

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA

Fenómenos del Cuerpo Y Psicoanálisis

AUTORES

Febres-Cordero Marín, María Gabriela

Suárez Alvarado, Andrea Verónica

Trabajo de Graduación previo a la Obtención del Título de:

PSICÓLOGO CLÍNICO

TUTOR

Guerrero De Medina, Nora

Guayaquil, Ecuador

2013



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **María Gabriela Febres-Cordero Marín y Andrea Verónica Suárez Alvarado** como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Psicólogo Clínico**.

TUTOR (A)

Dra. Nora Guerrero de Medina

REVISOR(ES)

DIRECTOR DE LA CARRERA

Psi. Cl. José Acosta

Guayaquil, a los 16 días del mes de Mayo del año 2013



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **María Gabriela Febres-Cordero** y **Andrea Suárez Alvarado**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación **Fenómenos del Cuerpo y Psicoanálisis** previa a la obtención del Título **de Psicólogo Clínico**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

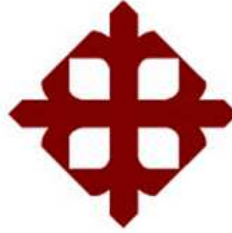
En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 16 días del mes de Mayo del año 2013

LAS AUTORAS

María Gabriela Febres-Cordero Marín

Andrea Verónica Suárez Alvarado



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

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **María Gabriela Febres-Cordero** y **Andrea Suárez Alvarado**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Fenómenos del Cuerpo y Psicoanálisis**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 16 días del mes de Mayo del año 2013

LAS AUTORAS

María Gabriela Febres-Cordero Marín

Andrea Verónica Suárez Alvarado

AGRADECIMIENTO

“A mis padres y a mi familia más cercana, por haberme ayudado a mantener la confianza en mí misma. A pesar de las dificultades siempre me impulsaron a seguir. Ellos son los responsable de quién soy hoy.”

María Gabriela Febres-Cordero

“A mis padres y hermana por todas sus palabras que han ido construyendo en mi lo que hoy en día soy, con lo bueno para producirlo y lo malo para afrontarlo”

“A Dios por todo: la vida, la familia y el estudio”

Andrea Verónica Suárez Alvarado

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dra. Nora Guerrero de Medina

PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

PROFESOR DELEGADO



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

CALIFICACIÓN

Dra. Nora Guerrero de Medina

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	4
1. CONCEPCIONES DEL CUERPO	4
1.1. Cuerpo Enfermo, Cuerpo-Organismo, Cuerpo-Sujeto	4
1.2. Cuerpo Enfermo	4
1.3. Cuerpo – Organismo	6
1.4. Cuerpo – Sujeto	7
2. EL FENÓMENO PSICOSOMÁTICO	11
2.1. Antecedentes	11
2.2. Recorrido Histórico acerca del Fenómeno Psicossomático	11
2.3. Conversión Histórica y Fenómeno Psicossomático	15
2.4. El Mecanismo Psíquico de los Fenómenos Históricos	15
2.5. El Fenómeno Psicossomático	16
3. ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS	17
3.1. Tipos de Enfermedades Psicossomáticas	17
a) En el aparato digestivo	17
b) En el aparato respiratorio	19

c) En la piel	19
3.2. La Fibromialgia como Fenómeno Psicosomático	20
a) Sintomatología	20
b) ¿Es un Fenómeno Psicosomático?	22
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	24
1. CLÍNICA PSICOSOMÁTICA	25
2. LUGAR DEL ANALISTA EN LOS FENÓMENOS PSICOSOMÁTICOS ..	26
CAPÍTULO III: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	30
1. CASUÍSTICA	30
1.1. Caso Señora S.	30
1.2. Caso Señora N.	33
1.3. Caso Isabel de R, un posible caso de fibromialgia en la actualidad.	36
1.4. Caso Catalina	40
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	44

RESUMEN (ABSTRACT)

Dentro de las prácticas pre-profesionales realizadas en el Hospital R. Gilbert, se encuentran sujetos en condiciones médicas las cuales impactan no solamente al organismo sino a la construcción misma del cuerpo. Así mismo, los mecanismos inconscientes operan también sobre el cuerpo de modo que éste no solo padece a nivel fisiológico.

Para lograr entender al respecto de estos fenómenos corporales, realizamos una investigación recorriendo estudios tanto de orientación analítica como desde la perspectiva médica. Todo aquello para lograr establecer de manera concreta lo que estos discursos establecen de los fenómenos corporales que nos hemos propuesto abordar. Es así que realizaremos un pequeño recorrido atravesando el discurso médico, y sus principales elaboraciones al respecto de lo que más adelante llamaré *enfermedades psicosomáticas*. Seguiremos adentrándonos en el campo de nuestro estudio profesional que es la psicología clínica, particularmente desde una lectura psicoanalítica, terminando en un enfoque directo sobre el fenómeno psicosomático. Se pretende también realizar un estudio de las maneras en que, desde la perspectiva psicoanalítica, se podría conducir el trabajo con un sujeto que presenta una condición propia del fenómeno psicosomático.

Palabras Claves: fenómenos, cuerpo, psicosomática, enfermedad, síntoma conversivo.

INTRODUCCIÓN

Al haber una dolencia física, que se siente en el cuerpo, recurrimos al médico puesto que le suponemos el saber acerca de nuestro organismo. Sin embargo, en ciertas ocasiones, el discurso médico no logra dar las respuestas que un paciente esperaría al respecto de su dolencia. Es en este vacío de respuesta por parte de la medicina, frente a la pregunta del paciente *¿Qué es esta enfermedad? ¿Tiene cura? ¿Cuál es la causa?*; en donde surge y se impulsa este trabajo, ya que podríamos decir que aquí se produce un corte y un pase; un corte en cuanto al discurso médico y un pase al campo del discurso psicológico, en relación al modo de concebir y abordar estos fenómenos del cuerpo que hacen sufrir al paciente que los padece.

En este trabajo en primer lugar trataremos de Investigar y definir *¿Qué son los fenómenos del cuerpo?*, desde un punto de vista psicológico, usando como marco teórico la teoría psicoanalítica, con la finalidad de encontrar un modo de abordar dichos fenómenos. Analizaremos también las concepciones de cuerpo-organismo y cuerpo-sujeto, de modo que podamos ubicar el origen de los fenómenos del cuerpo en la historia del paciente. Además a través de la casuística se establecerán diferencias entre: somatización, síntoma conversivo y fenómeno psicósomático.

Para esto se han tomado casos emblemáticos de diferentes autores así como casos tratados por las autoras, más adelante en este trabajo se especificará un poco más al respecto de la metodología y herramientas utilizadas para la recolección de la información expuesta. Sin embargo, cabe recalcar que los casos relatados dieron cuenta de una dificultad que era vivida por los padres de los niños internados en el Hospital de Niños R. Gilbert Elizalde en la ciudad de Guayaquil. Se trataba de sujetos que llegaban a enfermar físicamente como resultado de las situaciones vividas en esta unidad hospitalaria, en donde

debían permanecer hasta que su hijo hospitalizado se recuperase de su dolencia.

Lo que las autoras encontraron durante los meses de prácticas que estuvieron en el Hospital fue una correlación entre el discurso de los padres de familia, preocupados por sus hijos, y los padecimientos aparentemente fisiológicos que estos adultos sufrían durante todo el proceso de hospitalización de sus hijos. Más aún, a medida que se trabajaba con ellos al respecto de sus miedos, vivencias, creencias, se logró desentrañar la historicidad de este malestar y cómo aparecía ahora que su hijo se encontraba hospitalizado. De este modo emergió el hecho de que los mecanismos inconscientes operan también sobre el cuerpo de modo que éste no solo padece a nivel fisiológico.

La medicina a lo largo de su desarrollo frente a la enfermedad del cuerpo se ha situado en dos posturas opuestas, por un lado aquella que entiende a la enfermedad como efecto de una lesión orgánica y otra que la concibe como resultado de alteraciones psicológicas. Esta oposición hace surgir a partir de los años 50 lo que se conoce como medicina psicosomática, a pesar de que este término fue acuñado por la medicina, el psicoanálisis le da otra mirada a los fenómenos psicosomáticos. En el Seminario 2, del año 1954-1955, Lacan propone al estadio del espejo y al narcisismo como un límite entre la psicosomática y el síntoma neurótico.

El fenómeno psicosomático está vinculado con el autoerotismo, con la investidura libidinal intraorgánica, como un estadio anterior al narcisismo de la constitución del yo por el mecanismo de la identificación imaginaria. En este mismo orden, la psicosomática se sitúa a nivel de lo real, y no tiene relación con lo imaginario o lo simbólico. Como lo señala Jacques-Alain Miller (1991), el fenómeno psicosomático se sitúa casi en el nivel del registro de lo animal en el

hombre, en el fenómeno bioquímico y fisiológico que no tiene representación, ni afecto ni significancia. De él sólo se sabrá por sus síntomas médicos, que no son formaciones del inconsciente, y por el hallazgo de la lesión anatómica.

