

## **Estudio De Caso**

En el lenguaje de las manchas: obediencia corporal a la palabra  
*“El verbo se hizo carne y habitó entre las manchas”*.

Gisella Lilian De La Torre Peña

Docente Tutor:

Karina García

Maestría en Psicología

2020

## 1. Introducción

Tras años de intentos en pro de encontrar respuesta a la presencia de afecciones de origen orgánico en las que no se hallaba una causa consonante de base y luego de muchos años de influencia de la filosofía de la naturaleza de Schelling, los médicos de formación científica comenzaron a brindarle valor al tratamiento anímico. A estas enfermedades, a estos síntomas a los que no se les encontraba causa orgánica, la medicina los empezó a llamar estados de nerviosidad, enfermedades funcionales o nerviosas, antecedentes de lo que serían las neurosis histéricas para Freud.

Desde esta perspectiva Freud dio cuenta que en algunos de estos enfermos los signos patológicos no provenían sino de "un influjo de su vida anímica sobre el cuerpo". Se trata de una perturbación anímica que afecta a lo corporal, es decir que en la base de los síntomas hay un hueco con relación a la causalidad orgánica (Quesada, 2006).

De forma que la causa de los síntomas no es una afección de órganos, sino que siempre en el origen hay una inscripción en el lenguaje, representado por las palabras, entendiéndose que esa marca del lenguaje puede provenir de lo oral, anal, la mirada o la voz. De modo que, si la afección es provocada por la palabra, la causa psíquica dice Freud, la desafección -cura- también debe ser ocasionada por la palabra. Hay en la causa una palabra oída y en la cura una palabra proferida, de allí la idea de que tratamiento psíquico, tratamiento del alma, es el tratamiento por la palabra (Ale M., 2006, Pag. 92).

Las alteraciones corporales pueden clasificarse psicoanalíticamente en dos extremos: en el primero serían las historias de conversión, donde hay alteración del funcionamiento orgánico, sin "daño orgánico". En el otro estarían las manifestaciones psicósomáticas, que difieren de las conversivas en la presentación de "daño orgánico" (De souza M., 2002).

Es de vital importancia destacar que, los disturbios psicósomáticos no pueden ser analíticamente descompuestos, como los psiconeuróticos, por eso que denominarlos fenómenos psicósomáticos (FPS) aleja de pensarlos como síntomas, es decir, como metáfora del sujeto o como una forma de satisfacción libidinal, mientras que, en oposición a ello, el síntoma es un mensaje, aunque opaco para el sujeto quien no lo reconoce como propio sino como un cuerpo extraño, ajeno a él; además de ser una metáfora, es decir, una condensación de deseos en conflicto (Lacan, 1973); llevando ello a que la enfermedad no puede ser dilucidada solo por los síntomas, sino por la estructura subyacente y mejor aún, desde el deseo inconsciente en juego.

De este modo, aun cuando la enfermedad dermatológica vitiligo, ha sido abordada ampliamente a partir del saber de la medicina; el enfoque desde el psicoanálisis, ha sido, por el contrario, escaso e insuficiente. Algunas consideraciones apuntan a explicarla como una construcción psicósomática a consecuencia de la perturbación del vínculo primario, de modo que al no constituirse normalmente la «envoltura mental» en el niño, persistiendo ansiedades arcaicas tendría que implementar recursos defensivos, afectando ello el desarrollo de su personalidad, la construcción de su identidad y teniendo en muchos casos, como desenlace la somatización en la piel (Uson, 2003).

Por su parte, desde el área médica su génesis se asocia a procesos autoinmunes; el sistema inmunitario destruiría los propios melanocitos, responsables de la pigmentación produciéndose manchas blancas en la piel, aunándose a ello factores genéticos, la presencia de enfermedades endocrinas, el estrés y la reacción psicológica a algunos hechos traumáticos.

De forma que motivó el presente estudio el deseo de descubrir la naturaleza del padecimiento, tras evidenciar los efectos de la cura analítica en lo que se configuró bajo la grafía de un goce encarnado en el cuerpo, partiendo del análisis de un caso clínico único y de la comprensión de las manifestaciones sintomáticas a la luz de una historia, en uso del método analítico de corte psicodinámico.

## 2. Justificación

Durante años el dualismo cuerpo-alma ha sido una cuestión irresoluta para la antropología filosófica. Desde Platón y su planteamiento en el Fedón de que el alma quedaba atrapada en un cuerpo, esta idea ha sido defendida y matizada por innumerables filósofos, como Descartes en la Edad Moderna, quien estableció la distinción entre «Res cogitans» y «Res extensa» (Páramo, 2012).

Sin embargo, a partir de los trabajos de Freud, esta afectación unilateral del cuerpo al alma tuvo que ser problematizada porque a su vez presuponía una afectación del alma sobre el cuerpo. Este vuelco freudiano en la relación entre lo anímico y el cuerpo orgánico se pone en juego en el síntoma, que según el diccionario de psicoanálisis de Laplanche es el resultado de un proceso especial, de una elaboración psíquica pero sobre todo un indicio de un retorno de lo reprimido; de modo que el psicoanálisis muestra la existencia de conexiones asociativas entre el síntoma y lo que éste sustituye: Ersatz adquiere entonces el sentido de sustitución simbólica, producto del desplazamiento y de la condensación que determinan la singularidad del mismo.

Sin embargo, vale la pena trazar la distinción entre síntoma en sentido estricto y trastorno. Para Bleichmar (2005), el síntoma es el resultado de un conflicto intersistémico, cuando la represión originaria operó y la concomitante diferenciación tópica entre un sistema Inconsciente y otro Preconsciente-consciente queda establecida. Otras manifestaciones sintomáticas, son los trastornos y se relacionan con alguna falla en la instalación de la represión originaria, de modo que serían manifestaciones

psíquicas que no derivan de un conflicto intersistémico. Lo psicossomático se emplazaría en este orden de fenómenos, diferentes del síntoma neurótico.

Así, una de las particularidades de los trastornos psicossomáticos sería la falta de un sentido inconsciente; responderían a una dificultad de mentalización del afecto, "...no es producto de la angustia inconsciente que debe ser develada sino de la imposibilidad de darle curso y de su trasmutación en descarga somática", un exceso no significable, "..., porque no hay representación que pueda abordar lo insignificable que sin embargo opera"(Bleichmar, 2005).

Lo anteriormente motivó múltiples interrogantes clínicos en relación al presente caso tras evidenciarse la introducción del poder del lenguaje (palabra) en la producción y en la eliminación de los síntomas corporales; pero sobre todo la manera en la que el ensalmo de la palabra puede ocasionar y eliminar síntomas corporales.

Al comienzo Freud llamó a este método la cura por la palabra "Talking Cure". De este empeño surgió su nuevo método terapéutico, cambiando de este modo la causa, la terapéutica y su instrumento. La palabra como ensalmo enferma y cura. En palabras de Freud: "la obediencia corporal a la palabra", de modo que la palabra incorporada (incorpe) enferma y la deyectada (proferida) cura.

Es así como el presente trabajo reviste importancia para la academia, la clínica psicodinámica y el quehacer profesional.

Para la academia, porque se constituye en una evolución en el concepto de las "Enfermedades psicossomáticas y su abordaje", partiendo de que el lugar donde el

síntoma articula lo pulsional, modula también esa enigmática forma de satisfacción, bajo la grafía de un goce encarnado en el cuerpo (Cerrone, 2016)

Para la clínica psicodinámica presupone la verificación de lo antes expresado por Freud, de que “En el análisis se puede verificar la magia de las palabras sobre el cuerpo en el efecto sintomático”.

Y finalmente, para el quehacer profesional, pues no solo significa el reconocimiento de la importancia del enfoque psicodinámico en el abordaje de dichas categorías diagnósticas sino una nueva manera de entender el síntoma y los caminos recorridos para su construcción o deconstrucción.

### 3. Área problemática

El vitiligo, como enfermedad que se presenta en el órgano piel, es considerado un padecimiento que se instaura en el cuerpo orgánico en sustitución de afectos, palabras o pensamientos no elaborados, siendo entonces enmarcado en campo de lo psicosomático como un jeroglífico que se escribe en el cuerpo, pero sin que se tenga la posibilidad de hallar una clave para descifrarlo, porque no está en el orden simbólico.

Sin embargo, tras evidenciar en el paciente la capacidad de asociar, interrogarse, simbolizar y gozar alrededor del síntoma, fue inevitable no pensarlo como una manifestación sintomática en el cuerpo a modo de conversión. Me apoyo en Jacques Alain Miller quien propone que "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. De modo que: "está en los límites de la estructura del lenguaje, o por fuera de ella" (Cabas, 2008).

Desde esta perspectiva, toda vez este fenómeno no pertenece al mundo del lenguaje y al no hacerlo, implicaría que el individuo no cuenta con los significantes propios que le permitan significar cuál es su sufrir o dicho de otra forma cual es el sujeto del inconsciente que se quiere expresar a través del dicho. Lo anterior genera un interrogante:



Si el vitiligo es un fenómeno psicosomático, cuya construcción no pertenece al mundo del lenguaje, ¿Cómo es que en este caso a través del lenguaje fue posible su deconstrucción?

#### 4. Preguntas guías u objetivos

Si el organismo experimenta una afectación a través de uno o más significantes corporizados, ¿la práctica analítica, al provocar la deyección de ese o esos significantes, puede considerarse la experiencia en la que podamos rectificar la relación de los sujetos con lo real del cuerpo?

¿Es el vitiligo en este paciente una construcción psicósomática?

¿Es el vitiligo en este paciente un síntoma?

Al no ser la lesión psicósomática un significativo, como lo es el síntoma conversivo ¿no entra en la transferencia simbólica, no se registra como palabra, no se escucha en la transferencia?

Si es una cuestión holofraseada, ¿cómo fue posible que la transferencia se instituyera?

## 5. Historia clínica del paciente.

- **Identificación del paciente**

Nombre: P. A. B. V.

Edad: 15 años

- **Motivo de consulta**

Tras indagársele acerca del motivo de consulta, el paciente sostiene: "En mi curso son muy burlones y me ha empezado a ir mal últimamente, me da miedo que se vayan a burlar, me pongo nervioso".

Por su parte el padre comenta: "Durante los últimos dos años hemos notado desmejora escolar; le da temor exponer y hacer actividades en las que tenga que exponerse al público".

- **Descripción sintomática**

Se realiza entrevista inicial con los padres y el adolescente, quienes manifiestan que desde su ingreso a 9º, éste empezó a desmejorar en su desempeño académico, en relación a su rendimiento previo, presentando temor a exponer, asociándose ello a las burlas y comentarios descalificativos de sus pares y extrapolándose dicha inhibición al ejercicio de actividades de la vida diaria que demandan su vinculación e iniciativa, momento que parece coincidir con la aparición de manchas en su piel (Vitiligo) y la

suspensión en la ejecución de actividades de su total interés (Fútbol) a consecuencia del tratamiento, obligándole esto desde su discurso a “Permanecer en las sombras”.

El paciente por su parte agrega: “Cuando debo realizar una exposición me quedo en blanco, me pongo muy nervioso, trato de terminar, pero me siento mal... Soy muy penoso en decir las cosas, me siento tímido, mis amigos prácticamente ya cambiaron, dicen una cosa y con otra persona dicen otra cosa mala de mi... me desprecian y rechazan... Ahora no hablo con casi nadie y prácticamente estoy solo contra... (solloza) los compañeros y no me gusta estar de doble cara”.

- Historia personal

Desde la descripción realizada por sus padres el paciente logró cumplir a cabalidad con los hitos del desarrollo a nivel afectivo, sensorial y motor, presentando inclusive un destacado rendimiento académico que le permitió a sus docentes realizar a su madre la oferta de promoverle a un grado superior, en dos oportunidades, una en la etapa pre escolar y por segunda ocasión en su básica secundaria, lo que la madre considera fue un error porque no sólo le imposibilitó al niño adquirir a cabalidad las habilidades motoras finas sino que le forzó a adaptarse a un nivel de exigencia para el que quizá no estaba preparado y al que atribuye los problemas académicos presentados en el momento que consulta.

Desde muy temprana edad estuvo expuesto a las burlas, el rechazo y los comentarios peyorativos por parte de sus compañeros a casusa de varias razones; la primera de ellas su nombre, en lugar de llamarle “Pedro”, era llamado “Perro”, a posteridad, “Verro” por tener una verruga en la frente, que la madre tuvo que mandarle a cauterizar y finalmente a razón de un accidente que tuvo lugar en el contexto escolar mientras se balanceaba bajo un arco de futbol, parte del cual, cayó sobre sus genitales lacerando su escroto presentando un fuerte sangrado que le hizo pedir ayuda a un compañero de clases, quien además de sugerirle que se dirigiera a enfermería le contó al resto de sus compañeros, por lo que empezaron a llamarle “Huevo mocho”.

De este modo, el paciente refiere que cada vez que estaba frente a la clase, le era inevitable pensar lo que sus compañeros estarían pensando de si y de su estado posterior al accidente, lo que no solo le hacía perder la concentración, sino que le llenaba de ansiedad y poco a poco le sumió en el aislamiento, aludiendo: “necesitaba esconderme”.

En este preciso momento, justo cuando su madre se encontraba curándole la herida generada por el accidente identifica las primeras “manchas” de vitiligo en sus genitales; lo que tras la valoración médica llevó al diagnóstico y con este a la prohibición del contacto con la tierra, la exposición al sol y por ende el abandono de la práctica de su deporte favorito en el que visionaba opciones futuras, el futbol, aunado a la asunción de un proceso de tratamiento que le demandaba rigurosidad y compromiso.

- Historia familiar

P. es el hijo mayor de la unión de sus padres, sin embargo, es el segundo de los hijos por línea materna, por lo que ocupa el segundo lugar atendiendo a que ambos padres decidieron darles un trato indiscriminado y asumir la educación de todos por igual, desde su relato.

Sus figuras objetales son vistas como ambivalentes, por un lado, amorosas y por otro, exigentes, ante lo cual experimenta fantasías de inadecuación y rechazo, aspecto que desplaza a la relación con sus pares.

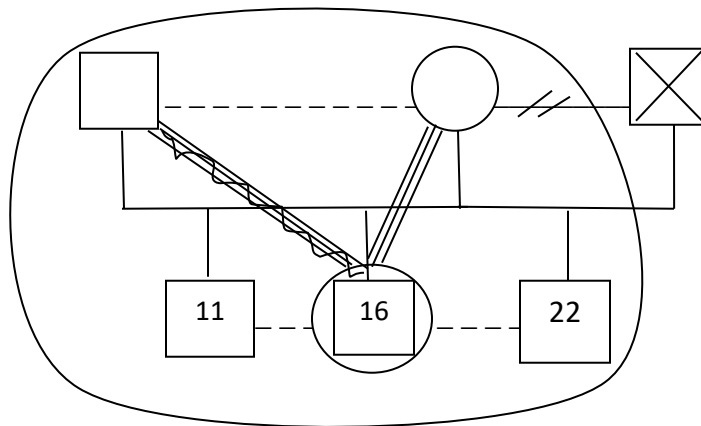
Sin embargo, describe a su madre como una figura protectora, que le relaja y da aliento para salir adelante, a quien logra comentarle gran parte de lo que le sucede sin dificultad. Por su parte, vislumbra al padre como una figura distante y exigente con quien no logra dialogar de sus asuntos personales y cuya relación parece estar enmarcada en la inadecuación desde los continuos esfuerzos que ejerce por responder a su expectativa y que resultan insuficientes desde su óptica, aunada a una gran carga de culpa por los costos que le presupone al padre su enfermedad y aun mas a sabiendas de los peligros a los que se expone en la consecución de dicho dinero.

