



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRABAJO DE GRADUACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

“Manifestaciones de la subjetividad expresadas en el cuerpo de los familiares de
los pacientes oncológicos”

AUTOR:

KATIA MARÍA RAAD BASSIL

DIRECTOR:

DRA. NORA GUERRERO DE MEDINA

GUAYAQUIL-ECUADOR

AÑO 2012

ÍNDICE

Introducción.....	1
Capítulo 1: El compromiso subjetivo de los familiares que acompañan al paciente oncológico	4
Capítulo 2: Los tres registros del cuerpo	
2.1 Cuerpo Imaginario.....	13
2.2 Cuerpo Simbólico	16
2.3 Cuerpo en lo Real.....	19
2.3.1 El resto	23
2.3.2 El goce en el cuerpo.....	24
Capítulo 3: La dinámica de las neurosis en las psicopatologías del cuerpo	
3.1 Conversión Histórica	27
3.2 Somatización	30
3.3 Fenómeno Psicossomático.....	32
Capítulo 4: Reflexiones teóricas por medio de casuística	
4.1 Caso de conversión	37
4.2 Somatización	39
Conclusiones.....	41
Bibliografía	45

Introducción

El cuerpo casi siempre puede revelar, de alguna manera u otra, si algo anda bien o mal, lo podemos ver incluso en situaciones extremas, por ejemplo; si alguna vez han tenido demasiado frío, sabrán que la sangre fluye en cantidad a los vasos de la superficie y la piel se enrojece, se evidenciará en la cara, la piel y las manos, también nos defendemos contra el frío mediante contracciones musculares involuntarias (como el temblor), que repitiéndose con frecuencia generan calor. Es así, como el cuerpo siempre responderá a estímulos tanto externos como internos; pues bien, frente al conflicto psíquico este también puede expresarse.

Frente a ello, seguramente podrían preguntarse ¿Qué podría conllevar a enfermarse y visitar doctores sin encontrar respuesta orgánica alguna? ¿Cómo se produciría una enfermedad por una causa psíquica? ¿Es arbitraria la dolencia o responde a una manifestación inconsciente?

Durante las prácticas clínicas pre-profesionales realizadas desde Mayo del 2011 a Enero del 2012, fue frecuente observar que los familiares de los pacientes oncológicos presentaran distinto tipo de enfermedades, tras pasar periodos largos de estadía en el hospital, se presume que esto sucedía debido a la carga subjetiva que implicaba pasar tanto tiempo con sus

allegados en estado grave, estos síntomas podrían ser en su mayoría de naturaleza psicológica sin responder necesariamente a una causa orgánica.

Este trabajo pretende responder, desde el marco teórico psicoanalítico, cuales son las respuestas que involucran al cuerpo frente a lo innombrable, pues juega un rol fundamental en el conflicto subjetivo de los sujetos. Es así como, en el primer capítulo, se va a contextualizar el escenario vivido tanto por parte de los pacientes como familiares del área de oncología, para determinar las distintas circunstancias a las que se pueden enfrentar durante la enfermedad.

Seguidamente, se va a trabajar sobre la dinámica de los tres registros propuestos por Lacan (Real, Simbólico e Imaginario) en la constitución de la subjetividad y precisamente como estos registros se entrelazan y manifiestan en el cuerpo.

El último reto será, realizar un recorrido por tres formulaciones teóricas de gran relevancia: la conversión histérica, la somatización y el fenómeno psicósomático, las cuales permitirán entender la dinámica de las neurosis en las diversas psicopatologías del cuerpo, así como concebir sus diferencias. Una vez expuesta la teoría se expondrán dos casos clínicos que sustenten y fundamenten los conocimientos de lo expuesto.

Objetivo general

Plantear las formas en que la subjetividad se manifiesta a través del cuerpo de los familiares de los pacientes oncológicos.

Objetivo específico 1: Describir la dinámica de los 3 registros sobre el cuerpo en la constitución de la subjetividad y en la producción de síntomas

Objetivo específico 2: Explicar la dinámica de las neurosis en las psicopatologías del cuerpo

Objetivo específico 3: Argumentar las reflexiones teóricas por medio de casuística

CAPITULO I

EL COMPROMISO SUBJETIVO DE LOS FAMILIARES QUE ACOMPAAÑAN AL PACIENTE ONCOLÓGICO

Cáncer, es posiblemente una de las palabras más utilizada cuando se habla de salud y enfermedad, es el término que se emplea para designar un grupo de enfermedades que tienen un denominador común: la transformación de una célula normal en otra que se comporta de forma muy peligrosa para el cuerpo.

Se dice que las formas de cáncer avanzado adoptan una forma abigarrada, con ramificaciones, que se adhiere a todo lo que agarra, es por ello que se puede comprender la etimología de esta palabra, pues deriva del griego “karkinos” que significa cangrejo.

Actualmente, existe un sin número de personas que son diagnosticadas con este tipo de enfermedad, el aumento de casos es cada vez mayor. Según la (Organización Mundial de la Salud, 2012) el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo, este organismo calculó que, de no mediar intervención alguna, ochenta y cuatro millones de personas morirán de cáncer entre el 2005 y 2015. Cada cuatro de febrero, la OMS apoya a la Unión Internacional contra el Cáncer y promueve medios para aliviar la carga mundial de la enfermedad.

La palabra cáncer suele ser asociada a algo terrorífico, maligno, dañino, y precisamente a la muerte, esto ocurre esencialmente porque el procedimiento médico para tratar el cáncer se encuentra vinculado a una serie de métodos que no aseguran la respuesta positiva, es decir, la cura.

En el IEES, Instituto Ecuatoriano de Seguro Social, se brindan tres tipos de tratamiento para combatir la enfermedad, estos son: la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. El método no será igual para todos los casos, pues dependerá de la localización del tumor, el estado en que este se encuentre y la salud del paciente. Así mismo, la respuesta del paciente a cada tratamiento puede variar.

Uno de los procedimientos más utilizados es la quimioterapia, esta consiste en la aplicación de un conjunto de fármacos empleados en el tratamiento de enfermedades neoplásicas que tiene como función impedir la reproducción de las células cancerosas.

Por su parte, la radioterapia, es un tratamiento que se brinda mediante un convenio con SOLCA “Sociedad de Lucha contra el Cáncer”, ya que en el hospital del IEES aún no brindan este tipo de servicio. Este método, llamado también terapia con rayos X o radiación, es el uso de un tipo de energía que sirve para destruir las células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores.

La cirugía en cambio, es utilizada para tumores pequeños y localizados en un lugar específico. Se emplea para remover los crecimientos cancerosos de varios tipos de cáncer. La probabilidad de una cura quirúrgica depende del tamaño, lugar, y etapa de desarrollo de la enfermedad. Cuando se remueve un tumor, el cirujano trata de extraer lo mayor posible. En algunas ocasiones los tratamientos pueden ser combinados, por ejemplo, radioterapia y quimioterapia o quimioterapia y cirugía.