La psicología se ha ido abriendo paso a lo largo del tiempo ante el saber médico, dando como resultado sujetos que logran elaborar al respecto de cómo sus preocupaciones, miedos, se inscriben en diferentes formas de fenómenos corporales. Es así como para la Teoría psicoanalítica lo psicosomático, se entiende a partir del *fenómeno psicosomático*, desde el cual se otorga gran importancia a la carga afectiva que pasa por la corporeidad del sujeto, llámese líbido (Freud, 1893) o goce (Lacan, 1946).

Por medio del presente trabajo las autoras apuntan a realizar una investigación exhaustiva que logre definir lo psicosomático desde una lectura psicoanalítica, para poder tener un acercamiento hacia una modalidad de trabajo que permita abordar este fenómeno desde una clínica particular. Para lograrlo será necesario analizar las concepciones del cuerpo de tal modo que se deje en claro las diferencias entre cuerpo-organismo y cuerpo-sujeto. Se propone dar una mirada no puramente psicológica al fenómeno psicosomático, sino también conocer sus orígenes y para aquello tendrá que remitirse a algunos estudios médicos. Esto permitirá realizar un recorrido histórico desde los diferentes puntos de vista, relevantes al tema propuesto, dando cuenta de la evolución que ha tenido el concepto de enfermedad psicosomática.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1. CONCEPCIONES DEL CUERPO

1.1. Cuerpo enfermo, Cuerpo-organismo, cuerpo-sujeto

El propósito de este capítulo es delimitar las concepciones del cuerpo en la medicina como cuerpo-organismo y la visión del cuerpo que propone el psicoanálisis desde Freud y Lacan como cuerpo-sujeto.

1.2. Cuerpo enfermo

La medicina es la rama encargada de tratar al cuerpo como organismo, es decir desde el punto de vista anatómico, fisiológico, neurológico, que debido a diferentes causas internas o externas se encuentra enfermo.

“La posibilidad de un discurso sobre la enfermedad se apoya en la visibilidad, propiciada por la mirada médica, que profundiza en el volumen corpóreo en busca de los agentes patógenos”. (Foucault, 1973). Es decir que la mirada médica recorre un trayecto de síntomas, orientados a la búsqueda de agentes patógenos causantes de las lesiones en el cuerpo.

A diferencia de lo que propone la medicina, la enfermedad del cuerpo en el psicoanálisis no está relacionada a lo anatómico, sino mas bien a ese cuerpo

representado, construido por la historia particular de cada sujeto, traspasada por lo erótico y sus implicaciones que debido al retorno de aquello traumático e imposible de significar encuentra en el cuerpo anatómico la materialidad sobre la cual hacer surgir al sujeto, es decir si no se puede poner en palabras lo que hace sufrir, se hace sufrir lo que como materialidad existe: el cuerpo.

El sujeto aparece en los hallazgos circunscritos en el soma, es decir en el organismo mismo el cual se encuentra bajo la mirada y tratamiento de la medicina. La relación entre el soma y la psiquis marcan la medicina desde Hipócrates y el psicoanálisis desde Freud, de ahí que la relación entre estas dos miradas, no cesa de inscribirse en el sujeto.

“La enfermedad somática interpela al diálogo las diversas maneras del saber médico, presentándose por la organicidad del cuerpo, y los psicoanalíticos, por el cuerpo pulsional que irrumpe en el soma, exigiendo escucha. El problema es que con la prioridad del soma lesionado, la implicación del sujeto en ese enfermar es frágil, y a veces ni existe” (Volich, 2000). Con esto se quiere decir que la enfermedad del cuerpo como soma hace surgir el diálogo, la intervención tanto de la medicina como del psicoanálisis, pero debido a la urgencia que tiene para las personas la cuestión de la salud, del bienestar, se vuelca el tratamiento solo a ese cuerpo orgánico lesionado, dejando de lado la implicación del sujeto en ese cuerpo enfermo.

A continuación expondremos la concepción de cuerpo-organismo y como cuerpo-sujeto. Intentando diferenciar el esquema de la imagen corporal.

1.3. Cuerpo - Organismo

Cuando nos referimos al cuerpo-organismo se está situando al cuerpo desde el punto de vista anatómo-fisiológico, es decir del cuerpo que comprende la unión de células, que forman tejidos que a su vez forman los órganos los cuales se encuentran revestidos por el cuerpo. Es aquí frente a este cuerpo tomado como organismo que surge el concepto de esquema corporal, que precisaré a continuación tomando varios autores.

El concepto de esquema corporal tiene su origen en la neuropsicología. Según Le Boulch (1987), el esquema corporal es el *“conocimiento inmediato y continuo que tenemos de nuestro cuerpo, en estático o en movimiento, en relación con el espacio y los objetos que lo rodean”*.

Según Ballesteros (1982) el conocimiento y dominio del cuerpo es el pilar a partir del cual el niño construirá el resto de los aprendizajes. Este conocimiento del propio cuerpo supone para la persona un proceso que se irá desarrollando a lo largo del crecimiento. El concepto de esquema corporal en cada individuo va a venir determinado por el conocimiento que se tenga del propio cuerpo.

Es decir que para la neuropsicología, la asunción del esquema corporal le da al ser humano una noción progresiva, basada en las experiencias vividas con el entorno y los otros, del cuerpo y su funciones.

El esquema corporal es producto de un desarrollo a lo largo del crecimiento en base a las siguientes sensaciones:

a) Interoceptivas, (viscerales).

b) Exteroceptivas, logradas por la vista y el tacto.

c) Propioceptivas, que provienen de los músculos, tendones y articulaciones, y no permiten conocer sobre la tensión o distensión del músculo.

El niño logra su autonomía aproximadamente a la edad de 11- 12 años, edad en la que la mayoría de los autores coinciden que el esquema corporal está elaborado.

1.4. Cuerpo - Sujeto

Empezaré diciendo que la concepción del cuerpo en psicoanálisis no corresponde al cuerpo definido por la anátomo-fisiología, el de la corporeidad descriptiva.

La corriente psicoanalítica hace un largo recorrido acerca de la concepción del cuerpo, empezando desde Freud a partir del síntoma conversivo, de la sexualidad infantil, es decir teniendo al cuerpo, como un cuerpo erotizado, un cuerpo pulsional. Luego se ponen de manifiesto las elaboraciones de Lacan acerca del cuerpo, a partir de uno de los antecedentes de su teoría, el Estadio del espejo; para luego articular el *cuerpo* como un cuerpo imaginario, un cuerpo simbólico y cuerpo real.

Las histéricas le hicieron descubrir a Freud la sensibilidad de su cuerpo a las representaciones inconscientes, es ahí donde surge el concepto de conversión.

Lacan por su parte hace su entrada al psicoanálisis a partir del estadio del espejo, como proceso estructurante de la imagen corporal. La formulación del estadio del espejo, consiste en que entre las edades de 6 a 18 meses es en donde se constituye la imagen del Yo, y es a partir de la sensación de júbilo del niño al ver su imagen reflejada en el espejo, la cual muestra una totalidad, y se le anticipa a lo que en realidad se siente, un cuerpo fragmentado, sin contorno, pero que es a partir de un tercero, el otro que lo mira y le dice "ese eres tú" que el niño puede asumir la totalidad de esa imagen, es decir que es por la vía de la identificación con el otro que el niño se hace acreedor a un "yo soy".

Lacan dirá: "*Es la imagen del cuerpo que da al sujeto la primera forma que le permite situar lo que es del yo y lo que no lo es ('él es hombre y no caballo')*" (Lacan, 1953-1954).

Entonces decir que el cuerpo es imaginario, es decir que la asunción de esa imagen especular está hecha a partir de la identificación al Otro. "*El sujeto se identifica en su sentimiento de sí con la imagen del otro y... la imagen del otro viene a cautivar en él este sentimiento*" (Lacan, 1946).

En otra etapa de las elaboraciones de Lacan, predominará el cuerpo como simbólico, como lenguaje. "*La palabra en efecto es un don de lenguaje y el lenguaje no es lo inmaterial. Es cuerpo sutil, pero es cuerpo. Las palabras son tomadas en todas las imágenes corporales, que captan al sujeto*" (Lacan, 1953)

Parafraseando a Lacan respecto al cuerpo como lenguaje diremos que lo que es primero es la palabra; es de la palabra que surge el deseo, y el cuerpo está ligado al deseo. Esta será una posición importante de Lacan respecto al cuerpo:

“el verdadero cuerpo, el primer cuerpo, es el lenguaje,” (Lacan, 1953) es decir, lo que Lacan llamará más tarde, el cuerpo simbólico. El simbólico, es en efecto un cuerpo, porque podemos considerarlo como un sistema de relaciones internas. El lenguaje es cuerpo, y además, es cuerpo que da cuerpo.

