronchada”, “la mente tiene mucha incidencia en el cuerpo”.

Tabla 35

Pregunta 33: ¿Qué eventos importantes podría relacionar con la Rinitis Alérgica?

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6
El divorcio de mis padres. Cuando su mamá se fue a vivir lejos.	Todos en mi familia decimos tal vez porque me sobreprotegía mi mamá cuando yo era bebé me envolvía mucho. Claro que mi mamá no sabía que yo... de que nació con alergia, nació con alergia. Pero como estaba tan expuesta a mi alérgeno, fue el detonante de la alergia.	No sé si sea, algo de mi madre, puede ser de mi madre, no sé. Pero de la rinitis es algo de ver con mi mamá, no sé. De una separación, no sé, de esas cosas, por decisiones, no sé.	Se puede estar relacionado con la etapa cuando mi papá bebía. Entonces, sentía un rechazo por mi papá.	Yo toda esta semana por los medicamentos que estado tomando, he estado súper débil. Y ese día, me fui y no pude ir a los ensayos para el concierto. No pude ir a nada. Estaba tan triste. Pero no sé había algo interno que me decía: no, tranquila, es algo interno, sólo es miedo. Es tu cuerpo. Es solamente miedo. Puedo tener mil y un cosas, pero subo al escenario y en serio nadie se da cuenta.	Cuando me medicaba, fui al Oriente, con un amigo y con mi novio y... fue chévere. Fue chévere la experiencia. Porque ver la naturaleza y percibir todos los olores fue chévere.

Cuatro jóvenes corresponden la rinitis alérgica con los padres. Dos de ellas lo hacen específicamente con la madre. Esto se ajusta con la propuesta de Jorge Ulnik (2008) quien habla de situaciones vitales que determinan enfermedades orgánicas. Asimismo, se pone en manifiesto que la rinitis alérgica concuerda con la pérdida de cariño (Chiozza, 2008) (González, 2001) relacionado con los sentimientos de abandono y rechazo por parte alguno de los padres. Este discurso se repite en varias preguntas.

En conclusión, la primera entrevista ha tenido sentimientos de abandono por parte de la mamá y el papá. Así como, una relación distante emocionalmente con la madre. En la segunda entrevista hay sentimientos de no ser querida por la madre y la madre es vista como par. En la tercera, constan sentimientos de abandono por parte del padre y de la madre. En la cuarta, existen sentimientos de abandono del padre. Y las dos últimas entrevistas, han tenido relación distante emocionalmente con la madre. Por lo que el vínculo con los cuidadores primario es un factor que influye en la vida de las mujeres de tal manera que se encuentra relación entre la rinitis alérgica y sucesos ligados a los padres.

Todas las preguntas están en relación con la rinitis alérgica porque dan cuenta de la relación con los otros, con padres, pares y pareja. En la rinitis alérgica se entiende que la mucosa pone en contacto con el mundo exterior, si hay una dificultad en el interactuar con los otros se manifiesta en la nariz (Chiozza, 1981/2008) . Hay una inconformidad con respecto a su propio cuerpo, que se expresa en las entrevistas y la rinitis alérgica no se imagina en el cuerpo, sino que es una enfermedad extraña a la conciencia del sujeto.

La psicósomática de las entrevistas radica en el no poder dar cuenta de la enfermedad orgánica pero al mismo tiempo dar pautas que se relacionan con esos momentos tristes como “el divorcio de mis padres”, “sobrepotección de mi mamá”, “ la separación con mi mami”, “con la etapa cuando mi papá bebía”, “(cuando) estaba tan triste”, “cuando me medicaba (para la rinitis) y tuve experiencias chéveres”. Esto da cuenta de la forma en que las mujeres dan sentido a su enfermedad, sin embargo esto puede o no ser realmente el detonante de su condición física. Lo que se pretende describir es la relación de la historia de vida de las entrevistadas para encontrar aquellas situaciones que pudieron marcar el cuerpo con una enfermedad. La rinitis está presente como una solución a esa no simbolización.

3.2.2. Análisis de láminas del test de apercepción temática

A continuación se presentará las respuestas obtenidas en el test de apercepción temática. Cabe recalcar que este instrumento fue utilizado para tener mayor profundidad sobre las temáticas que interesan a la investigadora.

Tabla 36

Respuestas de la entrevista 1 de láminas desde test de apercepción temática

Entrevista 1	Respuestas
Lámina 1	Pienso que es un libro. Es un niño que está pensando. Está frustrado porque no puede tocar el violín como quiere. Está tratando de hacerlo mejor forma y lo hace solo. Está casado pero está luchando. Esto parece partituras. Llega al conservatorio y es algo como “try to figure out”. Hace como hace para perfeccionar. Lo va a lograr, le va a ir bien. Está preocupado por sentir y no darse cuenta. Está pensando mucho, le va a salir bien. Parece tener una prueba importante.
Lámina 3	(Silencio) ¡Qué loco! es como si le fueran a dar una noticia. Tiene una sensación de desesperanza. El novio le cortó. Se siente mal pero veo su fortaleza en agarrarse de esto. Cerró la puerta para pensar como ser fuerte. No sé. Es una noticia que le devasta. Como la muerte de alguien, una persona que le dijo ya no te quiero. ¡Qué loco! Es súper fuerte. Es musculosa.
Lámina 5	(Risas) es una mamá que se sorprende por el orden del hijo. Entra y encuentra todo ordenado, se sorprende. Es como que “por fin sentó cabeza”. Es un cuarto alegre. Tiene flores, una mesa linda. Está como con esta cara de sorpresa (mira la lámina) y felicidad. No necesita más. La mamá cierra la puerta y se va. Se siente súper feliz: “¡Qué bien lo lograste!” y le abraza.

La persona tiene expectativas optimistas con respecto al futuro. Lo que significa que a pesar de los problemas que ha tenido en su vida como la muerte de su padre y el distanciamiento de su madre, ha podido redefinir su modo de interacción con los demás, de tal modo en que ella siente que brinda amor. Esto concuerda con su relato en la entrevista, donde mencionó pertenecer a un grupo religioso, que le permite ayudar a personas más jóvenes que ella. En cuanto a la relación con la madre, se percibe que la entrevistada ha logrado interiorizar un ideal donde la madre está contenta con el trabajo realizado por la hija y se va. En situaciones de soledad, la persona puede recordar experiencias que ha tenido con parejas, pero se siente con la capacidad suficiente para superar sus dificultades.

