

ADOLESCENCIA Y VULNERABILIDAD SOMÁTICA

Ps. Javiera Garrido Courbis.

Cap. 2 de Tesis de Magister "La Melancolía como antesala al funcionamiento psicosomático en la adultez. Un estudio conceptual desde la escuela psicosomática argentina" (ICHPA-UAI. 2021)

"El adolescente no pierde, sino que cambia, se transforma. Si bien le cuesta dejar lo conocido (infantil), desea fervientemente lo nuevo y puja por lograrlo y ejercitarlo, tanto o más que lo que se apena por alejarse de su pasado"

(Urribarri, R. 1998. p. 252).

"La adolescencia, más que una etapa estabilizada, es proceso, desarrollo, y que por lo tanto su aparente patología debe admitirse y comprenderse para ubicar sus desviaciones en el contexto de la realidad humana que nos rodea" (Knobel, M. 1971. p.34).

El desarrollo humano, con sus cambios evolutivos, ha planteado inquietudes para las ciencias desde el inicio de los tiempos. El ser humano, en palabras de Aberastury (1971):

Atraviesa por tres grandes períodos delimitados por diferentes formas de separación y reencuentro. El primero es el trauma de nacimiento, con el abandono de la vida prenatal; la segunda, la aparición de los dientes, con el abandono de la unión oral y la eclosión de la genitalidad acompañada de la bipedestación, la marcha y el lenguaje; y la tercera la maduración genital que inicia la adolescencia, con la entrada al mundo del adulto y el duelo definitivo por los padres de la infancia (p.206).

Este tercer periodo, el de la adolescencia, se caracteriza por ser una etapa de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo, y varía en sus formas de manifestación de acuerdo a las influencias del contexto sociocultural en que se desenvuelve. Así, la adolescencia tendrá el reconocimiento y el espacio que se le otorgue en las diferentes sociedades y sus expresiones se verán dificultadas o facilitadas según las connotaciones externas propias de cada cultura (Knobles, M. 1971).

Sin embargo, tras las manifestaciones socioculturales, existe un fundamento psicobiológico que le otorga características universales que implican para el individuo una reformulación de los conceptos que tiene sobre sí mismo, abandonando poco a poco su imagen infantil, para luego proyectarse en el futuro de su propia adultez (Knobles, M. 1971).

Mauricio Knobel (1971), define adolescencia como:

La etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil (p.32).

La etapa que define Knobel (1971) ocurre en concordancia con cambios físicos que anuncian la ineludible llegada de este proceso en el ciclo vital, y que se le imponen al niño, independiente de si esté o no dispuesto psíquicamente para recibirlos y tramitarlos, asistiendo “pasivamente a toda una serie de modificaciones que se operan en su propia estructura, creando un sentimiento de impotencia frente a esta realidad concreta” (Rosenthal, G. Knobel, M. 1971, p. 104).

La activación de las hormonas gonadotróficas de la hipófisis anterior da el puntapié inicial a la pubertad, produciendo el estímulo fisiológico necesario para la modificación sexual propia de esta etapa. La hipófisis también secretará hormona del crecimiento y aumentará la secreción de hormonas adrenocorticotróficas, permitiendo la producción de óvulos y espermatozoides maduros (Knobles, M. 1971). Este proceso puede avanzar sigilosamente, siendo evidenciado por el púber sólo a partir de la presencia del olor corporal, y la aparición del botón mamario en las niñas y el aumento del volumen testicular en los niños.

Un poco más tarde, aparece el desarrollo de caracteres sexuales primarios (como el agrandamiento del pene y los testículos, o el útero y la vagina), y caracteres sexuales

secundarios (como la maduración de los pechos, la maduración de la cintura escapularia y perriana, y el crecimiento del vello pubiano o los cambios de voz), a los que se suman modificaciones fisiológicas del crecimiento en general y de los cambios de tamaño, peso y proporción del cuerpo (Knobles, M. 1971).

En todo caso, este proceso suele no ser del todo armónico, pudiendo generar angustia y un sentimiento intenso de extrañeza ya que, tal como explica Hebe Lenarduzzi (2005) “hay una nueva vivencia de cuerpo fragmentado, debido al desarrollo brusco y asimétrico de los diferentes segmentos corporales” (p. 93).