“El cuerpo del simbólico, cuerpo incorporal, que al incorporarse les da cuerpo” (Lacan, 1977). Es decir que el cuerpo simbólico tiene lugar antes de que el cuerpo orgánico exista, este cuerpo simbólico se expresa a través de la palabra, que es lenguaje en sí, y el lenguaje en tanto estructurado y articulado mediante símbolos y signos comprende un cuerpo. Decimos que el cuerpo simbólico precede, ya que por ejemplo cuando un niño está por nacer, incluso antes de que sea concebido, ha sido hablado, deseado, y una vez nacido es hablado por sus padres y por quienes lo rodean dándole así a través de las palabras un cuerpo, como sucede en el estadio del espejo, es a través de la palabra del Otro, cuerpo simbólico, que el niño puede asumir ese cuerpo imaginario.

Entonces el cuerpo verdadero, el primer cuerpo dice Lacan es lo que predomina; el cuerpo simbólico, el lenguaje. Lo simbólico es un cuerpo en tanto relaciones internas, ya que lo simbólico es un cuerpo con su materialidad, el lenguaje.

Lo Real, es lo imposible, aquello que escapa a la significación, lo que está fuera del orden simbólico. Es justo lo que carece de sentido, la dimensión de lo que no encaja, de lo que no podemos situar; un real caótico, sin ley. El cuerpo remite a lo sexual y por tanto a lo real, ya que es justamente la “no relación sexual” lo que se convierte en un real para el sujeto.

El fenómeno psicossomático, capítulo que desarrollaremos a continuación, se encuentra del lado de lo real del cuerpo, puesto que se marca al cuerpo en la piel viva, esa marca, que es el FPS no responde a una cadena de significaciones, ya que no hay la articulación del S1 y el S2.

2. EL FENÓMENO PSICOSOMÁTICO

2.1. Antecedentes

El término psicossomático está relacionado de manera general a aquellas lesiones orgánicas que al no tener explicación médica, se les atribuye su causa a factores psíquicos. Es decir que en lo psicossomático intervienen dos entidades: la psique y el soma, que se encuentran relacionados entre sí. Partiendo de esta relación que existe entre psique y soma surge el psicoanálisis, puesto que es una relación sin conexión, lo cual hace que este fenómeno escape al discurso médico.

2.2. Recorrido histórico acerca del fenómeno psicossomático

Freud en sus obras no habla específicamente del fenómeno psicossomático, sino que más bien se enfoca en las manifestaciones con relación al cuerpo que afectan a sus pacientes, entonces en sus investigaciones encuentra un primer grupo de pacientes en donde se ve afectado el cuerpo por una imposibilidad, que no presenta causa orgánica y otros pacientes, en donde existe un daño visible a nivel del cuerpo. A pesar de haber ubicado esta diferencia, Freud se encontraba en el inicio de su teorización, es así que focaliza su mirada en el primer grupo de pacientes y comienza a desarrollar lo que más tarde sería llamado neurosis histérica.

En el libro *La perspectiva freudiana del fenómeno psicossomático*, (López Arranz, 2009) hace un abordaje a lo psicossomático desde los conceptos de Freud. Para establecer cuál es la satisfacción pulsional que le compete al FPS esta autora retoma el concepto de pulsión. Para Freud es éste un concepto básico, que da cuenta de la construcción y el engranaje entre lo psíquico y lo somático, Freud explica que la pulsión es proveniente del interior del cuerpo y que siempre actúa como una fuerza constante.

Para tener más claro este concepto analizaremos los componentes de la pulsión según como las describe Freud: empuje, fin, objeto, fuente

Empuje: es la tendencia a la descarga, suma de fuerza que representa una pulsión.

Fin: el fin de la pulsión siempre será la satisfacción, que se conseguirá por la distensión de la fuente de la pulsión.

Objeto: cosa en la cual o por medio de la cual puede alcanzar la pulsión su satisfacción, es lo más variable de la pulsión.

Fuente: se desarrolla en un órgano o una parte del cuerpo, son las zonas erógenas.

La pulsión no es momentánea, nunca se acaba, es constante, sale de la fuente, rodea el objeto, retorna a la fuente y alcanza su fin, que siempre es el mismo: la satisfacción. La pulsión podría decirse es como el motor de la vida, el aparato psíquico es el que está encargado de mantener regulada la pulsión

El aparato psíquico es regido por el principio del placer, aunque posteriormente Freud hablará de que existen situaciones que se oponen a este principio, es decir ya no sólo es pulsión de vida, sino que se convierte en una dicotomía pulsional: pulsión de vida-pulsión de muerte

La pulsión puede tener diferentes destinos: represión, sublimación, trastorno hacia lo contrario, todos pensados como variedades de la defensa contra las pulsiones.

Para López Arranz (2009) el FPS se ubica en una etapa anterior al narcisismo, en correspondencia a pulsiones primordiales, que no sufrieron el destino de la represión, es decir sobre las cuales no pudo actuar o no tuvo efecto la defensa. Como el fin de las pulsiones siempre es satisfacerse, al no poder hacerlo hacia el exterior debido a la imposibilidad de asociación entre un acontecimiento y otro por la imposibilidad de emitir palabra, la descarga se efectúa marcando el cuerpo. *“El fenómeno psicósomático es el lugar donde la pulsión encuentra la satisfacción”* (López Arranz, 2009).

Desde la perspectiva Lacaniana, en el FPS, el cuerpo aparece ajeno al significante, ajeno al sujeto, situado en la dimensión de organismo. Se trataría de una falla en la articulación de los registros imaginario, real y simbólico, un defecto en la incorporación del significante, del lenguaje en el cuerpo organismo. Como vimos en el primer capítulo para el Psicoanálisis, el cuerpo no coincide con el organismo.

Entendemos entonces que en estos fenómenos alguna articulación necesaria a lo simbólico no se habría producido. En este caso relacionando lo que dice

Lacan con los conceptos de Freud, la satisfacción no estaría orientada por el Principio del Placer, sino por un más allá de este principio, quedando del lado del estrago y del exceso, de lo que Lacan llamaría, el goce.

Esta peculiaridad del goce específico de la pulsión en el FPS está articulada a la imposibilidad de inscribir simbólicamente algunas experiencias traumáticas del individuo.

“El fenómeno psicossomático es algo que aparece y desaparece. Estos fenómenos no son construcciones neuróticas, puesto que para serlo necesitan al menos dos significantes que formen una cadena S1 –S2, el FPS se presenta en cambio en el modo binario 0 o 1” (Merlet, 1998). Es decir que a pesar de que no se articula como signifiicante, tampoco está excluido del lenguaje.

Para Lacan el FPS no está significantizado, pero puede ser el efecto de una inducción signifiicante (S1) que hace intrusión en el cuerpo sin que el sujeto se encuentre dividido, hay que recordar que solo estamos divididos si somos representados por un signifiicante para otro signifiicante (Merlet, 1998).

Lacan dirá que en el fenómeno psicossomático surgen dos aspectos: la marca y el goce específico. La marca hace referencia a un rasgo unario, es decir a lo que en el cuerpo marca el FPS, mientras que el goce específico es una escritura propia del paciente. Este goce específico está relacionado con un goce familiar, es decir Hay un Otro que goza, un goce ilícito, al cual el FPS haría barrera. Un goce fuera de lo simbólico, porque no ha sido significantizado, pero no fuera del cuerpo. De lo que se trata entonces es de una respuesta del sujeto en forma de FPS al goce perverso del Otro.

El FPS tiene funciones y significaciones diversas dependiendo de la estructura de que se trata. Solo la cura analítica permite revelar el goce específico que encubre ese fenómeno.

2.3. Conversión histérica y fenómeno psicossomático

Tanto el síntoma conversivo, como el fenómeno psicossomático afectan al cuerpo, pero no de la misma manera.

El FPS no presenta una historia de deseos, sino de goces. No tiene los límites del lenguaje, sino del cuerpo.

En la estructura histérica sí hay historia de deseos, pero de deseos insatisfechos, elaborados por vía somática, a través de lo que se conoce como el síntoma conversivo.

Ahora detallaremos las particularidades de cada una de estas posiciones psíquicas, siguiendo las conceptualizaciones de Freud acerca de la histeria.

2.4. El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos

Todo fenómeno analítico está estructurado como un lenguaje y todo sujeto se encuentra afectado por esa articulación entre un significante primordial con otro significante. Cuando existen situaciones, recuerdos, representaciones que dejan sin palabras al sujeto, la única forma de poder decir algo de esto es a través del cuerpo, por medio de los síntomas. Esto es lo que sucede en el caso de la histeria que presenta dificultades para elaborar representaciones por vía psíquica, por lo que los deriva por vía somática.