La respuesta de los pacientes a la quimioterapia dependerá de cada organismo, ya que los efectos no serán los mismos para unos pacientes que otros. Los mismos fármacos administrados con distinta intensidad de dosis, podrán conllevar diferentes periodos de tiempo entre ellos o variaciones en su aplicación, esto traerá como consecuencia diferencias importantes en tasas de respuesta y supervivencia.

Es importante mencionar además que durante el procedimiento de quimioterapia, los pacientes reciben auténticos cuidados intensivos de soporte en habitaciones de aislamiento especiales, se debe utilizar protecciones como mascarillas como medio para garantizar el éxito de un tratamiento con alta toxicidad y tasas de mortalidad variables.

Una de las situaciones a las que se enfrentan los pacientes y familiares en el servicio, es el tiempo que conlleva el tratamiento, para ello se debe comprender que se brindan “esquemas de quimioterapia” que variarán según

el caso de cada paciente. La revista virtual "BioCancer", aporta que el diseño de los esquemas de quimioterapia, se basa en principios de cinética celular, quimiosensibilidad del tumor y farmacodinamia de las drogas (Morales, José Aguiar, 2004).

Así, la revista menciona la existencia de diversos conceptos como, "intensidad de dosis", en la cual se pretende administrar la dosis total en periodos cortos de tiempo, con ello se obtendría respuestas más rápidas y se evita el recrecimiento tumoral entre ciclos más prolongados. También, menciona la "quimioterapia secuencial", en la cual se administran las drogas de forma sucesiva a lo largo de varias semanas, mientras que en la "quimioterapia alternante", se administran uno tras otro los fármacos del esquema a sus dosis y periodos convencionales, existiendo diseños en los que se intercalan varias opciones.

Por otra parte, señala que la "quimioterapia de intensificación", consiste en administrar dosis muy elevadas de drogas citotóxicas, las cuales, en teoría, producen la destrucción de las células tumorales residuales que han resistido las dosis convencionales previas de quimioterapia.

En el hospital del Seguro Social, lo común vivido por los pacientes, fue la visita aproximadamente cada tres semanas para realizar el tratamiento. Esta situación puede conllevar, según el caso, a visitar durante muchísimos meses al hospital. Es precisamente debido a este escenario que algunos

pacientes se incomodan y abandonan el tratamiento, además, los efectos secundarios de la quimioterapia serán un factor desalentador para aceptar o continuar el mismo.

Las náuseas y los vómitos suelen ser los efectos secundarios más temerarios y frecuentes posteriores a la quimioterapia, pueden aparecer tempranamente, unas horas después de la administración, o tardíamente, veinticuatro horas o más después del ciclo, sin embargo hay ciertos casos en los que los efectos aparecen pasadas las setenta y tres horas. Generalmente, estos síntomas desaparecen en unos pocos días.

Otro de los posibles efectos posteriores a la quimioterapia es la diarrea, pues este tipo de tratamiento puede afectar las células que recubren el intestino dando como resultado la incapacidad del mismo para absorber agua y nutrientes. Sin embargo, algunos fármacos empleados por el oncólogo podrían favorecer esta situación.

Así mismo, el estreñimiento es otro de los síntomas comunes, ésta podría verse incrementada por cambios en la alimentación y disminución de la actividad física, característica de la quimioterapia.

Existen otro tipo de sintomatologías de los que más se quejan los pacientes, la alteración en la percepción de los alimentos es una de las que provoca mayor impaciencia a los familiares, esta situación es frecuente en muchos de

los casos, pues la quimioterapia puede producir daño directo de las papilas gustativas situadas en la lengua y el paladar, los pacientes perciben una disminución en el sabor de determinadas comidas o un gusto amargo de las mismas, esto hace que no disfruten de los alimentos y por tanto no deseen comer, lo que puede dar lugar al debilitamiento.

Las alteraciones en la mucosa de la boca son otro factor que podría darse, pues puede existir inflamación de la misma acompañada de llagas o úlceras dolorosas, que en ocasiones pueden sangrar y sobre infectarse. Suelen aparecer de siete a diez días después de iniciar la quimioterapia y generalmente, si no existe infección, mejora al cabo de una a dos semanas.

Además, en ocasiones, estos pacientes se ven afectados por un debilitamiento en su sistema inmunológico lo que pone en compromiso sus defensas. Es así como los cuidados de estos pacientes son de suma relevancia ya que deben evitar las infecciones por gérmenes oportunistas, procesos hemorrágicos o toxicidad visceral irreversible. Sin embargo, a pesar de las sintomatologías ya mencionadas, el oncólogo puede proporcionar al paciente los fármacos para disminuir estos síntomas.

Cabe decir, que en muchas ocasiones, a pesar de que el paciente cumpla con todo el esquema de quimioterapia, puede aparecer un tumor en otra parte del cuerpo o extenderse, pues las células de las neoplasias malignas tienen la capacidad de dar origen a *metástasis*.

Se entiende por metástasis a la transferencia de una enfermedad o proceso patológico desde un órgano o sector a otro no directamente conectado con el primero. Para ser precisos, es la extensión discontinua de un tumor a territorio más o menos alejado de la neoplasia primaria, formándose un tumor secundario cuyas células son semejantes a las del tumor de origen y no a las del órgano en que se asienta la metástasis. (Manual de patología general)

La situación mencionada, puede ser muy angustiante para el sujeto que padece la enfermedad tanto como para los familiares, puesto que el hecho de que el tumor se haya regado minimiza las prioridades de curación por completo.

Esta contextualización que se ha hecho de la enfermedad conlleva a comprender mejor cual es la trama en la cual se encuentra sumergido el familiar que acompaña al paciente oncológico, pues, en la mayoría de los casos, es indispensable la presencia de alguien que preste cuidados al enfermo.

En el área de oncología del hospital del IEES, no se recomienda que un paciente este sin un familiar, debido a que es recurrente la necesidad de hacer trámites, papeleos, hablar con los doctores, estar al tanto de la reacción de los enfermos a la quimioterapia, etc.

En general, es común que entre los familiares se busque ubicar turnos para acompañar al paciente, sin embargo, esto no termina ocurriendo debido a las exigencias del mundo postmoderno, pues en muchas ocasiones lo que sucede es que una sola persona toma a cargo el enfermo.

Es así como, en muchos de los casos observados en el Hospital del IEES, se pudieron verificar diversas eventualidades que vive el familiar, puesto que las instalaciones del hospital no están pensadas en función a las personas que acompañan a los pacientes, sino específicamente en los afiliados. De este modo, fueron recurrentes las noches en que los familiares dormían en un incómodo sofá, sentados, en cartones, arrimados al enfermo, etc.