Se evidencia una relación ambivalente con sus hermanos, con quienes si bien no presenta dificultades manifiestas, describe como grosero y consentido, respectivamente, aludiendo a que su hermano mayor, es percibido por todos en la familia y vecindario como inteligente y resolutor de problemas, lo que le blindo frente a la asunción de tareas al interior del hogar y a su hermano menor se le protege y postergan responsabilidades

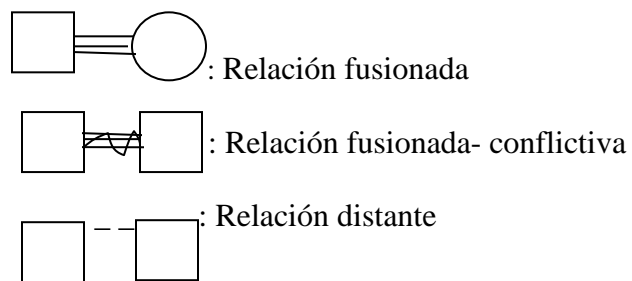
debido a sus rasgos de inhibición, por lo que las labores y llamados de atención recaen sobre si, según describe.

Cabe anotar que con su abuela materna sostiene una relación culpabilizante, pues de manera reiterada le señala como responsable de sus angustias y preocupaciones, presentando episodios de llanto por situaciones triviales como su negativa a ingerir determinados alimentos.

- Genograma



**Genograma.** A continuación, se proporciona la guía para su comprensión.



El Genograma describe el paciente es producto de la segunda unión de la madre tras el fallecimiento del padre de su hermano mayor poco tiempo después de su nacimiento; la pareja que sostiene un vínculo amoroso entre sí, aun cuando con el paciente, el padre

se relaciona de manera distante y conflictiva y de forma muy cercana, la madre. Por su parte, con sus hermanos su patrón vincular es indiferente y distante, respectivamente.

- Proceso de evaluación

Durante el proceso de evaluación se aplican el Test de la Figura Humana de Karen Machover, Test de Familia y Test de Apercepción Temática orientados a identificar los elementos proyectivos que mediante el dibujo pudieran revelar las características de personalidad, percepción de su lugar en su familia, puntos de fijación y áreas generadoras de angustia que pudiera tener el paciente en relación a su historia.

Aunado a ello, una vez culminada la evaluación de los aspectos socio emocionales del adolescente y tras la persistencia de sintomatología ansiosa en relación a su desempeño escolar, a solicitud de los padres se inicia aplicación de la Escala Wechsler de Inteligencia con el fin de descartar la existencia de dificultades a nivel cognitivo a las que pudiera atribuirse su inhibición, ansiedad y dificultades en la ejecución exitosa de determinado tipo de actividades escolares.

Desde esta perspectiva, los resultados de la evaluación sugieren a P. como un adolescente con un Yo empobrecido y escasos recursos para hacer frente a su realidad, ello se evidencia en la representación de figuras pequeñas, rígidas e infantilizadas que parecieran corresponder a una edad cronológica inferior y que en sus ojos furtivos denotan desconfianza y simpatía forzada frente a aquello que percibe como perturbado; pero al mismo tiempo con una gran necesidad afectiva explicitada en unos brazos abiertos que permiten vislumbrar su demanda.



P. se visualiza a sí mismo como “temeroso” frente a lo que los demás y en especial su padre, puedan pensar de él, temiendo desilusionarlo al no responder adecuadamente a sus expectativas; utilizando la evitación como principal mecanismo de defensa, con tendencia a la regresión e inhibición, por temor a afrontar las expresiones de los otros frente a sus acciones.

Tras la aplicación de la Escala Wechsler de Inteligencia, se tiene que el paciente obtuvo una puntuación de 93, dando cuenta ello de un nivel de inteligencia promedio con tendencia a la baja, sin embargo, a nivel cualitativo, son notorias las dificultades en los procesos de asociación perceptual, fluidez fonológica, reversibilidad y por ende en todas aquellas ejecuciones que demanden asociación, abstracción e integración conceptual.

Ello permite comprender que a nivel escolar presente dificultades en las áreas de comprensión lectora y matemáticas, que demandan de sí un adecuado desempeño en los procesos antes enunciados.

Aunado a lo anteriormente expuesto es reconocible su temor a equivocarse, que termina por paralizarle e impedirle realizar las asociaciones correctas; de modo que ante la ansiedad de tener que otorgar un resultado, lo aporta a último momento de manera impulsiva, cumpliendo entonces con la equivocación que había anticipado.

- Conceptualización diagnóstica

Desde lo evidenciado a la luz de su historia y valoración efectuada, P. es un adolescente que durante años trató de responder con los recursos que tenía a las altas demandas ejercidas por el medio, siendo promovido académicamente en dos oportunidades y llamado con ello a asumir un nivel de funcionamiento superior al esperado para su edad cronológica, de modo que, al llegar a su 9 grado y tener a su vez que superar los desafíos que le presupone su proceso adolescente, empiezan a aparecer “manchas en todas sus áreas”, esto es, que aunado al vitiligo empezó a mostrar dificultades en su funcionamiento a nivel social, académico y finalmente físico, lo que en asociación libre equipara a sombras o manchas en todas sus dimensiones.

Esto no sólo como una demanda de la mirada del otro semejante sino como una construcción sintomática que involucra el goce pulsional tras la repetición de la mirada juzgadora de ese Otro primordial en todos sus patrones vinculares.

Es así como en el momento en el que el paciente más quiso ocultarse, apareció el vitiligo para forzarle a hacerlo, construyendo lo que describe como muros a su alrededor tras ser tratado por sus compañeros como “sucio y asqueroso” y sentirse responsable de haber cometido alguna mala acción que tuviera como inevitable castigo la enfermedad; autosaboteando su recuperación mediante un desorganizado manejo del proceso de tratamiento que aunado a los niveles de estrés y a la incapacidad de poner en palabras el dolor le encerraron en un retorno cíclico de los síntomas.

Repetía de esta forma para no recordar lo traumático del hecho ni de las marcas del lenguaje inscritas bajo este, pero sosteniendo a su vez mediante ello, una satisfacción psíquica pulsional, dejando entrever el goce oculto tras la reiteración de lo penoso, que no solo le confrontó con la realidad de un sentimiento de inadecuación que había existido desde siempre y que se afianzó con la visibilidad de las manchas, sino que le llevo a dar cuenta de su búsqueda inconsciente de la mirada del otro, que sostuvo durante el tiempo suficiente hasta que logró vislumbrar que podía ser visto más allá de un síntoma.

## 6. Descripción detallada de las sesiones

A continuación, se explicitan cinco sesiones, elegidas en forma aleatoria dentro del proceso terapéutico, por lo que su ocurrencia no corresponde al orden en que han sido descritas. Dentro de cada una, han sido resaltados elementos de importancia para la comprensión clínica del caso desde las variables elegidas, cuerpo y síntoma y cuya interpretación se hará a posteridad.

### SESION 1

*T: ¿Como has pasado esta semana?*

*P: Un momento... ¿Puedo ir al baño?*

*Regresa y mueve el pie*

*T: ¿Hay algo en particular que te tenga inquieto?*

*P: No, me siento un poco más tranquilo porque sé que ya esto lo estoy combatiendo con mi familia. No estoy solo.*

*T: ¿Combatiendo?*

*P: Si, esto para mí es un reto, un obstáculo que nos trae la vida pero que hay que superar.*

*T: ¿Has notado que a pesar de decirme en las últimas dos sesiones que has estado más tranquilo, en ambas has pedido que te deje ir al baño antes de empezar?*

*P: Se cubre el rostro... sonrío... No me había dado cuenta...*

*Pero ahora que lo dice, yo siento que estoy así desde que me salió el problema en la piel, como nervioso, como escondido... No quiero ser sociable...*

*T: ¿De qué te escondes?*

*P: No quiero que la gente sepa que tengo esto, pero ya la mayoría sabe.*

*T: ¿Qué significa tenerlo?*

*P: Es como tener una carga encima de ti... Mis compañeros a veces organizan salidas y no puedo ir, creo que tengo que cuidarme un poquito más... Bueno y la verdad es que no me atrae ir, soy compañero mas no amigo de ellos, desde lo que pasó y que me dio tanta vergüenza.*

*T: ¿Lo que pasó?*

*P: Si, la cortada. Pasó justo cuando el curso estaba ahí. Yo estaba en el arco, el arco estaba sin malla... Eso tiene unos ganchos guindando, o estaba abajo y me resbalé y me di, con la cosita que está ahí. No me había dado cuenta, nadie se había dado cuenta... Cuando vi tenía roto el pantalón y la sangre, uno se asusta... Mi error fue decirle a alguien y ese alguien dijo en el curso... Un compañero... Me dijo, ve a enfermería... sé que fue hace mucho tiempo, pero me tiene ahí.*

*Ahí fue que mi mamá, cuando fue a curarme se dio cuenta de que estaban saliendo las manchas... y que me había cortado estúpidamente.*

*T: ¿O que te habías cortado cerca de los genitales?*

*P: Si, que me había cortado cerca. Porque en el curso son muy burlones y empezaron a poner apodos*

*T: ¿Apodos?*

*P: Se cubre el rostro, sonrío, no lo quiero decir, sonrío (Permanece en silencio unos minutos), luego expresa: Me decían huevo mocho.*

*T: Me imagino que eso te generaba mucho malestar*

*P: Solloza... A la vez no le prestaba tanta atención, pero si quería que parara... Hasta ahora me dicen así, menos mal que solo un compañero.*

*T: ¿Crees que eso te hizo sentir inseguridad sobre tu sexualidad?*

*P: Quizá, no sé. Para cualquier ser humano lo seria. Me daba gracia, pero a la vez pena... Quiero que dejen de decir eso por completo porque en parte eso era como mentira. Solo alcanzó a rozar así.*

*T: O sea, que fue sobre los genitales*

*P: Si, en la pierna no.*

*T: ¿Bueno... y como te hace sentir el hecho de que te lo digan?*

*P: Solo quiero que no lo digan más porque si lo dicen se vuelve a recordar... La primera vez que sentí eso, **me sentí incompleto**... Es impactante para un niño ver salir sangre de sus genitales... Me tranquiliza que fue más el temor porque en realidad no pasó nada grave, pero solo quería esconderme.*

T: No sé si logras ver que justo en ese momento **aparecen las manchas**... Has dicho que te sentías avergonzado, con la necesidad de esconderte y surge la enfermedad para enviarte a las sombras. Me pregunto, hasta cuando necesitas esconderte...

P: ¿Ya se acabó? (Hace pucheros, sonrío)

T: Si, nos vemos la próxima semana.

## SESIÓN 2

T: ¿Como has estado Pedro?

P: Bien y usted... (**se cubre el rostro** y sonrío).

T: ¿Hay algo que te avergüence?

P: No, nada, tengo sueño... No puedo **con el cuello**, quiero estar así (recostado), estoy cansado. Me dormí tarde porque tenían un escándalo al lado de la casa y me tuve que levantar a las 06:00 a.m. por los pre-icfes, esta mañana tenía energía, pero ya no puedo... La verdad estoy aburrido de esta enfermedad, las manchas, todos los días la misma rutina que no me gusta (mueve los pies), no quiero estar así; por las mañanas echarme bloqueador y de regreso las cremas en cada mancha y así todos los días y la cita es hasta el 5 de junio.

T: Bueno, el camino de la recuperación no es fácil, requiere atravesar el dolor y hacer algunas renunciias.

P: Si, lo creo, **lo que no me gusta es que desaparecen y vuelven a aparecer.**

T: ¿Como los miedos?

*P: Supongo que si porque vuelven más y me angustio.*

*T: ¿Qué es lo que más te angustia?*

*P: Lo que más me angustia son las partes que se ven, por ejemplo, no quisiera que saliera en las manos, **por donde uno lo pueden ver.***

*T: Pareciera que fuera muy importante para ti lo que otros ven.*

*P: Si, en el sentido de no verse así.*

*T: ¿Es decir que si salieran en un lugar que no se viera sería más tolerable?*

*P: Es lo mismo pero diferente **porque esas no se ven.***

*T: ¿Y dónde hay aún manchas que no se ven?*

*P: En las piernas, los pies, la cintura, la cola y...*

*T: ¿Alrededor de la cortada?*

*P: Si, aunque se ha ido desapareciendo rápido porque no le daba el sol, tengo mínimas.*

*P: Parece que todo está hacia la parte inferior de tu cuerpo.*

*T: Risa, sí.*

*¿Sabe? Creo que lo que más me molesta de esta enfermedad es sentir que pude haber logrado muchas cosas de las que no tenía el impedimento de nada cuando no tenía esto, por ejemplo, si pudiera seguir jugando futbol estaría más feliz, tomar el sol, poder ir a la playa sin bloqueador, tener una vida normal, no tener que estar tomando*



*pastillas o el agua que me da mi abuela... tener que dejar algo por obligación no es agradable... Creo que tampoco me habría decaído, me dio eso y me decaí...*

*De alguna manera me siento culpable... Eso fue de repente y no sé cómo pasó porque digamos que como yo sé que eso no es de herencia, entonces salió porque hice algo malo.*

*T: ¿Qué crees que pudo haber sido eso malo que hiciste?*

*P: Creo que debí coger una infección... Me infecté, si y eso fue lo que pasó (mueve las piernas).*

*T: ¿Y de qué forma te pudiste infectar?*

*P: No sé, entrando a un baño público o algo así. Cualquiera puede contraer una infección en un baño.*

*T: ¿Y qué pudo haber pasado en uno?*

*P: Yo lo que creo y que me acabo de acordar hace bastante, como cuatro años. A mí me empezaron a salir bigotes y usé una de esas cosas usadas, no sé si por eso, aunque no creo.*

*T: ¿Presto barba usada de tus genitales?*

*P: No, mía no era. Hasta que mi mamá me dijo que esa cosa estaba usada, que no usara más eso.*

*T: ¿Y de quién era?*

*P: De mi papá.*

T: *¿En ese orden de ideas, lo que intentas decirme, es que crees que tu papá te contagió una infección a través de la preste barba?*

**P: Si, en el sentido que cuando tú te rasuras en una parte, coge infección y si fue por eso, más bien fue por culpa mía... usé una preste barba utilizada y yo la utilicé y me pudo infectar, porque justo ahí empezó, se puede decir.**

T: *Ya tendremos oportunidad de revisar con detenimiento estos temas que han ido surgiendo con relación al **daño y que parecen coincidir con temor de que a papá podría pasarle algo.***

P: *Si, yo que creo que... ah ahhhh, **ya se me olvidó,** se me fue la paloma... quería decirle algo en relación a eso y cuando iba a decírselo se me olvidó y no me viene a la mente otra vez.*

T: *Bueno, espero logres recordarlo y conversamos sobre ello la próxima semana.*

### SESIÓN 3

P: *Buenas... Ay, tengo sueño. Venía dormido en el carro, me acabo de despertar...*

T: *¿Como estás?*

P: *Nervioso, antes por la prueba y ahora por los resultados. Me asusta perderlas, aunque el día de las pruebas se me olvido todo eso y las hice... Les vi un poquito más de complejidad; aunque algunas tuve que hacer a la de Dios porque no sabía y luego el tiempo me sobraba, pero ya ni modo... me sentí el diferente.*

*T: Las últimas sesiones han estado atravesadas por un sentimiento de inadecuación; has manifestado creer que has contraído una infección y percibir que tu piel cicatriza diferente y es distinta a la del resto de tu familia, estando unido a la idea de que has hecho algo malo y por eso has sido castigado con la enfermedad, lo que te ha llevado a sentir de alguna manera que no encajas y al deseo de querer encontrar respuestas de porqué eres diferente, me pregunto cuáles son las respuestas que necesitas encontrar.*

*P: ¿Por qué no encajo? No sé, capaz que porque no tengo confianza en mí.*

*T: Sientes que esa falta de confianza te hace sentir...*

*P: Distinto*

*T: ¿Qué te hace distinto?*

*P: Mira su pantalón y hala los hilos del mismo*

*T: Parece que te cuesta pensar un poco sobre eso.*

*P: Asiente, respira profundo... mueve la cabeza de lado a lado. No sé.*

*T: ¿No sabes o no quisieras saber?*

*P: No quisiera saber*

*T: ¿Con qué temas encontrarte?... ¿Qué es lo que temas saber?*

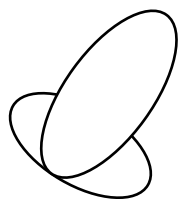
*P: ¿Porqué... (resopla) porque soy así?*

*T: ¿Así?*

*P: Tan... tan como soy, tan tímido, introvertido, si yo antes me consideraba alguien muy social.*

*T: ¿Y qué crees que pasó?*

*P: No tengo idea... desde hace un tiempo... mueve la cabeza de lado a lado (No sé), exhala, escribe en su piel*



*T: Dibujaste algo en tu piel*

*P: **Se hizo, no sé por qué**... sonrío (se tapa con la camisa)*

*T: **¿Es más fácil dibujarlo que decirlo?***

*P: (Sonríe)... No sé cómo hice eso*

*T: Sé que hay cosas que preferiríamos no saber, pero estás aquí precisamente para dar cuenta de eso y empezar a construir una realidad distinta. Durante este tiempo ha sido más fácil llevarlas a tu cuerpo, pero ya es tiempo de empezar a ponerlo en palabras.*

*P: **Siento que soy así desde que me dejé guiar por los demás, no me sentía satisfecho conmigo y dejé que los demás me manipularan.***

**Había sentido que esas palabras no me importaban, pero si iban haciendo daño.**

**Esas pequeñas palabras van cogiendo mucho significado; de ahí viene el yo no puedo, el no tener confianza en mí y el miedo a todo. Sentí eso apenas vi esto, pero vi que tenía la forma de un pez o de dos y esto de acá es con lo que manipulan.**

T: ¿A ti te han manipulado?