La aparición del síntoma conversivo en la histeria surge a partir de un conflicto psíquico en donde una representación se presenta como intolerable para el sujeto, lo cual provoca la defensa del yo que utiliza el mecanismo de defensa de la represión, es decir se olvida el contenido de la representación, que puede ser un recuerdo, una frase; pero no el afecto que está relacionado con dicha representación. Lo que se reprime en la histeria es una representación de la sexualidad infantil del sujeto. El afecto al no reprimirse, se desplaza y se deriva por vía somática haciendo uso de la conversión.

El síntoma en la histeria habla con el cuerpo hecho de palabras, y tiene un sentido. El síntoma en la histeria es un sustituto de algo que el mecanismo de la represión impide manifestar.

2.5. El fenómeno psicósomático

El fenómeno psicósomático tiene como característica principal, la lesión física comprobable, es decir que para que una enfermedad sea llamada psicósomática debe presentar en el cuerpo una marca, de esta manera se lo puede distinguir del síntoma conversivo, el cual no presenta daño físico comprobable.

En el fenómeno psicósomático a diferencia del síntoma conversivo no se puede hallar una historia detrás de él, no hay un sentido, este es el problema del FPS, puesto que al no poder ser anudado con la historia del sujeto hace marca en el cuerpo como organismo.

3. ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS

3.1. Tipos de enfermedades psicosomáticas

A continuación se describirá la sintomatología de distintas enfermedades que se encuentran catalogadas dentro de la medicina como psicosomáticas, que como lo hemos dicho anteriormente se refiere a aquellas enfermedades que afectan al cuerpo físico, a su funcionamiento, pero no existe lesión orgánica que dé cuenta de ello, razón por la cual su causa es atribuida a factores psicológicos. La descripción de estas enfermedades fueron tomadas en su totalidad de la página de internet: www.adisamef.com.

Las enfermedades psicosomáticas más comunes en la medicina son:

a) En el aparato digestivo:

- *Úlceras pépticas*

Úlcera péptica se define como una ulceración mucosa que compromete la región distal del estómago o la proximal del duodeno.

Los síntomas de enfermedad ulcerosa péptica son dolor epigástrico corrosivo de 1 a 3 horas tras las comidas, aliviado por alimentos o antiácidos. Los síntomas asociados pueden ser náuseas, vómitos, dispepsia o signos de hemorragia gastrointestinal, como hematemesis.

Los primeros estudios de enfermedad ulcerosa péptica, sugerían que los factores psicológicos participaban en la vulnerabilidad a úlceras, que dependía de la mayor secreción de ácido gástrico asociado con el estrés psicológico.

Los factores psicosociales intervienen en la expresión clínica de los síntomas, posiblemente al reducir las respuestas inmunitarias, lo que determina vulnerabilidad a la infección por *H. pylori*.

- *Colon irritable*

A nivel gastrointestinal utilizaremos como ejemplo el colon irritable. Esta patología fue descrita por primera vez en 1820, desde ese momento la asociación de síntomas intestinales con estresores psicológicos se ha evidenciado muchas veces. Corresponde al 11% de todos los diagnósticos gastrointestinales y es más frecuente en la mujer y en la raza blanca. Los síntomas aparecen gradualmente desde la adolescencia y el inicio de la edad adulta. Se diagnostica por dolor abdominal que se alivia con la defecación o se asocia con cambios de la consistencia o frecuencia de las deposiciones. Es un dolor vago, la mayoría de los pacientes refieren múltiples zonas dolorosas. Alteración del tránsito intestinal (constipación, urgencia o sensación de evacuación incompleta). Plenitud o sensación de distensión abdominal. Los síntomas de colon irritable coexisten con otros que sugieren disregulación del sistema nervioso autónomo como astenia, palpitaciones, hiperventilación, ansiedad, mareos, palmas sudorosas, polaquiuria, disuria.

Para algunos autores el colón irritable, es debido a alteraciones psicológicas no relacionadas con la enfermedad. Hay una incidencia elevada de enfermedades psiquiátricas en estos pacientes, hasta de 70%, principalmente depresión y

ansiedad. El tratamiento se realiza principalmente con antiespasmódicos, anticolinérgicos. En lo psicofarmacológico se utilizan principalmente antidepresivos y benzodiazepinas, debemos tener en cuenta la elevada comorbilidad con depresión y ansiedad.

b) En el aparato respiratorio:

- *Asma nerviosa*

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria a la que suelen acompañar síntomas nasales, oculares, así como de otras mucosas. Con la inflamación aparece la tos, los silbidos en el pecho, secreciones (flemas) o fatiga. Las crisis pueden ceder al cabo de unos días o ser de carácter crónico, acompañadas de fases más agudas. El origen del asma bronquial debe buscarse en la alergia a ciertos productos, aunque también inciden notablemente otros factores como los cambios de temperatura, el estrés, alteraciones de la digestión (reflujo gástrico), esfuerzo o infecciones.

c) En la piel:

- *Psoriasis*

En lo dermatológico vamos a hablar de la psoriasis. La tercera parte de los pacientes que concurren a una consulta dermatológica tienen alguna manifestación psicológica significativa. En casi todas las enfermedades cutáneas idiopáticas crónicas, recurrentes e inflamatorias existe un subgrupo importante de pacientes que reaccionan con estrés ante su enfermedad. También hay factores físicos como el frío, el clima seco, el uso de jabones ásperos y astringentes, infecciones bacterianas, el uso de ciertas medicaciones y la exposición a antígenos alérgicos, que pueden exacerbar estas enfermedades dermatológicas llamadas psicofisiológicas y dentro de las cuales

está la psoriasis. La psoriasis es una enfermedad crónica recurrente que afecta la piel y las articulaciones. Tiene un componente hereditario. Las lesiones cutáneas son placas bien delimitadas con escamas gruesas plateadas en las superficies extensoras (codos, rodillas) también pueden encontrarse en cuero cabelludo, pliegue glúteo, palmas, plantas. En la fase activa la enfermedad puede comprometer toda la piel. En casos raros puede haber pústulas difusas, lo que se asocia con fiebre y escalofríos, uñas deformadas y artritis.

El nerviosismo o aumento de tensión psicológica que se revierte en síntomas corporales son dos causas agravantes o desencadenantes de la psoriasis. Se ha comprobado cómo muchas personas, después de periodos de tensión psicológica, han manifestado o empeorado esta enfermedad.

3.2. La fibromialgia como Fenómeno Psicossomático

La descripción de esta enfermedad psicossomática fue extraída en su totalidad de la página de internet: www.dmedicina.com

a) Sintomatología

La medicina considera la Fibromialgia como un síndrome crónico caracterizado por dolor generalizado en el cuerpo, de al menos 3 meses y en diferentes zonas corporales, sobre todo musculares y articulares (puntos gatillo).

La palabra fibromialgia significa dolor en los músculos y en el tejido fibroso (ligamentos y tendones). El dolor se parece al originado en las articulaciones pero no es una enfermedad articular.

Su diagnóstico es clínico, siempre hay que descartar o confirmar otras enfermedades reumáticas, aunque a veces coexiste con otras enfermedades. Para su tratamiento se han empleado diferentes medicamentos con fines diversos y respuestas variadas, pero solamente algunos de ellos aportan evidencia científica y aportan un discreto beneficio.

Entre las manifestaciones clínicas de la fibromialgia encontramos el dolor y debilidad muscular generalizada que aparecen incluso después de un ejercicio poco intenso. El dolor se ha descrito como corrosivo, de tipo sordo y profundo, de tensión o rigidez. Aunque de carácter variable, siempre hay cierto grado de dolor. Puede comenzar en una región (hombros, cuello, región lumbar) pero finalmente se generaliza. Dolores lumbares que se irradian a las nalgas y piernas, dolor y tirantez en el cuello y en la región escapular alta, rigidez del tronco y de las cinturas escapular y pélvica.

Todos los pacientes se sienten fatigados y agotados y ya están cansados cuando se levantan por la mañana. La rigidez también suele notarse por la mañana e ir aliviándose a lo largo del día, aunque en algunos pacientes persiste. A veces, se quejan de entumecimiento de manos y pies y pueden sentir más frío que otras personas. Los pacientes, a veces, advierten que sus articulaciones están hinchadas. Pero al explorarlas no se observan anomalías. Los síntomas empeoran en situaciones de estrés y ansiedad, con el frío, la humedad y el ejercicio o los esfuerzos excesivos.

En general, estos pacientes circulan por el hospital sin encontrar un camino adecuado que les ayude a resolver la encrucijada en que les ha colocado su

enfermedad. Hay una gran facilidad para el diagnóstico según los criterios establecidos, pero una enorme dificultad para encontrar tratamientos eficaces. Hay algo del “dolor” que escapa a la posibilidad de ser tramitado por el discurso del médico.