Es importante mencionar que todas las habitaciones en el área de oncología (excepto una) son compartidas, entre dos, tres y hasta cuatro personas. Frente a ello, los pacientes hospitalizados tanto como los familiares tienen que atenerse a presenciar cualquier situación que esté viviendo su compañero de cuarto, como por ejemplo, vómitos, quejas de dolor, mal humor, etc.

Además, se debe decir, que no existe baño por habitación sino unos generales para toda el área, en este contexto se ve la imprescindible necesidad de un familiar presente, pues con los sueros y la lejanía de los baños los hospitalizados suelen necesitar de la ayuda de otros.

Frente a la política del hospital se debe mencionar que cuando un paciente se encuentra en “malas condiciones clínicas”, no se le puede dar de alta, sino esperar a que se estabilice o enviarlo con un médico a domicilio.

Se considera que un paciente con enfermedad oncológica se encuentra en “malas condiciones” cuando existe una falla progresiva de los mecanismos homeostáticos del cuerpo, por lo cual el individuo se torna más débil. En ocasiones, debido a la baja de defensas y otras contingencias que se presentan, los enfermos en el estado mencionado, tienen que pasar varias semanas en el hospital, incluso hasta meses, según las complicaciones que se hayan presentado.

Este escenario que se ha señalado, puede ser sumamente angustiante tanto para el enfermo como para el familiar, el primero, porque aspira que le den de alta lo más pronto sensible, y el segundo porque se ve enfrentado a complicaciones en cuanto al trabajo, familia, hijos etc. Como es notorio, este contexto implica un cambio radical en su estilo de vida y manejo de las responsabilidades de la vida cotidiana.

CAPITULO II

LOS TRES REGISTROS DEL CUERPO

Aunque no se pueda referir estrictamente a más de un solo cuerpo, si podemos hablar de diferentes registros o dimensiones de un mismo cuerpo.

Lacan explica la constitución subjetiva como una estructura dinámica organizada en tres registros. El Psicoanalista francés, formuló los conceptos de lo Real, lo Imaginario y lo Simbólico para describir estos tres nudos de la constitución del sujeto.

Cuerpo Imaginario

El Estadio del Espejo, propuesto por Lacan es la teoría que muestra en definitiva, uno de los procesos de la constitución del sujeto del psicoanálisis, es a partir de ahí que se podrán esbozar más adelante diversas explicaciones que nos remitirán a comprender qué pasa cuando esto ha fallado.

El Estadio del Espejo, expuesto en 1949, dará cuenta de un tiempo lógico y no cronológico en el cual se configura el sujeto, se comprende entonces porque Lacan lo denominó estadio, pues esto indica momentos estructurales;

tiempo lógico en el que se configurará la estructura y la subjetividad humana. *“La subjetividad es la configuración de la imagen humana y el proceso por el que el sujeto humano se hace con esa forma”* (Cristina Catala Villanueva, 1991)

Más allá de la evolución biológica o neurofisiológica existe la necesidad del niño de apropiarse de su imagen, y es precisamente esto lo que quiere demostrar Lacan: el momento en el cual el niño puede dar cuenta que ese cuerpo es suyo.

Se entiende que desde el psicoanálisis el lenguaje es fundamental, pues desde antes de que un niño nazca éste es hablado, es significado por el Otro quien le dirá si este tiene hambre, sed, si será futbolista, qué nombre tendrá etc. Es decir, es el Otro quien va articulando y significando lo que le pasa al niño, incluso desde el momento en que se encuentra en el vientre de la madre, es por esta vía que el infante ingresa en un orden simbólico.

A pesar de que en un primer momento el niño no ha adquirido la suficiente maduración motora, si tiene adquirida una maduración de la función visual, por ello, la primera aproximación a la constitución del sujeto será por medio del espejo. El infante antes de situarse frente al espejo, lo que siente son objetos desarticulados, observa una mano, una pierna, un brazo, pero no puede unificar esa imagen, no puede ordenar los objetos.

El espejo es el que dictará que es lo que tiene delante de él, es un marco que refleja, es así como, en el momento en el que el niño se sitúa frente a éste, podrá ver los objetos reflejados, sin poder ordenarlos; sin embargo, encontrará una imagen que le captura, será su propia imagen “que lo mira”. Lacan nos dice que éste es un momento de satisfacción para el niño puesto que hasta antes de ese tiempo su cuerpo había sido percibido como fragmentado, es el espejo quien se lo demostrará como una totalidad.

No se puede olvidar que existe otro elemento fundamental en esta fase, es la presencia de la madre, y se dirá que no tiene que ser necesariamente ella, sino quien pueda cumplir una función en este proceso de estructuración. Es ese Otro que podrá decirle al niño frente al espejo “ese eres tú”. La intervención del Otro del lenguaje es fundamental para la configuración de la imagen.

Además, se debe mostrar que la imagen del otro aparece como una imagen total, que se contrapone a lo que es su propia experiencia subjetiva previa al estadio del espejo. Lo imaginario entonces se va a construir entre el yo que debe estructurarse y la imagen del semejante.

De este modo, podemos entender que no somos sencillamente un cuerpo de carne y hueso, sino un cuerpo que es sentido y que vemos, es en nuestro yo que forjaremos una imagen íntima de lo que somos. *“Tengo la sensación de ser yo mismo cuando siento y veo mi cuerpo vivo”* (Nasio, 2008)

Cuerpo Simbólico

Hay que estar al tanto, de que no se puede separar totalmente la concepción de los tres registros, pues estos en algún punto se encuentran unificados. Si bien, ya con el estadio del espejo Lacan había subrayado la identificación imaginaria, a partir de la década del 50 empieza a examinar el registro simbólico.

Lacan introduce la definición de inconsciente como el discurso del Otro. *“Hay que añadir a la alienación imaginaria, la alienación a la cadena significativa, es decir, la alienación simbólica”*. (Dessal, 2011)

Esta vivencia frente al aparato psíquico del espejo es imposible concebirlo sin una matriz significativa que irá articulando, dando sentido a lo que se ve. Lo que se quiere decir con esto es que, la distintiva combinación de una palabra con otra en una oración, el lugar donde se coloquen las puntuaciones, es lo que generará el sentido.

Es entonces que no se puede constituir esa consistencia imaginaria sin lo simbólico. Lacan llamará “rasgo unario” a esa anticipación de la imagen que le devuelve totalidad, pasando de la insuficiencia, donde no es capaz de coordinar, a la suficiencia.

Dessal menciona haber escuchado el caso de una mujer esquizofrénica que decía tener la impresión de que su cara no tenía molde y que las caras de los demás si tenían molde. Esto parece importante para mostrar cómo esta mujer se está refiriendo precisamente a un fallo en el proceso de estructuración de la imagen.