Tabla 37

Respuestas de la entrevista 2 de láminas desde test de apercepción temática

Entrevista 2	Respuestas
Lámina 1	¿Esto es un violín? (silencio) bueno... la niña estaba jugando, divirtiéndose, pero... le obligaron a tomar clases de un instrumento, en este caso el violín. Él está aburrido porque quería estar jugando. Los papás querían que aprendiera a tocar el violín. Entonces, los papás le pusieron a tocar el violín. Eh...entonces, le pusieron en un curso de violín, él esta aburrido, desea ir a jugar. Y después va a acabar la clase y va a dejar de estar aburrido y se va a ir a jugar. Está aburrido y esperando que se acabe el violín para irse a jugar.
Lámina 3	(silencio) Es una señora que estaba llegando de hacer... de pasear en el centro, de hacer algo, de ir a ver a alguien. Y llegó a su casa y tiene una noticia mala para su familia. Y no tiene valor para... no puede darles la noticia a la familia. Y luego de eso va a irse un rato de vuelta. Y de ahí le podrá decir. - ¿Cuál es la mala noticia? No sé. Que falleció alguien. Yo creo que eso es lo más fuerte...comunicar. - ¿Ella cómo se siente? Estresada, disgustada. No encuentra palabras para contar a la familia, la noticia.
Lámina 5	(silencio) Es una señora que estaba haciendo sus quehaceres y parece un fantasma... no mentira (risas). Pero no, es una señora que estaba haciendo sus quehaceres y abrió la puerta y para ver que sonó algo y estaban sus... gatitos. Hicieron, rompieron algún florero o algo así. Y ella está viendo con cara de enojada y asustada de lo que pasó, ahí, en la sala. Luego de eso, va a recoger los pedazos de lo que se cayó. Y los gatos se van a ir corriendo. Y ella va regresar a seguir haciendo sus cosas. Se siente ocupada... o sea, se siente molesta porque está ocupada y le interrumpieron y dañaron algo de la casa.

Ante el planteamiento de metas, la entrevistada puede sentirse presionada para cumplir las expectativas de los padres. Lo que puede llevarla a sentirse presionada. Luego de realizar los mandatos de los padres, es probable, que ella se enfoque en sus propios intereses. Por otro lado, hay dos láminas en que muestra a una mujer, en las que están disgustadas por algo que no pueden controlar. Esto puede dar cuenta de la forma de actuar ante situaciones estresantes. Por un lado, la entrevistada prefiere darse un tiempo para afrontar las presiones del ambiente. Y por el otro, demuestra que su madre se molesta cuando es interrumpida en sus actividades. Ella percibe a una madre centrada en sus cosas. Esto concuerda con el discurso de las entrevistas, donde la joven menciona que sus padres no suelen visitarle.

Tabla 38

Respuestas de la entrevista 3 de láminas desde test de apercepción temática

Entrevista 3	Respuestas
Lámina 1	A ver es un niño que está pensando, si está pensando como...o se está imaginando que canción componer. Eh, él está estudiando violín, sus papás le han apoyado. Y está pensando qué canción componer... Está un poco cansado también, de pensar en qué hacer. Pero le gusta lo que hace. Había un niño que me... (/ash/) quería estudiar el violín. Es un niño pequeño, ¿qué será? Uno diez años. Y sus papás le apoyaron. Entonces, como él ya sabe un poco, no es un profesional. Como es un niño, tiene que seguir estudiando, pero... de lo poco que sabe, trata de crear una canción, no sé para dedicarle a su mamá, tal vez. O para dedicarse a él mismo. Pero bueno, ha pensado mucho, y no se le ocurre nada y de lo que se le ha ocurrido ha borrado porque le ha parecido mal. Entonces, sigue meditando que canción componer...y está un poco cansado de hacerlo y entonces, yo creo que al final se tomará un descanso para seguir componiendo. Viviendo, borrando, haciendo, no sé, borradores, creaciones de lo que se le vaya ocurriendo.
Lámina 3	Ese es una señora, ¿qué será? Unos cincuenta años. Está triste. Está recos... está arrimada en su baño (silencio). No sé, meditando porqué la vida le ha traído muchos problemas. Una tristeza profunda. No sabe cómo salir de esta situación, de varias que tiene. No ha pensado en quitarse la vida ni nada. Siempre ha encontrado una solución pero no la encuentra. Y bueno está triste. No le veo un final a la persona porque va a seguir en esta situación. Entonces como una melancolía que tiene ella. No sé si logre solucionar lo que tiene. Son varias cosas. Eso. Supongo que ella se hace fuerte y tiene que aprender a vivir con esas situaciones que no puede cambiar.
Lámina 5	Este es igual una señora. Podríamos ponerle igual cincuenta años. Es una ama de casa. Está ingresando a la cocina para preparase unos alimentos. No es cincuenta es más viejita. Entonces quiere preparar a sus nietos. A sus hijos, una comidita. A su esposo. Entonces, los postres, un pastelito por ahí. Le gusta mucho eso del arte culinaria, de los sabores. De la textura que tienen los alimentos. Algo que le relaja mucho. No sé, me imagino olores. La típica viejita que es esposa de papá Noel. Que es muy tierna. Siempre irradia amor a los demás, sus nietos y sus sobrinos van a ir felices a su casa. Porque siempre va a haber ese olor peculiar a comida y a cositas, es contenta, se ha de morir. Pero vive en una familia bonita, o sea, sus nietos van a seguir yendo van a seguir con esto. Supongo que cuando sea viejita, igual ha de querer seguir cocinando y sus nietos y sus hijos sean felices.

Con respecto al planteamiento de metas, esta persona está enfocada a conseguirlos realizando objetivos a corto plazo. En cuanto a lo académico, ella siente el apoyo de sus padres. Existen temáticas no elaboradas que le pueden generar malestar al momento de relacionarse con los padres. Esto se evidencia en el discurso de la entrevista donde la joven menciona que su madre está acudiendo a terapia psicológica por temas personales. Con respecto a su madre, ella considera que es amorosa y se siente identificada con ella.

Tabla 39

Respuestas de la entrevista 4 de láminas desde test de apercepción temática

Entrevista 4	Respuestas
Lámina 1	Este niño... (Silencio) está triste porque sus papás le están obligando a tocar el violín cada vez que ve el violín, se pone full triste y le da mucho sueño pero tiene que tocarlo para que sus papás, eso le está pasando ahorita. Y en futuro tocará otro instrumento, porque ese no le gusta para nada, ahora sólo lo tocará para satisfacer a sus padres. Tal vez no toque un instrumento haga baile, otras cosas, teatro, danza. Se siente súper triste y súper aburrido, quisiera estar jugando u otra cosa. Algo que le llene como niño. Pero no precisamente tratando de tocar el violín. Ahora no.
Lámina 3	Señor se siente borracho... yo creería que está borracho. Entonces, se ve que tiene un trauma súper severo por eso está tomando. Tiene facha de que ha estado tomando vario tiempo, o lo ha estado haciendo frecuentemente. Ahorita... está muy decepcionado de sí mismo y de su entorno. (Silencio) en un futuro tal vez consiga rehabilitación y ya deje de beber. Si es que encuentra alguien que le de apoyo. Porque ahorita se siente solo. Entonces si encuentra a alguien que le de apoyo y que no le juzgue, ya no será alcohólico. Y podrá hacer algo, porque ahorita está perdiendo su tiempo.
Lámina 5	(Silencio) esta señora es una sirvienta. No es una mamá es una empleada doméstica. Y ella ahorita se siente muy cansada porque está diciéndole no se a quien, a una señora, a su patrona o a su jefa, salió un momentito, dejo las cosas en la cocina para que no se le quemem y subió un ratito al cuarto, de estos señores todo cómodos, para decirles que ya está la comida y que bajen por favor. Entonces, está muy preocupada por las ollas, allá abajo en la cocina, (silencio) pero está tranquila porque tiene un trabajo. En el futuro, ella sabe que lo que está haciendo ahorita, es porque ella quiere verle a sus hijos como le ve a sus jefes, ellos bien servidores porque no tienen complicaciones o tal vez no a sus hijos sino ella misma. Con ese dinero ahorrar y estudiar en el futuro ella misma. Ahorita, ella está preocupada por sus ollas cocinando. ... cansada pero tranquila.