P: No sé decirle, yo digo que sí.

T: ¿Y esa manipulación fue...?

P: **Psicológica, con las palabras.**

T: Bueno, ya es tiempo de romper con eso y colocar en palabras todo aquello que el cuerpo ha sido el que ha expresado.

#### SESIÓN 4

T: Hola Pedro, ¿Como has pasado?

P: Bien... eh.. ya faltan poquitos días para entrar otra vez.

T: ¿Y cómo han estado las vacaciones?

P: Pues siento como si hubieran sido un año. Pienso que cada día dura como 48 horas, además de que han sido cortas porque fueron dos semanas que nos dieron, ahora imagínate con las dos semanas que no nos dieron.

¿Y qué tenía?

T: Faringitis.

P: *¿Todos aquí tienen maestría, cierto?... Y Adri es como una empleada.*

T: *Parece que hoy tienes muchas preguntas... ¿Me pregunto que de eso tiene relación contigo?*

P: *Solo quiero saber un poquito más de usted.*

*Esto sí cicatriza extraño... Mi hermano me rasguñó y me sacó sangre, al día siguiente normal, tenía concha y ahora mira cómo está la piel*

T: *Bueno, hay que darle tiempo, poquito a poco va cicatrizando.*

P: *Mira y sonrío mientras se acaricia la piel.*

T: *¿Hay otra cosa en tu vida que sientas que haya tomado tiempo cicatrizar o que haya cicatrizado extraño?*

P: *Señala las manchas... ¿Extraño?, que no sé por qué me salió... ¿qué era lo que decía cuando buscamos usted y yo?, que era falta de ¿colores?, ¿pigmentos?*

T: *¿Qué entiendes tu por pigmentos?*

P: *¿Que tengo las células dañadas?*

*Ya quiero darme el regalo de saber porque me salió y concentrarme 100% en la enfermedad para que se clausure, termine y como dice que no es hereditario, no sé qué tengo que mi familia no.*

T: *¿Qué crees tú?*

*P: Hay algo diferente en el organismo y, es más, allá casi todos son blanquitos. Mi abuelo por parte de mamá, que falleció cuando yo morí, cuando nací que digo; en cambio mi abuela por parte de papá, soy prácticamente del mismo color de ella. Mi hermano mayor es blanco, mi mamá conoció a un señor que es el papá de mi hermano que era blanco; mi papá ahora porque se está quemando, pero también es claro, mi mamá es blanca y el pequeñito que es blanco pálido y yo, que soy junto a mi abuela el negrito de la familia.*

*T: ¿Y eso cómo te hace sentir?*

*P: Pues el pequeñito cuando estamos peleando me dice negro y lo entiendo porque no sabe controlar su rabia, pero yo no me siento diferente a ellos porque mis papás nos quieren a todos por igual, solo que el menor tiene la corona de la casa, no hace nada y yo soy el mandadero porque el mayor es soldador y por la casa le dicen “De Todito”, sabe de todo y trabaja con el abuelo, eso sí es enredado porque por la casa lo van a buscar para soldar y hacer de todo, así que soy el único candidato para salir a comprar algo y la excusa es que él tuvo el mismo sufrimiento que tengo yo, pero yo digo si yo estoy haciendo mandados desde los 11 años porque no lo mandan a él jajaj; acabándose el primer periodo hizo una tarea con una compañerita que vive por el puesto de salud de la chinita y fue a acompañarla al CAI de la 17 supuestamente para que ella se fuera y vamos a ver que la llevó hasta su casa; después vino el novio y la hermana de la pela a llevarlo a la casa y la tienda está ahí y no hace un mandado.*

*T: ¿Y alguna vez has comentado esto en casa?*

*P: Si, si pero todos se echaron a reír cuando dije, como él es todo tímido, cuando coge confianza mi mamá dice que n le diga nada, pero deja que entre a la universidad, ahí si va a sufrir porque va a ser el último y el último si sufre, ayyy y mi abuela que es Pedro ven, Pedro ve a la farmacia y eso si está lejos, ahí si va a sufrir porque no va a tener reemplazo.*

*Silencio, se rasca y lascera la piel... Mi piel es extraña.*

## SESIÓN 5

*T: ¿Como ha pasado?*

*P: Con sueño, siempre me agarran los sábados con sueño, es que almuerzo y en el carro me hecho mi sueñito, así que entro con sueño todavía... ¿Doctora, como se hace una ponencia? Tengo una tarea de eso y no sé cómo se hace, aun no me han dicho el tema, pero quiero saber qué es.*

*T: ¿Y ya investigaste?*

*P: No, porque el jueves me iban a decir el tema y no lo dijeron, el viernes se me había olvidado y hoy me acabo de acordar... estaba pensando en el colegio y cuando veo, ay no... o sea, se supone que debo hablar tres minutos y no sé cómo debo empezar.*

*T: ¿Como crees?*

*P: A veces preocupo mucho, mucho, de más.*

*T: ¿En qué sentido lo dices?*



*P: Me preocupo por las tareas y por todo...*

*T: ¿Te preocupas y no te ocupas?*

*P: Sonríe con carcajada... sí.*

*T: Cuando no nos ocupamos y dejamos las cosas para un último momento, suele surgir la preocupación.*

*P: Bueno, aunque creo que no tanta, porque siempre tengo un espacio para hacerlo...*

*Ya se me está quitando (señala las manchas).*

*T: ¿Y eso cómo te hace sentir?*

*P: Mejor, porque sí sé que se puede quitar. Pensé que no por los primeros doctores y lo que yo investigué, decía que no se quitaba, que era permanente. Pero el doctor de la liga contra el cáncer me dijo que si seguía todo al pie de la letra si se iba a quitar.*

*T: Bueno y después de haberlo deseado tanto, ¿qué se siente el ver que está sucediendo?*

*P: Alivio, tranquilidad de que si se puede quitar y más si me propongo a seguir todo al pie de la letra... siempre me quedo viendo eso, quiero saber qué es, ¿usted sabe?*

*T: ¿Porque es importante?*

*P: Porque me da curiosidad saber para qué sirve y así.*

*T: ¿Y eso te da más curiosidad que saber de ti?*

*P: Pues no, pero como y se todo acerca de esto y ya llevo tanto tiempo con esto, ya me aburrí, ya se me olvidó hasta que tengo esas manchas y puedo estar normal o a quien le gustaría siempre, todos los días estar echándose una crema, es aburrido y siento que el dinero que vale. Cada mes, la misma crema costosa y todo lo que mi papá ha gastado...*

*T: ¿Cómo te hace sentir?*

*P: No culpable, pero si triste porque mi papá viene de pasar por una mala situación, renunció a la empresa de mi tío y cuando mi mamá empieza a ganar lo suficiente para ayudarlo me salió esto.*

*T: Bueno, pero no tenemos control sobre eso.*

*P: Creo que a lo que uno más le tiene pavor o de lo que uno se aparta es lo que más le sale. A mi mamá le fastidiaba un tío mío que era hablador y nosotros salimos como él y yo de pequeño miraba a esos señores todos blancos y me asustada (sonríe).*

*T: ¿Te asustaba o te daba curiosidad?*

*P: Se podría decir que las dos porque yo le preguntaba a mi mamá y me decía que lo que pasaba era que ese tratamiento era muy caro y la gente mejor se dejaba salir eso porque no lo podía pagar.*

*T: ¿En algún momento quisiste saber que se sentía tener la piel blanca?*

*P: No, nunca. Pensaba qué era eso, porqué tenían dos colores, veía que cambiaba y le preguntaba a mi mamá y ella siempre decía que le daba pavor.*

*P: Creo que todo empezó cuando mi papá por la desesperación de no trabajar montó un negocio de comidas rápidas. Cuando tenía hambre comía allá igual que mi hermano, pero a él la piel se le brota, el pequeñito no tiene nada. De las causas que leímos, el sol es la única que dio como en el palo, porque de todas las asoleadas desde pequeñito y esto empezó justo en un lugar que no podía ver y bueno, en las piernas estaban las medias, luego dio en los brazos, los dedos y se me fueron expandiendo por mi irresponsabilidad y no darle la importancia a esto.*

*Yo creo que hasta de pequeñito tomaba mucho más el sol. Estaba en la escuela de Futbol de Toto Rubio y estaba más negrito, quemao'. Mi mamá tiene una foto en la que estaba en tercer grado y estaba igualito, pero más flaco, todo eso me causa gracia y ahora esto, no puedo ni prestarle atención, pero a la vez tengo que prestarle.*

**Antes, le echaba la culpa de todo lo que me pasaba... ¿porque no hacia esto? Por la enfermedad, ¿porque no hacia esto otro? Por la enfermedad... pero me he ido concientizando, que echando la culpa a la enfermedad es un muro que he creado de que todo vino con la enfermedad, pero ya no porque siento que la enfermedad tiene parte, pero no todo. Antes por ejemplo decía, no soy tan apegado a las personas, por la enfermedad, pero ahora sé que es porque no quiero y que, si me pongo a pensar, desde antes ya yo no era tan apegado a las personas, evitaba a mi papá, mis hermanos o mi abuelo. Desde antes les dejé de hablar, me fui creando una pared que era todo sobre la enfermedad.**

*T: ¿Y esa pared que la componía?*

**P: El miedo, el nervio, las preocupaciones, pero gracias a todo el apoyo que me han brindado lo he ido dejando. Sí se nota la diferencia entre el yo del año pasado; como decíamos una vez, yo me preocupaba, pero no me ocupaba, dejando el nervio no socializaba con otras personas, ahora sí, con todos.**

*Mi forma de pensar, mi forma de actuar, todos los errores que cometí no tanto para mal sino para cambiar. Sino quería una exposición, **la negatividad que tenía, sino la quería hacer no la hacía y así era con todo, ahora no, si toca, toca ir, toca prepararla.***

*T: Poco a poco vamos encontrando respuesta a todo lo que significaba la enfermedad y hallando de ti nuevos significados.*

## **7. Marco conceptual de referencia.**

### **7.1. Fenómeno psicossomático e hipocondría**

Según el Diccionario de la Real Academia Española se entiende por fenómeno a "toda manifestación que se hace presente a la consciencia de un sujeto y aparece como objeto de su percepción" y psicossomático "Que afecta a la psique o que implica o da lugar a una acción de la psique sobre el cuerpo o al contrario".

Estas dos definiciones son muy explícitas y expresan lo que es en realidad este fenómeno "es una manifestación consciente en un individuo, toda vez éste da cuenta de su ocurrencia, que afecta al cuerpo del mismo o a la psique y para lo cual no se tiene una explicación lógica del porque ocurre" (Quesada, S., 2006)

Desde los inicios del estudio psicoanalítico con Freud, se encuentran datos alrededor de esta sintomatología, da cuenta de ello el artículo de 1910 sobre "Los conceptos psicoanalíticos de las perturbaciones psicógenas de la visión:

"El psicoanálisis se halla completamente dispuesto a conceder, e incluso a sostener, que no toda perturbación visual funcional es forzosamente psicógena... cuando un órgano que está al servicio de dos finalidades exagera la parte erógena, es de esperar, en general, que esto no ocurra sin modificaciones en su respuesta a la estimulación y en la inervación, las cuales se manifestaran como perturbaciones del órgano en su función al servicio del Yo" (Freud, 1910).

Cuando Freud distingue entre psiconeurosis y neurosis actuales marcando una diferencia en su etiología sexual, a unas las pone en referencia a la sexualidad infantil y a las otras a la sexualidad actual en el sujeto, lo que distingue la histeria de una neurastenia, de una neurosis de angustia y una hipocondría, y tal vez de las afecciones psicósomáticas donde hay implicación orgánica. En las psiconeurosis se reprime la sexualidad, consiguiéndose una satisfacción sustitutiva a través del síntoma, en cambio en las neurosis actuales se inhibe la función sexual, es decir, la pulsión, quedando fuente y objeto sin intervalo, sin separación (Barrio, 2006).

La función sexual en el humano no es instintiva sino pulsional, no tiene una única fuente, o sea, el cuerpo es erógeno, pero la fuente de esa erogeneidad son las zonas erógenas que determinan el empleo o la distribución de la libido. Las perturbaciones de los procesos sexuales que alteran esta distribución libidinal se diferencian porque, en las neurosis actuales se dan los efectos somáticos y en las psiconeurosis los psíquicos. Es algo muy diferente reprimir la sexualidad que reprimir la función sexual, reprimir ciertas cuestiones al hablar, que reprimir el hablar (Barrio, 2006).

Los disturbios psicósomáticos no pueden ser analíticamente descompuestos, como los psiconeuróticos, por eso que denominarlos fenómenos psicósomáticos (FPS) aleja de pensarlos como síntomas, es decir, como metáfora del sujeto o como una forma de satisfacción libidinal. El FPS no es entonces un retorno de lo reprimido en el lenguaje ni un retorno en lo real de lo forcluido en el lenguaje, que sólo requieren de la transferencia para pasar a ser susceptible de interpretación. El enfermo psicósomático es aquel que evita el trabajo psíquico, el trabajo del lenguaje.

Este "suicidio" de la función que acontece en el psicósomático, este no estar de acuerdo con la reproducción sexual y por lo tanto con la condición de ser mortal, hace pensar si no es demasiado costoso el ahorro de gasto psíquico que se impone. Tal vez habría que poder pensar las enfermedades psicósomáticas con las mismas fuentes que las neurosis actuales, en la función sexual, donde la represión está fuera de lugar. Se dice entonces que el significante representa un sujeto para otro significante, pero esta lesión orgánica no es significativa, es más bien un tatuaje (Barrio, 2006).

El tatuaje suple al significante que falta, y no va a representar al sujeto para otro significante, ya que no tiene esa capacidad metafórica ni metonímica, sino que va a representar al ser ante el otro. Será representado por ese tatuaje que tiene también una función erótica, ante el grupo. Lo sitúa a la vista del otro, justamente porque no es significativo.

El FPS será silencio estructural para quien lo padece, letra que arde en el lugar del Otro, de lectura imposible. No hay discurso psicósomático en tanto no hay significantes en juego. EL FPS confronta al otro con la castración. Lo anterior entonces invita a pensar la transferencia en estos pacientes (Barrio, 2006).

### ***7.1.1. Patogénesis de los síntomas somáticos***

Los síntomas somáticos son un tipo de defensa psicológica, que tiene como objetivo la reducción del dolor intrapsíquico (Vaillant 1971). Este mecanismo es conocido como la "ganancia primaria" (Lazare 1981), que busca restaurar el equilibrio psicológico redirigiendo la atención hacia los síntomas. El problema real, origen de la inestabilidad

psíquica, se bloquea o es sólo parcialmente experimentado, sin que sea registrado por la consciencia.

Una vez presente, un síntoma puede ser usado consciente o inconscientemente, con el fin de obtener beneficios interpersonales para el individuo que lo padece. Esto es conocido como la “ganancia secundaria” (Lazare 1981).