Entonces, se debe comprender que el niño además de la identificación imaginaria, irá asumiendo los factores identificatorios de los significantes de los padres. Hipotéticamente podríamos ejemplificar que al mismo tiempo que la madre confronta al niño con la imagen, le podría decir algo como “eres igual a tu padre” “tienes unos ojos hermosos”. La identidad del infante dependerá entonces de cómo asuma las palabras de sus padres. El reconocimiento que el niño busca en la mirada del Otro lo ejemplifica, el recurso a la mirada del Otro que le diga «ese eres tú».

La identificación simbólica va a impedir que el niño quede atrapado solo en el mundo imaginario. Es lo simbólico lo que otorga lugares, lo que tiene la propiedad de localizar las imágenes.

Al momento, se está en territorio elemental de lo que es un niño para el psicoanálisis, éste está vivo porque el Otro, le dirá “quiero que tú vivas”. Se coloca a ese otro una O, porque cuando se demanda algo por parte del sujeto éste supone que él lo tiene todo y por eso le pide. Lacan lo llamará el

Otro omnipotente por la demanda (y el primer Otro por excelencia es la madre).

La necesidad, es concepto de la biología, pero el sujeto la abandona desde el momento en que el ser hablante demanda siempre algo más de lo que necesita para su subsistencia, el grito del bebe que tiene hambre es una demanda que va más allá de alimento, es precisamente una demanda de amor, frente a ello, se debe comprender que esta no podrá ser satisfecha en su totalidad y es por esto que se presentará una hiancia, una brecha entre lo que se necesita y lo que se pide, que traerá como consecuencia la presencia del deseo como motor, el cual promoverá la búsqueda constante de lo perdido.

El paso de la demanda al deseo sólo se puede dar por la intervención del Otro que con sus palabras, irá articulando y significando lo que el niño quiere. Se debe pensar que el cuerpo se vive según como cada sujeto imprima la particularidad de su estructuración subjetiva; el psicoanálisis puede existir en la medida en que hay alguien que habla de ese cuerpo, alguien que a través del discurso lo construye y organiza.

Esta insistencia en el lenguaje, concierne al orden simbólico y es precisamente porque éste es un conjunto de elementos que parecen aislados, pero que al unirse unos con otros toman su valor, formando una estructura articulada. Esta concepción a la que hace mención el psicoanálisis

para explicar la constitución del sujeto es tomada de la lingüística estructural precisamente de Saussure, a quien se lo conoce como el padre de la lingüística del siglo XX.

Cuerpo en lo Real

Para referirnos a lo que es el cuerpo en Lo Real, debemos comprender que quiere decir precisamente este término “Real”, entendido quizás de un modo distinto a la jerga común. Según Lacan, es una pregunta que no hay que formularse puesto que este procedimiento busca una verdad, mientras que lo Real no se ajusta a ella. Sin embargo, debido a la inquietud que el término propone desde el psicoanálisis, se tratará de explicar lo que éste quiere decir.

Primeramente, se debe acotar que el ser humano es distinto a cualquier especie, esto se verá reflejado, por ejemplo, en la manera como dentro del orden animal, la respuesta instintiva es lo que marcará el modo de relacionarse con la especie, por ejemplo, la inequívoca copulación dada entre macho y hembra de la misma especie; en la naturaleza hay un “saber hacer”, sobre todo con la sexualidad.

El ser humano es una historia distinta, pues desde el momento en que es marcado por el lenguaje se ve enfrentado al conflicto, es así como no existe un saber predeterminado sobre las relaciones, sino que construye este saber

a través de los referentes y precisamente de los significantes que van marcando el semblante particular de cada sujeto; en este caso no se habla de instinto sino de pulsión.

La pulsión es designada por Freud como la carga energética que está en la fuente de la actividad motriz del organismo y del funcionamiento psíquico del inconsciente del hombre, es diferente al instinto debido a que su objeto no está predeterminado biológicamente, sus modalidades de satisfacción (fines) son variables. La pulsión sexual se halla fragmentada en pulsiones parciales, que se satisfacen localmente (placer de órgano).

Ahora bien, se puede decir que es precisamente por lo distintivo de la constitución del ser humano que el niño necesita ser bañado de significantes dados por el Otro, de este modo es como se ve necesario que el padre o la madre, le vayan expresando los sucesos que acaecen en su vida, y es así, a partir de esta relación, que se va “haciendo un cuerpo”. Cuando se habla de “hacerse un cuerpo” se refiere precisamente a apropiarse de ese organismo que lo constituye.

El ser humano tendrá la capacidad para ordenar ese organismo ya que se encuentra afectado por las palabras y precisamente por el inconsciente. Lo que singulariza o lo que diferencia el cuerpo humano del animal es que este cuerpo deja huellas, son acontecimientos de discurso que desde la infancia, dicen como vives tu cuerpo.

Jacques-Alain Miller, fundador de la Asociación Mundial de Psicoanálisis, alega: *“Mi hipótesis es que el individuo afectado de inconsciente es el mismo que hace lo que llamo el sujeto del significante. Ello implica que el significante no es sólo efecto de significado, sino que tiene efecto de afecto en el cuerpo”*. (Miller J.-A. , 2000)

Frente a ello, nos manifiesta que lo que quiere decir con “afecto” es aquello que viene a perturbar, a hacer huella en el cuerpo y bien, esto será precisamente lo que devendrá en el síntoma o goce. El acontecimiento que marca esa huella mantendrá un desequilibrio permanente, un exceso de excitación; los afectos de la excitación de que se habla, son precisamente “la angustia”.

Es así como, se puede decir que la angustia, es lo que viene a hacer huella y el acontecimiento del cuerpo que producirá huellas de afecto es el trauma. El trauma es el exceso que pasa por la palabra, algo que sorprende y que no puede decirse, se da desde que la palabra entra al cuerpo.

Ahora bien, en el texto que se acaba de mencionar, se refieren a Freud, pues él eminente neurólogo austriaco fue astuto en reconocer en el nacimiento los efectos de la angustia como son por ejemplo la aceleración cardíaca y la respiración, es así como el padre del psicoanálisis terminó por alegar que cada edad del desarrollo tiene una angustia determinada.

Se debe comprender entonces, que a pesar de que se ha incluido la escena de castración o la observación del coito parental como la primera huella traumática, el primer traumatismo estaría inaugurado por la entrada del sujeto al mundo del significante, y precisamente, por la incidencia de la lengua sobre el cuerpo. Lacan nos dirá sobre ello que el significante es causa de goce.

Es por esto que no se puede gozar sin un cuerpo afectado por el inconsciente, el goce es impensable por fuera de la estructura del lenguaje, por ello, solo podrá reducirse a un cuerpo afectado por el mismo.

La huella de la que se habla, que va a producir el síntoma, es el modo como cada sujeto goza del inconsciente. Cuando Lacan se refirió a este tópico lo que quiso decir fue que ese síntoma que puede hacerle mal al sujeto en tanto es contrario a su deseo, insiste, y para el sujeto es muy difícil zafarse de él, precisamente porque tiene una cara de placer, un extraño placer que es desconocido por el sujeto, esto aparece en el yo como sufrimiento.