¿Es un fenómeno psicosomático?

Es oportuno recordar que el término psicosomático fue utilizado en 1946 como concepto, por el alemán, representante de la escuela vitalista H. Heinroth. La medicina incluyó este término como una nueva concepción y pretendieron con ello de alguna manera introducir, la influencia de los factores psíquicos en la comprensión de ciertas afecciones orgánicas. Para este momento el conocimiento médico ya había producido grandes progresos en el conocimiento de la neurología y la fisiología.

La amplitud y la masividad del fenómeno psicosomático son evidentes. Es decir que estos fenómenos psicosomáticos no son lejanos a las problemáticas actuales, aunque quizá muchos de estos pacientes no vayan a la consulta psicológica. Lo cierto es que el fenómeno psicosomático no es una pregunta a resolver, la gente no viene por estas cuestiones a la consulta, viene por otras cosas.

Entonces, en un fenómeno psicosomático, tenemos el cuerpo implicado en el registro del dolor como síntoma, es decir el paciente llega a la consulta por el dolor que le causa en el cuerpo, este creemos que es el caso de la fibromialgia, que se podría corresponder con una estructura neurótica o incluso psicótica. En los casos clínicos se puede constatar esta cuestión, y en la práctica clínica hay un momento en que tiene que establecerse a qué estructura corresponde el

paciente, para direccionar la cura, ya que muchos de estos fenómenos aparecen en el cuerpo como soporte.

Para la Medicina la fibromialgia no tiene curación de manera definitiva. Sino más bien, se trata de un proceso crónico y el tratamiento está dirigido a aliviar los síntomas y dar al paciente una mejor calidad de vida.

Para el Psicoanálisis, la curación de la fibromialgia es un efecto que se produce al atravesar un proceso de análisis psíquico de la estructura que sostiene los síntomas y el restablecimiento funcional de las vías de elaboración del deseo, que permitan reestablecer la cadena de significantes, destaponando aquello que el fenómeno psicósomático taponaba usando el propio cuerpo como escritura de aquel malestar inconsciente.

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

La principal metodología de investigación empleada para la presente tesis es la exégesis, puesto que todo análisis descrito en este documento es el resultado de un estudio exhaustivo de trabajos investigativos y de análisis realizados por un número variado de autores.

Se empleó también el método clínico ya que se emplean un número de casos. Sin embargo no se utilizará el seguimiento del historial del caso en su totalidad sino que se tomarán algunos de sus componentes específicos susceptibles de ejemplificar y explicar de mejor manera lo planteado en este trabajo.

Respondiendo a esta metodología, establecemos que se emplearán principalmente como técnica de recolección de información la observación directa e indirecta ya que se exponen ciertos casos los cuales fueron obtenidos tanto por las autoras en sus prácticas pre-profesionales como casos emblemáticos tomados de otros autores.

Finalmente, queda delimitar que los sujetos de investigación con los que se trabajó para el presente documento consistían en los padres de familia de los pacientes del Hospital de Niños R. Gilbert Elizalde quienes sufrían de distintos padecimientos. En cualquiera de los casos se indicará debidamente su fuente.

1. CLÍNICA PSICOSOMÁTICA

Daniel Larsen, psicoanalista y Licenciado en Psicología por la Universidad de la Plata, publica un artículo en la revista web "*Psikeba*" donde advierte al respecto de los peligros de acceder a la aplicación de fármacos para tratar al fenómeno psicosomático. En este artículo, va a explicar cómo el paciente es derivado por el médico al psicólogo con orientación analítica de modo que el sujeto se presenta sin una idea clara de por qué el médico los deriva ni qué es lo que causa aquella "enfermedad", enfermedad conocida como fenómeno psicosomático. Como lo explica Larsen, "*Estos pacientes no presentan, en su discurso, ningún signo que dé cuenta de alguna demanda de tratamiento. Sólo se limitan a presentarnos su síntoma, pero a la manera de quien le lleva un aparato descompuesto a un técnico y lo coloca sobre el escritorio para que se lo arregle, es decir, con una total ausencia de implicación subjetiva.*"

Así, los sujetos que presentan afecciones corporales calificadas como fenómenos psicosomáticos deben pasar de pacientes a analizantes. Larsen señala que en un primer momento el sujeto se pregunta qué tiene que ver con su dolencia aquello de lo que el psicólogo con orientación analítica le hace hablar.

Este autor retoma a Lacan al recordar que el fenómeno psicosomático se encuentra en una parte del cuerpo, la parte afectada por la dolencia, la cual es tomada por un significante aislado. El fenómeno psicosomático entonces "*expresa una necesidad provocada, sin procurarle la articulación con un más allá de la demanda que permita a esa necesidad ser vivida simbólicamente.*" (Larsen, NA)

2. Lugar del Analista en los Fenómenos Psicosomáticos

Como ya se lo mencionó en los capítulos anteriores, en el fenómeno psicossomático el cuerpo aparece como ajeno al significante y es que el sujeto emerge en la relación S1-S2, como efecto del lenguaje. El fenómeno psicossomático, al no ser un síntoma en tanto relación de compromiso entre la pulsión y la defensa, no está sujeto a la cadena significante. Como lo sitúa Campdevielle (2004), *“Lo propio del significante, es hacer cadena con otro significante, un significante no se significa así mismo, lo propio del significante es sustituirse... un sujeto es lo que un significante representa para otro significante.”* Desde esta lógica tenemos que el sujeto pierde algo de sí al ser representado mediante un significante ante otro significante; S2 no es el sujeto sino una representación del mismo (Campdevielle, 2004).

Lacan, retomado por Campdevielle, pone en juego el término *afánisis* para explicar esta interrelación entre significantes y, al respecto del fenómeno psicossomático, menciona que la afánisis es lo que no se pone en juego: *“es decir que el significante deja de representar al sujeto”* (Campdevielle, 2004) sino que lo sustituye. Es así como surge la *holofrase*, una frase compacta consecuencia de los significantes que quedan solidificados. En la holofrase no emerge el sujeto del lenguaje, ésta se constituye mediante frases que no pueden descomponerse. Al relacionarlo con el discurso psicoanalítico, el holofraseo del significante se refiere a que éste escapa a su propia lógica de modo que no hace cadena con otro significante. Es por esto que Campdevielle encuentra de suma importancia resaltar en el fenómeno psicossomático el rechazo del sujeto a la cadena significante.

Según este autor, el sujeto que padece de un fenómeno psicossomático debe llegar a preguntarse qué tiene que ver él con este mal en lugar de tomar la

posición que incluso en ocasiones desde la medicina se adopta: “no sé qué es lo que me pasa.” Así se tratará de pasar de este fenómeno al síntoma; esto implica que se articule a otros significantes y que haya una demanda al Otro.

Como ya lo hemos mencionado anteriormente en el presente trabajo, se trata de un goce fuera de lo simbólico, pero no fuera del cuerpo. “*Podemos decir que si el síntoma fija el goce fálico en una letra que ex-siste al inconsciente, el fenómeno psicósomático fija con un simple trazo o marca del goce del Otro en el cuerpo.*” (Larsen). Este mismo autor se vale de Colette Soler al señalar que es una especie de *estigma* del goce del Otro, una marca de este goce en el cuerpo. Así, lo que se buscaría es llevar este goce al sentido por medio de elaboraciones que se producen en el inconsciente.

Zulma López Arranz en su escrito *El Fenómeno Psicósomático y sus Diferencias con el Síntoma* explica que en el fenómeno psicósomático se encuentra una holofrase que consiste en que “*el S1 (significante unario) y el S2 (significante que viene del Otro, bajo la forma de un saber inconsciente) están “pegoteados”, aglutinados, congelados. Es decir reduce el par de significantes al UNO, pero un UNO más absoluto que no puede representar al sujeto. No existe el intervalo, la hiancia donde el sujeto aparece y desaparece.*”

Esta hiancia es lo que posibilita que el sujeto emerja, en la operación de separación al constituirse la estructura del sujeto lo que ocurre es que se obtura la falta del Otro con la propia. Como en el fenómeno psicósomático no se produce la hiancia, este S2 que proviene del Otro queda holofraseado con el S1, como consecuencia de que no hubo la intersección de ambas faltas.

López Arranz retoma que Lacan consideraba al fenómeno psicossomático del lado de la psicosis y de la debilidad mental, puesto que no tiene lugar la operación de separación. Es decir que no hay agujero, ni en el sujeto ni en el Otro. *“La falla a nivel simbólico, donde el lenguaje no cumple con la función de separar el goce del cuerpo (dejando reservado el goce a las zonas erógenas) hace que el goce irrumpa en forma inlocalizada, tomando el cuerpo propio como cuerpo del Otro.”* (López Arranz, 2011)

Este mismo autor retomará a Lacan para señalar que el fenómeno psicossomático es un escrito en el cuerpo y lo que se debe descubrir entonces es cómo leerlo (López Arranz, 2011). Va entonces a sumarle importancia a la clase de goce que se encuentra en el fenómeno psicossomático, y diferenciándolo de aquel que se encuentra en el síntoma ya que este es un medio de satisfacer la pulsión.