En el trastorno conversivo, la ganancia primaria ocurre en forma no-consciente, y consecuentemente los síntomas emergentes son percibidos como una alteración no deseada por el paciente. Así, los pacientes creen y sienten genuinamente estar enfermos. No tienen conciencia del conflicto psíquico que causa los síntomas, ni de que sus síntomas no corresponden a una patología orgánica existente. Sin embargo, la forma específica en que los síntomas se manifiestan refleja las creencias del paciente acerca de cómo dicha enfermedad debería presentarse. Los síntomas y signos derivados de la idea del paciente acerca de la enfermedad son llamados “ideogénicos” (Hurwitz 1989).

Al ser un reflejo de las creencias del paciente acerca de la enfermedad más que de una alteración anatómica o fisiológica, suelen parecer atípicas o bizarras a los ojos del evaluador. Pueden ocurrir en ausencia de patología identificable o presentar un patrón, severidad y duración que no se corresponden con enfermedad alguna conocida. En el trastorno conversivo, los síntomas se externalizan en la forma de un déficit neurológico observable.

El cómo o por qué un paciente elige un signo o síntoma específico, responde a diferentes posibles explicaciones que incluyen una conexión simbólica con un conflicto subyacente o, alternativamente, imitación de síntomas de origen orgánico observados



previamente por el paciente en sí mismo o en otros (Lazare, 1981). El término “sobreposición funcional” es usado cuando signos y síntomas orgánicos preexistentes son elaborados y expandidos por mecanismos psicogénicos, resultando en presentaciones no-orgánicas (Carter, 1967).

### *7.1.2. Lo psicosomático desde lacan*

En la conferencia sobre el síntoma en Ginebra en 1975, Lacan expresa "El fenómeno psicosomático no es un síntoma como el conversivo, no está en el registro del lenguaje, pero sí es una forma de escritura, algo así como un jeroglífico que se escribe en el cuerpo, pero sin que tengamos la posibilidad de hallar una clave para descifrarlo, porque no está en el orden simbólico, sino en el simple trazo o marca".

En el mismo orden de ideas, Jacques Alain Miller propone "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. El fenómeno psicosomático está en los límites de la estructura del lenguaje, o por fuera de ella".

Lo anterior significa que toda vez este fenómeno no pertenece al mundo del lenguaje, el individuo no cuenta con los significantes propios que le permitan significar cuál es su sufrir o dicho de otra forma cuál es el sujeto del inconsciente que se quiere expresar a través del dicho.

Al hablar del experimento de Pavlov, Lacan intenta dar cuenta de la existencia de un tipo de goce, una marca, un momento de inercia o de fijación pulsional que equivale a una letra sin sentido o a un significante reducido a una marca o a una huella. En un contexto donde tiende a aislar cada vez más la dimensión no interpretable del inconsciente, mostrando la característica principal del goce "que es de lo inútil" y al hacerlo marca algo que no le presenta beneficios al individuo sino un sufrir consciente en lo real.

Al mismo tiempo, resalta que pareciera que ese goce quedó marcado en el cuerpo como rasgo indescifrable, como si hubiese una especie de premura a responder con el cuerpo allí donde lo simbólico "no tuvo tiempo" de responder subjetivamente. Hay un salto de registro (Cabas, 2008).

Para que se pueda dar una marca en el cuerpo es necesario que el infans pase de un proceso autoerótico donde la pulsión creada en la primera identificación circule por los bordes del cuerpo y ya no sobre el cuerpo mismo como argumenta Stella Marín Gulian, quien expresa "podríamos decir que un pedazo de soma no entró en la representación, dándose los sujetos un nombre sobre la carne, es un órgano el que se sacrifica para escribir el Nombre del Padre, es la carne la que lo escribe. Podría decirse que, en lugar de poder contar con la representación psíquica del cuerpo, estos pacientes escriben con el soma. Por lo que pienso que habría en ellos un fracaso en el primer tiempo de la constitución subjetiva" (Negro, 2009).

Este sacrificio para escribir el Nombre del padre en el cuerpo son especie de FORCLUSIONES PARCIALES de los elementos que se marcan en el cuerpo no cortando el discurso materno que a través de la lengua inscribe en el inconsciente del individuo y al no cortarlo esta marca se queda en la esfera de lo imaginario donde se ubica o representa el cuerpo y que coincide con el Estadio del Espejo, que va a permitir la formación del je (moi) del individuo y posteriormente a través de la metáfora pasará a la esfera de lo simbólico pronunciando el discurso en lo real (Negro, 2009).

El fracaso del individuo en el primer tiempo de la constitución subjetiva que lleva a un tipo de goce específico Lacan lo señala con la palabra "HOLOFRASE" que es la falta de intervalo entre los significantes S1 y S2 y la falta de lugar para el sujeto, de modo que tenemos un significante monolítico aislado S1S2 y no dialectizable con el resto de la cadena signifiante, presentándose con esto que no es el Otro del significante quien registra sino es el Otro del cuerpo y al hacerlo responde con el síntoma a ese Otro.

Al darse estas holofrases de significantes el individuo no queda con los elementos significantes para responder simbólicamente en lo real, no produciéndose lo que Lacan denominó la "FUNCIÓN DE LA AFÁNISIS" del sujeto, que reseñó en Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis donde expresa en relación a los fenómenos psicosomáticos que "la inducción signifiante a nivel del Sujeto ha transcurrido de un modo que no pone en juego la afánisis del Sujeto". , "ya no podemos más tener en cuenta la función afánisis del Sujeto". Y que esta "función" afánisis, se presentaría en un tiempo posterior y que consistiría en la puesta en juego de esa desaparición signifiante" además esta función " afánisis no puede ya ser tomada en cuenta en el fenómeno psicosomático – consiste en interrogar los significantes de la demanda del

Otro con la propia desaparición (aprendida en el tiempo precedente, el tiempo de la alienación significativa)" (Negro, 2009).

Al no haber intervalos entre significantes estos se holofrasean, se pegotean, se congelan. Si no hay intervalo, no hay significativo, con lo cual tampoco podrá haber formaciones del inconsciente. Luego entonces, ¿si no hay significantes ni, formación del inconsciente, ¿porque hay angustia? Para dar respuesta a este interrogante citaré lo expresado por Marisa Rodés Pueyo en su artículo la angustia en los fenómenos psicossomáticos donde manifiesta:

"En cualquier afección orgánica, está jugada la angustia, porque es un elemento estructural que no puede faltar en la constitución del sujeto. En la producción del sujeto, la angustia media entre el goce y el deseo. Hace falta para que aparezca el objeto a, resto de la operación. En el individuo con estructura psicossomática, no hubo distinción entre el Ideal del Yo y el Yo Ideal. No aprehendió el reflejo de su imagen en el espejo. La señal no surgió de su cuerpo, sino del espejo. La palabra no viene del Otro, sino que nace en su cuerpo, un cuerpo fragmentado, despedazado, enfermo. Diferente al cuerpo de la histérica, que es un escenario simbólico en su totalidad, atravesado por el lenguaje. El Yo en la personalidad psicossomática, habita un trozo del cuerpo, y desde allí responde al peligro. Configura un campo de batalla autoerótico. Así, responde a las amenazas psíquicas como si fueran biológicas".

"El enfermo psicossomático falla en el proceso de identificación primaria, es decir, con otro ser viviente. Ante el espejo reaccionará de otro modo: la libido narcisista surgida, revestirá el objeto, o sea, su imagen reflejada, como ajena a su propio cuerpo.

La imagen lo anticipa, como si la señal partiera de ella, y no de su propio cuerpo. No se identifica en el espejo. Al no reconocer que la señal viene de sí, de su escenario somático, se ve empujado a capturar afuera lo que él mismo refleja sin saberlo. Los límites entre el adentro y el afuera, son imprecisos. No hay distancia entre él mismo y los otros. Esta desposesión de sí mismo, no se acompaña de angustia, porque a la vez es pérdida de sí en el otro".

## **7.2. Cuerpo y síntoma**

Para Freud era importante encontrar un espacio conceptual diferente del de la medicina y de la Psicología de la Conciencia y en medio de él, localizar un espacio que permitiera entender la articulación de los procesos psíquicos y los fundamentos biológicos. De entrada, hay una disyunción esencial, impuesta por lo pulsional, que no admite ninguna síntesis, ninguna unificación posible. Lo pulsional, sitúa al cuerpo en relación con lo psíquico, más en una dimensión de red, de nudo, que de unidad. La pretendida unidad de la Psicología de la Conciencia, queda perdida en el mismo tiempo lógico, en que el cuerpo se instala como cuerpo erógeno (Quesada, 2006).

Al mismo tiempo que comenzaba a alejar a la sexualidad de toda determinación orgánica o fisiológica, cuestión que empezaría a plasmarse en 1905, con la escritura de Tres Ensayos para una teoría sexual y con el divorcio de la sexualidad de la genitalidad, introducía una dimensión del cuerpo para el psicoanálisis, que queda ubicado como cuerpo erógeno. La lógica de lo pulsional se soporta en un espacio de "trabazón" tal como lo denomina Freud al definirla como "una medida de exigencia de trabajo impuesta a lo psíquico en su trabazón con lo corporal". Con esta definición ya no se

trata sólo de un borde, un límite en el cuerpo erógeno, sino también implica el gasto permanente de energía, impuesta a lo psíquico (Quesada, 2006).

Según referencian Mass & García (2018), Freud supo justificar su distancia del organicismo, valiéndose, por su parte, (...) del concepto de pulsión, distinguiéndolo netamente del de instinto, en una tentativa por describir las fuentes biológicas de las energías psíquicas y al mismo tiempo la plasticidad de la realidad interna y el modo en que ésta se ve modelada por influencias del ambiente y modelos culturales. (Bodei, 2005, p. 18). El síntoma queda subsumido a la pulsión que “hace cuerpo”.

Con la noción de pulsión aparece tempranamente en la teoría, la imposibilidad por estructura, que garantice la homeostasis. Ante el impedimento para toda huida posible, al aparato sólo le quedan recursos a que apelar, destinos, mecanismos, transformaciones, sustituciones. Allí aparecen en escena los síntomas descansando en fuerzas pulsionales de carácter sexual. La pulsión deviene entonces, la única fuerza constante de los síntomas (Quesada, 2006).

De este modo, el psicoanálisis nace, de la mano de la histeria; allí donde se comienzan a escuchar las voces del cuerpo: un cuerpo atravesado por una sexualidad que se organiza en el sujeto; con sus propias leyes, con una lógica difusa y paradójica, que no es otra que la pulsional. Esta organización es un acto complejo. Y como en toda dimensión de acto, algo escapa al saber, vinculado a la verdad. No hay saber posible sobre la sexualidad, hay nudo, hay límite. Sujetando esta dimensión del saber, más con lo que es del orden de lo irreductible, de lo invariante, que con el despliegue de la verdad.

La ruptura freudiana consiste en que hace aparecer la realidad de la palabra del histérico (...) principio según el cual los histéricos sufren esencialmente de reminiscencias, hacen que, por primera vez en la historia, exista el sujeto del síntoma (Assoun, 2003, p. 108).

De este modo, el cuerpo del que se ocupa el psicoanálisis no corresponde a un hecho natural ni biológico: el organismo con el cual todo ser humano nace resulta insuficiente para definir al cuerpo psíquico. Con lo corporal se traza relación con los aspectos más profundos y estructurales del hombre; por ejemplo, la “sexualidad” que pone límites al campo de la función genital. De ahí en adelante y para el psicoanálisis, el cuerpo estableció inseparablemente (gracias a su descubrimiento) su dimensión con el placer de las pulsiones sexuales (Mass y García, 2018).

Así, el cuerpo que nos interesa no es el de la ciencia sino el lugar donde se goza, el espacio en el cual circula una multiplicidad de flujo de goces.” (Nasio, 1992, p.162). Dado esto, resulta conveniente entender con el psicoanálisis la paradoja del ser humano, quien sufre con sus síntomas (Soler, 2011) a la vez que se regocija satisfactoriamente en ellos, por el cuerpo.

El propósito clínico del psicoanálisis (Bustos, 2016; Peláez, 2016; Cassin, 2013; Frydman, 2012; Harari, 2012; Eidelsztein, 2011; Fages, 2001; Miller, 1998; Merea, 1994) implica al cuerpo “(...) hecho de representaciones, ubicado en la intercepción de los placeres y displaceres con el campo de la palabra, marcado por la historia, desnaturalizado, aunque no inmaterial, territorio privilegiado del síntoma” (Leibson, 2000, p. 8).

De allí entonces que el cuerpo como problema crucial y clínico “(...) exige una desconstrucción metapsicológica, comenzando por la pulsión, ese “concepto límite” entre psíquico y somático” (Assoun, 2003, p. 115). Con el psicoanálisis y en particular su economía psíquica, “(...) a través de la cuestión de la conversión histérica y de la “complacencia somática”, lo que se experimenta es el trabajo del síntoma en el cuerpo” (Assoun, 2003, p. 116).

Su labor “(...) consiste en captar el cuerpo a través de su dinámica libidinal (...)” (Assoun, 2002, p.107): “el síntoma somático implica una “acción interna” o “autoplástica” (...) que permite que la fantasía encuentre expresión por medio de los órganos mismos” (Assoun, 2002, p. 107).

Argumentan Mass & García, (2018), la relación del sujeto con el cuerpo no pasa sin la condición del goce subjetivo. Es por esto por lo que el campo psicoanalítico no aísla al sujeto que padece la enfermedad; más aún, sostiene que cada sujeto enferma a su manera, relación clínica que define con su cuerpo.

Desde allí algo de ese goce particular del síntoma, en un cuerpo, anuda una modalidad de satisfacción sustitutiva, paradójica y parcial. El lugar donde el síntoma articula lo pulsional, modula también esa enigmática forma de satisfacción, bajo la grafía de un goce encarnado en el cuerpo. Es así que el cuerpo sostiene un síntoma, y paga peaje. Beneficio primario del síntoma, enigmáticas tendencias masoquistas del yo, que quiebran desde lo compulsivo, cualquier homeostasis.



Este planteo freudiano explicitado en 1920 en "Más allá del principio de placer", sitúa la compulsión de repetición como la regla. A partir de allí ese saber supuesto en la transferencia que se relaciona con la verdad, da su vuelta y se ubica en torno a la dimensión de un saber, que se articula sólo bajo la forma de un nudo. La insistencia (compulsión de repetición) se sostiene en lo irreductible y en lo indestructible freudiano, que es solidario con la concepción de lo invariante planteada por Lacan en su Seminario 21.

Es desde esta lógica que finalmente se puede sostener que el síntoma se anuda en dos dimensiones, aquella que cifra, y que se puede desplegar en la cadena asociativa, en relación a alguna dimensión de una verdad, a ser descifrada. Y su otra cara opaca, pulsional, irreductible, invariante, dominio de aquello no-reprimido inconsciente (Quesada, 2006).

### ***7.2.1. El Cuerpo en psicoanálisis a partir de la histeria***

Con el psicoanálisis se sabe que la histeria, y en especial el síntoma y su conversión al cuerpo, adquiere predilección en el campo de la psicopatología. La "conversión" (...) surgió con motivo de las primeras investigaciones de Freud sobre la histeria (...). Su sentido primario es económico: se trata de una energía libidinal que se transforma, se convierte, en inervación somática. La conversión es correlativa al desprendimiento de la libido de la representación, en el proceso de la represión (...). (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 85).

La motivación del síntoma de conversión lleva a Freud a invocar “(...) ante todo la existencia de una “complacencia somática”, factor constitucional o adquirido que predispondría, de un modo general, a un determinado individuo a la conversión o, más específicamente, a un determinado órgano o aparato a ser utilizado por este proceso” (Laplanche y Pontalis, 1996, p.86).

Conforme a esto, “(...) el síntoma de conversión histérica guardaría una relación simbólica más precisa con la historia del sujeto (...)” (Laplanche Pontalis, 1996, p. 87) y con la represión de sus pulsiones sexuales.

Enuncian Mass & García (2018) en relación con Santcovsky, 1999, p. 194, sin duda, la histeria ha demostrado cómo la sexualidad toma poder desmedido sobre el cuerpo; así mismo, “el síntoma histérico se enlaza a la estructura deseante, por eso habla, pero su goce la excede” (). La pulsión compromete al cuerpo como su función esencial (su basamento). Gracias a la histeria, el síntoma (convertido al cuerpo), introdujo, por decir así, la necesidad de una nueva etiología del psiquismo.