Los acentuados rasgos en transición: nariz grande, imperfecciones de la piel, miembros muy largos, por mencionar algunos, generan en el adolescente “diferentes grados de inadecuación, y aún de fealdad. Extrañan el cuerpo infantil y sienten una enorme distancia entre la figura que ven ante sí y el ideal estético actual, impuesto por los medios de comunicación” (Lenarduzzi, H. 2005. p 95). A veces prima la dificultad para aceptar y apropiarse de los cambios corporales, aumentando la sensación de vergüenza e inseguridad que conlleva a inhibiciones del yo o depresiones propiamente dichas, acompañadas muchas veces de sintomatología física (Lenarduzzi, H. 2005).

De este modo, la prueba de realidad del crecimiento del cuerpo del púber podría verbalizarse así: “No soy un niño, he perdido mi condición de niño; mis padres no son los padres de un niño, sino los padres de un adulto; yo tengo que comportarme como un adulto, tal como mi cuerpo” (Aberastury, A. Dornbusch, A. Golstein, N. 1971. p. 83).

Todos estos cambios físicos y neurobiológicos, que avanzan paulatina y progresivamente, y que remueven la subjetividad del adolescente deben ser, tal como explica Lenarduzzi (2005), asimilados por el yo e incorporados tanto a la imagen como al esquema corporal.

La idea de imagen corporal remite a un concepto subjetivo, consciente e inconsciente, que si bien sienta sus bases en el proceso neurobiológico del desarrollo, es cimentado por las experiencias eróticas y libidinales particulares de la historia de cada sujeto, y está influido por la forma en que ha sido tocado, cuidado y acariciado, y también

por las frustraciones y pesares que ha vivenciado. Así, tal como explica Lenarduzzi (2005), los trastornos somáticos más frecuentes en la adolescencia son los “problemas alérgicos, trastornos de la alimentación, dolores erráticos, trastornos posturales (xifosis y escoliosis), trastornos del área sexual (vulvovaginitis, trastornos menstruales, ectopia testicular, enfermedades de transmisión sexual), trastornos de la piel (acné, vitiligo, eccemas) y trastornos neurovegetativos (mareos, lipotimias)” (p 96). Como es posible notar, la mayoría de estos diagnósticos hacen referencia a problemas físicos, estrechamente relacionados con la imagen corporal en proceso de cambio.

El concepto de esquema corporal, en cambio, hace referencia al cuerpo biológico, respondiendo a las particularidades de cada especie (Lenarduzzi, H. 2005), siendo “una resultante intrapsíquica de la realidad del sujeto, es decir, es la representación mental que el sujeto tiene de su propio cuerpo como consecuencia de sus experiencias en continua evolución” (Knobles, M. 1971. p. 38).

El cuerpo y el esquema corporal son variables íntimamente relacionadas que no deben desconocerse en la ecuación del proceso de definición del sí mismo y de la identidad. Así, Knobel (1971) propone que la adolescencia culminaría en un reconocimiento del sí mismo como entidad biológica y psicológica.

Imagen y esquema corporal son conceptos que se ponen en jaque al adentrarse en la realidad de adolescentes NANEAs, que además de los cambios físicos a los que se ven sometidos todos los adolescentes, por circunstancias de su condición de salud, pueden ver mermado su vigor o potencia física, o incluso sufren una fractura en su anatomía, que entre otras cosas, no les permite acercarse al ideal que prevalece socialmente.

De todos modos, consolidar la identidad implica para el adolescente pasar por reestructuraciones permanentes, tanto externas como internas, que pueden ser vividas como intrusiones dentro del equilibrio logrado en la infancia, y que lo instan a refugiarse férreamente en su pasado, mientras trata también de proyectarse con intensidad hacia el futuro. Este proceso puede tener tal intensidad y generar niveles de ansiedad que

provoquen disconformidad con la propia identidad que según Knobel (1971) se proyectará directamente en el organismo.

La reactivación en la adolescencia, de todas las etapas pregenitales de la evolución libidinal, junto con el acontecimiento de la maduración genital y la interacción tumultuosa con los procesos psicobiológicos básicos de disociación, proyección, introyección e identificación, irán estableciendo, de una manera algo confusa al principio y más estructurada después, la personalidad más o menos definida, logrando una verdadera cristalización del arduo proceso de individuación, que sería una de las funciones esenciales de ésta etapa de la vida (Knobles, M. 1971).