Esta entrevistada se siente presionada por las demandas del ambiente. Esto se pone en demostración cuando la mujer divide su vida en el aspecto académico y familiar. Con respecto a lo académico, siente que sus compañeros no han podido establecerse con un vínculo más que de compartir la clase. Asimismo, la joven siente que necesita apoyo para solucionar sus problemas, puede que la forma en la que lo esté resolviendo, no lo perciba como adecuado dado que hay aspectos de su vida con los que no está de acuerdo y le gustaría cambiar la actitud de las personas. Con respecto a la madre, la joven lo percibe como una señora entregada a su trabajo y que se ha esforzado mucho para conseguir sus metas. Es probable que ella percibiera el esfuerzo de su madre para obtener lo que tiene y ella se identifica con esto. Así se relaciona que ella tiene buena trato con su madre.

Tabla 40

Respuestas de la entrevista 5 de láminas desde test de apercepción temática

Entrevista 5	Respuestas
Lámina 1	<p>(Silencio) a ver, veo un niño con un violín (silencio) y lo primero que se me vino a la mente es que el niño está un poco triste. Eh, eso como que el niño está un poco deprimido y está pensando, dándole vuelta a algún asunto, porque esa postura es como de miércoles algo me está pasando. O de pronto está muy cansado el niño y siente ya como que no halo. O quizá simplemente le fue mal, tuvo una presentación y le fue súper mal. Y siente que ya no hala. Que se siente rotundamente mal, por lo mal que le fue con el violín y lo observa con un poco de tristeza como... si un poco melancólico, de pronto. Pensado de que para qué toca el violín si no le va bien. Porque lo observa. Eso</p> <p>— Recuerda que debe contarme una historia</p> <p>¿Qué va a pasar? Según yo creería que el niño le va a deprimir un montón... a ver, veo como que de pronto el niño, va a tener más recaídas en cuanto a esto pero por la fe que tengo en los músicos y en mis amigos violinistas cuando les va mal. Estoy segura que el niño se va a levantar de ahí, porque a la final, hace música cada vez que toca ese instrumento. Siente como que no es sólo él, mejor dicho, es él contado su vida a través del instrumento. Entonces, si lo deja al instrumento va a perder parte de lo que es él mismo. Entonces, se levantará tranquilamente y lo volverá a hacer.</p>
Lámina 3	<p>¿Estás grabando todo esto? ¡Oh por Dios! Ya (silencio) a ver, veo a un hombre o a una mujer, no lo sé. ¿Qué es? (silencio) ajá, es como un hombre, ajá o una mujer, que está aferrada como a un muro, llorando. Por alguna tristeza que le dio. Pero, según lo que veo está como en la calle. Entonces, ya cuando llegas a ese punto asumo que es porque estás en un nivel de depresión súper fuerte. Necesitas mismo, mismo alguien que te logre levantar. Que te diga: “miércoles levántate porque no eres la única que está pasando por momentos duros”</p> <p>— ¿qué va a pasar?</p> <p>Chuso, no lo sé, no me preguntes eso porque no lo sé (sonríe). Va a pasar de pronto que puede llegar a suicidarse por el nivel de depresión que tiene.</p>
Lámina 5	<p>Veo... a ver, veo una mujer que está nada que está asomando por una puerta y que está viendo algo como un poco asombrada, con un poco de curiosidad, de ver qué está adentro o ver qué está pasando adentro y lo más seguro es que entre no más. Ya más seguro es que si te asomas por una puerta (sonríe), lo más seguro es que entre no más a ver que es. O sea, algo está pasando adentro y quieres ver. Lo más seguro es que entre.</p> <p>— ¿qué está pasando adentro?</p> <p>(Silencio) no sé, puede que de pronto, haya visto que se hayan caído algunos platos o alguna cosa y está asombrada porque no había nadie dentro y (risas) y le dio un poco de miedo y fue a buscar... y vio que no había nada y que sólo los platos estaban en el suelo. Y quiere entrar a ver de pronto quién rompió. Eso.</p> <p>— ¿qué cree que pase después?</p> <p>¿Después? (silencio) nada, ya recoge todo el desastre que está ahí y... se dio cuenta de que había sido sólo... el perro el que había botado los platos (sonríe).</p>

Esta persona utilizó bastante lenguaje sin embargo, le costaba hablar del desenlace de las historias. No obstante, se menciona que ante el cumplimiento de metas la persona puede sentirse agobiada por la cantidad de esfuerzo realizado. Esto concuerda con el discurso brindado en la entrevista, donde la joven explica que realiza muchas actividades y en

ocasiones sus alergias han estado en relación con el nivel de estrés sentido. Estos niveles de estrés pueden generarle malestar significativo y afecciones en su salud física.

Tabla 41

Respuestas de la entrevista 6 de láminas desde test de apercepción temática

Entrevista 6	Respuestas
Lámina 1	<p>A ver, es un niño que está aburrido. Y tiene alguna cosa en frente de él. Al parecer, está sentado, parece que tiene una mesa o algo donde apoyarse. Tiene... los hombros puestos sobre lo que yo asumiría que es una mesa. Ah... está completamente aburrido... (Silencio). Creo que, no sé si utilicé las palabras correctas, pero ya nada (sonríe). Eh... parece que tiene que hacer una actividad y tiene un tedio tremendo de empezar a hacerlo... (Silencio) bueno, entonces la historia es que estaba una tarde lluviosa y su mamá lo mandó a hacer algo, puede ser a escoger la quinua, cacho (risas). Y el pobre sólo miraba y miraba y decía chuta y... ya, se acabó la historia (risas).</p> <p>— ¿qué pasará después?</p> <p>De ley hace algo este man, pero no termina de escoger la quinua. Hace alguna cosa para entregarlo, pero sabe que el trabajo está igual mal hecho (sonríe). Ya, eso.</p>
Lámina 3	<p>Ya, esta es la mamá de Sigmund Freud (risas). No. Ah... (Silencio)... es una mujer que está sentada, al parecer apoyada sobre una tina de baño... ah... (Silencio)... podría estar devastada... (Silencio)...no se me ocurre nada. Solo escondiéndose ante el mundo (Silencio). Sí... Nada. Se levantará y tendrá que salir. Creo que no está pensando en nada, sólo está encontrándose en la tristeza o en la... (Silencio), en la soledad.</p> <p>— ¿cómo se siente?</p> <p>Con las piernas por delante (risas). No mentira. Eh... (Silencio), pues, no sé impotente, por eso se derrumbó.</p>
Lámina 5	<p>Es la misma mujer, está saliendo de la habitación en la que estaba. Eh... hay un ambiente de luz desde la ventana (silencio). Al parecer hay libros, sí hay libros. Iba a decir luz entra la ventana pero luego pensé no es de día, porque la lámpara... pero es de día, la luz me indicia que es de día y... está saliendo. O sea, a continuar la vida.</p> <p>— ¿cómo se siente?</p> <p>Pues estable y con determinación (sonríe). Sí. Pues seguirá, supongo. Si estamos hablando de mil setecientos porque no hay tele (risas) y por la vestimenta así que... supongo que seguirá con sus quehaceres, con sus lecturas, con las... misperas, con lo que le corresponda hacer, antes de que llegue la noche.</p>