El síntoma, tendrá un carácter de satisfacción, pues despertará el cumplimiento de un deseo (de forma parcial) que no ha podido ser satisfecho; estos, son deseos reprimidos que se encuentran en el inconsciente.

El resto

Se había dicho previamente que se instaura la falta constitutiva del sujeto en la medida en que la madre no puede responder a lo que el niño demanda y que esta situación promovería el deseo siempre insatisfactorio del hombre, pues bien, no se debería continuar sin alegar que Lacan frente a esta situación acentuará varios términos que hay que tener presente: vacío, hianca, hueco en la estructura, que se equipara con la pérdida del objeto siempre contingente.

En definitiva, hay allí un lugar vacío (objeto original), dado precisamente por la primera vivencia de satisfacción que no se repetirá y que conllevará a la presencia de a' sustitutos que darán lugar siempre a la insatisfacción del deseo.

Esta es la fórmula que inventa Lacan para definir lo irrepresentable para el sujeto del cuerpo del que emerge al asumir el significante. Este despliegue va a volver a llegar a un punto de falta de un significante, y allí encontraremos que Freud lo llamaba 'núcleo patógeno' y Lacan lo denominó 'objeto a'.

Es así, como aquello que se designa como "Lo Real" debe ser entendido como lo que no se puede expresar en el lenguaje, es decir, en el mismo lugar de lo que escapa al significante; como eso imposible de ser articulado por la

palabra, o de ser representado porque al re-presentarlo se pierde la esencia de éste, es decir, el objeto mismo. Lo Real está siempre presente pero continuamente mediado, mediante lo imaginario y lo simbólico, se lo debe pensar, como algo que se opone a significar. *“Lo real se resiste a hacerse instrumento, a diferencia en particular de lo simbólico”*. (Miller J.-A. , Lo Real en lo Simbólico, 2003) Lacan advierte que frente a ello solo conviene detenerse en “arreglárselas con”.

Miller en el texto “Paradigmas del Goce” hace mención a la explicación de Lacan referente a la existencia de una barrera simbólica e imaginaria condicionada a la evacuación fuera de la COSA, es decir, el goce todo, así nos explica que LA COSA significa que La verdadera satisfacción no se encuentra ni en lo imaginario ni en lo simbólico, está fuera de lo simbolizado y está del lado de lo Real. (Miller J.-A. , Paradigmas del goce, 2003)

Frente a ello, se debe mencionar que los objetos a’ tendrán la función de proporcionar un plus de goce ya que nos permitirán recuperar algo, pero ese goce es “no todo” ya que para el ser hablante el encuentro con LA COSA es imposible; esta imposibilidad devendrá en insatisfacción.

El goce en el cuerpo

Para obtener un cuerpo por la incorporación del lenguaje se paga un precio alto, pues esta operación restará el goce original y real, (goce que reinó sin

límites el organismo antes del lenguaje). Así, el cuerpo al mismo tiempo que nos es atribuido por el significante, queda vaciado de goce, es por esto que, del resto de esta incorporación nos encontramos con la libido.

La libido, tal como Freud usa el término, designa *“la manifestación dinámica en la vida psíquica de la pulsión sexual”* (Chemama, 2004), la cual se va a implantar a nivel de las zonas erógenas, de los orificios y vendrá a envolver al cuerpo, la función será: recuperar permanentemente en el exterior el goce perdido en el interior.

“Es esa la disposición pulsional que apunta hacia los objetos libidinales separados del cuerpo (el seno, excremento, mirada). El vaciado del goce no tuvo lugar y esta zona queda “muy real” por defecto de lo simbólico. Un goce no ha sido borrado por el lenguaje.” (Monribort, 2003)

La importancia de esta operación es que la libido ya no va a buscar los objetos libidinales en el exterior, sino que volverá sobre cuerpo, de esta manera es que al producirse una lesión orgánica, las lesiones del cuerpo son vividas como un real, esta operación se produce allí donde lo simbólico no operó, por un defecto de metaforización, de representación para el sujeto.

CAPÍTULO III

LA DINÁMICA DE LAS NEUROSIS EN LAS PSICOPATOLOGÍAS DEL CUERPO

Primeros estudios sobre Histeria

Se sabe que las primeras investigaciones de Freud fueron sobre la histeria, pues junto a Breuer, un médico, fisiólogo y psicólogo austriaco, publicaron sus descubrimientos en estudios sobre la misma en 1895.

Anna O, fue tratada con el método catártico a los 21 años y se convirtió en la primera paciente del psicoanálisis, este método es una técnica psicoterapéutica consistente en provocar un efecto terapéutico a través de la descarga de afectos patógenos ligados a sucesos traumáticos.

La paciente, llegó a la consulta de Breuer, tras ser víctima de una tos nerviosa que la dejaba exhausta, Los síntomas se multiplicaron ante los ojos del médico. Anna tenía momentos de mutismo y otros de somnolencia, a los que Breuer llamó “hipnosis vespéral”, entre otros.

Fue Breuer el que improvisó sobre el método catártico al tener que adaptarse a la conducta y sintomatología de su joven paciente, gracias a sus

observaciones y comentarios. Fue la misma paciente la que describiría el procedimiento curativo como “deshollinar la chimenea” o “cura del habla”. Freud, retomaría el término para definir el método analítico y es como acabaría denominándose al psicoanálisis. Las características de la sintomatología histérica que destacaría Freud en sus escritos servirían de gran ayuda para comprender esta neurosis hasta la actualidad.

Al comienzo Freud propuso para la histeria una teoría de la seducción, el “traumatismo psíquico” causaría la patología, se daría por una actuación seductora de un adulto con un niño. Sin embargo, Freud descubre posteriormente, que el niño tiene una sexualidad propia y sugiere que la histeria es sólo una manifestación, entre otras, del aspecto infantil de la sexualidad humana.

Conversión Histórica

El síntoma es una transcripción, una tentativa de reconstrucción de una verdad silenciada, una manifestación del inconsciente. Si se lo entiende de este modo y se centra en la concepción lacaniana del inconsciente, (estructurado como un lenguaje) los síntomas son ilaciones de significantes.

Se puede encontrar en la histeria la negación de un saber y la preferencia por guardar su síntoma, este tiene un carácter de invención y de repetición,

viene a ser una formación de compromiso porque por un lado deja la salida de la pulsión y por otro lado satisface la defensa.

La pulsión, es el proceso dinámico que consiste en un empuje que hace tender al organismo hacia un fin. La defensa por su parte, es una medida inconsciente tomada por el individuo asociada con proteger algo desagradable o insoportable, este término aparece por primera vez en 1984 en el estudio de Freud sobre *Las neurosis de defensa*.