La contradicción que genera la vivencia de las modificaciones corporales propias de la pubertad que conllevan un desarrollo físico ineludible, con un aparato psíquico situado aún en la infancia, produce un fenómeno de despersonalización fluctuante en el adolescente normal, inundando la esfera del pensamiento que tiene también un rol primordial en esta etapa. Esto conlleva a una elucubración altamente abstracta del pensamiento y una tendencia a la conducción omnipotente de las ideas, frente al fracaso en el manejo de la realidad externa. A medida que el pensamiento evoluciona, lo conceptual simbólico reemplaza cada vez más a lo concreto, real y egocéntrico. De este modo, en el adolescente normal, las pérdidas de los objetos reales se van sustituyendo por símbolos verbales. Este manejo de las ideas sirve también para sustituir la pérdida de su cuerpo infantil y la no adquisición inmediata de la personalidad adulta (Rosenthal, G. Knobel, M. 1971).

Según Knobel (1971) la estabilización de la personalidad no se lograría sin pasar por cierto grado de conducta patológica que debe considerarse como inherente a la evolución normal de esta etapa de la vida.

El “síndrome de la adolescencia normal” o “patología normal del adolescente” planteado por Mauricio Knobel (1971), está determinado por “actuaciones que tienen características defensivas de tipo psicopático, fóbico o contrafóbico, maniaco o

esquizoparanoide, según el individuo y sus circunstancias” (p. 33) y son reflejo externo del conflicto infantil de dependencia que aún perdura.

Las manifestaciones del síndrome de la adolescencia normal, podrían sintetizarse en 10 categorías sintomáticas:

1. Búsqueda de sí mismo y de la identidad; 2. Tendencia grupal; 3. Necesidad de intelectualizar y fantasear; 4. Crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso; 5. Desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características de pensamiento primario; 6. Evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta; 7. Actitud social reivindicatoria con tendencias antisociales de diversa intensidad; 8. Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período de la vida; 9. Una separación progresiva de los padres; 10. Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo (Knobles, M. 1971. p. 35).

Los progresos en el desarrollo y las nuevas habilidades adquiridas generan en el adolescente placer y júbilo, lo que en ocasiones se alterna con momentos de conexión con aquello perdido en la infancia (Lenarduzzi, H. 2005). Así, el adolescente “realiza un verdadero proceso de duelo por el cual al principio niega la pérdida de sus condiciones infantiles y tiene dificultades en aceptar las realidades más adultas que se le van imponiendo” (Knobles, M. 1971. p. 43), entre las que también se encuentran las modificaciones biológicas y morfológicas de su cuerpo.

Arminda Aberastury (citada en Rosenthal, G. Nobel, M. 1971) plantea que son tres los duelos fundamentales de esta etapa. A saber: “1. Duelo por el cuerpo infantil, 2. Duelo por la identidad y el rol infantil. 3. Duelo por los padres de la infancia” (p. 103).

En el continuo de la identidad en construcción, la filogenia introduce modificaciones irreversibles que indican que el adolescente no volverá jamás a tener el cuerpo que tuvo de niño. Knobles (1971) dice al respecto:

Aunque todo el proceso evolutivo está jalonado por microduelos, aquí se inicia un duelo mucho más evidente y significativo, al cual acompañarán los duelos por el rol y la identidad infantiles (junto con el duelo por la bisexualidad) y por los padres de la infancia a quienes tanto se los necesitaba y de los cuales se podía depender (p. 45).

El duelo por el cuerpo infantil perdido, fundamental para comprender los temas que nos convocan, obliga a una modificación del esquema corporal y del conocimiento físico de sí mismo. Si bien este proceso va ocurriendo de diferente manera desde el inicio de la vida, se configura y cristaliza de forma más definitiva especialmente en este periodo (Knobles, M. 1971).

Aberastury (1971) explica al respecto que:

La pérdida que debe aceptar el adolescente al hacer el duelo por el cuerpo es doble: la de su cuerpo de niño cuando los caracteres sexuales secundarios lo ponen ante la evidencia de su nuevo estatus y la aparición de la menstruación en la niña y el semen en el varón, que les imponen el testimonio de la definición sexual y del rol que tendrán que asumir, no sólo en la unión con la pareja, sino en la procreación (p. 16).