La entrevistada puede sentirse agotada por la exigencia que siente al entregar un trabajo de calidad. Esto se relaciona en su vida personal con el manejo de deberes en la universidad. Existe ocasiones que la persona no hace el esfuerzo que siente que puede hacer por lo que percibe que su trabajo no está bien hecho, esto se vincula con la demanda del superyó, que puede generar requerimientos a sí mismo. Hay una transferencia con respecto, a la aplicación del test debido a su correspondencia con otras personas que están vinculadas con este campo. La forma en la que se maneja la tensión que siente, es a través de la broma. De modo que, puede sentirse presionada a llevar las cosas con optimismo aunque no se sienta bien

consigo misma. También, es una persona esperanzada con respecto al futuro. Y su madre es percibida como una persona tranquila.

A modo de resumen, y luego del análisis de las láminas del test de apercepción temática, se puede ver que se amplía la información de la vida personal de las entrevistadas, así como, de su percepción a sí mismas. En la primera entrevista, la joven ha mencionado sentimientos de tristeza vinculados a la pareja. En el diálogo se encontró que ella ha preferido mantenerse distante y enfocarse a mejorar la relación con los pares. Con respecto a la segunda entrevistada, se pone en manifiesto un deseo por complacer a los padres, aunque ellos no estén presentes en su vida. En la siguiente entrevista hay una mujer de la edad de la madre que está triste y se manifiesta que se ha esforzado para que la hija alcance sus metas.

En otra entrevista, también hay sentimientos de tristeza relacionado con las metas personales y el sentido de la vida, en tanto la joven aclara que lo que realiza es para complacer a los padres. Asimismo, relata a una mujer, que puede ser la madre o ella misma, la cual se esfuerza para conseguir sus estudios. En la entrevista posterior, la joven cuenta que está triste pero la música ha sido un medio para encontrar esperanzas con respecto al futuro. Por último, la sexta mujer explica que se siente triste porque siente que sus metas personales no se están cumpliendo de la manera en la ella pensaba. Por lo tanto, todas las mujeres mencionan situaciones tristes para ellas que han marcado sus vidas de tal forma que pudieran afectar a su salud (Ulnik, 2008). Algunas láminas evocan tristeza porque se pretende proyectar esos momentos tristes para poder relacionarlos con la rinitis alérgica.

3.3. Discusión

Para iniciar con la interpretación de los resultados, es necesario recalcar que la propuesta utilizada para definir el fenómeno psicósomático está planteada desde Juan David Nasio (1991) quien propone que es una realidad de órgano donde hay dos significantes unidos. También se toma en cuenta a Jorge Ulnik (2008) para exponer que la biografía facilita el entendimiento de una lesión corporal cuando no hay mejora con el tratamiento médico. Entonces, ante el análisis de la historia de vida de cada entrevistada, se pretende encontrar aquello que no tiene simbolización y que ha causado una marca en el cuerpo. Todas las

preguntas abordan esta no simbolización, entendiéndose como tal, la carga de afectos no expresados ante una situación que puede generar sentimientos de tristeza.

Dado que el presente trabajo buscaba comprender teóricamente la rinitis alérgica desde la psicósomática con base analítica, se pretendió dar una lectura desde varios autores presentados en capítulos previos. Además, parte del sustento que la rinitis alérgica es un fenómeno psicósomático porque se expresa en lo real del cuerpo (Sandoval, 2005) sin que el sujeto pueda dar cuenta de forma consciente de una alteración de las células mastocitos y basófilos (Chivato, 2012). Las hipótesis propuestas Jorge Ulnik (2008), Luis Chiozza (2008) Rüdiger Dahlke, Thorwald Dethlefsen (2009) y José de Jesús González (2001) de la rinitis como fenómeno psicósomático obedecen a una postura teórica que se diferencia de los planteamientos de autores como Jacques Lacan (1966/2002), Juan David Nasio (1991) y Alfredo Eidelsztein (Eidelsztein, 2008) que fueron abordados para definir el fenómeno psicósomático.

A continuación se presenta la discusión en base al análisis de resultados obtenido por indicadores:

1. Relación con las figuras parentales o cuidadores primarios y pares en la infancia:

Todas las mujeres remiten haber vivido con sus padres. La mitad de las jóvenes vivieron una separación del padre por problemas de alcoholismo o trabajo. En este sentido, la edad es importante para entender el posible lazo entre la rinitis alérgica y la separación del padre. Se puede poner en evidencia que las mujeres que sintieron separación del padre, tuvieron problemas respiratorios desde la infancia. Se demuestra que por un lado, que las mujeres son sociables y “amigueras” y por otro lado son reservadas y prefieren llevarse con pocas personas. En este tenor, la manifestación de afecto hacia personas de la misma edad da cuenta de la dificultad que tienen la mitad de las entrevistadas para expresar cariño. Luis Chiozza (2008) propone que los afectos interfieren en el modo en cómo se inspira el aire. Si existe dificultad para respirar por causa de la rinitis alérgica también existe dificultad para sentir apoyo.

2. Relación con las figuras parentales o cuidadores primarios, pares y pareja en la adolescencia:

En todos los casos, la dinámica con los padres cambia en la adolescencia. La relación con la madre empeora y existen sentimientos de abandono de los padres. Se observa que las mujeres necesitan apoyo, lo que concuerda con la propuesta de Luis Chiozza (1981/2008) y el planteamiento de Rüdiger Dahlke, Thorwald Dethlefsen (2009) en el cual, las mucosas de la nariz muestran la forma de contacto con los demás. Evidentemente, las jóvenes se sienten “sin aliento” y en consecuencia esas lágrimas no se manifiestan sino a través de la rinitis alérgica. Esto se corresponde con la manera de llevarse con sus pares y pareja en esta etapa. Las mujeres declaran que prefieren llevarse con hombres y disminuyen el número de personas con las que mantienen relaciones afectivas. En cuanto a la relación con la pareja, las jóvenes manifiestan tener dificultades para expresar su cariño. Ya sea por prohibición de los padres o por la falta de interés de ellas mismas por conservar una pareja.