Lo que queremos principalmente destacar es que la histeria se va a caracterizar por marcar en el cuerpo su conflicto psíquico; este hecho marcará el advenimiento de los síntomas de diversa índole en el mismo. El yo, va a dividir la idea del afecto. La idea la pone fuera de la consciencia (se la reprime) y el afecto será catequizado, es decir, la energía tomará parte del cuerpo.

Freud, descubre el vínculo entre el síntoma somático y la causa del mismo, o sea, un traumatismo de orden psíquico. Pues algo faltaría a la palabra, algo no podría ser significado, eso a lo que el sujeto no pudo acceder es la falta que se inscribiría en el cuerpo formando el síntoma. En este sentido, la histérica deja a cargo de su cuerpo negociar el conflicto.

Los malestares corporales exhibidos por el paciente histérico no son necesariamente falsos o simulados, verdaderamente hay sufrimiento, siente

el dolor. Podría inflamarse su garganta, padecer de gripe, tos, mareos, etc. Lo esencial sería encontrar las motivaciones inconscientes del paciente, pues hay una relación directa de los síntomas con el malestar psíquico.

La ubicación sintomática no es casual, se debe correlacionar el síntoma con el conflicto inconsciente. De este modo, habría que interesarse por el trasfondo de los dolores especificados por el paciente y el contenido de sus pensamientos. No se niega el dolor físico para enfocar el sufrimiento psíquico, es necesario más bien buscar la relación existente entre la historia de ese síntoma corporal y el sufrimiento mismo.

Este trabajo traería como consecuencia una decodificación entre el decir del sujeto y el objetivo de su decir *“hay una distancia entre el dicho y el decir”* (Miller, 1998). Para esto, no hay que apresurarse en comprender. El psicoanálisis nos invita a captar los motivos ocultos del sujeto en su enfermedad.

Es así como Freud y Breuer demostraron que se puede analizar los síntomas si se recurre a los fantasmas que lo causaron, a los fragmentos de historia que lo determinan. El fantasma sería lo desconocido de un sujeto.

Debemos tener en cuenta que el sujeto puede también refugiarse en la enfermedad, así, un síntoma puede plantearse como la mejor defensa, pues la defensa es una lucha contra afectos dolorosos e insoportables.

Somatización

Es importante destacar, que se han asignado distintos significados al término somatización, tanto del profesional en la salud mental, como desde el lenguaje común, hasta coloquial.

El artículo “La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión al término de somatización” de José López Santiago y Amparo Belloch, es una gran referencia debido a la reseña que hace en relación a la nosología del término somatización. Es así como, el texto expone que la literatura especializada coincide en señalar a Steckel como el autor que puso en circulación el término, fue éste quien le otorgó un significado similar al concepto de conversión en Freud, es decir el de un mecanismo que convierte la energía psíquica en síntomas psicógenos. (Belloch, 2002)

A pesar de la amplia referencia que hace el texto mencionado en torno a la evolución y significados del término, es imprescindible mencionar de manera breve, ciertos autores que se describen y que han trabajado el término “somatización. Así, se indicará, que una referencia usualmente tomada al hablar de este término es la propuesta en Kleinman y Kleinman, quienes definieron la somatización como “la expresión de un malestar social y personal mediante un idioma de quejas somáticas que lleva a la búsqueda de ayuda médica”.

También, el texto menciona a Paul Briquet (1850), quien describió un cuadro psicopatológico principalmente presente en mujeres y caracterizado por frecuentes quejas sexuales y síntomas de dolor. Esta descripción de Briquet permitió ir configurando la base a partir de la cual se han elaborado las distintas teorizaciones.

Fue así que la psiquiatría hizo su parte, el DSM II "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*" en 1968 retomó el término bajo la denominación de "síndrome de Briquet", caracterizado por pacientes histéricos con múltiples quejas somáticas. Más adelante, ya en el DSM III es en donde por primera vez se incluye la categoría "fenómenos somatomorfos" que en los aspectos esenciales mantiene su contenido hasta el DSM IV.

Sin embargo, a pesar de que la evolución y significados del término han variado, hay algo en lo que se está de acuerdo, y es que la somatización se refiere a un síntoma físico dado por la expresión de un malestar psíquico que no va a responder a una causa orgánica y por lo tanto no se puede hacer referencia a un diagnóstico médico frente a la enfermedad.

Mayra Farías García, en su trabajo de finalización de prácticas clínicas de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, hace una diferenciación entre conversión, fenómeno psicósomático y somatización, explicando que este último responde a formaciones defensivas frente a ideas y afectos insoportables. La somatización serían respuestas defensivas que el

organismo tiene ante determinadas situaciones que provocan shock emocional; según su trabajo, los pacientes pueden ser tratados psicológicamente vía la comunicación verbal. (García, 2002)

Es así como, a pesar de las diversas teorizaciones, la somatización debe ser pensada en términos generales como el pasaje de una emoción que se ubica en el cuerpo, precisamente, como una respuesta fisiológica a un estado emocional influido por situaciones de conflicto.

Además, es importante mencionar que somatización no es lo mismo que conversión, pues este último responde específicamente a la estructura histérica, mientras que la somatización puede aparecer en cualquier estructura subjetiva.

Así mismo, tal como se había indicado, en el caso de la conversión existe una relación entre el síntoma y el compromiso inconsciente, la somatización por su lado no responde a ninguna significación psíquica; sin embargo podría adquirir una a posteriori.

Fenómeno Psicósomático

Los fenómenos psicósomáticos, son lesiones orgánicas cuyo origen se desconoce, son respuestas que se producen por la irrupción en el cuerpo de un goce, para ser claros, son la expresión de un modo de gozar del cuerpo.

Para comprender mejor este fenómeno se debe recordar que El S1 es el significante unario que representa al sujeto, y el S2 es el significante que viene del Otro. Se plantea esto debido a que en el fenómeno psicósomático lo que rige es la negativa de separación entre S1 y S2. Robert y Rosine Lefort en su texto *“La Holofrase La topología del significante”* le llaman “aglutinación” a la falta de intervalo entre S1 Y S2 donde pueda existir un objeto que cae. (Lefort, 1978)

El objeto (a') cae porque está fuera de la cadena significativa, es eso que escapa, el (a') que pertenece al orden de lo real. Pero piensen, si no existe intervalo entre S1 Y S2 el objeto no caerá y por tanto no se puede producir el recorrido de la pulsión por los objetos caídos primitivamente; esta falla, es precisamente lo que caracteriza el fenómeno.

Como se había mencionado, es por la hecho de que el significante alcanzó el cuerpo que se produce una pérdida de goce, el goce pleno y así este se ve limitado a las zonas erógenas donde la pulsión tratará permanentemente de recuperar fuera del cuerpo algo del goce perdido. La pulsión hará su recorrido a través de los bordes corporales de las zonas erógenas.