De esta forma el proceso exige para el adolescente “el abandono de la fantasía de doble sexo implícita en todo ser humano como consecuencia de su bisexualidad básica” (Aberastury, A. Dornbusch, A. Golstein, N. 1971. p. 82).

El adolescente busca, entre las identificaciones disponibles en el mundo social circundante, aquella que conjugue con sus ideales, hasta configurar lo que será su identidad adulta. Frente a esto, Rosenthal y Knobel (1971) plantean:

La simbolización fracasa, el símbolo y lo simbolizado se confunden y las ideas tratan de desarrollarse en el “plano orgánico”, que es lo que lleva a la acción en

cortocircuito. Aquí la confusión puede ser extrema y el adolescente niega su realidad biopsíquica comenzando a actuar roles fantaseados que siente como verdaderos (p. 105).

En general este proceso de ensayo y error, de ajustes y desajustes, es sumamente angustioso y conlleva duelos que deben ser elaborados por medio de los recursos obtenidos de las primeras figuras introyectadas que forman la base del yo y del superyó. Por eso Mauricio Knobles (1971) parafraseando a Arminda Aberastury, explica que un mundo interno robusto y estable, surgirá de una relación armónica con las figuras paternas internalizadas y la capacidad creadora que ellos dispongan. Así, este mundo interno permitirá al adolescente mantener y reforzar la relación con los objetos internos, facilitando un buen ajuste emocional, estableciendo paulatinamente la identidad adulta.

Urribarri (1998) por su parte, propone que la vivencia de cambios corporales de la adolescencia no amerita necesariamente una concepción del duelo por la pérdida del cuerpo infantil. Explica que, desde su perspectiva, el cuerpo adolescente se desarrolla desde el cuerpo infantil previo, con señales progresivas de cambio, y por lo tanto, la adquisición de nuevas capacidades, el vigor muscular, el desarrollo de la capacidad reproductora producto de la maduración genital, con lo que se va paulatinamente homologando al adulto “le dan esa prima de incentivación y de placer que promueve hacia lo progresivo y compensa por lo que se deja” (p.256).

Siguiendo esta idea, Urribarri (1998) plantea que en relación a la representación psíquica del cuerpo, tampoco hay pérdida sino que desarrollos que “son significados e incorporados gradualmente y se va produciendo una parcial y continuada modificación de dicha representación psíquica del cuerpo” (p. 256), y de este modo, los cambios en relación con la imagen y el esquema corporal no será necesariamente conflictiva ni motivo de una pérdida doliente.

De todas formas, en medio de los intensos cambios, el adolescente va ganando un equilibrio progresivo, lo que permite “comprender el papel específico de la vida mental, el

cual consiste en conquistar una movilidad y una reversibilidad completas, imposibles de realizar en el plano orgánico” (Rosenthal, G. Knobel, M. 1971, p. 105).

Así las cosas, la adolescencia se juega en el entramado entre la constitución psíquica y el cuerpo en desarrollo, siendo este un periodo de especial vulnerabilidad en la relación mente y cuerpo.

Según Storti, Britos y Uhlemann (2017), en el abordaje psicosomático, se enfrenta la complejidad del organismo que funciona apoyado en dos estructuraciones regidas por leyes diferentes. Por una parte se encuentra el soma, que da cuenta de lo más material e incognoscible del cuerpo, regido por las leyes de la biología, la química y la física. Por el otro lado está el inconsciente pulsional, incognoscible también tal como lo real del mundo circundante, y donde rige el proceso primario que busca la reducción de la tensión aludiendo al principio del placer, primando la cantidad por sobre la cualidad.

La falta de plasticidad en esta dialéctica, donde el inconsciente tiende al principio de nirvana, provoca que se anule de alguna forma al deseo y aparece el sufrimiento humano que denuncia un dolor físico como único llamado ante el sufrimiento psíquico no registrado y significado (Storti, L. Britos, A. Uhlemann, H. 2017).

Este funcionamiento, es lo que Zukerfeld (2005) denomina *vulnerabilidad*, donde el sujeto desmiente parte de la realidad y ve sus posibilidades sublimatorias y creativas limitadas. Da cuenta de un modo escindido de funcionamiento universal y permanente que se revela en pobreza de la actividad fantasmática, tendencia a la descarga y precariedad de recursos mentales. En la clínica se muestra, en el fracaso de los mecanismos de afrontamientos, la dificultad en la elaboración de duelos y la tendencia a desarrollar cogniciones y comportamientos de riesgo. Así, el autor explica que estas características “se manifiestan de modo tal que la nosografía actual puede agruparlas en categorías que destacan la presencia del impulso sobre el pensamiento y otras que privilegian la desafectación y la respuesta somática” (Zukerfeld, R. 2005. p. 285).