3. Relación con las figuras parentales o cuidadores primarios, pares y pareja en la adultez:

Hasta la actualidad, los momentos tristes se relacionaron con los padres, ya sea porque se separaron o porque hubo sentimientos de abandono. Concretamente, estos discursos concuerdan con la hipótesis de Luis Chiozza (2008) y José de Jesús González (2001) sobre la rinitis alérgica y su vinculación con la pérdida del cariño materno. Las demás formas de mantener lazos afectivos se mantienen desde la adolescencia. A las jóvenes les cuesta manifestar cariño porque probablemente ellas no percibieron tenerlo en una etapa anterior a la adultez. Alfredo Oliva (2006) propone que en la adolescencia temprana suelen haber cambios en las relaciones entre padres e hijos, sin embargo, el vínculo continúa siendo afectuoso y estrecho. Si existiera una disminución de la expresión del afecto, el apoyo y la comunicación en la adolescencia; el ajuste psicosocial, incluyendo la confianza en sí mismo también se reduce (Oliva, 2006). Esto concuerda con el discurso de las jóvenes que mencionan no estar contentas con su cuerpo. Por ello, estas adolescentes al ser adultas presentan distanciamiento con los pares y la pareja.

Conclusiones

Las principales conclusiones son:

- Al analizar la relación existente entre la rinitis alérgica y la historia de vida, se encuentra que en todas las entrevistadas existen sucesos dolorosos que no han sido elaborados, una evidencia de esto es que refieren en varias preguntas la situación del abandono. La rinitis alérgica en las personas entrevistadas parecería hacer referencia a situaciones dolorosas no elaboradas.
- Respecto a la forma de relacionarse con los pares y su pareja se observa que mantienen una relación basada en el distanciamiento emocional.
- El fenómeno psicósomático es entendido como un corte en el cuerpo real, que deja marca visible pero que el sujeto no da cuenta de su relación con su biografía (Eidelsztein, 2008). En las entrevistas el tema del corte en el cuerpo real aparece la presencia de un diagnóstico médico que ubica este padecimiento denominado rinitis alérgica. Por esta vía, hay dos posiciones teóricas dentro del psicoanálisis al momento de ofrecer lecturas de lo psicósomático. Autores como Jorge Ulnik (2008), Luis Chiozza (2008), Rüdiger Dahlke y Thorwald Dethlefsen (2009) proponen que existe una lectura interpretable del fenómeno psicósomático que se evidencia en las personas que padecen una enfermedad. Por otro lado, Jacques Lacan (1954/1978), Juan David Nasio (2006), Alfredo Eidelsztein (2008) postulan un fenómeno psicósomático que debe ser analizable caso por caso, aplicando la normativa de que no todos tienen una enfermedad por el mismo motivo.
- La diferencia entre el síntoma conversivo y la hipocondría con el fenómeno psicósomático está en que el fenómeno psicósomático se manifiesta en el cuerpo sin que el sujeto tenga control sobre la enfermedad y no tiene un sentido consciente que se atañe (Sandoval, 2005), mientras que el síntoma conversivo da cuenta de una lesión voluntaria que remite a una interpretación (Sandoval, 2005) y la hipocondría es una fijación de la libido narcisística sobre un órgano.
- Existen causas biológicas para que se presente la rinitis alérgica. En el capítulo concerniente al enfoque médico se expone que los agentes ambientales

denominados alérgenos como polvo, humo, pelos de animales, generan una reacción fisiológica en el organismo (Chivato, Colás, & Sánchez, 2012). Además, hay una probabilidad del 50% de adquirir la enfermedad si alguno de los padres tiene rinitis alérgica pero no todos los casos son iguales.

- En base a lo encontrado se puede concluir que es necesario un abordaje de lo psicológico en el tratamiento de las enfermedades como la rinitis alérgica por cuanto el ser humano es bio-psico-social y estas dimensiones al estar imbricadas no se pueden separar, esto implica que lo psicológico incide y está incidido por lo biológico.

Recomendaciones

A partir de la investigación realizada se recomienda:

- Ampliar la misma a más casos y ahondar en otras situaciones vitales que pudieron generar dolor difícil de ser apalabrado.
- Trabajar con personas de varias edades e incluir varones para poder comparar si los resultados encontrados se mantienen en estas poblaciones.
- Conformar equipos interdisciplinarios para discutir los resultados encontrados, en este equipo deberían asistir médicos y psicólogos.
- Dado que sí se encontró relación entre el cuerpo y la psique en los casos analizados, es necesario que se profundice esta relación en la facultad como un trabajo específico. La explicación del fenómeno psicosomático permitirá a los estudiantes que se gradúen, tener una visión más global para identificarlo en la clínica.

Bibliografía

- Alcántara, M., & Palacios, L. (2016). Historia natural de las enfermedades médicas respiratorias: La marcha alérgica. En M. Alcántara (Ed.), *Nuevas fronteras en el tratamiento de las enfermedades alérgicas respiratorias*. Sevilla: Universidad Nacional de Andalucía.
- André, S. (2002). *¿Qué quiere una mujer?* México D.F.: siglo XXI.
- Asher, M., Anderson, H., Beasley, R., Crane, J., Martinez, F., Mitchell, E., y otros. (1995). "International Study of Asthma and Allergies in Childhood". United Kingdom: European Respiratory Journal.
- Austen, K. F. (2012). Alergias, anafilaxia y mastocitosis sistémica. En T. Harrison, A. Fauci, S. Hauser, L. Jameson, D. Kasper, D. Longo, & J. Loscalzo (Edits.), *Harrison. Principios de medicina interna* (18 ed., Vol. II, págs. 2715-2718). México D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Barnica-Alvarado, R., Guerrero-Venegas, R., Mancilla-Hernández, E., Medina-Ávalos, M., Soto-Candia, D., & Zecua-Nájera, Y. (2015). Prevalencia de rinitis alérgica en poblaciones de varios estados de México. *Revista Alergia México*(62), 196-201.
- Borish, L. (2013). Enfermedades por inmunodeficiencias primarias. En L. Goldman, & A. Schafer, *Cecil y Goldman. Tratado de Medicina interna* (24 ed., Vol. II, págs. 1626- 1632). Barcelona: Elsevier España.
- Brinkmann, H. (2002). *Test de apercepción temática*. Concepción: Universidad de Concepción.
- Chioza, L. (2007). *¿Por qué enfermamos?* Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L. (1963/2008). *Metapsicología y Metahistoria 1*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L. (1981/2008). *Afectos y afecciones 1: los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo* (Vol. X). Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L. (2008). *Las cosas de la vida: composiciones de lo que nos importa* (Vol. XV). Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L. (2008). *Las cosas de la vida: composiciones de lo que nos importa* (Vol. XV). Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chivato, T., Colás, C., & Sánchez, J. V. (2012). ¿Qué es la alergia?¿Qué estudia la alergología? En M. Baeza, I. Jáuregui, C. Senent, & J. Zubeldía (Edits.), *Libro de las Enfermedades Alérgicas de la Fundación BBVA* (págs. 21-30). Bilbao: Fundación BBVA.