Las pulsiones sexuales parcializan al cuerpo y hacen de él correlato de zona erógenas donde anida su “excitación”. La “(...) doctrina de la histeria, que es algo tan corpóreo” (Freud, 1940 -41 [1892c], p. 183) devino así para el nacimiento del psicoanálisis, la posición clínica por un nuevo cuerpo.

De este modo, según enuncia Mass en su texto “Principios del Cuerpo en Psicoanálisis” la histeria enseñó al psicoanálisis que en el plano corporal se trasponen procesos psíquicos (complejos, fantasías, pensamientos, etc.) que contravienen al

organicismo (médico) de tal modo que el cuerpo adquiere su dimensión “erógena” y excitatoria con la pulsión (2018).

Otro modo de decirlo es que el cuerpo del psicoanálisis surge a partir de la falla y limitación del saber médico. El cuerpo psíquico es “(...) por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella” (Freud, 1893a [1888-93], p. 206).

El cuerpo de la clínica freudiana (cuerpo ejemplar de la histeria) tiene su asidero en el sentido sexual de sus síntomas (la pulsión), que puso a prueba la necesidad de virar hacia un método terapéutico diferente del médico.

De forma que, si el cuerpo se distingue plenamente de la “anatomía nerviosa”, es gracias a su conformación pulsional; para Freud (1940a [1938]) las pulsiones “representan {repräsentieren} los requerimientos que hace el cuerpo a la vida anímica.” (p.146).

O sea que el cuerpo representa algo más que genitalidad y maduración orgánica para introducirse en un campo mucho más extendido, “(...) de perturbaciones de los procesos sexuales (...)” (Freud, 1905a, p. 187).

Es la pulsión, un empuje que brota del interior del cuerpo, y que en su circuito bordea al objeto, para finalmente retornar sobre sí misma, donde un más de placer se satisface. Este más de placer es lo que hace que la pulsión insista en su búsqueda de satisfacción, siendo el objeto lo menos determinante en ella (...) La pulsión, pues, no está causada por el objeto.

Ella emerge como fuerza constante, como una exigencia interna, que ningún objeto, en sí mismo, puede satisfacer plenamente, pero que habrá de valerse de ciertos objetos, pedazos de cuerpo, que caen y vienen a situarse encima de este objeto primordial, eternamente perdido, los cuales le sirven como instrumento, como medio, para obtener su fin, es decir, la satisfacción, la cual siempre será una satisfacción parcial. (Machado, 2008, p. 46).

Desde esta perspectiva, la pulsión circunscribe al sujeto a una búsqueda sin descanso ni finalización en pro del placer; basado en el dominio de una pérdida primordial, al sujeto no le queda otro camino que darse a su reencuentro. El objeto primordial (inalcanzable), supone la función que posibilita el deseo humano y su economía psíquica (Mass y García, 2018).

Es por esto, y no de extrañar, que el síntoma reitera la fijación satisfactoria y subjetiva de la pulsión. Aquí, “la fijación es un intento parcial y paradójico, como la satisfacción del síntoma, de recuperar esta satisfacción perdida” (Cosentino, 1999, p. 71). El síntoma se produce como sustitución de gozar de un objeto, que restituya psíquicamente la pérdida del instinto y al que el sujeto se aferra por todos sus medios.

De la diferencia que Freud establece entre el placer obtenido y un más de placer que se reclama (...) El contacto de cualquier zona erógena provoca un sentimiento de placer, pero al mismo tiempo es apto, como ninguna otra cosa, para despertar la excitación sexual que reclama más placer (...) Siempre se exige más. Y en esa diferencia entre lo que se obtiene y lo que se exige se sostiene la pulsión: esa relación de tensión sexual y el placer que se produce simultáneamente. (Cosentino, 1999, p. 20).

La forma en que el placer adquiere forma (a través del cuerpo), formula que “(...) la tensión sexual es el placer de satisfacción. Entonces la diferencia entre el placer de satisfacción hallado y el reclamado que engendra la pulsión, lleva a que la pulsión se satisfaga, autoeróticamente, en su recorrido” (Cosentino, 1999, p. 20). La tendencia del sujeto al placer concierne, además, al conflicto y a sus síntomas donde las pulsiones se imponen como fuerzas auténticas de la represión; del cuerpo parten y proyectan para que “(...) remitan indudablemente al goce (...)” (Soler, 2013, p. 143) del psiquismo, y no a las necesidades del organismo.

### *7.2.2. Los cuerpos de Freud y los de Lacan*

Cuerpo es la afección del significante sobre lo real del organismo, para demostrar, como decía Freud, que "en el psicoanálisis se puede verificar la magia de las palabras sobre el cuerpo en el efecto sintomático" (Alé, 2006).

Con Freud, respecto al estatuto del cuerpo, es posible evidenciar en su literatura, sucesivamente, el cuerpo libidinal, el cuerpo de los agujeros erogenizados, el cuerpo de los agujeros pulsionales, el cuerpo de la superficie, es decir el del placer y, ya desde las postrimerías de la Primera Guerra, con un cuerpo enmarcado en los enigmas de lo que Freud solo pudo nombrar con un adverbio de lugar, como "Más allá del principio del placer" y con los enigmas de su propuesta de la "pulsión de muerte" (Díaz, 2006).

Estos pasos freudianos relativos al cuerpo, con la relectura ofrecida por Lacan, podrían encontrarse formalizados en primera instancia como “lo Imaginario del cuerpo” y en el marco de ello, el cuerpo como imagen del semejante; en relación con el amor

estableciendo una alteridad homogénea, que se regimenta, en sus satisfacciones y sufrimientos, con las indicaciones del principio del placer. En segundo lugar, “lo Simbólico del cuerpo”, es decir, el cuerpo afectado por el lenguaje y la división de los sexos certificando la alteridad simbólica heterogénea, y que refiere satisfacciones y sufrimientos a los avatares del deseo. Finalmente, “lo Real del cuerpo”, esto es, el cuerpo en referencia a los goces y a su condición de resto. En este nivel de lo real del cuerpo, ya se presentan más dificultades para cualquier planteo acerca de los sufrimientos y de las satisfacciones, no solo en las teorizaciones, sino, y fundamentalmente, en la clínica (Díaz, 2006).

El cuerpo, no es solo un cuerpo que habla, es también aquel que abarca una enigmática satisfacción: el síntoma clínico, repite y repite por una satisfacción que sustituye psíquicamente, lo que no alcanza y a la vez falla de acomodarse como organismo y necesidad (Mass y García, 2018).

### 7.2.3. *Síntoma para Freud*

Sigmund Freud ideó el psicoanálisis en su encuentro con el síntoma; un síntoma del que identificó hablaba y supo escuchar, dando cuenta de varias cuestiones. De ahí que, de él, no dio una sola definición, sino varias. Dijo que era un símbolo mnémico del trauma, un cumplimiento de deseo, la realización de una fantasía, una satisfacción sustitutiva, una forma de protección contra la angustia y también, una formación de compromiso.

Todas ellas parecen tener, para este, igual valor. De hecho, en Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad, él mismo realiza una lista de definiciones de lo que es el

síntoma. Ellas se articulan unas a otras sin oponerse, teniéndose entonces que el síntoma tiene una función de condensador, articulador y facilitador del funcionamiento psíquico. (Negro M, 2009).

En consonancia describe, los síntomas son: “actos perjudiciales o, al menos, inútiles para la vida en su conjunto; a menudo la persona se queja de que los realiza contra su voluntad y conllevan displacer o sufrimiento para ella”. (Freud, 1978)

Desde el psicoanálisis no se tiene como objetivo eliminar dichos síntomas, sino trabajar desde sus orígenes. Como señala en la conferencia 28: “La terapia analítica hincó más hacia la raíz, llega hasta los conflictos de los que han nacido los síntomas y se sirve de la sugestión para modificar el desenlace de esos conflictos”. (Freud, 1978, p. 410).

#### ***7.2.4. El síntoma como portador de sentido***

Según Freud (1978), el síntoma es muy significativo en su sentido y se relaciona a las vivencias del sujeto.

Desde los aportes de Miguel Leivi, el síntoma es en psicoanálisis portador de un sentido, capaz de ser interpretado y no hace referencia como en la psiquiatría o medicina en un sentido estricto a determinada enfermedad o lesión (2001).

De este modo, el psicoanálisis tiene como punto de partida el estudio de la idea sin sentido y la acción sin rumbo, para luego llegar a la situación del pasado en que la idea sí cobraba sentido y la acción tenía un fin preciso.

Según Freud: “siempre y dondequiera, el sentido de los síntomas es desconocido para el enfermo, y el análisis muestra por lo regular que estos síntomas son retoños de procesos inconscientes, que empero, bajo diversas condiciones favorables, pueden hacerse conscientes” (Freud, 1978, p255).

En el sentido del síntoma es fundamental saber desde donde se origina y su fin o propósito al que está dirigido. Así, la terapia psicoanalítica trabaja transformando lo inconsciente en consciente (1978).

#### **7.2.5. *El síntoma en la estructura***

En el Proyecto de una psicología para neurólogos, Freud alude, el síntoma es un símbolo mnémico del trauma, que él homologa a la vivencia de dolor (Freud, 1986) agregando además que el síntoma es símbolo de uno de los elementos que constituyen la vivencia de dolor, Das Ding (la cosa del mundo).

El síntoma, entonces, es concebido como metáfora de la cosa, como un sustituto, aquello puesto ‘en el lugar de’.

Das Ding es un concepto que Freud formula considerándolo uno de los elementos originarios de la vivencia de dolor y de la vivencia de satisfacción. Ambas son consideradas por el autor como matrices del aparato psíquico. A raíz de su



ocasionamiento en un momento inaugural, originario, primordial, el aparato se constituye como un aparato cuya función principal es el desear a partir de una pérdida inaugural (vivencia satisfacción) y que, además, está irremediabilmente escindido desde el origen para repeler el acercamiento del objeto (vivencia de dolor).

Freud sostiene que cuando ambas vivencias se producen dejan, cada una, una marca psíquica imborrable que consta de, al menos, dos elementos y un efecto. Los elementos son, en los dos casos, de dos tipos: un elemento inmutable, constante, inaccesible, no comprensible, inasimilable, incomparable (pp. 414 y 432), dice Freud: “Lo que llamamos cosas del mundo son restos que se sustraen de la apreciación judicial.” (p. 379) y uno comprensible, variable, consabido para el yo por su propia experiencia, propiedad, actividad o movimiento de la cosa (pp. 414 y 432).

Ambos elementos se constituyen a partir de la intervención del prójimo (que deviene auxiliar, objeto de satisfacción u objeto hostil), y derivan de él, puesto que estas vivencias acontecen por su intervención. “Y así el complejo del prójimo se separa en dos componentes, uno de los cuales impone por una ensambladura constante, se mantiene reunido como una cosa del mundo, mientras que el otro es comprendido por un trabajo mnémico, es decir, puede ser reconducido a una noticia del propio cuerpo” (p. 377).

La constitución del objeto heimlich/unheimlich se produce por y en la intervención del Otro materno, y para las dos vivencias está vinculado al cuerpo y a su erogenización. De este modo, desde la perspectiva freudiana, la vivencia de satisfacción deja como efecto el estado de deseo y la atracción hacia el objeto; en cambio, la

vivencia de dolor deja como efecto el afecto (en especial, la angustia) y el estado de defensa primaria, es decir, la acción de alejarse y mantenerse separado del objeto, mantenerlo como objeto perdido. (pp. 366-7). Ambas vivencias no son sino dos caras de una misma moneda. El objeto que allí se constituye es uno; en tanto perdido es la cosa como causa, en tanto presencia, es la cosa como lo siniestro.

Entonces, si el síntoma es símbolo de Das Ding, es símbolo de lo que queda perdido, inaccesible para el aparato, de forma que no se estaría pensando que es símbolo de una representación que ha quedado reprimida, sino de un agujero, un vacío dentro de lo psíquico. Si así fuera, la definición del síntoma como símbolo remitiría directamente a la represión primaria y no a la secundaria.

Entonces, el síntoma sería el factor psíquico que sostendría el agujero como agujero, cumpliendo la función de mantener a distancia a la cosa. La represión primaria o defensa, en tanto fuerza de repulsión, aseguraría el mantener el objeto como perdido de modo de constituirlo como sostén del deseo.

En virtud de lo anteriormente expuesto, se puede pensar que concebir el síntoma en relación al deseo y a la angustia, en tanto ambos son la respuesta del psiquismo a la entrada del sujeto en el mundo, es ubicarlo en relación a las condiciones constituyentes del psiquismo. Definirlo como símbolo es situarlo en relación al deseo y a la angustia, es ubicarlo en relación a la constitución del sujeto en el Otro.

### 7.2.6. *El síntoma y la repetición*

En su segunda tónica Freud plantea el fundamental concepto de repetición, el cual está íntimamente relacionado con la constitución del síntoma.

El analizado repite en vez de recordar, y repite bajo las condiciones de la resistencia. Repite todo cuanto desde las fuentes de su reprimido ya se ha abierto paso hasta su ser manifiesto: sus inhibiciones y actitudes inviables, sus rasgos patológicos de carácter. Y, además, durante el tratamiento repite todos sus síntomas (Freud 1980, p153).

Dichas repeticiones no causan en el sujeto placer ni satisfacción, se reiteran hechos que habían causado malestar, y mediante esto, lo reprimido permanece intacto. De esta forma, “En la vida anímica existe realmente una compulsión de repetición que se instaure más allá del principio de placer. Compulsión de repetición y satisfacción pulsional placentera directa parecen entrelazarse en íntima comunidad” (Freud, 1979, p22).

Freud agrega el concepto de resistencia, la cual surge en el curso del tratamiento por parte del paciente, atendiendo a que cuando se trabaja a partir de sus síntomas, el sujeto se opone a tal iniciativa, como si no quisiese que salgan a la luz las ideas inconscientes (1978).

El síntoma se forma porque un suceso no fue dirigido a la conciencia, sino que el sujeto se resistió dejándolo permanecer inconsciente y así se construyó el síntoma.

Esta oposición por parte del paciente de llevar lo inconsciente a lo consciente se da en el tratamiento y tal como se mencionó anteriormente se llama resistencia. Este

proceso que la resistencia indica es una consecuencia de la represión. Entendiéndose por represión a la condición previa para que se forme un síntoma (1978).

Dicha sensación de malestar desfigura la satisfacción de su temprana infancia. Por lo tanto, las vivencias infantiles que el sujeto expresa en el tratamiento analítico algunas veces son verdaderas y otras no, dando lugar a la imaginación y la fantasía, esto puede generar algunas dudas sobre qué sucedió exactamente, pero es importante la idea que el sujeto construyó de ese hecho, lo narrado por el sujeto sobre su historia es muy valioso (1978).

Heli Morales (1997) agrega que Freud reconoció que la situación traumática era en si verdadera pero que la misma no había existido en la realidad en cuanto tal, sino en la realidad psíquica. De esta forma, la verdad no estaba visible en el suceso traumático sino en lo contado por el sujeto. Con esta idea surge el psicoanálisis y además se puede relacionar al deseo, deseo que hace hablar a la persona, con la verdad propia del sujeto.

### ***7.2.7. El síntoma y la angustia***

Freud (1979) relaciona el síntoma con la angustia. Considera en primer lugar a la angustia como un proceso físico, no condicionado por lo psíquico, la excitación acumulada se transformaba en angustia. Determinados procesos de índole sexual no tienen una descarga adecuada, vivenciándose luego una situación de angustia. Pero al tratar las fobias o las neurosis obsesivas no se podía aislar los fenómenos psíquicos en dichas situaciones, cambiando así su teoría sobre la angustia. Es decir que, si bien primeramente consideró la angustia como libido trasmudada, luego afirmó que la misma

surgía como respuesta frente a situaciones de peligro. Siendo la angustia una reacción ante una situación de peligro, los síntomas cumplen una función “protectora” hacia el sujeto ya que este va a evadir la situación de peligro que le provoca angustia mediante sus síntomas. Los síntomas son entonces, un intento de huida de la angustia. A su vez, Freud (1979) con su nueva teoría de la angustia, considera a ésta como algo sentido, es un estado afectivo que conlleva displacer para el sujeto.