Pero, ¿Qué sucede en el fenómeno psicossomático?, ocurre algo distinto, algo de la pulsión, en lugar de bordear el vacío que la caída del objeto, toma un trozo del cuerpo real, dando como resultado de esta operación la lesión de un órgano. *“Cuando las pulsiones toman como objeto algún órgano del propio cuerpo, quedan desintricadas, dando consistencia a lo que escapa a la castración”.* (Fuentes, 1992)

El fenómeno aparecerá en el registro de lo imaginario, elevado a lo real por la ruptura de la cadena significativa, entonces se producirá la intrusión de lo real sobre lo imaginario, producto de la ausencia de lo simbólico del sitio del objeto a. Es por esta situación que al fracasar el trazo simbólico del Ideal del YO, se produce una inscripción de goce que tiene como función escribirse sobre el cuerpo.

La irrupción psicossomática, parece ignorar el Ideal del Yo, el cual tiene por función hacer límite al Goce del Otro. *“Al fracasar la barrera del Ideal el sujeto no logra establecer un más allá al devastador goce del Otro y este interrumpe en el cuerpo, en tanto cuerpo imaginario enraizándose en él”* (Fuentes, 1992).

En definitiva, se puede concebir a lo psicossomático, como una falla en la inscripción del significativo. Colette Soler en su texto “Retorno sobre la cuestión del síntoma y el FPS” menciona la observación que Lacan plantea en relación a este fenómeno, alegando que presenta un problema de

legibilidad, el psicoanalista francés, considera que éste no está hecho para ser leído, pues leer es igual a encontrar sentido (Soler, 1978). El FPS más bien da cuenta de lesiones corporales que están determinadas por un significante congelado.

Este fenómeno se diferencia del síntoma, pues éste último puede ser descifrable, sin embargo, debido al carácter de Real que constituye al FPS no se puede abordar de la misma manera que se hace con el síntoma en el análisis.

El síntoma clásico analítico está considerado como metáfora, mientras que en lo psicosomático la articulación entre lo emocional que lo causa y lo orgánico como efecto, está perdida en el discurso del paciente. Esto se da precisamente porque no guarda relación con el inconsciente, así, al no poder ser un fenómeno del lenguaje, no está cargado de sentido, a decodificar.

Este tipo de lesión, es necesariamente visible por los médicos, es imprescindible la presencia de la misma para hablar de este fenómeno. Se pueden ver comprometidas las lesiones dentro del cuerpo, especialmente lesiones dermatológicas como psoriasis, eczema, prurito, etc.

Además, es imprescindible mencionar que este fenómeno no está reservado a una estructura sino que puede darse en todas, en las neurosis, perversiones, y psicosis.

Dicho esto, ustedes se preguntarán por el modo de operar frente a esta complicada psicopatología, ¿Cómo abordaría el psicoanálisis lo psicosomático?

Según el texto “Respuesta Psicosomática” (Fuentes, 1992), es Lacan en la conferencia de Ginebra quien nos da una pista al respecto. Nos dice Lacan que es por la revelación del goce específico que hay en su fijación, por donde debe abordarse el fenómeno psicosomático, el trabajo del psicoanálisis sería entonces operar con el goce que se fija en lo orgánico.

CAPÍTULO IV

REFLEXIONES TEÓRICAS POR MEDIO DE CASUÍSTICA

Caso de conversión

La paciente, a la que denominaremos “R” se acerca personalmente a pedir consulta psicológica. Durante su estancia en el hospital, recurre varias veces al área donde se da este tipo de atención.

La señora R, tiene 30 años y es soltera. Es hermana de un joven que se encuentra hospitalizado y que presenta un cáncer gástrico. Su hermano, presenta malas condiciones clínicas y le han ofrecido ya todo tipo de tratamientos para el dolor sin respuesta alguna.

La señora R relata su historia familiar, comentando que un tío (hermano de su madre) murió de linfoma no Hodgkin. R, comenta que nunca ha tenido una relación muy cercana con su madre. Sin embargo su tía (hermana de la madre) fue muy unida a ella.

Su tía no tuvo hijos y solía frecuentar mucho con R, salían juntas y ella le confiaba de su vida. La paciente alega **“Mi tía fue como mi madre, éramos muy unidas”**. Años más tarde, cuando R aún era adolescente, la tía se enfermó, pues tenía graves problemas de artritis y falleció.

La paciente refiere que años más tarde, tuvo mucha cercanía con una hermana del padre, a pesar de que aquella pariente no era muy querida por la madre. Comenta que se unió mucho a ella y luego aquella tía falleció de cáncer. Cuenta además que en la actualidad otra hermana del padre se encuentra con cáncer de mama, pero vive con la enfermedad hace aproximadamente 4 años.

La señora R ha comenzado a padecer de intensos dolores de barriga, comenta haber visitado a un doctor en el hospital, pues cree tener "gastritis". Dice no soportar el dolor. Ella se interroga ***"Yo me he unido a personas y luego algo les ha pasado". "Lo que le pasa a mi tía ahora le pasa a mi hermano, ¿Será que es un ciclo?"***.

Se la invita a interrogarse acerca de su pregunta, procurando apuntar al punto de identificación de la paciente. La señora logra decir: ***"el hospital me está enfermando"***.

Es así como nos encontramos con el punto de identificación que caracteriza a la histeria, donde cualquier función humana puede afectarse y cualquier parte del cuerpo puede resultar una zona que simbolice un trauma psíquico, pues la histérica dejará al cuerpo hacerse cargo de los afectos.

Como se sabe, es fundamental en este caso, corroborar en la búsqueda de la relación directa de los síntomas con el malestar psíquico. En la historia de la paciente, la ubicación de su síntoma tiene relación precisamente con lo que le acontece a su hermano.

Los malestares y dolores exhibidos por la señora R no son necesariamente falsos o simulados, verdaderamente hay sufrimiento, siente el dolor, pero carecen de fundamento orgánico que permita su explicación.

Somatización

El paciente "D" se acerca personalmente a pedir consulta, su demanda es específica: manifiesta preocupación por la biopsia de su esposa. Comenta que su pareja, a quien ama mucho, ha presentado una masa en el seno y no sabe aún si ésta será benigna o maligna, ambos se encuentran en el hospital con el propósito de la valoración diagnóstica.

Tras pasar aproximadamente una semana, el paciente se acerca nuevamente, pero esta vez, un poco ansioso, su pareja ha obtenido el diagnóstico de un tumor canceroso que puede ser operado, frente a ello, los doctores advierten que hay que apresurarse con la extirpación del tumor y no dejar que éste crezca.

Días previos al de la operación y precisamente durante su estancia en el hospital para realizar la extirpación, “D” manifiesta tener taquicardia constante que no lo deja dormir, señala que este escenario lo preocupa mucho. Además agrega: ***“He estado yendo al baño varias veces, tengo diarrea y no sé si es por los nervios o es que algo me ha caído mal”***.