Si recordamos los procesos de alienación y separación, en la alienación el niño se cree Uno completo con la madre. En la separación, ante la presencia de la falta de la madre, el niño se asume también en falta y emerge entonces el sujeto (\$). En el fenómeno psicossomático falta esta discontinuidad, el sujeto no emerge entre S1 y S2, no está representado sino que un significante lo suplanta totalmente. Como lo señala López Arranz, *“No hay articulación, pero se está en la presencia de un significante privilegiado. Un S1 absoluto. Un significante único y no articulado.”*

La labor del psicólogo clínico con orientación analítica se centraría entonces en develar aquel significante privilegiado que ha tomado esa parte del cuerpo del sujeto. No debe pasar por alto la importancia del modo de goce que procura el fenómeno psicossomático, pero más allá de esto orientarse a qué significante

está articulado este goce. Cabe mencionar también la importancia de que este significante se encuentre caído de la cadena S1-S2, cadena que posibilita la representación del mismo ante otros significantes.

En tanto la aparición del FPS da cuenta de un significante único, cabe recalcar el hecho de que éste no se halla reprimido sino que, por el contrario, fue inscrito en el cuerpo; por esto, la importancia de la modalidad de goce que en él se juega. Sin embargo, parafraseando a Merlet (1997), el psicólogo clínico con orientación analítica buscaría crear un vacío ante el sujeto que presenta un FPS. Si bien el sujeto (\$) emerge en la hiancia entre S1 – S2, como en el FPS esto no existe, cabe hacerle un lugar en el espacio de trabajo en el cual el sujeto elaborará al respecto de su padecimiento al tiempo que el profesional se sirva de intervenciones y señalamientos, labrando un vacío. Este movimiento pretendería hacer que el significante marcado en el cuerpo logre vincularse a la cadena significativa y en el espacio donde S1 no logra representarlo todo ante S2, el sujeto pueda emerger.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

1. CASUÍSTICA

A continuación se detallan casos que se han recolectado producto de una investigación bibliográfica, y casos que se encontraron en el Hospital R. Gilbert Elizalde durante las prácticas pre-profesionales durante el 10mo. Ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. La procedencia de cada uno de los casos detallados a continuación se especificará en cada uno.

Se pretende ejemplificar con los siguientes casos las condiciones en las que emergen los fenómenos del cuerpo que se han explicado al detalle en el presente trabajo: fenómeno psicossomático, conversión histérica y somatización.

1.1. Caso Señora S.

El hijo de la Señora S. ingresa al Hospital de Niños Roberto G. Elizalde debido a fuertes dolores de cabeza, vómitos y mareo. Esta es la segunda vez en el mes que su hijo es hospitalizado pues él tiene una válvula en su cabeza producto de que nace con hidrocefalia. El niño tiene 10 años de edad y luce bastante tranquilo en la sala del hospital, situación muy contraria a la que se encuentra su madre quien se mantiene en su discurso del lado de la queja; así, sus quejas son al respecto de los médicos, la atención en la unidad hospitalaria, y el hecho de que hace dos semanas ya le habían dado de alta y sólo para terminar de nuevo hospitalizando a su hijo.

Al hablar de la complicación con la válvula que presenta su hijo, la Señora S. se muestra muy ansiosa, no puede estarse quieta, e incluso en algunas ocasiones emite frases tales como “*voy a salir enferma de aquí*” ó “*cuando salgamos de aquí voy a caer yo... es que es así...*” estas frases dan cuenta de hasta qué punto la condición de su hijo y la incertidumbre ante el diagnóstico definitivo de su condición, repercute en fenómenos del cuerpo.

Días luego del ingreso del niño al hospital, la Señora S. comunica a la psicóloga que su hijo tendrá que ser intervenido quirúrgicamente para remover la válvula ya que los síntomas del niño son consecuencia del mal funcionamiento de la misma. Su hijo parece tranquilo ante esta noticia, pasa los días jugando, pintando y leyendo. Al respecto de la operación la Señora S. se muestra más inquieta de lo normal, luce pálida y nerviosa. Ella comenta que no ha podido comer nada desde que ingresaron al hospital, no logra dormir por las noches y si lo hace despierta sobresaltada.

Se aborda a la Señora S. al día siguiente; la operación ya había tenido lugar y su hijo se está recuperando de la misma por lo cual no puede moverse de la cama y cualquier movimiento debe realizarlo con delicadeza. La Señora S. relata que sus nervios empeoraron cuando se llevaron a su hijo al quirófano, le dieron arcadas y terminó vomitando en el baño de la sala. Ella se extraña un poco ante esto, recordando que casi no ha comido en especial desde que le notificaron al respecto de la operación que se le debía practicar a su hijo. Comenta cómo, en un momento que su hijo estaba en quirófano, ella se encontraba sola y no lograba que ningún médico le indique la condición de su hijo dentro de la sala de cirugía. Es así que llega a preocuparse a tal punto que termina con una sensación de náuseas muy fuertes, las cuales la envían al baño a vomitar.

En este caso se puede apreciar cómo ante una situación de gran carga afectiva y subjetiva, el sujeto vive en el cuerpo el impacto de la misma. Ante la situación que la Señora S. estuvo viviendo esos días en el hospital, hasta el día de la operación de su hijo, ella padece de falta de apetito y fatiga. Sin embargo el momento en que su hijo ingresa al quirófano es clave para nuestra explicación, ya que la angustia y el temor que ha estado viviendo se intensifican en ese momento a tal punto que toman su cuerpo biológico como vía de expresión, mediante las náuseas.

1.2. Caso Señora N.

Este caso fue atendido en el Hospital de Niños Roberto G. Elizalde durante las prácticas pre-profesionales de la carrera de Psicología Clínica. En él se podrá apreciar cómo una enfermedad psicosomática se presenta en la epidermis de una sujeto la cual se ve agobiada principalmente ante la idea de la soledad.

La Señora N. se encuentra acompañando a un sobrino suyo, quien fue ingresado por fracturas en su brazo izquierdo producto de una caída al estar andando en patineta. La señora de entrada manifiesta el sufrimiento continuo de la que ha sido víctima a lo largo de su vida. Historiariza así episodios de abandono por parte de su padre, pero también cómo esto la lleva a vivir con unos tíos cuya relación ella admiraba y aspiraba: *“ellos lo compartían todo, tenían un negocio y lo que ganaban era de los dos... siempre he querido tener una relación así...”*

A través de su discurso logra ubicarse en una posición pasiva en la cual parece situar como único modo de respuesta la huida. *“No me gusta estar donde hallan problemas, por eso me fui de la casa de mi madre, mi padrastro discutía por todo.”* Esto da paso a que relate cómo de pequeña habían momentos en que las alergias la atacaban, diciendo que no sólo le daban episodios de alergia en ciertas ocasiones sino que se veía imposibilitada de comer ciertos alimentos puesto que desencadenaban estos síntomas. Sin embargo las alergias desaparecen recién hacia sus 35 años.

Esta pasividad y neutralidad desde la que la Señora N. parece responder ante cierto tipo de dificultades es evidente más que nada en su vida afectiva. Ha tenido a lo largo de su vida un total de 3 compromisos en donde el maltrato

estuvo presente continuamente. En el primero de ellos manifestó que siempre tenía muchos problemas con su suegra y esto llegó al punto de que cuando la Señora N. tuvo a su primer hijo (una niña) esta suegra le privó de criar a su hija, hasta tal punto que de repente un día se la llevaron a vivir fuera del país. Al recordarlo, la Señora N. se lamenta diciendo nuevamente que a ella no le gustan “*los problemas*” y que por eso prefirió acatarse a las condiciones de su suegra.

En otro momento de su vida, la Señora N. se encuentra con una pareja, con quien llega a tener dos hijos, quien le era infiel y no se preocupaba por ocultarlo. Relata que a pesar de esto ella nunca mencionaba nada al respecto, una vez más para no causar inconvenientes. Sin embargo esta pareja la deja poco tiempo luego, llevándose todos los artículos que tenían en su hogar: desde mesas y sofás hasta artículos electrónicos. Una vez más ella opta por callar.

A raíz de este último episodio a la Señora N. le aparecen unos accesos en sus brazos, los cuales ella llama “*bombitas de agua.*” Manifiesta que a falta de tiempo y dinero no ha recurrido a atención médica alguna, pero es notorio que está un poco acostumbrada a esto ya que relata cómo estas “bombitas” aparecen de vez en cuando, especialmente cuando tiene muchos problemas en su vida personal: “*es como que el cuerpo se recarga y tiene que liberar toxinas*” señala al respecto. Hemos resuelto que la Señora N. padecía de una dermatitis que se manifiesta por medio de protuberancias circulares que se notaban sobre sus brazos, sin embargo a falta de un diagnóstico médico adecuado, no se logra verificar si es el término correcto.