Dentro de la teoría de la angustia, Freud (1979) establece una diferencia entre la angustia como reacción directa y automática frente a un trauma, y la angustia como señal de peligro que indica el surgimiento de ese trauma. En la angustia automática destacamos como primordial a la situación traumática, por esta entendemos una vivencia de desamparo del sujeto frente a un exceso de estímulo, sea interno o externo, no pudiéndolo resolver. Por otro lado, la angustia señal es la reacción del individuo frente a la advertencia de una situación traumática, indicando la misma una situación de peligro. Dichos peligros señalan el desprendimiento y pérdida del objeto amado, esta pérdida puede trasladar al sujeto a una situación de indefensión. Se considera al nacimiento como el primer estado de angustia.

Acerca de la angustia el autor (1978) afirma que la misma puede ser realista o neurótica. Sobre la angustia realista podemos decir que responde a algo esperado, racional, evidente para el sujeto. Es la reacción frente a la captación de un peligro ajeno al individuo. Dentro del desarrollo de angustia lo que surge en primer lugar es el apronte para el peligro, que se expresa en el aumento de tensiones y atención sensorial. Dicho apronte para el peligro se lo considera valioso y beneficioso para la persona. Respecto de la angustia neurótica, podemos decir que se presenta en ella una “angustia

expectante”. Estas personas utilizan interpretaciones exageradas, como una fatalidad y desdicha que les sucede. Se le llama “neurosis de angustia”.

Freud (1979) instaura la diferencia entre síntomas e inhibiciones. Se entiende por inhibición a una restricción normal de una determinada función. Por otro lado, el síntoma corresponde a un proceso patológico, existiendo en él una nueva acción por parte del sujeto. Además, el síntoma es el desenlace del proceso represivo, el individuo se enfrenta a un hecho desagradable y a consecuencia de esto lo reprime, manteniendo al mismo en el inconsciente. El síntoma se vincula estrechamente con la persona, es cada vez más imprescindible para el sujeto.

Es importante acentuar el vínculo entre inhibición y angustia. Algunas inhibiciones son una forma de abandonar una función ya que al practicarla florecería la angustia.

Se destacan dos acciones del sujeto en el proceso de conformación de síntomas, estas son: anular y aislar. Mediante la anulación, la persona desea que aquel hecho desagradable desaparezca de su existencia. Lo que no sucede de forma esperable para la persona, ésta lo elimina repitiéndolo de formas variadas al cual sucedió. En el aislamiento, luego de un acontecimiento que no es del gusto del sujeto, surge una detención de toda actividad. Este aislamiento impide el posible contacto. Como menciona el autor: “cuando el neurótico aísla también una impresión o una actividad mediante una pausa, nos da a entender simbólicamente que no quiere dejar que los pensamientos referidos a ellas entren en contacto asociativo con otros” (Freud, 1979, p.117)

Es importante mencionar el aporte de Miguel Leivi en cuanto al síntoma, quien sostiene que: “Para el psicoanálisis, el síntoma no debe desaparecer sin antes haber entregado su mensaje cifrado, concerniente al sujeto y a ser asumido por éste en su palabra” (Leivi, 2001, p.344).

Por su parte, el psicoanalista José L. Valls en su libro *Metapsicología y modernidad*, realiza un estudio orientado a comprender más claramente el pensamiento freudiano y su vigencia en la actualidad; entendiendo que el sentido del síntoma se relaciona con el pasado infantil del sujeto, afirmando que “Los hechos psíquicos existen más allá de las palabras; esto es, los síntomas existen, el sufrimiento como forma de vida existe, los actos compulsivos existen, los sueños, los recuerdos encubridores, los actos fallidos y demás, existen, de hecho son nombrados, se llaman así. Lo que sucede es que el sujeto desconoce sus porqués. Pues, el psicoanálisis creado por Freud ha averiguado que sus porqués están en ese pasado, en la memoria, o, mejor dicho, en la falta de memoria (en el significado común del término, como memoria del yo preconsciente, del pensamiento, de la palabra) de ese pasado infantil está el sentido de lo actual. (Valls, J. 2004), P.34.

El mencionado autor siguiendo los lineamientos freudianos, explica que durante el análisis lo reprimido puede cobrar vida mediante la palabra y de esta manera, se resignifican experiencias importantes para el sujeto, las cuales portan el sentido de los síntomas y otras cuestiones inconscientes. De esta manera, el síntoma y la repetición irán perdiendo el significado que tenían desde un primer momento, acercándonos así, a la cura (2004).

### 7.3. Síntoma para Lacan

Lacan comparte con Freud a los inicios de su enseñanza la idea del síntoma como interpretable, poniéndose en palabras durante el encuentro analítico y así poder ser interpretado, en este momento de la enseñanza de Lacan el síntoma es portador de un mensaje (Fasano,2013).

La autora agrega también en esta instancia la idea de falla implicada en el síntoma, indicando que habría una falla en el funcionamiento, mencionando: “ésta primera parada implica una falla en el funcionamiento, por lo tanto, índice de una verdad a develar” (Fasano, 2013, p. 2).

Tomando los aportes de la lingüística, Lacan identifica que las leyes del funcionamiento del inconsciente introducidas por Freud se asimilan a las leyes de funcionamiento del lenguaje: metáfora y metonimia. Para este autor existe una relación muy importante entre el inconsciente y el lenguaje. Siguiendo esta línea Lacan afirma en su Seminario: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis que: “el inconsciente está estructurado como un lenguaje” (Lacan, 1964, p.28).

Para este autor, el síntoma es hablado por el paciente, por lo que afirma “el síntoma es una metáfora” (Lacan, 1990, p.508), se entiende por metáfora según Dylan Evans al “pasaje del significante al significado, la creación de un nuevo significado“(Evans, 1996, p.127) Así las cosas, el síntoma es un mensaje cifrado dirigido al Otro, portador de un saber inconsciente, no sabido por el sujeto y que es posible descifrar.



Para Jerónimo Vons (S/F) pensar el síntoma como metáfora no remite únicamente al cambio de significantes, sino que agrega la existencia de una fijación de goce implicado en el síntoma. De esta manera, el síntoma está vinculado al goce, diferenciándose de las formaciones del inconsciente, ya que en la clínica se puede observar que el síntoma del sujeto que viene a consultarnos no desaparece rápidamente, sino que perdura e insiste, retorna a un suceso similar (Fasano, 2013).

Para González Imaz (2013) el síntoma constituye la enfermedad y a su vez, es el intento de curación que el sujeto del inconsciente realiza. Señala que para Lacan lo preciado del síntoma está en la metáfora, el goce, el saber y la verdad, y en su relación con el fantasma.

Por lo que en virtud de lo anterior es necesario ahondar sobre el concepto de goce y desde la perspectiva del autor cual es la relación que éste tiene con el síntoma.

### **7.3.1. *Síntoma y goce***

Desde el psicoanálisis lacaniano el goce ocupa un lugar trascendente y queda enlazado con el síntoma. En la clínica, el analista observa que el paciente reitera ciertos acontecimientos que no le han producido placer, pero igualmente los repite de diversas formas en su cotidianeidad, es allí donde se coloca en evidencia el concepto lacaniano de goce. Goce, como forma de reiterar lo penoso, lo que hace sufrir al sujeto, no pudiéndose desprender de esta forma particular de satisfacción pulsional, es decir, el

goce tiene dos caras, por un lado, el sufrimiento y el malestar y por el otro la pulsión que exige satisfacción (Cerrone, 2016).

Roland Chemama en su texto “El goce: contextos y paradojas” (2008) enuncia que el sujeto persiste en colocarse en situaciones similares, siendo estas dolorosas para la persona, pero igualmente continúa en ellas. Habría que preguntarse si el sujeto encuentra algo en ellas que cause ese interés de seguir involucrado en aquello que no causa su bienestar. El autor se pregunta: “¿Que se satisface ahí, en esa repetición que no es realmente satisfactoria?” (Chemama, 2008, p 19) Es así que el goce mantiene cierta relación con la repetición, Roland Chemama afirma: “el goce es esa forma particular de satisfacción que en verdad es preciso suponer entonces que repetimos hasta lo más penoso” (Chemama, 2008,p 23).

Dylan Evans (2007) desarrolla la idea de Lacan en cuanto al goce y el placer. El autor menciona que Lacan en 1960 opone a estos dos términos, el placer ejercería un cierto límite al goce, ya que el sujeto es capaz de soportar determinada cantidad de placer, más allá de este límite, el placer se convierte en dolor, y este placer doloroso es lo que Lacan denomina goce, el goce es sufrimiento.

“El término goce expresa entonces perfectamente la satisfacción paradójica que el sujeto obtiene de su síntoma o, para decirlo en otras palabras, el sufrimiento que deriva de su propia satisfacción” (Evans, 2007, p 103).

Dado entonces que el cuerpo tiene por principio al goce pulsional, significa con ello “(...) que no siempre el sujeto persigue su bienestar, o que pueda estar bien en el mal, o

sentir placer en el displacer (...)” (Yosifides y De Bortoli, 2011, p. 175). El síntoma conmina con el goce irrestricto del sujeto (Yosifides y De Bortoli, 2011, p. 175).

Así, aunque los síntomas inicialmente se piensan y experimentan como trastorno, anomalía, desviación, restricción, es decir, como problemas, el psicoanálisis, revela que también pueden verse como soluciones, soluciones sintomáticas a la división más profunda de los seres hablantes que se ven obligados a lidiar con la falta constitutiva de jouissance (Stravrakakis, 2010, p. 99).

Atendiendo a lo anteriormente expuesto, se hace necesario abordar el concepto de deseo que desarrolla Lacan, si se tiene en cuenta que el sujeto no se dirige a lo que supuestamente le produciría bienestar, sino que transita un camino más complejo (Cerrone, 2016).

### **7.3.2. *El deseo en el análisis***

El deseo ocupa un lugar destacado en la obra lacaniana. En el Seminario 11: “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis” el autor desarrolla la concepción del sujeto en cuanto a sus deseos.

El psicoanalista afirma “el deseo del hombre es el deseo del Otro” (Lacan, 1964, p 46) Esta afirmación del autor hace referencia a que el sujeto se identifica con el deseo

del Otro, aprende de este deseo, se reconoce en la imagen del Otro, ya que pretende que el Otro lo reconozca.

En dicho seminario menciona: “El Otro es el lugar donde se sitúa la cadena del significante que rige todo lo que, del sujeto, podrá hacerse presente, es el campo de ese ser viviente donde el sujeto tiene que aparecer” (Lacan, 1964, p.212) Lacan (1964) sostiene que la naturaleza concede ciertos significantes y éstos estructuran las relaciones humanas. Estos significantes que el sujeto irá tomando como propios estarán relacionados con su deseo.

Cómo desarrolla Chemama: “el deseo humano está tomado en el lenguaje, alienado, hecho Otro, está orientado por el significante”. (Chemama, 2008, p 28) En el Seminario 5: “Las formaciones del inconsciente” (1998), se exponen las ideas freudianas del deseo implicado en el síntoma, Lacan menciona que desde los orígenes del psicoanálisis freudiano se descubre que en el síntoma hay un deseo puesto en juego.

Lacan, en el Seminario 5 (1998) menciona que el deseo no siempre se dirige hacia el objeto de satisfacción, sino que más bien está vinculado con una cierta postura que toma el sujeto frente a ese objeto. Según Chemama “el deseo está en cierto modo determinado como búsqueda de goce, aunque también tienda a evitar que se alcance el objeto mismo que persigue” (Chemama, 2008, p 61).

Lacan explica en el Seminario 11 la relación existente entre satisfacción y deseo, aludiendo: “Es evidente que la gente con que tratamos, los pacientes, no están satisfechos, como se dice, con lo que son. Y, no obstante, sabemos que todo lo que ellos son, lo que viven, aún sus síntomas, tiene que ver con la satisfacción. Satisfacen a algo

que sin duda va en contra de lo que podría satisfacerlos, lo satisfacen en el sentido de que cumplen con lo que ese algo exige (Lacan, 1964, p 173).

El analista observa que el deseo del paciente se presenta confuso, incierto, sin orientación o hacia un camino que en realidad no lo conduce a la satisfacción, aquí está implicado el síntoma, desde la postura lacaniana “el síntoma se presenta bajo una máscara, se presenta bajo una forma paradójica “(Lacan,1957, p.332). El síntoma desde la postura lacaniana sería una máscara en la que existe un deseo no simbolizado, el cual no se hizo palabra, es decir que el deseo está enmascarado y el analizante intenta satisfacer un deseo mediante el síntoma (Cerrone, 2016).

### 7.3.3. *Síntoma y fantasma*

En el transcurso del análisis el sujeto habla de su malestar, de su sufrimiento, se queja de él, tanto que uno de los motivos del comienzo del tratamiento es justamente el síntoma y el dolor que conlleva (Cerrone, 2016).

El síntoma y el fantasma están ubicados en diferentes lugares ya que se corresponden a diferentes cuestiones. El fantasma surge en transferencia como respuesta del sujeto al deseo del otro, y adquiere una gran importancia en la formación de los síntomas. Miller desarrolla en su texto: “Dos dimensiones clínicas: Síntoma y Fantasma” la idea del fantasma como un recurso contra el síntoma, cumpliendo una función de consuelo (2007). Se ubica al fantasma como portador de placer para el sujeto y al síntoma como generador de displacer (2007).

El autor haciendo referencia a Freud, señala que el fantasma sería como un tesoro para el sujeto, algo del orden de lo íntimo, lo que no ocurre con el síntoma.

Continuando en la misma línea, agrega que el neurótico posee cierta vergüenza de su fantasma porque no sigue la línea de sus valores y creencias. De esta manera, establece: “el fantasma es una máquina que se pone en juego cuando se manifiesta el deseo del Otro” (Miller, 2007, p 20).

#### **7.4. El síntoma: Lacan VS Freud**

Vons (S/F) realiza una comparación interesante entre los planteos de Freud y Lacan en cuanto a sus formas de concebir al síntoma. Establece que ambos consideran que en el síntoma hay una sustitución, en Freud sería una sustitución de satisfacción libidinal y en Lacan la sustitución sería al nivel del significante. Para ambos autores se pone en juego una satisfacción, Freud se remite a lo sexual infantil y en Lacan vemos la presencia del goce. Ambos consideran que el sujeto se apropia de su síntoma, y le resulta muy difícil desprenderse de él, siendo de lo que más habla en la sesión, pero a la vez padece por su síntoma, produciéndole malestar. Vons menciona claramente que en la operación de sustitución que Lacan plantea, se produce una fijación, a partir de la cual el sujeto recupera goce. En cambio, para Freud, el padecimiento del sujeto queda del lado del yo y del displacer, ya que el síntoma es un compromiso fruto de la sustitución de una modalidad de satisfacción libidinal frustrada (Vons, S/F)

## 8. Análisis del caso

Se realiza análisis del caso a la luz de las sesiones escogidas, a través de las variables, cuerpo y síntoma.

*P: Solo quiero que no lo digan más porque si lo dicen se vuelve a recordar... La primera vez que sentí eso, me sentí incompleto... Es impactante para un niño, ver salir sangre de sus genitales... Me tranquiliza que fue más el temor porque en realidad no pasó nada grave, pero solo quería esconderme.*

Tal cual enuncia Freud, el síntoma es en el paciente “un símbolo mnémico del trauma, que él homologa a la vivencia de dolor” (Freud, 1986), de modo que viene acompañado de la sensación de incompletud que le sobrepasa, aun cuando confirma no tiene sustento en la realidad.

