

GRACIELA GUMAN: EL SENTIDO DEL SÍNTOMA Y ENFERMEDAD NODULAR DE TIROIDES

Introducción

El presente trabajo intenta mostrar los avances en la investigación acerca de la interrelación entre los aspectos psicológicos y emocionales de pacientes portadores de patología tiroidea, específicamente, de la enfermedad nodular de tiroides. Esta población concurre a la División de Clínica Médica del Hospital General de Agudos “Juan A. Fernández”. Los resultados provisionales se ilustrarán con la presentación de material clínico de un grupo de cinco pacientes de la mencionada muestra. Se realizaron dos entrevistas psicológicas semidirigidas, con un intervalo semanal.

Algunas consideraciones previas:

Etimológicamente el término **tiroides** proviene del griego y tiene dos acepciones: “*semejante a una puerta*” y “*semejante a un escudo, escutiforme*”. Según el “Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana” de Joan Corominas (1), la primera surge de *thyrooides*, a su vez de los vocablos *thyra* “puerta” y *eidós* “forma”. La segunda, de acuerdo al “Diccionario de Ciencias Médicas” de Stedman (2), de *thyrooides*, de los vocablos *thyreos* “escudo oblongo” y *eidós* “forma”. La palabra **nódulo** proviene del latín y significa “*pequeño nudo*”, surge del vocablo *nodulus*, diminutivo de *nodus*, “*nudo*”(2).

La glándula tiroides aparece filogenéticamente en los anfibios primitivos posibilitando los cambios morfológicos y estructurales necesarios para el pasaje del medio acuático al terrestre. Las hormonas yodadas subsanan la falta de yodo que debieron afrontar al alejarse de las aguas. En los anfibios actuales se reedita en el momento de pasaje del estadio larvario al de adulto. La situación filogenética se reproduce en los seres humanos, ontogenéticamente considerada, la glándula tiroides acrecienta su función en el desarrollo intrauterino, en el momento del pasaje del estado embrionario al fetal, al igual que en los momentos previos al nacimiento e inmediatamente posteriores a él. En la vida adulta se incrementa su actividad en momentos de cambio y crecimiento, como en la pubertad y el embarazo (3).

Estudios acerca de la relación psiquismo-glándula tiroides fueron realizados en el siglo pasado por Parry (1825) y Graves (1835), ambos citados por Losso (4). Este autor expresa que “*los estudios hechos en los pacientes hipertiroideos muestran que en general se trata de personas con personalidades débiles, fóbicas, (...) como defensas tienden*

a usar mecanismos contrafóbicos y formaciones reactivas, pero con motivo de situaciones de pérdidas de objetos importantes y/o aumento de peligros exteriores (factores desencadenantes) estas defensas fallan y la situación de miedo pasa a expresarse en el cuerpo. (...) No hay pruebas de una psicogénesis en el hipotiroidismo."

Jorge Weil (5) menciona a H. Kiene y H. Dickson citados por Flanders Dunbar, que afirman que: *Los desórdenes tienen lugar en sujetos que reaccionan a los traumas psíquicos con una tensión excesiva y prolongada".* Conrad, citado por Weiss y English, destaca la *"importancia y frecuencia de la perturbación en las relaciones madre-hijo (...) y al temor a los peligros del papel de madre..."*. Nolan D. C. Lewis citado por Arnaldo Rascovsky (6) formula acerca de la patogénesis del trastorno que *"existen universalmente un ligamen normal con el padre, fijación con anhelos transitorios incestuosos, que son finalmente convertidos o sublimados, y que se encuentran más marcados y persistentes en las niñas...en ciertos individuos, una sobredeterminación por una fuerte fijación con el padre e impulsos más intensos pero inconcientes que fracasan en su sublimación se expresan a través del segmento tiroideo que representa filogenéticamente al útero y se presta así en la madurez para una expresión simbólica. (...) puede representar una fantasía de impregnación paterna (materializada en la tiroides)".* Arnaldo Rascovsky afirma que la exageración o defecto de la función tiroidea *"expresaría el desequilibrio psíquico entre instancias represoras e instancias reprimidas. (...) La función tiroidea está relacionada con la organización del superyo..."*.

Este rastreo refiere a hallazgos vinculados con modificaciones cuantitativas de producción hormonal, careciéndose de datos acerca de alteraciones anátomo-clínicas sin correlato de variación hormonal.

Reseña del Material Clínico

Los casos que se relatan son pacientes de patología de enfermedad nodular de

tiroides, de funcionamiento glandular eutiroideo y nódulos de patología benigna en los cuatro primeros casos y de carcinoma papilar en el quinto. Los sucesos mencionados se ubican temporalmente respecto al momento de las entrevistas.