- Coleman, J., & Leo, H. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Ediciones Morata.
- Contreras, R., & Hernandez, E. (2014). Apuntes sobre Psicósomática e Histeria del Dr. Jorge Ulnik. *International Journal of Good Conscience* (págs. 32-41). Nuevo León: Daena.
- Cotrino, M. (25 de 06 de 2012). Del síntoma a la estructura. *Desde el Jardín de Freud*(12), 221- 231.
- Dahlke, R., & Dethlefsen, T. (2009). *La enfermedad como camino*. México D.F.: Debolsillo.
- Domínguez, M., Fernández-Argüelles, V., García, J., & García, O. (17 de 09 de 2011). ¿Qué desvela la psicoterapia sobre el paciente hipocondríaco? *Psicología.com*, 1-12.
- Eidelsztein, A. (2008). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan* (Vol. I). Buenos Aires: Letra Viva.
- Evans, D. (2007). *Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Fauci, A., Hauser, S., Jameson, L., Kasper, D., Longo, D., & Loscalzo, J. (Edits.). (2013). *Harrison. Manual de Medicina* (18 ed.). México D.F.: McGrawHill Education.
- Ferrari, G. (1944). Estudio psicósomático de la coriza . (A. P. Argentina, Ed.) *Revista de Psicoanálisis*, I(4), 531-554.
- Freud, S. (1886/1992). *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud* (Vol. I). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1886/1992). *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud* (Vol. I). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1893/1991). *Primeras publicaciones psicoanalíticas* (Vol. III). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1893/1992). *Estudios sobre la histeria* (Vol. II). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1901/1992). *Fragmento de un análisis de histeria* (Vol. VII). Buenos aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1911/1991). *Sobre un caso de paranoia escrito autobiográficamente (Schreber)* (Vol. XII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914/1992). En *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico* (Vol. XIV, págs. 65-99). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916/2000). *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (Vol. XVI). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1986/2001). *Tratamiento psíquico* (Vol. I). Buenos Aires: Amorrortu.
- Fuentes, A. (20 de Septiembre de 2012). El fenómeno psicosomático, entre la medicina y el psicoanálisis. *Coloquio Medicina y Psicoanálisis*(6), 46-50.
- Garde, J. M. (2012). Asma en la infancia. En M. Baeza, I. Jáuregui, C. Senent, & J. Zubeldía, *Libro de las Enfermedades Alérgicas* (págs. 137-144). Bilbao: Fundación BBVA.
- Gimenez, S. (05 de Septiembre de 2016). *Rinitis alérgica local: una nueva forma de rinitis*. Recuperado el Abril de 2017, de Siete Días Médicos: Revista de atención primaria: <http://www.sietediasmedicos.com/literatura-medica/item/6524-rinitis-alergica-local-una-nueva-forma-de-rinitis#.WP4SzfndCs>
- González, J. d. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. México D.F.: Manual Moderno.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (23 de Noviembre de 2010). *Hombre y mujeres del Ecuador en cifras III*. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf
- Lacan, J. (1954/1978). *El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica. El Seminario, Libro 2*. Barcelona: Paidós.
- Lacan, J. (1955/2009). *El seminario 3: Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1966/2002). *La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1966/2005). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1973/1997). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Seminario 11*. Buenos Aires: Paidós.
- Lieberman, P., & Pstanaik, D. (7 de Julio de 2014). *Rinitis no alérgica*. Obtenido de Sociedad Latinoamericana de Alergia, Asma e Inmunología: <http://slaai.blogspot.com/search?q=rinitis+en+mujeres>
- López, L. (12 de 2010). Hipocondría e interrogaciones acerca de la disyunción exclusiva. *Imago Agenda*(146), 32-34.
- Lutereau, L. (2014). *Histeria y Obsesión* (2 ed.). Buenos Aires: Letra Viva.

- Morinbot, P. (s/f). *¿Qué curación del cuerpo en análisis?* Recuperado el Noviembre de 2016, de Nueva Escuela Lacaniana del Campo Freudiano: <http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/textosonline/subseccion/Principios-y-finales-de-analisis/474/Que-Curacion-del-cuerpo-en-analisis>
- Myers, D. (2005). *Psicología*. Madrid: Médica Panamericana.
- Nasio, J. D. (1991). *El dolor de la histeria*. Buenos Aires: Paidós.
- Nasio, J. D. (2006). *Los gritos del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 37(3), 209- 223.
- Rocío, C., & Edna, H. (03 de 2014). *Apuntes sobre Psicopatología e Histeria del Dr.* Recuperado el 15 de 01 de 2017, de Daena: International Journal of Good Conscience.: [http://spentamexico.org/v9-n1/A3.9\(1\)32-41.pdf](http://spentamexico.org/v9-n1/A3.9(1)32-41.pdf)
- Rodríguez, L. (2008). Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una fuerza para incidir en cambios en políticas de salud sexual y reproductiva. *III Congreso da Associação Latino Americana de População*. Córdoba: UNFPA.
- Salud, O. M. (s/f). *Guía de prevención del embarazo en la adolescencia*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Sandoval, I. (05 de febrero de 2005). *El síntoma conversivo y el fenómeno psicopatológico*. Recuperado el 01 de 03 de 2017, de A.L.I. Asociación Lacaniana internacional: http://freud-lacan.com/freud/Champs_specialises/Langues_etrangeres/Espagnol/El_sitoma_conversivo_y_el_fenomeno_psicopatologico
- Torres, M. (2005). *Clínica de las neurosis*. Buenos Aires: Instituto Clínico de Buenos Aires.
- Ulnik, J. (2008). El médico, el psicoanalista y lo psicopatológico. (UCES, Ed.) *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 193- 210.
- Verón, C. (2013). El cuerpo y sus representaciones en el fenómeno psicopatológico (FPS): Un vaso de asma en la práctica clínica. *V Congreso Internacional de Investigación y práctica profesional en Psicología*. Buenos Aires: Facultad de Psicología .

Anexos

1. Guía de entrevista semiestructurada
2. Consentimiento informado
3. Resumen de cada entrevista

Guía de entrevista sobre la historia de las mujeres

Fecha: _____

Hora inicio: _____

Lugar: _____

Hora final: _____

Entrevistadora: _____

Entrevistado (nombre, edad, género, ocupación) _____

Introducción

La presente investigación pretende encontrar la relación de la historia del sujeto con la rinitis alérgica. Para ello, se han seleccionado a 5 mujeres de la Pontificia de la Universidad Católica del Ecuador que tengan entre 20 y 30 años.

Usted ha sido seleccionada porque tiene los requisitos necesarios para la investigación. Los datos serán utilizados con fines académicos y su información será compartida únicamente con profesionales participantes en la disertación de la tesis.

La entrevista es confidencial y anónima, se grabará en audio y se tomarán notas. Posteriormente, se aplicará un test psicológico, el test de apercepción temática. En promedio su colaboración durará una hora y media.

Preguntas

¿Cómo le ha ido esta semana?