La *vulnerabilidad* entonces, hace referencia a una cristalización de un modo de funcionamiento psíquico particular, que puede darse en sujetos médicamente sanos o

enfermos de cualquier patología. Este funcionamiento influirá en la prognosis habitual de su condición de salud, agudizando o exacerbando la enfermedad somática. La influencia de estas condiciones psíquicas cristalizadas y predominantes hacen pensar en ésta como una *vulnerabilidad somática o psicosomática* (Zukerfeld, R. 2005), es decir, en el vínculo entre psique y soma, ya que el término vulnerabilidad, da cuenta siempre de un modo de funcionamiento psíquico, y el apellido somático implica el resultado observable de la operatoria de este funcionamiento.

Lenarduzzi (2005) define la *vulnerabilidad psicosomática* como:

La tendencia que tiene una persona a padecer alteraciones en su cuerpo frente a agresiones de diversa índole. Esta condición podría ser consecuencia de una forma particular de funcionamiento psíquico, y se expresaría en forma de un trastorno psicosomático, de una adicción o de tendencia a accidentarse (p. 101).

La *vulnerabilidad somática* entonces, se produciría en parte por una falla en la integración psicosomática, dificultada por el ingreso de grandes cantidades de excitación de carácter traumático que alteran el procesamiento de los afectos y la adaptación a la realidad. El vínculo con el objeto primario, estructurante tanto para la constitución del aparato psíquico, como para el logro de la integración psique/soma, se verá mermado por la aparición de fallas en las barreras anti estímulos, lo que entorpece la capacidad sintetizadora e inhibitoria del yo, impidiendo la metabolización de este incremento en la tensión (Storti, L. Britos, A. Uhlemann, H. 2017).

Así, según Zukerfeld (2005) es posible identificar 3 grupos de factores que darán como resultado una condición de vulnerabilidad. A saber: 1. sucesos vitales infantiles y actuales de eficacia traumática. 2 presencia e interiorización de una red vincular que incluya mayor o menor sostén. 3. transmisión de ideales culturales dominantes y características de la calidad de vida alcanzada de acuerdo al contexto donde el sujeto se desarrolla.

El sustento empírico del modelo planteado por Zukerfeld (2005) estaría basado en la dialéctica entre trauma y sostén vincular, donde este último tiene un valor decisivo al momento de establecer la existencia de mayor o menor vulnerabilidad.

Lenarduzzi (2005) plantea que la *vulnerabilidad* como condición del funcionamiento psíquico, es transitoria y modificable en el transcurso de la vida, y adquiere ciertas particularidades en las distintas etapas. Por lo tanto, la adolescencia, con los cambios fisiológicos que conllevan un duelo por el cuerpo infantil, los procesos de individuación, separación de los padres y reestructuración de las instancias psíquicas, sería una etapa de especial vulnerabilidad evolutiva.

La adquisición creciente de habilidades psíquicas en el adolescente le permiten ampliar su capacidad de abstracción, comprensión y de intervención en el mundo. El proceso de ajuste logrará poco a poco, reunificar las pulsiones parciales bajo la supremacía de la genitalidad, aunque, simultáneamente se producirán movimientos regresivos, que se harán manifiestos por la presencia de periodos de introversión y de aumento de la dependencia hacia los padres, que parecía superada. La reactivación de rasgos anales y orales, propios de modos primitivos de funcionamiento, se expresan en el ámbito locomotor por el predominio de las conductas de paso al acto, acción sobre reflexión, y el lenguaje corporal sobre el simbólico. Esta, entre otras cosas, es la razón por la cual el adolescente es propicio a sufrir accidentes (Lenarduzzi, H. 2005).

El fuerte impulso libidinal presente en la adolescencia, generalmente no puede ser canalizado a través de la actividad sexual y por esto, Lenarduzzi (2005) dice que se produce una acumulación tóxica que se asocia con la aparición de síntomas característicos de las neurosis actuales “como taquicardia, taquipnea, sudoración profusa, angustia e insomnio. Casi todos los adolescentes los sufren en alguna medida” (p. 106). La falta de actividades sublimatorias, ya sea por inhibición, represión excesiva o imposibilidad de la motilidad, puede provocar permanencia o cronificación de estos síntomas y predisponer a la aparición de trastornos psicosomáticos más permanentes.