Caso I.- Se trata de una mujer de 65 años, ama de casa, separada, y que actualmente vive con su madre. El motivo de la separación fue un episodio de infidelidad del marido, en la misma época, año 1994, se produce una quiebra económica. La nueva relación al tiempo se disuelve, y aquél hace un intento de suicidio. En la actualidad se ven los fines de semana. La paciente tiene con él una relación de intensa dependencia, éste es descrito como de carácter muy fuerte e impulsivo, al igual que su madre como muy autoritaria. Su padre falleció, hace 3 años, era callado y temeroso. Al hablar de él llora y se expresa como una niña muy pequeña. Dice: *“yo era lo máximo para él”*.

Tiene tres hijos y cuatro nietos. Recuerda un sueño en el cual corre por un túnel en el que había espacios cuadrados por los cuales podía atravesar, el último muy pequeño no le permitía pasar, un perro la seguía, se despertó con angustia. Manifiesta tener dificultades con el tiempo, dice: *“Quisiera que alguien me dé un empujoncito que no me dieron...me quedé en el tiempo”*. Respecto al relato de su historia verbaliza: *“Los gritos del silencio están acá adentro (señala su garganta), no los gritaba, me los quedaba adentro. Las cosas lindas sí las expresaba, las malas me las tragaba más de 20 años; no gritaba. Grito ahora a mamá”*. A los 52 años vive su menopausia, tres años después le diagnosticaron un nódulo tiroideo. La paciente relaciona su síntoma orgánico con que en ese momento padece de angustia debido a que su hijo mayor tiene una novia descrita como muy avasalladora.

Caso II.- Se trata de una mujer de 65 años, viuda, ama de casa, con una hija separada y un nieto. Se presenta diciendo que es una depresiva endógena, tras lo cual relata la enfermedad y muerte de su marido. La paciente refiere sentir culpa por haberlo atendido con pocas demostraciones de afecto durante los cuatro años de la enfermedad terminal del mismo. Tenía un vínculo de intensa dependencia con él. Describe a sus padres como muy terribles y absorbentes. Su padre es fallecido, no así su madre que vive con ella desde su casamiento. Hace 13 años tuvo un intento de suicidio justificado por una grave caída económica y por la intrusión de su madre en su vida. Relata su infancia vivida en una familia de características endógenas, dice: *“era la vida entre nosotros, no nos dejaban darnos con nadie”*. Al nacer su hija padeció de depresión post-parto, hace ya 43 años, y dice al respecto: *“nunca se pudo cortar”*.

Al pedirle el relato de un recuerdo, dice: “cuando estaba embarazada a los 21 años, un día mi marido llegó tarde y me dijo ‘maldigo tener un hijo tuyo’, nunca más grité”. Al año de la muerte de su marido ocurrida en abril de 1997, le diagnosticaron dos nódulos tiroideos y otros más pequeños al hacer una consulta médica por una fuerte gripe. Al momento de las entrevistas tiene disfonía, síntoma que padece desde hacía ocho meses.

Caso III.- Se trata de una paciente de 42 años, nacida en un país limítrofe, que a los 18 años se radica en el nuestro. Es la penúltima hija de catorce hermanos, se casa a los treinta y tiene dos hijos. Comienza a trabajar como mucama, al poco tiempo la familia en donde trabaja se muda a una casa mucho más grande. La paciente tiene pensamientos acerca de su destino de enfermar justificado por la enorme exigencia que le iba a producir la mayor responsabilidad en el trabajo. Al tiempo padece de intensos dolores corporales que no son diagnosticados como patología y baja su peso corporal debido a la disminución de la ingesta. Al año cambia de trabajo. En marzo de 1999 nuevamente consulta por dolores corporales y le diagnostican dos nódulos en la tiroides. Refiere que un mes antes retoma el trabajo que había suspendido tras su casamiento, y que vive momentos de gran stress debido a la crianza de sus hijos ya de 12 y 9 años respectivamente. Se define como una madre excesivamente exigente. Respecto a la suya, aún viva, dice: “*le tenía miedo,*” y que su padre, ya fallecido, “*era una personal muy especial, mucho mejor que mi mamá, porque él no era una persona mala, no gritaba ni exigía cosas*”. Relaciona su padecimiento orgánico con sus rasgos de personalidad verbalizados de la siguiente manera: “*Lo que digo se tiene que cumplir y sino me da bronca,...me exijo demasiado, me cuesta sacar la bronca, hablar y decir lo que siento,...pienso que me enfermo porque una se pone nerviosa por cualquier cosa, trago todo, tal vez va y queda en algún lugar del cuerpo la bronca...decía que me voy a enfermar, porque uno piensa así y se cumple...la cabeza te trabaja*”. Acerca de sus embarazos dice haberse sentido “más contenta” debido al aumento de peso ya que siempre había querido ser más gorda. Relata un sueño recurrente en el cual camina y se tropieza, no pudiendo continuar, y se despierta con angustia, tras lo cual siente que queda atrapada en un pozo. Asocia a éste como: “*el final, que ahí te quedás, uno no puede seguir, queda ahí*”.