¿A qué edad se realizó el diagnóstico? ¿Quiénes estuvieron con usted cuando tuvo el diagnóstico?

¿Cuándo empezó el malestar de la rinitis?

¿Qué consecuencias ha tenido en su vida a partir del diagnóstico?

¿Usted tiene alguna enfermedad importante?

¿Algún miembro de su familia tiene alguna enfermedad importante?

¿Con quién vivía cuando era niña? ¿Dónde vivía?

Respecto a su infancia ¿Qué personas fueron las más importantes en su vida?

¿Cómo se llevaba con sus compañeros de la escuela?

¿Recuerda a algún amigo de su infancia?

¿Recuerda algún momento feliz que ha marcado su infancia? ¿Recuerda algún momento triste?

¿Cómo resumiría su infancia?

¿Qué personas fueron las más importantes en su adolescencia?

¿Con quién vivía cuando era adolescente? ¿Cómo se llevaba con sus padres cuando era adolescente?

¿Recuerda algún momento feliz que ha marcado su adolescencia?

¿Tuvo pareja? ¿Cómo se llevaba con ella?

¿Cómo se llevaba con sus compañeros del colegio?

¿Recuerda algún momento triste de su adolescencia?

¿Cómo resumiría su adolescencia?

¿Con quién vive ahora? ¿Cómo se lleva con sus padres actualmente?

En general, ¿Cómo se ha llevado con sus padres?

¿Tiene pareja?

¿Tiene compañeros de universidad o de trabajo? ¿Cómo se lleva con ellos?

¿Cómo se siente con su vida en general?

¿Usted qué piensa de la influencia de la mente en el cuerpo?

¿Qué eventos importantes podría relacionar con la Rinitis Alérgica?

¿Agregaría algo más?

Observaciones

Consentimiento informado



Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE)

Alicia Aguilar

Documento de Consentimiento Informado para mujeres de 20 a 30 años de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Quito con rinitis alérgica y que se les invita a participar en la investigación: “Rinitis alérgica como fenómeno psicossomático y su relación con la historia del sujeto”.

Rinitis alérgica como fenómeno psicossomático y su relación con la historia del sujeto

PARTE I: Información

Introducción

Yo soy Jeniffer Alicia Aguilar Dávila, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la PUCE. Estoy investigando sobre la rinitis alérgica, que es un padecimiento común en este país. Le voy a dar información y le invitaré a participar de esta investigación, no tiene que decidir hoy si va participar o no. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya palabras que no entienda. Por favor, interrúmpame cada vez que lo necesite para darme tiempo de explicarle. También si tiene preguntas, puede preguntarme más tarde.

Propósito

La rinitis alérgica es una de las enfermedades alérgicas más comunes en la población ecuatoriana. Aproximadamente 20% de la población mundial padece de rinitis alérgica. Me interesa buscar una relación de la enfermedad con la historia de vida de la persona, para

reflexionar que las enfermedades del cuerpo también están relacionadas con la psique, esta es la razón por la que hago este estudio.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación incluirá una entrevista semiestructurada y la aplicación de un test psicológico, el test de apercepción temática (TAT), las dos actividades se realizarán en un tiempo estimado de una hora y media.

Selección de participantes

Estoy invitando a cinco mujeres con rinitis alérgica que tengan entre 20 y 30 años y que sean miembros de la PUCE, para participar en la investigación sobre la relación de la rinitis alérgica con la historia de la persona.

Participación voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no. Tanto si elige hacerlo o no, nada cambiará en su ambiente universitario o fuera de él. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Procedimientos y protocolo

A. Procedimientos desconocidos

Necesito aplicar un test de apercepción temática para complementar la información que usted me dé en la entrevista. Este test permite conocer aspectos relevantes de su personalidad. Primero le realizaré la entrevista y luego, le daré tres láminas que contienen imágenes. Usted tiene que mirar cada lámina y contarme una historia sobre lo que sucede, qué sienten los personajes de su relato, qué están pensando y qué va a pasar después. Es importante que usted me diga todo lo que está pensando mientras ve la lámina.

Yo le estaré observando y tomaré apuntes de lo que usted me dice. También voy a usar una grabadora de voz para recoger la información durante toda la entrevista, sin que inflencie lo que pienso o espero que suceda. Luego relacionaré la información que me ha dado en la

entrevista, con los relatos que me ha dado en las láminas. Esta es una de las mejores maneras que tengo para comparar la información que necesito para mi investigación.

Si existe algo que le preocupe o le moleste sobre la investigación, por favor hable conmigo.

B. Descripción del proceso

En el primer encuentro le entregaré la hoja de consentimiento informado y me informará sobre el día y la hora que tiene para realizar la entrevista. El día de la entrevista, usted firmará el consentimiento informado y empezaré a hacerle preguntas que usted puede revisarlas con anticipación. Si me interesa un tema que estamos hablando, puedo hacerle otra pregunta con respecto a ese tema para tener una visión más completa de su historia de vida. También le preguntaré sobre su salud general.

Luego de la entrevista, le tomaré un test psicológico donde usted tiene que contarme una historia con cada lámina que le dé. Usted tiene que hablarme del personaje, de lo que estaba haciendo, de lo que hace y de lo que hará después. También debe contarme cómo se siente esta persona y qué está sintiendo. Durante la entrevista y la aplicación del test, yo grabaré su voz y tomaré apuntes. Finalmente, cerraré la entrevista y le explicaré cómo le entregaré los resultados de mi investigación.

Duración

La investigación durará tres meses en total. Durante este tiempo, será necesario que usted sea entrevistada aproximadamente una hora y media en un día. Se le pedirá un solo encuentro, al final de la investigación le daré los resultados que se hayan obtenido.

Efectos secundarios

No existen efectos secundarios. Sin embargo, como ya se mencionó, hablaremos de su vida personal y puede que recuerde eventos que le causen dolor. Yo estaré con usted y sabré contenerle si lo necesita. Si esto es necesario, lo discutiremos con usted y se le consultará antes de continuar con la entrevista.

Riesgos

No existe ningún riesgo al realizar la entrevista o la aplicación del test. Sin embargo, estaré pendiente ante la posibilidad de que suceda un desborde emocional. Aunque la posibilidad de que esto suceda es muy baja.

Molestias

Al participar en esta investigación es posible que experimente molestia, como tratar temas que prefiera no hablar. Si esto sucede tiene que decírmelo para cambiar el tema en la entrevista.

Beneficios

Si usted participa de esta investigación, tendrá los siguientes beneficios: conocer desde el punto de vista psicológico los hechos que han marcado su vida, entender aspectos de su personalidad con la aplicación del test y conocerse mejor. Su participación nos ayudará a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación. El beneficio para la sociedad es que la investigación puede ser conocida por personas interesadas en el tema y se pueda integrar lo psicológico con lo biológico en los tratamientos de salud.

Incentivos

Usted tendrá acceso a los resultados de la información recopilada, si lo necesita.