*T: No sé si logras ver que justo en ese momento aparecen las manchas... Has dicho que te sentías avergonzado, con la necesidad de esconderte y surge la enfermedad para enviarte a las sombras. Me pregunto, hasta cuando necesitas esconderte...*

En este fragmento es posible evidenciar las dos variables, cuerpo y síntoma; un cuerpo que habla, mediante una escritura puesta en el cuerpo hecha síntoma. De modo que, frente a la angustia como reacción ante la situación de peligro experimentada, surgieron los síntomas para cumplir una función “protectora”, siendo estos, un intento de huida de la misma. Así, el lugar donde el síntoma articula lo pulsional, modula también esa enigmática forma de satisfacción, bajo la grafía de un goce encarnado en el

cuerpo, “(...) hecho de representaciones, ubicado en la intercepción de los placeres y displaceres con el campo de la palabra, marcado por la historia, desnaturalizado, aunque no inmaterial, territorio privilegiado del síntoma” (Leibson, 2000, p. 8).

En el paciente confluyen el displacer que enuncia como “Vergüenza”, deseo de no ser visto y la necesidad de esconderse detrás de las manchas velando por la represión, el placer que le presupone ser visto por los otros, por lo que resulta evidente la emoción que experimenta al esconderse, lo que lleva a concluir sin duda el impacto emocional del hecho traumático.

*P: Bien y usted... (se cubre el rostro y sonrío).*

*T: ¿Hay algo que te avergüence?*

*P: No, nada, tengo sueño... No puedo con el  cuello, quiero estar así (recostado),*

Se evidencia el uso del cuerpo como mediatizador de la palabra, de lo “no dicho”, confirmándose lo expuesto por Assoun, 2002, p. 107 “el síntoma somático implica una “acción interna” o “autoplástica” (...) que permite que la fantasía encuentre expresión por medio de los órganos mismos”.

En el plano corporal se trasponen procesos psíquicos (complejos, fantasías pensamientos, etc.) que contravienen al organicismo (médico) de tal modo que el cuerpo adquiere su dimensión “erógena” y excitatoria con la pulsión (2018).



**P: Si, lo creo, lo que no me gusta es que desaparecen y vuelven a aparecer.**

Con dicha expresión queda en claro algo de ese goce particular del síntoma, que, en un cuerpo, anuda una modalidad de satisfacción sustitutiva, paradójica y parcial, de modo que el cuerpo lo sostiene, y paga peaje (Beneficio primario del síntoma), enigmáticas tendencias masoquistas del yo, que quiebran desde lo compulsivo, cualquier homeostasis.

El cuerpo, no es solo un cuerpo que habla, es también aquel que abarca una enigmática satisfacción: el síntoma clínico, repite y repite por una satisfacción que sustituye psíquicamente, lo que no alcanza y a la vez falla de acomodarse como organismo y necesidad (Mass y García, 2018).

El analizado repite en vez de recordar, y repite bajo las condiciones de la resistencia. Repite todo cuanto desde las fuentes de su reprimido ya se ha abierto paso hasta su ser manifiesto: sus inhibiciones y actitudes inviables, sus rasgos patológicos de carácter. Y, además, durante el tratamiento repite todos sus síntomas (Freud 1980, p153). Está claro que el paciente reitera ciertos acontecimientos que no le han producido placer, pero igualmente los repite de diversas formas en su cotidianidad, es allí donde se coloca en evidencia el concepto lacaniano de goce. Goce, como forma de reiterar lo penoso, lo que hace sufrir al sujeto, no pudiéndose desprender de esta forma particular de satisfacción pulsional, es decir, el goce tiene dos caras, por un lado, el sufrimiento y el malestar y por el otro la pulsión que exige satisfacción (Cerrone, 2016).

*P: Lo que más me angustia son las partes que se ven, por ejemplo, no quisiera que saliera en las manos, por donde uno lo pueden ver.*

*T: Pareciera que fuera muy importante para ti lo que otros ven.*

*P: Si, en el sentido de no verse así.*

*T: ¿Es decir que si salieran en un lugar que no se viera sería más tolerable?*

*P: Es lo mismo pero diferente porque esas no se ven.*

Resulta notorio que, en dicho síntoma, el otro está involucrado. Vale aclarar, que el síntoma y el fantasma están ubicados en diferentes lugares ya que se corresponden a diferentes cuestiones. El fantasma surge en transferencia como respuesta del sujeto al deseo del otro, y adquiere una gran importancia en la formación de los síntomas. Miller desarrolla la idea del fantasma como un recurso contra el síntoma, cumpliendo una función de consuelo (2007). Se ubica al fantasma como portador de placer para el sujeto y al síntoma como generador de displacer (2007).

Desde Freud, si el cuerpo se distingue plenamente de la “anatomía nerviosa”, es gracias a su conformación pulsional (1940a [1938]), de modo que para el autor las pulsiones “representan {repräsentieren} los requerimientos que hace el cuerpo a la vida anímica.” (p.146) y que, en este caso, no son más que demandas de la mirada, referenciada por Jacques Lacan a partir de su Seminario XI como pulsión escópica centrada en la mirada, relacionada primordialmente a Lo Imaginario y es la base de la capacidad estética de cada sujeto.

**P: Si, en el sentido que cuando tú te rasuras en una parte, coge infección y si fue por eso, más bien fue por culpa mía... usé una preste barba utilizada y yo la utilicé y me pudo infectar, porque justo ahí empezó, se puede decir.**

La forma específica en que los síntomas se manifiestan refleja las creencias del paciente acerca de cómo dicha enfermedad debería presentarse. Los síntomas y signos derivados de la idea del paciente acerca de la enfermedad son llamados “ideogénicos” (Hurwitz 1989). Es así como, “el síntoma somático implica una “acción interna” o “autoplástica” (...) que permite que la fantasía encuentre expresión por medio de los órganos mismos” (Assoun, 2002, p. 107).

El cómo o por qué un paciente elige un signo o síntoma específico, responde a diferentes posibles explicaciones que incluyen una conexión simbólica con un conflicto subyacente (Carter 1967) y que en este caso parece responder a uno con su figura paterna, constituyéndose el soporte de un cuerpo fantasmático como respuesta al deseo de ese Otro primordial.

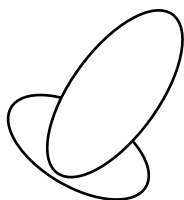
Lacan (1964, p 46) afirma “el deseo del hombre es el deseo del Otro”, esta afirmación del autor hace referencia a que el sujeto se identifica con el deseo del Otro, aprende de este deseo, se reconoce en la imagen del Otro, ya que pretende que el Otro lo reconozca.

**T: Ya tendremos oportunidad de revisar con detenimiento estos temas que han ido surgiendo con relación al daño y que parecen coincidir con el temor de que a papá podría pasarle algo.**

*P: Si, yo que creo que... ah ahhhh, ya se me olvidó, se me fue la paloma... quería decirle algo en relación a eso y cuando iba a decírselo se me olvidó y no me viene a la mente otra vez.*

Tras realizársele el señalamiento en relación al padre, el paciente presenta un olvido, lo que no solo confirma el conflicto existente en relación al mismo sino el uso del cuerpo como plataforma para la escritura de los síntomas, captándose un cuerpo a través de su dinámica libidinal (Assoun, 2002, p.107).

*P: No tengo idea... desde hace un tiempo... mueve la cabeza de lado a lado (No sé), exhala, escribe en su piel*



*T: Dibujaste algo en tu piel*

*P: Se hizo, no sé por qué... sonrío (se cubre con la camisa)*

*T: ¿Es más fácil dibujarlo que decirlo?*

El fragmento anterior da cuenta del efecto de la transferencia, toda vez dicha intervención ocurrió trascurridos aproximadamente 10 meses de tratamiento, de modo que el cuerpo antes ocupado como territorio para los síntomas fue cediendo y es ahora

papel para la escritura y expresión simbólica de aquello que estaba próximo a colocarse en palabras. Así, el síntoma, fue resignándose tras levantarse la barrera de la represión.

Lo anterior permite vislumbrar que no nos encontramos frente a un fenómeno psicossomático pues tal cual lo expresa Lacan en la conferencia sobre el síntoma en Ginebra en 1975, "El fenómeno psicossomático no es un síntoma como el conversivo, no está en el registro del lenguaje, pero sí es una forma de escritura, algo así como un jeroglífico que se escribe en el cuerpo, pero sin que tengamos la posibilidad de hallar una clave para descifrarlo, porque no está en el orden simbólico, sino en el simple trazo o marca".

“El fenómeno psicossomático 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. El fenómeno psicossomático está en los límites de la estructura del lenguaje, o por fuera de ella" (Miller, 1975).

Lo anterior significa que toda vez este fenómeno no pertenece al mundo del lenguaje, el individuo no cuenta con los significantes propios que le permitan significar cuál es su sufrir o dicho de otra forma cuál es el sujeto del inconsciente que se quiere expresar a través del dicho, no siendo éste el caso del paciente, quien cuenta con los elementos para su simbolización.

**P: Siento que soy así desde que me dejé guiar por los demás, no me sentía satisfecho conmigo y dejé que los demás me manipularan.**

**Había sentido que esas palabras no me importaban, pero si iban haciendo daño. Esas pequeñas palabras van cogiendo mucho significado; de ahí viene el yo no puedo, el no tener confianza en mí y el miedo a todo. Sentí eso apenas vi esto, pero vi que tenía la forma de un pez o de dos y esto de acá es con lo que manipulan.**

**T: ¿Te han manipulado?**

**P: No sé decirle, yo digo que sí.**

**T: ¿Y esa manipulación fue...?**

**P: Psicológica, con las palabras.**

En palabras de Freud "en el psicoanálisis es posible verificar la magia de las palabras sobre el cuerpo en el efecto sintomático" (Alé, 2006).

**P: Señala las manchas... ¿Extraño?, que no sé por qué me salió... ¿qué era lo que decía cuando buscamos usted y yo?, que era falta de ¿colores?, ¿pigmentos?**

Se hace posible vislumbrar, la capacidad del paciente de hacerse preguntas alrededor de sus síntomas, lo que no ocurren en un fenómeno psicossomático. Los disturbios psicossomáticos no pueden ser analíticamente descompuestos, como los psiconeuróticos, por eso que denominarlos fenómenos psicossomáticos (FPS) aleja de pensarlos como síntomas, es decir, como metáfora del sujeto o como una forma de satisfacción libidinal.

El fracaso del individuo en el primer tiempo de la constitución subjetiva que lleva a un tipo de goce específico Lacan lo señala con la palabra "HOLOFRASE" que es la falta de intervalo entre los significantes S1 y S2 y la falta de lugar para el sujeto, de modo que tenemos un significante monolítico aislado S1S2 y no dialectizable con el resto de la cadena signifiante, presentándose con esto que no es el Otro del significante quien registra sino es el Otro del cuerpo y al hacerlo responde con el síntoma a ese Otro.

Al darse estas holofrases de significantes el individuo no queda con los elementos significantes para responder simbólicamente en lo real, no produciéndose lo que Lacan denominó la "FUNCIÓN DE LA AFÁNISIS" del sujeto. Así, el FPS será silencio estructural para quien lo padece, letra que arde en el lugar del Otro, de lectura imposible. No hay discurso psicossomático en tanto no hay significantes en juego (Barrio, 2006).

*P: ¿Que tengo las células dañadas?*

*Ya quiero darme el regalo de saber porque me salió y concentrarme 100% en la enfermedad para que se clausure, termine y como dice que no es hereditario, **no sé qué tengo que mi familia no.***

El psicoanálisis tiene como punto de partida el estudio de la idea sin sentido y la acción sin rumbo, para luego llegar a la situación del pasado en que la idea sí cobraba sentido y la acción tenía un fin preciso. Así, el paciente en este punto del tratamiento y como efecto del mismo, es capaz de hacer una interpretación de su síntoma.

*T: ¿Qué crees tú?*

*P: Hay algo diferente en el organismo y, es más, allá casi todos son blanquitos. Mi abuelo por parte de mamá, que falleció “cuando yo morí”, cuando nací que digo; en cambio mi abuela por parte de papá, soy prácticamente del mismo color de ella. Mi hermano mayor es blanco, mi mamá conoció a un señor que es el papá de mi hermano que era blanco; mi papá ahora porque se está quemando, pero también es claro, mi mamá es blanca y el pequeñito que es blanco pálido y yo, que soy junto a mi abuela el negrito de la familia.*

Lo anterior da cuenta del síntoma como máxima expresión de simbolización “el síntoma es hablado por el paciente, por lo que “es una metáfora” (Lacan, 1990, p.508) y tras presentarse el lapsus, se tiene que algo de su existencia está jugado allí- estar vivo o muerto- tiene que ver con su origen, su llegada al mundo y bajo ese matiz se construye su simbolización sintomática.

*P: Pues no, pero como y se todo acerca de esto y ya llevo tanto tiempo con esto, ya me aburrí, ya se me olvidó hasta que tengo esas manchas y puedo estar normal o a quien le gustaría siempre, todos los días estar echándose una crema, es aburrido y siento que el dinero que vale. Cada mes, la misma crema costosa y todo lo que mi papá ha gastado...*

Llega un punto innegable del tratamiento en que es tanto el goce que el paciente experimenta en relación a un síntoma, que se aferra a cualquier circunstancia para no renunciar al mismo, lo que resulta evidente en el relato anterior y da cuenta de la ineludible roca de la castración.



“El término goce expresa entonces perfectamente la satisfacción paradójica que el sujeto obtiene de su síntoma o, para decirlo en otras palabras, el sufrimiento que deriva de su propia satisfacción” (Evans, 2007, p 103). Pensar el síntoma como metáfora no remite únicamente al cambio de significantes, sino que agrega la existencia de una fijación de goce implicado en el síntoma.

Freud agrega el concepto de resistencia, la cual surge en el curso del tratamiento por parte del paciente, atendiendo a que cuando se trabaja a partir de sus síntomas, el sujeto se opone a tal iniciativa, como si no quisiese que salgan a la luz las ideas inconscientes (1978). De forma que el síntoma se vincula estrechamente con la persona, es cada vez más imprescindible para el sujeto.

**P: Creo que a lo que uno más le tiene pavor o de lo que uno se aparta es lo que más le sale. A mi mamá le fastidiaba un tío mío que era hablador y nosotros salimos como él y yo de pequeño miraba a esos señores todos blancos y me asustada (sonríe).**

**P: No, nunca. Pensaba qué era eso, porque tenían dos colores, veía que cambiaba y le preguntaba a mi mamá y ella siempre decía que le daba pavor.**

El cómo o por qué un paciente elige un signo o síntoma específico, responde a diferentes posibles explicaciones que incluyen una conexión simbólica con un conflicto subyacente o, alternativamente, imitación de síntomas de origen orgánico observados previamente por el paciente en sí mismo o en otros (Lazare 1981), lo que sin duda en este paciente configura otra cara de la simbología sintomática.

**P: Antes, le echaba la culpa de todo lo que me pasaba... ¿porque no hacía esto?**  
**Por la enfermedad, ¿porque no hacía esto otro? Por la enfermedad... pero me he ido**  
**concientizando, que echando la culpa a la enfermedad es un muro que he creado de**  
**que todo vino con la enfermedad, pero ya no porque siento que la enfermedad tiene**  
**parte, pero no todo. Antes por ejemplo decía, no soy tan apegado a las personas, por**  
**la enfermedad, pero ahora sé que es porque no quiero y que, si me pongo a pensar,**  
**desde antes ya yo no era tan apegado a las personas, evitaba a mi papá, mis hermanos**  
**o mi abuelo. Desde antes les dejé de hablar, me fui creando una pared que era todo**  
**sobre la enfermedad.**

El síntoma se produce como sustitución de gozar de un objeto, que restituya psíquicamente la pérdida del instinto y al que el sujeto se aferra por todos sus medios. Según Freud: “siempre y dondequiera, el sentido de los síntomas es desconocido para el enfermo, y el análisis muestra por lo regular que estos síntomas son retoños de procesos inconscientes, que empero, bajo diversas condiciones favorables, pueden hacerse conscientes” (Freud, 1978, p255).

Lo que en este caso tras emerger a la conciencia permite dar cuenta como enunciaría Lacan del mensaje que porta (Fasano,2013), del cariz de su simbolización y de la no existencia de un fenómeno psicosomático.

Para González Imaz (2013) el síntoma constituye la enfermedad y a su vez, es el intento de curación que el sujeto del inconsciente realiza. El síntoma desde la postura lacaniana sería una máscara en la que existe un deseo no simbolizado, el cual no se hizo

palabra, es decir que el deseo está enmascarado y el analizante intenta satisfacer un deseo mediante el síntoma (Cerrone, 2016).