Caso IV.- Es una paciente de 52 años, que se presenta como casada si bien lo primero que comunica es su separación acaecida hace cinco años. Vive aún con su cónyuge siendo éste un hombre violento. Verbaliza al respecto: “*quiero irme a vivir a otra casa pero no lo veo, no puedo salir o no pongo muchas ganas para irme*”.

Tiene cuatro hijos. Su madre vive, es descripta como muy dominante y callada. La paciente se llama igual que ella y dice que le gusta su nombre. Su padre, ya fallecido hace 12 años de cáncer de esófago, lo refiere como dominado y tranquilo. Además dice: *“Trato que no me llegue lo que me dicen...no expreso lo que siento”*. Hace 3 años fallece su suegra a quien quería mucho. Hace 13 años fue operada de la vesícula tras lo cual comienza un tratamiento con medicación para la tiroides. Hace dos años le diagnostican dos nódulos. Al respecto dice: *“Me imagino que eso estaba, sentía que tenía algo...comencé a tener problemas en el oído, luego en la garganta, me estudiaron y no tenía nada. Estoy más tranquila, me separé definitivamente de mi marido...estamos bajo el mismo techo pero ahora no hay control...cuando uno siente tranquilidad, empiezan a aparecer los problemas, aparece el cansancio, mis amigas en las vacaciones se enferman...(...) Hace dos años una hija, que está embarazada, se puso de novia con un joven golpeador, él no trabaja, se pelean y se arreglan, yo le pago su alojamiento en un hotel...a veces me siento cómplice...”*.

Caso V.- Se trata de una paciente de 58 años, casada, con dos hijas y dos nietos. Vive en una provincia del interior del país. Tiene dos hermanas, sus padres son fallecidos, su madre hace 30 años de un tumor cerebral maligno, posterior a uno de útero de igual sospecha patológica, y su padre fallece hace dos años. Describe una relación de intensa dependencia con su marido, quien reedita el vínculo mantenido con su madre, de características ambivalentes. Cuando estuvo embarazada relata haber tenido ideas de embarazo eterno. Refiere acerca de sus hijas: *“es que soy muy apegada a ellas, vivo pendiente de ellas desde siempre, soy demasiado absorbente.”* Desde la muerte de su madre dice que ante cualquier enfermo allegado a ella piensa que se va a morir. Le afectan las ideas de enfermedad y muerte, y además la vivencia problemática de sus hijas casándose embarazadas. Dos años previos a su enfermedad tiroidea hubieron sucesivas pérdidas coincidentes en el tiempo, el fallecimiento de su padre y otros familiares y el casamiento de una hija que viene a vivir a Buenos Aires vivido como un desprendimiento traumático.

Algunas Consideraciones desde el punto de vista Psicoanalítico

Lieberman (7) afirma respecto de estos pacientes que: *“...localizan sus conflictos a nivel del sistema nervioso neurovegetativo, que pasa a convertirse en el medio de expresión privilegiado de los mismos. Hay, por lo tanto, todo un área de su personalidad que se expresa con el código visceral. (...) La elección del órgano*

corresponde a una disposición que está en relación con las series complementarias del paciente." A su vez Mitscherlich (8) bosqueja un modelo para el acceso psicológico de la enfermedad física, afirma que "el lenguaje de expresión de nuestro cuerpo no solo tiene un vocabulario conocido (...) sino también un vocabulario desconocido, inusual, que a veces se asemeja a neologismos (...) no se trata de descubrir las condiciones previas, a su vez corporales, de acción mecánica, que corresponden a las formas conmocionales físicas del síntoma, sino de encontrar la configuración anímico corporal total de una conmoción que en sí misma tenga relación con el objeto y con el yo, vale decir que tenga sentido." Para entender el sentido del síntoma en las pacientes de los casos presentados, se plantea observar los aspectos psicológicos y emocionales recurrentes en ellas. El tipo de pareja parental y sus características configuran a las que describe Liberman (7), en relaciones que se estabilizan sobre la base de modelos relacionales pregenitales e infantiles, en los que se juegan roles complementarios como controlador-controlado, víctima-victimario. La figura materna aparece en un rol dominante, mientras el padre lo hace de manera temeroso y distante. Esto produce una organización edípica deficiente que inhibe una adecuada posibilidad de simbolización, manteniendo una relación de naturaleza simbiótica entre la madre y la hija. Esta relación vincular se repite consecuentemente en la pareja conyugal, en la que aparece el rol materno en la persona del cónyuge.