A pesar de que no se tienen más datos al respecto de estos accesos que aparecen en los brazos de la Señora N. los situamos del orden de los fenómenos psicosomáticos puesto que, tal como la paciente lo explica, son lesiones en la piel que aparecen y desaparecen sin tratamiento médico alguno y ella misma logra hacer una ligazón entre los acontecimientos de su vida y el momento en que aparece esta condición en su piel. El fenómeno psicosomático tiene que ver con una suerte de inscripción en el cuerpo de un significante aislado, que ha logrado reemplazar completamente al sujeto ante el otro. Esta condición en el caso particular de la Señora N. lleva a pensar en su incapacidad de hacerse valer en ciertos momentos de su vida donde parecería que se la deja de lado, con el agravante de que ella misma parece consentirlo.

1.3. Caso Isabel de R, un posible caso de fibromialgia en la actualidad.

A continuación redactaré el caso de Isabel de R tomado de la Clínica de Freud para analizar cuáles serían las consideraciones para decir que este caso está más del lado de un fenómeno psicossomático que de una neurosis con síntoma conversivo.

Isabel tenía 24 años cuando acude a la consulta, menciona que desde hace dos años padece de dolores en la pierna y dificultad para caminar. Es la menor de tres hermanas muy unidas entre sí y a sus padres. Su madre ha padecido de una enfermedad en la vista desde tiempo atrás y de otros problemas nerviosos. Este contexto dio como resultado que Isabel estableciera lazos muy íntimos con su padre. Al comienzo de la adolescencia la vida de la familia era serena y sin preocupaciones, luego de un tiempo sucedieron una serie de eventos considerados traumáticos.

El primer suceso fue una afección cardíaca que llevó a su padre a la muerte. Esta enfermedad le produjo al padre un ataque lo cual lo dejó año y medio en cama, Isabel se mantuvo todo este tiempo totalmente dedicada al cuidado de su padre, no se apartaba de él en todo el día. La paciente ubica que por este tiempo comienza a tener síntomas de su enfermedad, menciona que en los últimos meses de vida de su padre, ella sentía dolores en su pierna derecha, razón por la cual tuvo que guardar reposo, sin embargo menciona que estos dolores no llaman su atención, ya que desaparecieron pronto. Después de dos años de la muerte de su padre comenzó a sentirse enferma y a tener dolores al caminar.

Al cabo de un año de la muerte de su padre, la hermana mayor se casó con un hombre de buena posición, sin embargo para ella era un hombre egoísta que solo se preocupaba por su bienestar, mas no por el bien de la familia; después

de un tiempo se casó su segunda hermana. Este matrimonio pareció traer consigo un poco de felicidad, este cuñado era un hombre considerado. Al cabo del nacimiento de su primer sobrino sobrevino nuevamente la desgracia; la enfermedad que la madre padecía en sus vistas habían empeorado y necesitaba de una intervención quirúrgica, la madre salió exitosamente de la operación. Pasada esta preocupación la familia tuvo una temporada de tranquilidad, no obstante fue en esta época cuando Isabel sintió por primera vez dolores en las piernas y dificultades para andar, los dolores que hasta ese momento habían sido casi imperceptibles, por primera vez eran de gran intensidad. Desde ese momento Isabel fue la enferma de la familia. En este tiempo la segunda hermana se encontraba embarazada nuevamente, pero su estado era grave, al poco tiempo de manera imprevista la hermana fallece de una enfermedad al corazón.

Análisis del caso

Ahora intentaremos analizar el caso desde Freud y desde las concepciones Lacanianas del fenómeno psicossomático.

Empezaremos presentando lo que cuestiona Freud al momento de atender a la Sra. de R. Freud encuentra que la paciente no puede describir el dolor de manera precisa y lo único que dice es que es un “dolor permanente” y un “cansancio doloroso”; es como si este dolor no tuviera palabras con que ser expresado, es algo que para la paciente es inexplicable, Freud siendo neurólogo menciona que el padecimiento que más frecuentemente produce una sensibilidad difusa y local en los músculos a la presión es la infiltración reumática de los mismos, o sea, el reumatismo muscular crónico.

Castellanos en su obra *El dolor y los lenguajes del cuerpo* (2009), menciona que la medicina en la actualidad ha dejado en desuso este término, ya que a través de los estudios realizados en cuanto a la anatomía patológica, se ha

determinado que no existe ninguna infiltración inflamatoria de los músculos, por lo que se le ha dado el nombre de fibromialgia.

De este modo podríamos decir que la enfermedad que padecía Isabel de R es hoy en la actualidad lo que se conoce como fibromialgia. Es importante dejar en claro que dentro de la medicina esta enfermedad no es reconocida como una enfermedad psicosomática, sin embargo nuestra tarea será intentar dar cuenta de que este caso está del lado de un fenómeno psicosomático, sostenido en una estructura Neurótica.

Es importante indicar que Freud menciona que para poder dar inicio al tratamiento de la paciente, demora un tiempo considerable, tratando de encontrar algo que relacione los acontecimientos traumáticos vividos en la familia de la paciente, con su enfermedad. Este punto es importante, ya que como vimos en el segundo capítulo, una de las características de estos fenómenos, es que no se encuentra conexión alguna entre la enfermedad del paciente y su historia es por esto que ha Freud se le dificulto hallar alguna conexión. Otra característica para presumir que se trata de un fenómeno psicosomático es que esta patología, le produce un dolor real en el cuerpo, es decir que el fenómeno psicosomático ha tomado al cuerpo-organismo como una inscripción de goce que produce un dolor físico generalizado.

Freud comienza a ubicar en el discurso de la paciente los momentos en que surgieron los primeros episodios y trata de pedirle a la paciente que recuerde si algo mas sucedió en estos momentos. De este modo la paciente ubica que el primer episodio de la enfermedad sucedió cuando estuvo a cargo del cuidado de su padre. Lo que está intentando Freud es que la paciente pueda enlazar por medio de la asociación libre, las zonas de dolor con las escenas vividas dentro de la familia que produjeron n dolor psíquico, de modo que se pueda ir trazando un recorrido de la enfermedad.

En el tratamiento realizado por Freud la paciente pudo establecer las relaciones entre el dolor y las dificultades que tenían para caminar. Hubo dos recuerdos que ayudaron a la paciente a encontrar dichas relaciones:

- El primero ocurre cuando tiene el primer episodio de dolor en el tiempo en que cuida de su padre; este dolor en análisis es enlazado con el recuerdo de un paseo realizado con su padre, durante ese momento había sentido que tenía un gran amor y devoción hacia él, pero al llegar a casa su padre se encontraba peor. Esto hizo que se reprochara el hecho de haberse dedicado tiempo para un momento de placer. Este recuerdo le causaba dolor cada vez que acudía a su pensamiento.
- En otro momento del análisis, Isabel puede decir que en el momento en que comprobó que su hermana había muerto, sin haber estado ella para prestarle sus cuidados, vino a su imaginación un pensamiento fugaz: “ahora mi cuñado ya está libre y puede hacerme su mujer”.

Freud menciona que la paciente dice que se siente mejor y no ha vuelto a quejarse de dolores desde que llevaron análisis la causa que lo habían provocado.

Lo que es preciso ubicar en el fenómeno psicossomático es ese significante primordial que ha quedado desarticulado y ha producido un goce deslocalizado que marca al cuerpo y produce un dolor visible.

1.4. Caso Catalina

En este caso ubicaremos las especificaciones de una Neurosis de tipo conversivo.

Una joven que trabaja en un hotel consulta a Freud, menciona que hace ya un tiempo presenta síntomas de ahogo, ella lo llama “ataques de nervios”, comenta que ha acudido a médicos con anterioridad, pero las medicinas recetadas no han dado resultados, de este modo le demanda a Freud un tratamiento para su malestar

Al inicio de la sesión, Freud le pide a la paciente que describa sus síntomas, ella menciona que siente un gran peso en la frente y en los ojos, luego siente que le “zumba” la cabeza y le da mareos que la hacen sentir como si se fuera a caer, también comenta que el pecho se le oprime y no puede respirar, como si se estuviera ahogando, al final del relato de los síntomas dice que todo esto le da la sensación como si estuviera a punto de morir.

Freud denominaba a este tipo de síntomas “ataques de angustia con aura histérica”, en posteriores sesiones, Freud sigue investigando acerca del malestar de la paciente, ella menciona que en el momento de los ataques ve una “cara horrorosa”, que la mira con ojos terrible lo cual le inspira mucho temor, Freud le pregunta si ha visto ese rostro alguna vez y en primer momento la joven responde que no.