*T: ¿Y esa pared que la componía?*

***P: El miedo, el nervio, las preocupaciones, pero gracias a todo el apoyo que me han brindado lo he ido dejando. Sí se nota la diferencia entre el yo del año pasado; como decíamos una vez, yo me preocupaba, pero no me ocupaba, dejando el nervio no socializaba con otras personas, ahora sí, con todos.***

*Mi forma de pensar, mi forma de actuar, todos los errores que cometí no tanto para mal sino para cambiar. Sino quería una exposición, **la negatividad que tenía, sino la quería hacer no la hacía y así era con todo, ahora no, si toca, toca ir, toca prepararla.***

En el sentido del síntoma siempre es fundamental saber desde donde se origina y su fin o propósito al que está dirigido. Así, la terapia psicoanalítica trabaja transformando lo inconsciente en consciente (1978).

## 9. Conclusiones y discusión

Uno de los interrogantes que motivó el análisis del presente caso fue el deseo de conocer si, el vitiligo en el paciente fue una construcción de índole psicosomático y de serlo, ¿cómo algo que no había logrado inscribirse en lo simbólico (porque no contaba con los significantes para hacerlo) pudo presentarse de manera consciente a través del cuerpo en lo real?

La mejor y más certera forma de responder a este interrogante fue la práctica clínica e implícita en esta "la magia de las palabras sobre el cuerpo en el efecto sintomático" tal cual lo explicita Freud, pues el paciente no solo fue capaz de vincularse estrechamente con su síntoma y construir simbolizaciones alrededor del mismo, sino que una vez instaurada la transferencia fue capaz de hacerse preguntas alrededor del mismo e interpretarle a la luz de sus asociaciones libres; de modo que el cuerpo antes usado como territorio para los síntomas fue cediendo y se constituyó en papel para la escritura y expresión simbólica de aquello que finalmente pudo colocar en palabras tras levantarse la barrera de la represión.

Lo anterior permitió dar cuenta que no respondía al terreno de lo psicosomático pues, los fenómenos psicosomáticos no pueden ser analíticamente descompuestos, como los psiconeuróticos, de allí que denominarlos fenómenos (FPS) aleja de pensarlos como síntomas, es decir, como metáfora del sujeto o como una forma de satisfacción libidinal. El fenómeno psicosomático no es un síntoma como el conversivo, no está en el registro del lenguaje, pero sí es una forma de escritura, algo así como un jeroglífico que se escribe en el cuerpo, pero sin que tengamos la posibilidad de hallar una clave para

descifrarlo, porque no está en el orden simbólico, sino en el simple trazo o marca" (Lacan, 1975).

“El fenómeno psicossomático 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. El fenómeno psicossomático está en los límites de la estructura del lenguaje, o por fuera de ella" (Miller, 1975).

Lo anterior significa que toda vez este fenómeno no pertenece al mundo del lenguaje, el individuo no cuenta con los significantes propios que le permitan significar cuál es su sufrir o dicho de otra forma cuál es el sujeto del inconsciente que se quiere expresar a través del dicho, no siendo éste el caso del paciente, quien cuenta con los elementos para su simbolización.

Desde otra perspectiva, el estudio del síntoma, permitió vislumbrar la existencia de la angustia y la represión. Para Freud, la presencia de la angustia es requisito sine qua non para la posterior formación de síntoma, pues el síntoma sería un intento de escapar a esta angustia que tanto apena al sujeto. Por su parte, la represión cobró un valor importante ya que el paciente al no dejar aflorar los pensamientos inconscientes, se resistía algunas veces durante el tratamiento. Pero luego, mediante la verbalización, en la relación transferencial, pudo conectar el deseo con su propia verdad, que fue descubriendo en el curso del proceso analítico.

Aun cuando lo anterior pudiera generar cuestionamientos, atendiendo a que "En cualquier afección orgánica, está jugada la angustia, porque es un elemento estructural que no puede faltar en la constitución del sujeto, el elemento distintivo radica en que, en el individuo con estructura psicósomática, no hubo distinción entre el Ideal del Yo y el Yo Ideal. No aprehendió el reflejo de su imagen en el espejo. La señal no surgió de su cuerpo, sino del espejo. La palabra no viene del Otro, sino que nace en su cuerpo, un cuerpo fragmentado, despedazado, enfermo. El Yo en la personalidad psicósomática, habita un trozo del cuerpo, y desde allí responde al peligro. Configura un campo de batalla autoerótico. Así, responde a las amenazas psíquicas como si fueran biológicas" (Cerrone, 2016).

El psicósomático es una persona que no cuenta con los recursos necesarios para tramitar simbólicamente la angustia, por lo que la imprime en el cuerpo, de ahí que para tratarlo hay que reinsertarlo en lo simbólico.

Respecto al estatuto del cuerpo, es posible evidenciar en la obra de Freud, con la relectura ofrecida por Lacan, en primera instancia "lo Imaginario del cuerpo" y en el marco de ello, el cuerpo como imagen del semejante; en relación con el amor, estableciendo una alteridad homogénea, que se regimienta, en sus satisfacciones y sufrimientos, con las indicaciones del principio del placer; dando ello lugar a cuestionarse si el cuerpo obtenido por el paciente, lleno de manchas pero un poco más blanco, fue un intento de responder a la imagen de sus semejantes, su familia, de ser tan blanco como ellos, de encajar y por fin saberse amado a la luz de su similitud.

En segundo lugar, “lo Simbólico del cuerpo”, es decir, el cuerpo afectado por el lenguaje y la división de los sexos certificando la alteridad simbólica heterogénea, y que refiere satisfacciones y sufrimientos a los avatares del deseo. Dando cuenta esto, de la respuesta simbólica corpórea del paciente a lo inscrito desde el lenguaje tanto por ese otro semejante como por el Otro primordial.

Y finalmente, “lo Real del cuerpo”, esto es, el cuerpo en referencia a los goces y a su condición de resto (Díaz, 2006).

Entendiéndose a la luz del caso, que el cuerpo, no es solo un cuerpo que habla, sino también aquel que abarca una enigmática satisfacción escondida tras el síntoma clínico, que repite y repite por una satisfacción que sustituye psíquicamente, lo que no alcanza (Mass y García, 2018).

De esta manera el presente caso clínico permita dar cuenta de la importancia de posibilitarle a cada caso su emergencia y clarificación en el curso de la cura analítica; pues a pesar de percibirse a primera impresión como un fenómeno de índole psicosomático, se configuró como una construcción sintomática inscrita bajo la grafía de un goce encarnado en el cuerpo, que ratificó el poder de la palabra en su desciframiento, así como en el hallazgo de los caminos que posibilitan su resignificación.

## 10. Referencias

- Ale, M. (2006). El síntoma: Del cuerpo máquina al cuerpo erógeno. *Acheronta* N° 23. Pag 92- 100.
- Assoun, P. (2002). *La metapsicología*. Buenos Aires. Siglo Veintiuno Editores.
- Assoun, P. (2003). *El freudismo*. Buenos Aires. Siglo Veintiuno Editores.
- Barrio, I. (2006). El síntoma histérico y el fenómeno psicossomático. *Acheronta (psicoanálisis y cultura)* N° 23. Pag 177- 178.
- Bleichmar, S. (2005). Vigencia del concepto de psicossomática. Aportes para un debate acerca de la articulación entre lo somático y lo representacional. Pag.67. *Psicossomática: aportes teóricos- clínicos en el siglo XXI*. En Alfredo Maladesky, M. B. López y Zulema López Ozores. (compiladores), Bs. As: Editorial Lugar. XI Op.Cit. P.Pag. 65
- Bodei, R. (2005). El doctor Freud y los nervios del alma. *Filosofía y sociedad a un siglo del nacimiento del psicoanálisis*. pp. 16-21. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Bustos, V. (2016). Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: una perspectiva analítica. *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte. Vol. 33 (1): 97-112. Recuperado de:  
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/6356/8060>



Cabas, O. (2008). Los fenómenos psicósomáticos y psicoanálisis. Acheronta. Revista de Psicoanálisis y Cultura N° 25. 2008

Carter AB. The functional overlay. Lancet 1967:1196–1200.

Cerrone, L. (2016). El síntoma desde el psicoanálisis. Montevideo, Monografía.

Cassin, B. (2013). Jacques el sofista: Lacan, logos y psicoanálisis. Buenos Aires: Editorial Manantial.

Chemama, R. (2008) El goce. Contextos y paradojas. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Cosentino, J. (1999). Construcción de los conceptos freudianos II. Buenos Aires: Ediciones Manantial.

De Souza Leite Marcio Peter, (2002). Alem de Descartes: Inconsciente lacaniano e corpo. Revista de Psicoanálisis y Cultura. Número 15 - Julio 2002. [www.acheronta.org](http://www.acheronta.org)

Diaz Romero R. (2006). Los restos del "Templo de Dios". Acheronta (Psicoanálisis y cultura) N° 23, Cuerpo y síntoma. Pág. 106.

Eidelsztein, A. (2011). Las estructuras clínicas a partir de Lacan. Volumen 2. Buenos Aires: Editorial Letra Viva.

Evans, D. (2007) Diccionario Introductorio de psicoanálisis lacaniano. Buenos Aires: Paidós.

Fages, J. (2001). Para comprender a Lacan. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Fasano, C. (2013) El síntoma en la ruta del goce. Revista digital de la escuela de la orientación lacaniana EOL La Plata. Vol. 1 Recuperado de <http://www.eollaplata.org/blog/index.php/el-sintoma-en-la-ruta-del-goce/>

Fenichel Otto. Teoría psicoanalítica de las neurosis, paidós psicología profunda, México DF reimpresión 2000.

Freud, S. (1893a). Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos. En: Sigmund Freud, Obras completas: Tomo III. 25-40. Argentina: Ediciones Amorrortu.

Freud, S. (1905a). Tres ensayos de teoría sexual. En: Sigmund Freud, Obras completas: Tomo VII. 109-224. Argentina: Ediciones Amorrortu.

Freud, S. (1910). Concepto psicoanalítico de las perturbaciones psicógenas de la visión, Obras completas. LIII.

Freud, S. (1940 [1938]). Esquema del psicoanálisis. En: Sigmund Freud, Obras completas: Tomo XXIII. 133 - 209. Argentina: Ediciones Amorrortu.

Freud, S. (1940 -41 [1892b]). (C) Sobre la teoría del ataque histérico. En: Sigmund Freud, Obras completas: Tomo I. 187-190. Argentina: Ediciones Amorrortu.

Freud, S. (1978) Conferencias de introducción al psicoanálisis. En J.L Etcheverry (Trad) Obras completas: Sigmund Freud (vol. 16) Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1916)

Freud, S. (1978) Conferencia 23: Los caminos de la formación de síntoma. En J.L Etcheverry (Trad) Obras completas: Sigmund Freud (vol 16). Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1916)

Freud, S (1979) Conferencia 32: Angustia y vida pulsional. En J.L Etcheverry (Trad) Obras completas: Sigmund Freud (vol. 22) Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1932)

Freud, S. (1979). Inhibición, síntoma y angustia. En J.L Etcheverry (Trad) Obras completas: Sigmund Freud (vol 20), Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1925)

Freud, S (1979). Más allá del principio del placer. En J.L Etcheverry (Trad) Obras completas: Sigmund Freud (vol 18) Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1920)

Freud, S (1980). Recordar, repetir y reelaborar. En J.L Etcheverry (Trad) Obras completas: Sigmund Freud (vol 12). Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1914)

Freud, S (1986). El yo y el ello. En J.L Etcheverry (Trad) Obras completas: Sigmund Freud (vol 19) Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1923)

Frydman, A. (2012). La subversión de Lacan. Una introducción a la noción de sujeto. 119-130. Buenos Aires: Ediciones Continente.

González Imaz, M. (2013) El síntoma en la clínica psicoanalítica. Revista Itinerario, vol.7 (14) ,1-17. Recuperado de <http://www.itinerario.psico.edu.uy/>

Harari, R. (2012). ¿Qué dice del cuerpo nuestro psicoanálisis?: Problemática de índole clínica, metapsicológica y de inserción del psicoanálisis en la polis. Buenos Aires: Letra Viva.

Hurwitz, TA. (1989). Ideogenic neurological deficits: conscious mechanisms in conversion symptoms. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*, 1:301–8.

Lacan, J. (1973- 74). El Seminario. Libro 21, "Los No Incautos Yerran" ó "Los Nombres Del Padre". Primera parte Clase 2. (20/11/73).

Lacan, J. (1999). El seminario 5: Las formaciones del inconsciente. Buenos Aires: Editorial Paidós. (Trabajo original publicado en 1998).

Laplanche, J y Pontalis, J. (1996). Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Editorial Paidós.

Lazare, A. (1981). Current concepts in psychiatry. Conversion symptoms. *New Engl. J. Med*: 305:745–8.

Leibson, L. (2000). Notas sobre el cuerpo. La falla epistemo-somática. El cuerpo en la clínica. Psicoanálisis y hospital. Publicación semestral de practicantes en instituciones hospitalarias. Verano. Año 9 – N°18. 8-12.

Leivi, M. (2001) El síntoma en la clínica analítica. *Revista de psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, vol.23 (2),341-356. Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/022001leivi.pdf>

Machado, M. (2008). La función del objeto a y la lógica del análisis.

Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Mass L. y García, J. (2018). Principios del Cuerpo en Psicoanálisis: De la Histeria al Cuerpo Pulsional. 2018, Copyright. ISBN (Ebook): 978-1-387-79112-5

Merea, C. (1994). La extensión del psicoanálisis. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Miller, J. (1989). Dos dimensiones clínicas: síntoma y fantasma. Buenos Aires: Ediciones Manantial.

Morales, H. (1997) Sujeto y estructura. México: Ediciones de la Noche. Miller, J.

Nasio, J. (1992). Cinco lecciones sobre la teoría de Jacques Lacan. Barcelona: Gedisa Editorial.

Negro Marcela. Función del síntoma en la estructura psíquica. *Affectio Societatis* N° 10/ junio/ 2009 <http://antares.udea.edu.co/~psicoan/affectiopresentacion.htm>

Páramo Valero Víctor, (2012). EL ETERNO DUALISMO ANTROPOLÓGICO ALMA-CUERPO: ¿ROTO POR LAÍN?. *Thémata. Revista de Filosofía* N° 46 (2012 - Segundo semestre) pp.: 563-569

Peláez, G. (2016). Fundamentos de psicología clínica. Medellín: Editorial

FCSH Cuadernos.

Quesada, S. (2006). Cuerpo y síntoma, un anudamiento singular. *Acheronta* N° 23. Pag 78- 81.

Santcovsky, M. (1999). Sexualidad. En: Salud mental y psicoanálisis. 67-71 Buenos Aires: Editorial Universidad de Buenos Aires.

Stavrakakis, Y. (2010). La izquierda lacaniana: psicoanálisis, teoría, política.

Buenos Aires: Fondo de cultura económica.

Soler, C. (2011). Los afectos lacanianos. Buenos Aires: Editorial Letra Viva.

Soler, C. (2013). Lacan, lo inconsciente reinventado. Argentina: Ediciones

Amorrortu.

Unzueta, C. y Lora, M. (2002). El estatuto del cuerpo en psicoanálisis. Universidad Católica Boliviana. Revista AJAYU, Vol. 1 año 1. Recuperado de:  
<http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v1n1/v1n1a09.pdf>

Uson, I. La función piel. Una concepción psicósomática de las siguientes enfermedades dermatológicas: alopecia, vitiligo, eczema atópico y psoriasis (II). Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid, N°. 3, 2003, ISSN-e 1134-7325.

Vaillant GE. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: A 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. Arch Gen Psychiatry 1971; 24:107–18.

Valls, J. (2004) Metapsicología y Modernidad. El “Proyecto” freudiano. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Vons, J( S/F) Lacan y la formalización del síntoma freudiano. Recuperado de  
<http://www.converanalitica.com.ar/upload/jvons.pdf>

Yosifides, A. y. De Bortoli, L. (2011). El goce: demonio del más allá. En: el campo psicoanalítico. 175 – 184. Coordinado por Mariana Gómez.

Córdoba: Editorial Brujas.