Por otra parte, el adolescente está también propenso a la aparición de trastornos conversivos, debido a la dinámica similar, psicopatológicamente hablando, a la de la histeria de conversión: “temor y castigo motivados por fantasías edípicas inconscientes hallan una transacción, el síntoma corporal, que logra, por un lado, la inmovilización del protagonista, y por otro, la atención del objeto” (Lenarduzzi, H. 2005. p. 107). Este enfrentamiento puede dar como resultado dolores abdominales, dismenorrea, cefaleas, entre otros.

Todos estos factores, entre otros, dan cuenta de un protagonismo de lo corporal en éste periodo.

Así, Lenarduzzi (2005) plantea que es posible visualizar indicadores específicos de vulnerabilidad, que sumados a los factores generales resultan en una vulnerabilidad psicosomática aumentada. Estos indicadores son: 1. Modalidad de los afectos, asociada a aparición frecuente de angustia automática o antecedentes de haber sufrido ansiedad de separación en la infancia, o presencia de alexitimia, por ejemplo. 2. Síntomas de depresión, distimia predominantes (aburrimiento, apatía, hipersomnia, sentimientos de vacío y/o desesperanza). 3. Marcada tendencia a la descarga a través del acto, especialmente actos que ponen en peligro la vida. Por ejemplo, crisis bulímicas o episodios de cleptomanía, consumo abusivo de alcohol o de drogas. 4. Historia de numerosas situaciones con potencialidad traumática o traumas no asimilados. 5. Predominio de la organización narcisista de la personalidad, con especial referencia a la autoestima frágil y a la preeminencia del yo ideal sobre el ideal del yo. 6. Funcionamiento mental con déficit del área transicional, que se manifiesta por dificultades para la creatividad y la fantasía. Pobreza de la vida onírica y de la ensoñación. 7. Deficiencias en la red familiar y social de sostén.

Para Lenarduzzi (2005), la actividad de ensoñación, propia del ser humano, resulta especialmente importante en la adolescencia, ya que se trata de una función que alimenta el narcisismo existente desde la infancia, por lo que el adolescente tiene la necesidad de dedicar mucho tiempo a la generación de sueños diurnos. En estos momentos, precisa

también de la contención del ambiente que asegure de algún modo al joven que ese sueño es posible, siendo los padres los encargados de instituir un clima de confianza, sin invadir.

Sin embargo, cuando un adolescente, en palabras de Lenarduzzi (2005) necesita:

Aturdimiento permanente; si no puede estar solo ni siquiera un rato; si quiere estar conectado simultáneamente a la computadora y al televisor, en una búsqueda desesperada de estímulos; si el ambiente interrumpe sus ensoñaciones con constantes demandas de operatividad; si se lo abruma con reproches y quejas sobre la existencia, entonces se verá seriamente dañado el espacio transicional y, en su lugar, aparecerá una demanda desesperada de objetos y una necesidad irrefrenable de actuar. El adolescente será más vulnerable y en consecuencia más predispuesto a alterar su cuerpo de las maneras antes descriptas (p. 111).

Así queda claro que en la adolescencia, todo el acontecer implica al cuerpo, siendo un periodo de especial vulnerabilidad para la relación psique/soma, y con predisposición a cristalizar un funcionamiento escindido que implique la descarga libidinal por la vía somática, sin mediar simbolización alguna. Por lo tanto, se hace imposible pensar en una clínica con adolescentes que no considere al cuerpo como un elemento central del análisis.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1971). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós.
- Aberastury, A. Dornbush, A. Goldstein, N. Knobel, M. Rosenthal, G, Salas, E. (1971) Adolescencia y Psicopatía. Duelo por el cuerpo, la identidad y los padres infantiles. En Aberastury, A. Knobel, M. (Ed) (1971) *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.