La paciente comenta que el primer ataque le sucedió a la edad de 2 años, cuando vivía con su tía, también menciona que durante esa época sorprendió a su tío y a su prima Francisca, en el acto sexual, logro verlos a través de una ventana. Indica que desde ese momento empezaron a darle los ataques. Relata que durante varios días luego del suceso permaneció con los síntomas

de los ataques, razón por lo cual la tía la interrogó hasta que Catalina le confesó lo sucedido.

Luego de descubierta la verdad, el tío de Catalina se torna agresivo contra ella y la persigue para maltratarla, ya que la hace culpable de que su esposa le pida el divorcio, en otro momento la paciente puede descifrar que el rostro que ve durante los ataques es el rostro de su tío enfurecido. Comenta que tiempo atrás, antes de que todo sucediera, su tío se le insinuaba con interés sexual, pero ella no lograba entender sus intenciones, ya que solo tenía 14 años en ese entonces, además señala que recuerda en una ocasión se encontraba durmiendo en su habitación y su tío llegó ebrio y se acostó en la misma cama que ella, se despertó ya que sintió que no la dejaban dormir, no entendiendo así las intenciones de su tío.

Freud concluyó que en el momento en que Catalina sorprendió a su prima y a su tío en la relación sexual, pudo comprender las intenciones de su tío para con ella “ahora hace con Francisca lo que quiso hacer conmigo es noche”, ya que a la edad de 14 años la paciente no tenía experiencia en cuanto a la sexualidad, por ende no comprendía en absoluto lo sucedido; los síntomas y sensaciones surgieron como respuesta frente al asco causado por la situación, como Freud mismo lo señala: “aparecieron los síntomas de conversión, es decir, los vómitos sustitutivos de la repugnancia moral y física.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación expondremos algunas consideraciones finales a las cuales hemos llegado, sobre el tema propuesto.

En la actualidad los fenómenos del cuerpo, en especial el fenómeno psicosomático ha ido en aumento, esto ha producido un quiebre en el saber de la medicina, es decir el dolor que se inscribe en el cuerpo en este tipo de pacientes, deja a los médicos sin un tratamiento eficaz para erradicarlos. Estos sujetos deben coexistir con su dolor. Es en ese dolor que se escapa al discurso médico en donde el psicólogo debe intentar darle un nombre.

Si bien es cierto el fenómeno psicosomático deja una incógnita en el discurso médico, es importante que se realice un trabajo en conjunto. Hay que reconocer que en nuestra sociedad al existir dolor a nivel físico, la demanda es dirigida al médico, para que alivie este dolor; llegará el punto en que el médico se encuentre con un límite, ya que dentro de la medicina no existe un tratamiento eficaz. El papel del médico es fundamental, ya que es él quien tratará de que el paciente ubique desde cuando le sucede esto, claro siempre y cuando el médico, desde un principio no imposibilite la elaboración del paciente, taponando el síntoma. Esto le permitirá al paciente llegar al límite de su enfermedad y hacer que surja una pregunta ¿Será que hay algo más? Esto permitirá al paciente crear una demanda respecto de su síntoma, es decir que el médico actuaría como un informante del síntoma. Si esto no sucede por parte del médico, difícilmente estos pacientes se preguntarán acerca de su enfermedad, ya que han quedado clasificados y encapsulados en el discurso de la ciencia.

En los casos expuestos se pudo diferenciar la somatización, la histeria de conversión y el fenómeno psicósomático, en tanto que si bien los tres afectan el cuerpo, ninguno tiene la misma historia de deseos, es decir la somatización es una respuesta fisiológica del cuerpo producto de situaciones de presión o preocupación; la histeria de conversión tiene como trasfondo significantes reprimidos que no pudieron significarse debido a su contenido traumático, al reactualizarse en la adolescencia producen síntomas a nivel del cuerpo, como lo es el síntoma conversivo. En el caso del fenómeno psicósomático, se presenta como una afección física visible que marca al cuerpo, sin embargo al ahondar en la historia del sujeto es muy difícil ubicar si existe alguna relación entre la enfermedad y los acontecimientos vividos.

En la actualidad difícilmente se encontrarán histerias de conversión, es por esto que en nuestro trabajo fue necesario recurrir a casos de Sigmund Freud, que permitieran dejar en claro en qué consiste. Con esto lo que queremos plantear como cuestionamiento es que cada época trae consigo nuevas formas de hacer síntoma, teniendo en cuenta que nuestra época es muy distinta a la época de aquellas históricas victorianas, en donde abundaba la histeria de conversión; queremos dejar como pregunta sujeta a escrutinio, que hoy en día debido al tipo de contexto en el que vivimos podríamos decir que la neurosis histérica con síntoma conversivo ha dado un viraje hacia una Neurosis histérica con la modalidad de fenómeno psicósomático.

Nos parece pertinente declarar este como un trabajo preliminar, que podría abrir camino a otro tipo de investigaciones aún más exhaustivas al respecto de la temática expuesta. Para este fin consideramos de suma importancia que el presente trabajo pueda ser difundido hacia profesionales no sólo de nuestro lineamiento sino también de otros, afines o no al tema.

BIBLIOGRAFÍA

- Barcia, D. (1998) *Las raíces históricas del pensamiento psicosomático*. Psiquis; pag 171-181
- Foucault, M. (1973). *O Nascimento da Clinica*. Rio de Janeiro: Forense
- Freud S. 1893. *Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos (nota introductoria)*. Buenos Aires: Amorrortu, 3, pag: 26-40.
- Fuentes, A. (1992) *Respuesta Psicosomática* trabajo presentado en las Segundas Jornadas de Psicoanálisis y Salud Mental.
- Lacan J. (1954-1955). *Seminario 2 El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica* Editorial Paidós Buenos Aires 1997
- Lacan, J. (1946) "Acerca de la causalidad Psíquica ", En *Escritos* págs. 181
- Lacan, J. (1953) "Función y Campo de la Palabra en el Psicoanálisis", En *Escritos* 1, pág.301.
- Lacan, J. (1953-1954) *Seminario "Los escritos técnicos de Freud"*
- Lacan Jacques (1954-1955). *Seminario 2 El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica* Editorial Paidós Buenos Aires 1997.
- Lacan, J. (1977) en *Psicoanálisis, Radiofonía y Televisión*. Ed. Anagrama, Barcelona, págs. 9-83.
- Le Boulch, J. (1987) *la educación psicomotriz en la escuela primaria*. Paidos Barcelona

- Miller Jacques-Alain Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicosomático en Matemas II, Editorial Manantial, Buenos Aires 1991.
- Volich, R.M. (2000) Psicosomática. Sao Paulo: Casa do Psicólogo.

Páginas de Internet

- Campdevielle, Juan P. (2004) *Cuestiones relativas al fenómeno psicosomático, la subjetividad, y el compromiso del cuerpo en los casos en que el significante no está en función (primera parte)*. Consultado en Enero del 2013. Disponible en: <http://www.conversiones.com/nota0370.htm>
- Castellanos, S. El Dolor y los Lenguajes del Cuerpo. Blog de Psicoanálisis y Medicina, consultado en Junio del 2012 en: <http://psicoanalisisymedicina.blogspot.com/2006/12/acerca-de-la-fibromialgia.html>
- Cavalcante Teixeira, L. (2004) El Cuerpo en la Contemporaneidad y La Clínica Psicosomática. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe. Consultado en Junio del 2012 en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/785/78522208.pdf>
- Larsen, D. (NA) *El Fenómeno Psicosomático en la Clínica Psicoanalítica*. Disponible en Psikeba: <http://www.psykeba.com.ar/articulos2/DL-El-fenomeno-psicosomatico-en-la-clinica-psicoanalitica.htm>

- López Arranz, Z. (2011) *El Fenómeno Psicossomático y sus Diferencias con el Síntoma*. Artículo Revista Analítica, Octubre 12 de 2011. Consultada en Diciembre 2012. Disponible en: <http://www.kennedy.edu.ar/>
- Valdominos Pastor, V. ¿Histeria O Enfermedad Psicossomática?: La Fibromialgia. 12avo Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2011. Consultado en Junio del 2012 en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2387/1/11m1conf450491.pdf>
- Otero, Juan; Ronaldo, Juan, El Enfoque Psicoanalítico de la Patología Psicossomática. Apertura Psicoanalítica Revista Internacional de Psicoanálisis, consultada en Junio del 2012 en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000282&a=El-enfoque-psicoanalitico-de-la-patologia-psicosomatica>
- Diario Dmedicina. Consultada en Enero del 2013. Página Oficial: www.dmedicina.com
- *Asociación para la Docencia y la Investigación en salud Mental de Eivissa y Formentera*. Consultada en Enero del 2013. Página Oficial www.adisamef.com.