Confidencialidad

Con esta investigación, se realiza algo fuera de lo ordinario en la comunidad universitaria. Es posible que si otros miembros de la comunidad saben que usted participa, puede que le hagan preguntas. Yo no compartiré la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recoja por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y sólo la investigadora tendrá acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Sólo yo sabré cuál es su número y se mantendrá la

información guardada en una carpeta. No será compartida ni entregada a nadie excepto a la Magister Paulina Barahona, directora de la disertación de la tesis.

Compartiendo los resultados

El conocimiento que se obtenga por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la participación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

Alternativas a la participación

Si usted no desea tomar parte en la investigación, no se verá afectado en las actividades que realice, ni habrá alternativas de participación.

A quién contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a: Alicia Aguilar, 0998185649, jennytuja@gmail.com.

PARTE II: Formulario de consentimiento

He sido invitada a participar en la investigación de la relación de la rinitis alérgica con la historia del sujeto. Entiendo que participaré en una entrevista donde pueden hacerme preguntas que no están anotadas y he de realizar un test psicológico donde debo contar una historia de lo que veo. He sido informada que los riesgos son mínimos y pueden incluir solo un desborde emocional. Sé que los beneficios para mi persona son obtener los resultados de la investigación y que no se me compensará. Se me ha proporcionado el nombre de la investigadora que puede ser fácilmente contactada usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre de la participante: _____

Firma de la participante: _____

Fecha: _____ (Día/mes/año)

Deseo conocer los estados de la investigación: Si _____ No _____

En caso de que la respuesta sea si, correo electrónico: _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre de la investigadora: _____

Firma de la investigadora: _____

Fecha:_____ (Día/mes/año)

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado_____ (iniciales de la investigadora)

He recibido un documento que avale la firma del individuo_____ (iniciales de la investigadora)

Resumen de entrevistas semiestructuradas

Entrevista 1: joven tuvo momentos tristes relacionados con el padre y con la madre. Cuando se fue de la casa a sus once años, tuvo “depresión”, bebía alcohol, consumió drogas, se enfermó de cáncer a la piel y falleció. La relación con la madre ha sido distante, “desapegada” y ella considera que ella se comportaba como una adolescente. Se fue a vivir con otro hombre en el exterior. Con su papá se llevaba bien hasta que se fue de la casa. Las relaciones de pareja han sido cortas e intensas. Su primera pareja fue a los 21 años. Las relaciones con los pares han sido positivas y de ayuda hacia ellas. Tiene una mala relación con su hermano mayor. Relaciona la rinitis con el divorcio de los padres y con la separación de su madre cuando se fue a vivir lejos a los 16 años. La misma edad en la que se realizó el diagnóstico de la rinitis alérgica. Tuvo antecedentes de asma a los 4 años.

Entrevista 2: joven tuvo momentos tristes relacionados con las parejas. Cuando sus padres le prohibieron estar con “un vago”, otro chico se fue a vivir a Quito y terminó con ella. Ella vino a Quito por él. Y se olvidó de él cuando empezó a salir con otro chico. Sólo una relación ha durado dos años, las demás meses. Actualmente, está saliendo con un chico que le “había roto el corazón antes”. La relación con la madre no ha sido tan buena como con el padre: “no le quería”. En su adolescencia, veía a su madre como una hermana. Se vestían igual y la madre era vanidosa. Con su papá se lleva mejor que con su mamá. La relación con sus compañeros ha sido de tener mismas cosas: “mismos, zapatos, misma ropa, mismas fiestas” o de complementarse “ella canta agudo, yo grave”. Actualmente, está en un grupo donde se visten iguales. Su diagnóstico de rinitis alérgica se realizó a los ocho años. Con antecedentes de asma. Relaciona la rinitis con la sobre protección de su madre cuando era niña. Asimismo, en su niñez había problemas en casa porque el papá bebía.

Entrevista 3: joven que tuvo momentos tristes relacionados con la madre. Ella se fue a ver a su hijo a Chile cuando le dio un episodio psicótico cuando ella tenía 16 años. Y cuando se le pregunta que eventos podrían relacionarse con la rinitis, ella mencionó a la separación con la madre. A la rinitis “prefiere no hacerle mucho caso”. La relación con la madre siempre ha sido muy cercana: “es como mi otra mitad”. Ellas tienen hipertiroidismo y miopía, por igual.

Su madre estuvo cuando le dieron el diagnóstico de rinitis alérgica, a sus 19 años. Su mamá está tomando medicación para la depresión y hace un año tuvo un micro infarto.

Por otro lado, la relación con su padre siempre ha sido distante y un poco conflictiva cuando él viene a casa. El padre tuvo una enfermedad que no es mencionada por la entrevistada. Las relaciones con sus parejas han sido largas, se ha llevado bien, aunque le cuesta “sentirse mujer”. La relación con sus compañeros ha sido de preferencia con los hombres. En el colegio se consideraba “machona” porque “puede ser desde los estereotipos de no ser mujer”. Le cuesta tener contacto físico con las personas. Considera que su autoestima influye en su cuerpo. Ha mencionado importancia a los perros, de la misma forma que el momento triste de su infancia fue cuando le atacó a un perro y eso le hizo cambiar su aspecto físico. No está contenta con su cuerpo. Actualmente, está en contacto con la muerte.

Entrevista 4: joven que tuvo momentos tristes que decayeron en depresión, a los 16 años. Los momentos tristes se relacionan al padre en la niñez y a la mala relación con sus compañeros. Le diagnosticaron rinitis alérgica a los 14 años. La relación con su madre siempre ha sido cercana. En la adolescencia terminó sus relaciones de pareja porque sentía que su mamá “necesitaba de su cariño”. La relación con su padre ha sido distante. Las relaciones con sus compañeros han sido distantes también: “no era muy sociable”. Las relaciones con sus parejas han sido de desconfianza, porque siempre han querido tener relaciones sexuales con ella y ella no quiere.

Entrevista 5: joven que tuvo momentos tristes con relación a la infidelidad del padre y mala relación con los compañeros. Le diagnosticaron rinitis alérgica a los 10 años. Con su papá se lleva mejor que con su mamá. Mala relación con hermana menor. Las relaciones con sus compañeros han sido distantes, decían que era mimada, prefiere llevarse con gente mayor. La relación con sus parejas inició en su adultez, desconfía de los hombres por la infidelidad del padre. Considera que su autoestima influye en su cuerpo. No está contenta con su cuerpo. Actualmente, tiene alergia a los medicamentos.

Entrevista 6: joven que tiene momentos tristes en relación con sus planes de vida y a la separación de los padres. Se consideraba una persona exitosa hasta que entró a la universidad.

El diagnóstico de la rinitis se realizó a los 18 años. A la rinitis “prefiere no hacerle mucho caso”. A la misma edad, los 18 años, decidió ir a hacer un voluntariado y vivió fuera de casa un año. Con su papá se lleva mejor que con su mamá. La relación con sus compañeros ha sido distante pero reconoce que le gusta formar parte de varias agrupaciones. Las relaciones con sus parejas han sido cortas y ella ha decidido terminarlas.