Figuras de encierro, de atascamiento e imposibilidad de separación, se observan en el material; el sueño del túnel y los gritos del silencio encerrados en la garganta hasta la aparición del síntoma que los sustituye en el caso I, el recuerdo de la infancia vivida en una familia endógena y la depresión post-parto no superada en el caso II, el sueño del pozo en el caso III, la dificultad para mudarse en el caso IV, y la vivencia de embarazo eterno en el caso V.

Los sucesos emocionales previos a la aparición del nódulo en la tiroides, remiten a una ruptura abrupta o de intensa identificación con una relación que resignifica el vínculo originario materno con las características descriptas. En las situaciones de pérdida se produce una dificultosa elaboración del trabajo de duelo, como afirma Freud (9), por la naturaleza de la elección objetal, que es de una fuerte fijación en el objeto de amor y a su vez de escasa resistencia a la investidura de objeto. Son vínculos de tipo narcisista con el correspondiente conflicto de ambivalencia de amor y odio.

La aparición de la novia que avasalla a un hijo en el caso I, la muerte del marido en el caso II, la exigencia en la maternidad y en el trabajo en el caso III, la pareja de la hija vivida en forma ambivalente en el caso IV, y la muerte de la madre hace largo tiempo y otras pérdidas recientes en el caso V.

A modo de Conclusión

El material obtenido hasta el momento permite inferir la influencia de aspectos relacionados con los vínculos tempranos y la existencia de desencadenantes específicos que, conforme al concepto de series complementarias freudiano (9), conllevan al enfermar y a la elección del órgano en cuestión. La glándula tiroides es el órgano de los procesos metabólicos, significativo del cambio y crecimiento y del mantenimiento de la homeostasis. Esto permite la autonomía respecto del medio, situación sumamente perturbada en las pacientes de los casos citados. Ellas están estructuradas psíquicamente con elecciones de objeto de tipo narcisista, en este sentido de naturaleza simbiótica respecto al vínculo originario materno. Estos aspectos aparecen en el material expuesto; a su vez coincidentes con aquellos citados por Conrad, quien se refiere a la perturbación en las relaciones madre hijo, y por Lewis, que menciona la fantasía de impregnación materializada en la tiroides.

Ante la falta de tramitación psíquica suficiente y de simbolización, el nódulo en la tiroides, expresaría el significado de un conflicto subyacente, de la recaptura del vínculo materno perdido, nunca perdido, del que el paciente nunca se separó.

Bibliografía

- (1). **Corominas**, Joan: Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana.
- (2). **Stedman**: *Diccionario de Ciencias Médicas Ilustrado*. Editorial Médica Panamericana S.A., Buenos Aires, 25ª edición, 1993.
- (3). **Chiozza**, Luis (1997): *Del Afecto a la Afección (Obesidad, Sida, Hiper e Hipotiroidismo, Enfermedades Periodontales, Caries Dental)*. Alianza Editorial S.A., Buenos Aires, 1997, Cap.: *Los Significados Inconcientes de la Función Tiroidea*. Pag. 172 y 177.
- (4). **Losso**, Roberto: *Mente y Hormonas, Un enfoque psicosomático de la endocrinología*. Editorial Docencia, Buenos Aires, 1983, Págs. 64-71.
- (5). **Weil**, Jorge N.: *Un Caso de Enfermedad Graves-Basedow. Personalidad y Circunstancias Previas a su eclosión*. Revista de Psicoanálisis, editada por la Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, Tomo XIII, N°4.
- (6). **Rascovsky**, Arnaldo: *Interpretación Psicodinámica de la Función Tiroidea. Observaciones sobre disfunciones tiroideas en psiconeuróticos*. Revista de Psicoanálisis, editada por la Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, 1947, Año IV, N°3.
- (7). **Liberman D., Grassano de Piccolo E., Neborak de Dimant S., Pistiner de Cortiñas L., Roitman de Woscoboinik P.**: *Del Cuerpo al Símbolo. Sobreadaptación y enfermedad psicosomática*. Colección PSI, Editorial Ananké, Santiago-Chile, 3ª. Edición, 1993, Cap. I, pág. 41 y 53-55.

- (8). **Mitscherlich**, Alexander (1967): *La enfermedad como conflicto. Ensayos sobre medicina psicosomática*. Editorial Sur S.A., Buenos Aires, 1971, Tomo I, Cap.I *El acceso psicológico a la enfermedad*, pág. 28.
- (9). **Freud**, Sigmund (1916-17): *23º Conferencia: Los caminos a la formación de síntoma*, en *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1987, Tomo XVI, págs. 329-333.