A partir de esto, se lo invita a elaborar acerca de lo dicho, frente a lo cual el paciente presume que sus síntomas podrían pertenecer al orden psíquico, alega: ***“Recuerdo que una vez, el día antes de casarme, tuve diarrea toda la noche”***. Es así, como se corroboró que sus dolores respondían a medidas defensivas frente a afectos insoportables.

La sintomatología de este paciente revela un caso de somatización, pues se muestra la presencia de respuestas fisiológicas dadas por una perturbación emocional. Se presentan por una situación específica: la preocupación por la operación de su esposa, sin necesariamente responder a una historia o a una estructura psíquica.

Conclusiones

- Actualmente, se lucha contra el cáncer a nivel mundial y se sigue buscando la cura y prevención de esta enfermedad que ha generado un incremento de muerte en los últimos años.
- En el Área de Oncología del Hospital del IEES se brindó servicio psicológico a 123 personas, de las cuales 30 fueron familiares; con éstos se pudo trabajar de dos maneras, para obtener información o ayudar al paciente oncológico, o en otros casos, las entrevistas podían conllevar a atender la historia personal de estos sujetos, independientemente del familiar hospitalizado.
- Se encontraron casos de histeria y somatización, no se pudo mencionar, durante el periodo de prácticas, algún caso referente al fenómeno psicosomático, sin embargo, es necesario reconocer lo imprescindible que es entender y diferenciar las distintas manifestaciones de la subjetividad en el cuerpo.
- En el área, existió un gran interés por la labor psicológica, esto hizo que sea constante la derivación de casos por parte de los médicos; así, el reto para el psicólogo practicante, fue enfrentarse a todo tipo de demandas, sin embargo debido a las pocas sesiones que se pueden

tener en el hospital, solo fue posible trabajar con psicoterapia analítica, o recurrir a psicoterapia de urgencia o emergencia, pues lo único que se llegó a realizar con los pacientes, fueron entrevistas preliminares que permiten introducirlos para un trabajo psicoanalítico posterior.

- Las entrevistas preliminares permitieron realizar diagnósticos presuntivos para guiar mejor el trabajo, pues no se trata igual a un sujeto con rasgos histérico que a un obsesivo.
- El trabajo psicológico permitió que algunos de estos familiares pudiesen modificar el síntoma corporal que los aquejaba, pues es importante destacar que pacientes con la misma enfermedad, tratamiento y doctor evolucionaban de manera diferente, no solamente porque cada organismo es distinto, sino también porque el componente psíquico del paciente influye muchísimo en el tratamiento.
- No se puede trabajar desde la lectura psicoanalítica sin creer que se necesita de un cuerpo para hablar de psicoanálisis, un cuerpo atravesado por el lenguaje que organizará la entidad de la que es parte el sujeto. Si hay un cuerpo sufriendo, es sesión tras sesión donde el sujeto podrá atravesar por la palabra eso que ha escapado al

lenguaje, re significando sus afectos; cabe entonces a la clínica psicoanalítica interpretar los mensajes del cuerpo.

- Desde el psicoanálisis, sabemos que el sujeto puede también refugiarse en la enfermedad, así, un síntoma puede plantearse como la mejor defensa para la lucha contra afectos dolorosos.
- A pesar de que el síntoma en muchas ocasiones puede ser una solución inconsciente, la ética del psicoanálisis nos invita a captar en el discurso del paciente cuando éste le sirve o en que situaciones molesta, el síntoma podría entonces cambiar por otros, menos dolorosos e insoportables, tanto como hacerlos pasar por la palabra.
- El fenómeno psicósomático no responde como un síntoma (en la conversión) se presenta como Real, como pura marca, de un punto irreductible a la simbolización que se localiza como cicatriz anudada al cuerpo, así este fenómeno puede escapar también a la medicina, puesto que si bien es observable y puede ser tratado, este no necesariamente se desvanece, sino que puede tener apariciones periódicas.
- En definitiva, no somos simplemente un cuerpo de carne y hueso, somos sujetos, y pensamos, sentimos, tenemos angustia, desazón,

etc. Es por esto que desde el psicoanálisis se capta la particularidad del sujeto.

Recomendaciones

- Este trabajo podría ser continuado por futuros practicantes o cualquier interesado(a) en el ámbito psicoanalítico, pues el bagaje teórico en relación al cuerpo y la subjetividad es muy amplio.

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud. (04 de febrero de 2012). Recuperado el 17 de febrero de 2012, de http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_cancer_day/es/index.html

Belloch, J. L. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 7.

Chemama, R. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Amorrortu.

Cristina Catala Villanueva, R. U. (1991). Qué es un niño en psicoanálisis. España: Pamplona : Centro Psicosocial de Navarra.

Dessal, G. (2011). Sobre el estadio del espejo en diferentes momentos de la enseñanza de Lacan. En *El cuerpo en psicoanálisis* (1 ed.). Madrid: EIM.

Fuentes, A. (1992). Respuesta Psicosomática. En V. Goralí, *Estudios de Psicopatología* (Vol. 3). Sevilla: ATUEL-CAP.

García, M. F. (2002). *Prácticas Clínicas*. Guayaquil, Ecuador.

Lefort, R. y. (1978). La holofrase la topología del significante. En V. Goralí, *Estudios de Psicopatología* (Vol. 2). Buenos Aires: Atuel-Cap.

Metástasis. (s.f.). Recuperado el 18 de febrero de 2012, de alteraciones del crecimiento y desarrollo: http://escuela.med.puc.cl/publ/patologiageneral/patol_095.html

Miller, J. A. (1998). *Introducción Al Método Psicoanalítico*. Paidós.

Miller, J.-A. (2000). Biología Lacaniana y acontecimiento del cuerpo. En *Freudiana* 28 (pág. 39). Barcelona.

Miller, J.-A. (2003). Lo Real en lo Simbólico. En *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica* (N. A. Gonzáles, Trad., primera ed.). Buenos Aires: Paidós.

Miller, J.-A. (2003). Paradigmas del goce. En *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica* (N. A. Gonzáles, Trad., primera ed.). Buenos Aires: Paidós.

Monribort, P. (2003). ¿Qué es curación del cuerpo en análisis? En *Freudiana* 37. Barcelona.

Morales, José Aguiar. (2004). *Bio Cancer research journal*. (D. N. Bosch, Editor) Recuperado el 17 de febrero de 2012, de Revista formación oncológica:
<http://www.biocancer.com/journal/753/43-diseno-del-esquema-de-tratamiento>

Nasio, J.-D. (2008). Mi cuerpo y sus imágenes. En G. Villalba (Ed.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Soler, C. (1978). Retorno sobre la cuestión del síntoma y el FPS. En V. Gorali, *Estudios de Psicosomática* (Vol. 2). Buenos Aires: ATUEL-CAP.