- Aberastury, A. (1964). La fase genital previa. *Revista de psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica Argentina*, v. 21, n. 3, pp. 203-213.
- Aisenberg, E. (2005) Revisión crítica de las teorías y de los abordajes de los estados psicosomáticos. En Maladesky, A. López, M. López, Z. (2005) *Psicosomática: aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cheja, R. Toronchik, H. (2016). Trastornos psicosomáticos en la infancia: clínica y teoría en psicoanálisis contemporáneo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cesio, F; (1962). El letargo, la melancolía y el duelo en la reacción terapéutica negativa. *Revista de Psicoanálisis*. 19(04), pp. 317-322.
- Chemama, R. (2002). Diccionario de psicoanálisis: diccionario actual de los significantes, conceptos y matemas del psicoanálisis. Bs. Aires: Amorrortu.
- Erikson, E. (2000). El ciclo vital completado. Barcelona: Paidós.
- Fernández, R. (2002). El psicoanálisis y lo psicosomático. Madrid: Ed. Síntesis.
- Flores Cano JC, et al. Modelo de atención y clasificación de «Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud-NANEAS»: recomendaciones del Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría. *Rev Chil Pediatr*. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.03.005>
- Freud, A. (1936). Defensa por angustia ante la fuerza de los instintos (Con un estudio psicoanalítico acerca de la pubertad). En *El yo y los mecanismos de defensa* (153-168). Bs. Aires: Paidós.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. En *Obras completas Vol 7* (109-224). Bs. Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Sobre la psicología del colegial. En *Obras completas Vol 13* (243-250). Bs. Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En *Obras completas. Vol 19* (21-29). Bs. Aires: Amorrortu.
- Goijman, L. (1998). Depresión en la adolescencia. En Goijman, L. Kancyper, L. (1998) *Clínica Psicoanalítica de niños y adolescentes* (87-98). Bs. Aires, Lumen.
- Goldstein, R; (1965). Duelo y somatización: notas sobre la regresión al predominio de la introyección respiratoria. *Revista de Psicoanálisis*. 22(12), pp. 98-119

- Knobel, M. (1971). El síndrome de la adolescencia normal. En Aberastury, A. Knobel, M. (Ed) (1971) *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. (29-79). Bs. Aires: Paidós.
- Lenarduzzi, H. (2005). Entre biología y cultura. Un estudio de la psicopatología en la infancia y la adolescencia. Bs. Aires: Biblos.
- Marucco, N. (2005). Cuerpo y representación en el campo analítico. Algunas reflexiones acerca de la “psicopatología hoy”. En Maladesky, A. López, M. López, Z. (2005) *Psicopatología: aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud de Chile. (2018). Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes: Nivel especializado de atención abierta y cerrada. Recuperado 30 octubre, 2018, de [file:///C:/Users/Javi%20Garrido/Downloads/Programa%20especializado%20adolescentes%20y%20jo%CC%81venes%20final%20Resolucion%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Javi%20Garrido/Downloads/Programa%20especializado%20adolescentes%20y%20jo%CC%81venes%20final%20Resolucion%20(1).pdf)
- Rosenthal, G. Knobel, M. (1971) El pensamiento en el adolescente y en el adolescente psicopático. En Aberastury, A. Knobel, M (Ed)(1971) *La Adolescencia Normal, un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Rother Hornstein, M.C.(2018), Teoría, clínica y práctica en el trabajo con adolescentes. En *Controversias en psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, N.22, pp. 38- 48.
- Sauane, S. (2014), *Psicopatología: Teoría y clínica*. Buenos Aires: Eudeba.
- Storti, L. Britos, A. Uhlemann, H. (2017), La experiencia psicoanalítica en psicopatología. *Psicoanálisis ayer y hoy*. Recuperado el 09 de diciembre, 2020 de <https://www.elpsicoanalisis.org.ar/nota/la-experiencia-psicoanalitica-en-psicopatologia-lydia-storti-alberto-britos-helga-uhlemann/>
- Urribari, R. (1998). Sobre adolescencia, duelo y a posteriori. En Goijman, L. Kanciper, L. (1998) *Clínica Psicoanalítica de niños y adolescentes* (241-279). Bs. Aires, Lumen.
- Valdivia, M. Condeza, D. (2006). *Psiquiatría del Adolescente*. Santiago, Chile: Mediterraneo Ltda.

- Zukerfeld, R. (2005). Psicopatología: vulnerabilidad y resiliencia. En Maladesky, A. López, M. López, Z. (2005) Psicopatología: aportes teórico-clínicos en el siglo XXI. Buenos Aires: Lugar Editorial.